



**PREFEITURA DE
FLORIANÓPOLIS**
SAÚDE

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3

SAÚDE DA MULHER

**Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes
ciclos de vida**

Florianópolis, dezembro de 2016

Versão 1.4

(atualizado em dezembro de 2020)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3

SAÚDE DA MULHER

**Acolhimento às demandas da mulher nos
diferentes ciclos de vida**

Prefeito

Gean Marques Loureiro

Vice-Prefeito

João Batista Nunes

Secretário de Saúde

Carlos Alberto Justo da Silva

Secretário Adjunto

Sandro Jose Andretti

Diretor de Atenção à Saúde

Tiago Barra Vidal

Diretor de Atenção Primária

João Paulo Mello da Silveira

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

Elizimara Ferreira Siqueira

Colaboradores

Alessandra De Quadra

Esmeraldino

Alessandra Mafra

Ana Carolina Severino Da

Silva

Anna Carolina Ribeiro Lopes

Rodrigues

Ana Cristina Magalhães

Fernandes Báfica

Ana Maria Bim Gomes

Andrey Teixeira

Carla Sousa Guedelha

Caren Cristina Della Méa

Fonseca

Carmen Ruggi Bonfim

Santoro

Caroline Schweitzer de

Oliveira

Cilene Fernandes Soares

Cleusa Marcia Vieira

Cristiane Regina Pereira

Daniela Cuadrado Fabozi

Deyse Ilza de Aquino

Edla Zwiener González

Fernanda De Conto

Fernanda Paese

Gisele Magnabosco

Guilherme Mortari Belaver

Izabel Cristina Matendal

Conrat

Ingrid Valeria Veronez

Jadson Jovaert Mota Kreis

João Marcos Emerenciano

Julia Maria De Souza

Juliana Cipriano Braga Silva

Juliana Reinert Maria

Juliana Valentim

Karina Mendes Garcia

Laura D. R. Castillo Lacerda

Leila B. B. de A. Ferreira

Lucas Alexandre Pedebos

Lucilene Gama Paes

Lucilene Maria Schmitz

Milena Pereira

Missouri Helena Bizarro

Komatu Paixão

Noelia Fernandes de

Oliveira

Priscilla Cibele Tramontina

Renata Da Rosa Turatti

Fetzner

Sarah Soares Barbosa

Solange Alberti

Andrzejewski

Stella Maris Pfitzenreuter

Talita Cristine Rosinski

Tatiana Vieira Fraga

Vinicius Paim Brasil

Vivian Costa Fermo



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

Como citar este documento: FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>>

APRESENTAÇÃO

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

Por ser uma área temática bastante antiga no SUS, possui um grande conjunto de publicações, incluindo o primeiro protocolo deste município com ampliação das ações do enfermeiro, publicado em 2010. O presente documento não é uma atualização ou releitura do protocolo anterior, mas um novo documento focado no processo de trabalho do enfermeiro.

Da mesma maneira que nos protocolos anteriores, os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas evidências mais recentes. Nos casos de divergência entre este protocolo e o PACK-SMS/BMJ sobre as atribuições do enfermeiro, o que estiver escrito na versão mais atualizada do presente protocolo (sempre disponível no site da SMS) será o considerado oficialmente.

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

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

Carlos Alberto Justo da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	19
1 – ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS	8
1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites	8
1.1.1 – Entrevista	8
1.1.2 – Exame Físico	8
1.1.3 – Vaginose Citolítica	13
1.1.4 – Hipersensibilidade ao plasma seminal	13
1.2 – Infecção Urinária	14
1.3 – Cólica Menstrual	17
1.4 – Dispareunia e Vaginismo	19
1.4.1 – Toque Bimanual	19
1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin¹	20
1.6 - Incontinência urinária²⁵	20
2 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	21
2.1 – Preconcepção	21
2.2 – Métodos Contraceptivos	21
2.3 – Contracepção de Emergência	37
3 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	39
4 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	46
4.1 – Ações de Rastreamento	46
4.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas	47
4.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários	49
5 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	51
5.1 – Avaliação de Risco no Pré-Natal	51
5.2– Roteiro das Consultas	53
5.3 – Imunizações: Abordagem Oportunística no Atendimento à Mulher	59
5.4 – Exames Laboratoriais no Pré-Natal e Interpretação	62
5.5 – Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação	70
5.6 – Gestação e Doenças Infectocontagiosas que Possam Interferir na Saúde do Bebê	79
5.6.1 – Zika	79
5.6.2 - Gestação e Varicela/herpes-zoster	81

5.7 – Plano de Parto	81
5.8 Pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero	81
5.8 – Atenção à Mulher no Puerpério – Consulta Pós-Natal	84
Tratamento da anemia no puerpério	86
5.9 – Aleitamento Materno	87
5.9.1 Técnica de Amamentação	87
5.9.2 – Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação	88
5.9.3– Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações absolutas e relativas	88
5.9.4 – Retirada e armazenamento do leite materno ²⁹	88
5.9.5 – Modificações sobre a lactação normal	96
6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO	98
6.1 - Terapia de Reposição Hormonal(TRH)	98
6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa	100
6.3 – Contracepção no Climatério	100
7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE	101
7.1 –Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente	102
7.2 – Testagem sorológica para menores de 18 anos	103
8 – INFERTILIDADE¹	104
REFERÊNCIAS	106
ANEXO I – TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO	110
ANEXO II – MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU	111
ANEXO III– MODELO DE PLANO DE PARTO	114
ANEXO IV– EVIDÊNCIAS SOBRE A REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA NOS DIFERENTES PERÍODOS DA GESTAÇÃO	117
ANEXO V – ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MAIS COMUNS EM PUÉRPERAS	119
ANEXO VI – GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE CONDUTAS	120
CONTROLE DE ALTERAÇÕES	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites	11
Quadro 1.2.1 Considerações no seguimento da gestante com ITU	17
Quadro 2.1 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos	22
Quadro 2.2– Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro	23
Quadro 2.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)	25
Quadro 2.4 – Síntese de Outros Métodos Anticoncepcionais Hormonais disponíveis no mercado (não disponibilizados na rede pública)^{1,12,13}	28
Quadro 2.5– Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental³²	31
Quadro 3.1– Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos	40
Quadro 3.2– Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino	42
Quadro 4.1 Aprazamento das mamografias de rastreamento²⁵	46
Quadro 4.2– Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama	47
Quadro 4.3 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias	49
Quadro 5.1 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica	51
Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação	54
Quadro 5.3–Exame Clínico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal	55
Quadro 5.4 – Classificação do edema	58
Quadro 5.5 – Vacinas Preconizadas para as Mulheres em Idade Fértil	59
Quadro 5.6–Exames a serem solicitados por padrão no pré-natal, interpretações e condutas	62
Quadro 5.7–Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação	70
Quadro 5.8 – Consulta Pré-natal de Enfermagem do parceiro ou pares do mesmo gênero	82
Quadro 5.9 – Cuidados de enfermagem no período puerperal	84
Quadro 5.9.1 – Tratamento da anemia no puerpério	86
Quadro 5.10 – Principais itens a serem observados na mamada	87

Quadro 5.11. Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação _____ 90

**Quadro 5.12– Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à
manutenção ou contra indicação de aleitamento materno _____ 94**

Quadro 6.1 – Contra indicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) _____ 98

Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo _____ 99



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

LISTA DE FLUXOGRAMAS

<i>Fluxograma 1.1 – Corrimento Vaginal ou cervicites</i>	10
<i>Fluxograma 1.2 – Infecção urinária</i>	15
<i>Fluxograma 1.3– Cólica menstrual</i>	18
<i>Fluxograma 4.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários</i>	48

1 – ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites^{1,8}

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

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

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

1.1.1 – Entrevista¹

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;
- Data da última menstruação;
- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- Abortamento ou partorecentes;
- 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;
- Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente);
- Orientação sexual e de gênero;
- Método contraceptivo em uso;
- Procedimento uroginecológicos já realizados e quando (colposcopia, conização, cauterização etc);
- Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se população alvo).

1.1.2 – Exame Físico^{1,8}

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

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos. Se queixa de dispareunia e/ou vulvodínia/ vestibulodínia associada(s), utilizar o teste do cotonete¹;
- Exame de linfonodos inguinais;
- Exame especular: observar características do colo, sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo), trofismo da mucosa e presença de corpo estranho;
- Prolapsos genitais: discutir com fisioterapeuta do NASF. Encaminhar/discutir com MFC para outras condutas;
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

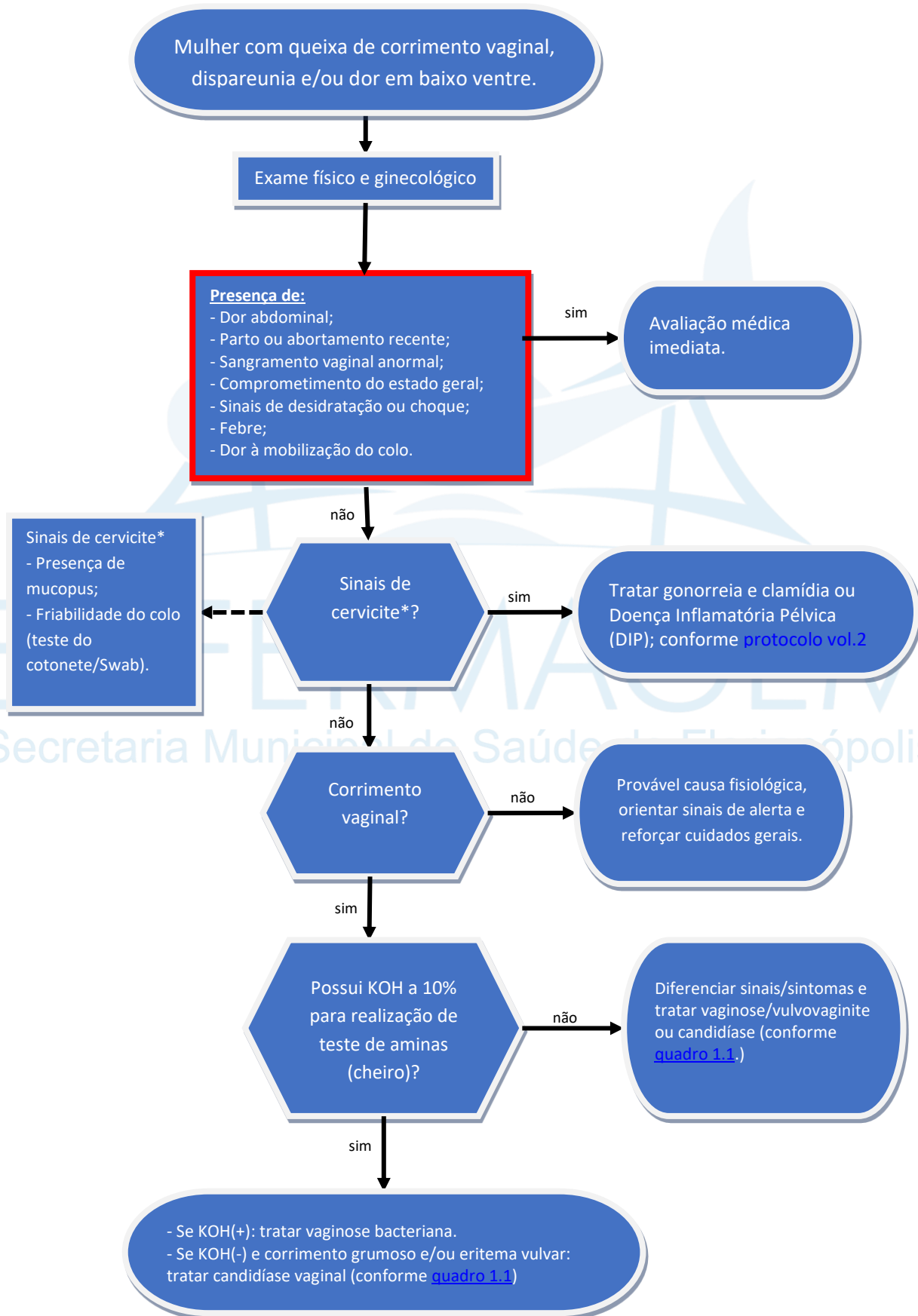
Após a entrevista e exame físico, realizados durante a consulta de enfermagem, é importante atentar para presença de alguns **sinais de alerta** que, se presentes, deverão ser avaliados conjuntamente com o MFC (médico de família e comunidade) em interconsulta:

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

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

¹A paciente, em posição ginecológica, indica presença/ausência de dor ao toque da genitália externa com um cotonete. O examinador deve tocar levemente a vulva para identificar e registrar áreas dolorosas. O teste deve ser feito no sentido horário, tocando parte interna das coxas, monte de Vênus, grandes lábios, sulco interlabial, pequenos lábios, região periuretral/clitoriana, glândula de Bartholin, corpo perineal e vestibulo, bilateralmente²³.

Fluxograma 1.1 – Corrimento Vaginal ou cervicites



Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites^{1,8,10}

Causa identificada	Sinais e sintomas principais	Plano de cuidados/Conduta do enfermeiro
Candidíase	<ul style="list-style-type: none"> • Prurido vulvar • Hiperemia vulvar • Corrimento grumoso • Teste do KOH negativo 	<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>Tratamento medicamentoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término). ESTE TRATAMENTO É O PRECONIZADO PARA GESTANTES; • Fluconazol 150 mg dose única (NÃO PRESCREVER PARA GESTANTES); • Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg e repetindo a dose após 3 dias e após 6 dias da primeira dose; • Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), investigar DM e HIV e encaminhar a consulta médica. Parcerias de mulheres com infecção recorrente devem ser tratados(as) com Fluconazol 150mg dose única (verificar alergia prévia). <p>Possibilidades terapêuticas naturais³¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaleuca/TeaTree: 1 ou 2 gotas de óleo essencial de melaleuca diluída em 100mL de água - fazer banhos de assento ou lavar delicadamente o interior da vagina com uma seringa de 20ml ou ducha vaginal com essa solução 1x ao dia por 5 dias. Como a melaleuca é um óleo essencial forte, cada mulher sente um efeito diferente e pode adaptar seu uso, diminuindo a quantidade de horas na diluição; • Camomila ou calêndula: fazer infusão com 1 colher de sopa de extrato seco de camomila para 200ml de água. Lavar delicadamente a vagina, internamente, com seringa de 20ml ou ducha ginecológica com essa solução. Também é possível fazer banho de assento com infusão das ervas. Faça um chá concentrado e dilua coado em bacia com água morna, permaneça sentada com a vulva totalmente imersa, por no mínimo 15 minutos. Promove alívio dos sintomas irritativos; • Bicarbonato de sódio: pode-se fazer banho de assento diluindo 1 colher de sopa de

		<p>bicarbonato para cada 500ml de água. Pode-se adicionar 10 gotas de óleo essencial de melaleuca a essa mistura. O bicarbonato é básico e por isso alivia os sintomas da candidíase (que é ácida), porém uma quantidade muito grande de bicarbonato pode deixar o pH vaginal básico demais, o que favorece outros desequilíbrios e infecções. Alterações de cheiro e modificação da secreção vaginal podem ocorrer;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alho: utiliza-se 1 dente de alho sem casca, durante à noite, por 7 noites. O alho não deve ser machucado ao ser descascado e deve ser envolto por uma gaze amarrada com um fio (formato semelhante ao absorvente interno) para que possa ser retirado na manhã seguinte. Se houver muita coceira ou ardência, evitar o alho pois poderá piorar irritação da mucosa; • Babosa: uso intravaginal. Descascar a Aloe Vera, garantindo que toda a casca verde e sua seiva amarelada sejam retiradas (pois são tóxicas). Cortar cubinhos de aproximadamente 2x2 cm, introduzir na vagina à noite como um supositório e retirar o excesso pela manhã, repetir por 7 dias; • Óleo de coco: alivia sintomas de coceira e ajuda a reepitelizar a região (refazer as células que foram descamadas). Passar uma colher de chá de óleo com os dedos após lavar com melaleuca ou bicarbonato; • É importante após cada tratamento repor os lactobacilos da vagina. Isso pode ser feito com iogurte natural por 3-5 noites. Usar uma colher de chá de qualquer iogurte natural sem sabor e sem adição de açúcar e passar por dentro da vagina com o dedo ou aplicador de pomada vaginal. Retirar o excesso no banho pela manhã. A reposição de lactobacillus do intestino pode ser feita com consumo de fermentados como kefir e kombucha ou ainda com cápsulas manipuladas de <i>Lactobacillus acidophilus</i>; • É importante cada mulher observar como seu corpo reage a cada tratamento natural e se ocorrem efeitos colaterais.
<p>Vaginose bacteriana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Corrimento com odor fétido; • Corrimento acinzentado; • Teste do KOH (teste de Whiff ou teste das aminas) positivo – 	<p>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas;

	<p>adicionar duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal;</p> <ul style="list-style-type: none">• Atentar para sinais/sintomas de Tricomoníase, que em alguns casos podem ser confundidos (ver Protocolo de Enfermagem vol.2).	<ul style="list-style-type: none">• Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas.• Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando assim convocação dos mesmos. <p>Tratamento medicamentoso:</p> <ul style="list-style-type: none">• Metronidazol creme (100 mg/g) por 5 noites; OU• Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 7 dias (NÃO INGERIR BEBIDA ALCOÓLICA ATÉ 24 HORAS APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO). <p><u>Gestantes (independentemente da idade gestacional) ou nutrízes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 7 dias (A excreção da droga pode conferir gosto amargo ao leite materno. A maioria dos estudos não relatou efeitos colaterais nos lactentes. No entanto, observar perda de apetite, vômitos e diarreia. Caso ocorram tais efeitos, o aleitamento deverá ser suspenso²⁴).
--	---	--

Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoníase, Donovanose, HPV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorreia, entre outras), consultar volume 2 do Protocolo de Enfermagem (Infecções Sexualmente Transmissíveis) disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>

1.1.3 – Vaginose Citolítica

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

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

1.1.4 – Hipersensibilidade ao plasma seminal

Os sinais e sintomas surgem no local que esteve em contato direto com o sêmen, que apresentam hiperemia na pele ou mucosa, sensação intensa de coceira e/ou prurido, edema na região que costumam surgir entre 10 a 30 minutos após a relação e durar por horas ou dias.

Caso haja suspeita de alergia/hipersensibilidade ao plasma seminal do parceiro, oriente a utilização de preservativos ou evitar a ejaculação no interior da vagina.

1.2 – Infecção Urinária^{1,11,12}

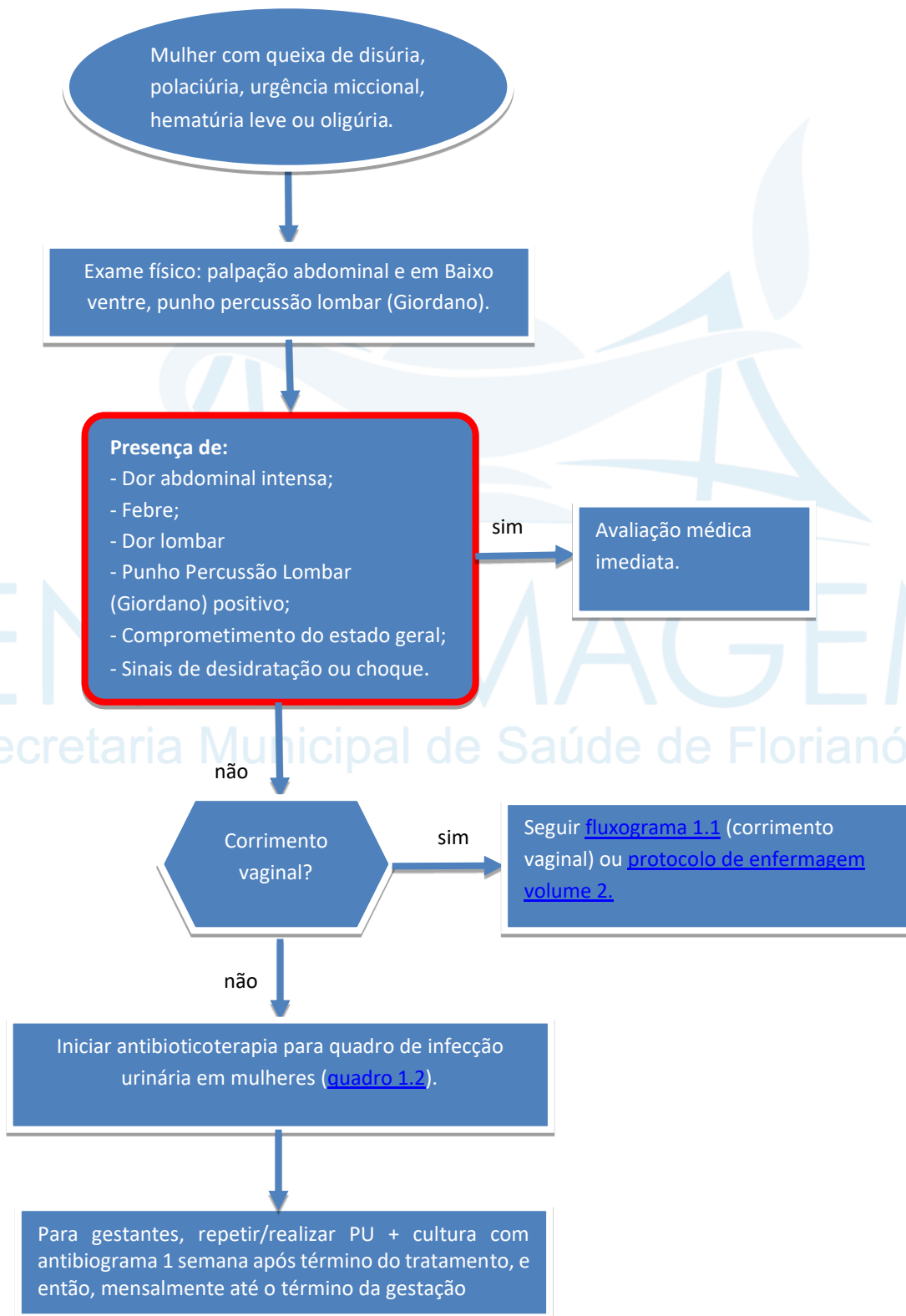
As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas, sejam médicas ou de enfermagem, junto às unidades de saúde, sendo a abordagem precoce e a intervenção adequada um fator preponderante para se evitar complicações ou mesmo internações desnecessárias. O quadro principal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

Ver o [fluxograma 1.2](#) abaixo para manejo.



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 1.2 – Infecção urinária



Quadro 1.2 – Tratamento da Dificuldade Urinária em Mulheres ^{1,12}

Tratamento medicamentoso		Orientações / Cuidados de Enfermagem
Não gestante	<ul style="list-style-type: none"> Sulfametoxazol + Trimetropina: <ul style="list-style-type: none"> - 2 comprimidos de 400mg+80mg de 12/12 horas por 3 dias OU - 20ml da solução de 40mg+8mg/ml de 12/12 horas por 3 dias <p>NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO</p> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Nitrofurantoína: <ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimido de 100mg de 6/6 horas por 5 a 7 dias OU - 20ml da solução de 5mg/ml de 6/6 horas por 5 a 7 dias <p>NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO FILHOS MENORES DE 30 DIAS, COM HIPERBILIRRUBINEMIA E/OU DEFICIÊNCIA DE G-6-PD (IDENTIFICADA NO TESTE DO PEZINHO)</p> <p>Se medicamentos anteriores em falta, o(a) enfermeiro(a) poderá prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina: <ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimido de 500mg de 6/6 horas por 7 dias ou - 10ml da solução de 50mg/ml de 6/6 horas por 7 dias <p>USO SEGURO PARA MULHERES AMAMENTANDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar ingesta hídrica; Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência; Não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (PU e Urocultura). Caso sintomas permaneçam após o tratamento inicial, discutir/encaminhar para consulta médica para solicitação destes exames.
Gestante	<p>O enfermeiro poderá prescrever o tratamento medicamentoso apenas se 1ª evidência laboratorial de ITU (urocultura positiva acompanhada de antibiograma) ou em 1º quadro sintomático de ITU baixa (cistite):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido de cefalexina 500mg de 6/6 horas por 7 dias OU 1 comprimido de Amoxicilina/ácido clavulânico 500mg+125mg de 12/12 horas por 7 dias OU 1 comprimido de Nitrofurantoína 100mg de 6/6 horas por 10 dias (NÃO PRESCREVER APÓS 36ª SEMANA DE GESTAÇÃO) 	<ul style="list-style-type: none"> Repetir/realizar PU + cultura com antibiograma 1 semana após término do tratamento, e então, mensalmente até o término da gestação (tomar condutas conforme resultado de exame); Aumentar ingesta hídrica; Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal, contrações) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência Dependendo da frequência e da recorrência, discutir com médico a possibilidade de

profilaxia(esta é decisão medica).

Para alívio sintomático poderá ser prescrita analgesia com:

- Dipirona 500mg a 1g de 06/06 horas (exceto para gestantes, autorizado em nutrízes) ou
- Paracetamol 500mg a 1g de 06/06 horas (pode ser utilizado com segurança em gestantes e nutrízes).

Quadro 1.2.1 Considerações no seguimento da gestante com ITU

Considerações importantes no seguimento da gestante com ITU/bacteriúria assintomática

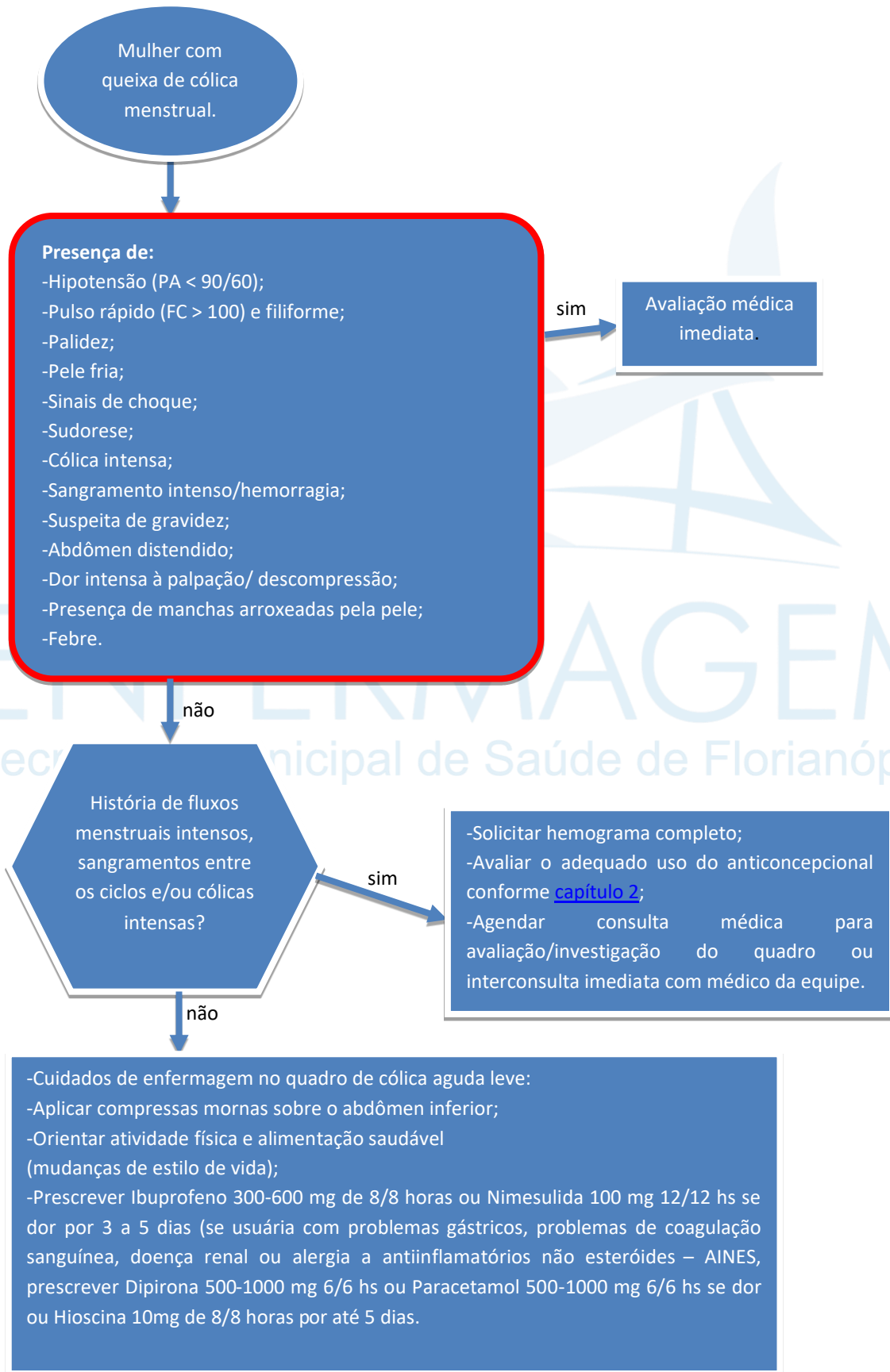
- Seguimento laboratorial mensal para gestantes com ITU de repetição é essencial para prevenir complicações;
- Vincular a gestante às consultas e exames pré-natais;
- **Fazer a escolha correta de antibióticos** para tratamento de ITU, baseado em evidências e que ofereçam maior segurança ao binômio mãe e bebê, reduzindo riscos e reações adversas;
- Recomendar aumento de ingesta hídrica;
- Orientar higiene íntima adequada;
- Recomendar que a gestante realize esvaziamento vesical regular e urinar antes e após as relações sexuais;
- Discutir caso, realizar interconsulta ou encaminhar para atendimento com médico(a) da equipe para verificar necessidade de profilaxia para gestantes com ITU de repetição **(somente conduta médica)**.

1.3 – Cólica Menstrual¹

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

Neste tipo de atendimento, é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico progressivo, bem como a determinação de possíveis situações agravantes com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme [fluxograma 1.3](#).

Fluxograma 1.3– Cólica menstrual



1.4 – Dispareunia e Vaginismo

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

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

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, considerar a estrogonização local caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos, da seguinte maneira: **Estroio 11mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 21 dias e, pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário (tempo máximo de tratamento por até 3 meses). Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica.**

Não prescrever se: mulher com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

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

1.4.1 – Toque Bimanual

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

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

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

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

1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin¹

As glândulas de Bartholin situam-se em cada lado da abertura vaginal, e podem ficar bloqueadas. Quando isto ocorre, líquidos se acumulam e a glândula incha, formando um cisto. Os cistos variam desde o tamanho de uma ervilha até uma bola de golfe ou mais. Na maioria das vezes, ocorrem apenas em um lado. Eles podem ficar infeccionados, formando um abscesso, caracterizado por dor intensa e, às vezes, febre. Caso o enfermeiro se depare com um provável caso, deverá solicitar avaliação conjunta com seu MFC. Na indisponibilidade deste profissional, encaminhar a paciente para atenção hospitalar dado risco de gangrena de Fournier.



Disponível em: <https://free-nursingcareplan.blogspot.com/2011/06/nursing-care-plan-for-bartholinitis.html?m=1>

1.6 - Incontinência urinária²⁵

Casos leves de perda miccional involuntária podem ser manejados com exercícios para o assoalho pélvico, visando ao seu fortalecimento. Neste caso o enfermeiro deverá auxiliar a mulher na identificação da musculatura envolvida. Um resumo das etapas do exercícios consiste na contração dos músculos como que simulando a interrupção do fluxo urinário por 8 a 10 segundos, seguido de relaxamento completo do assoalho pélvico.

Outras medidas de educação para o autocuidado são:

- Estimular a perda de peso em pacientes obesas ou com sobrepeso;
- Beber por volta de 02 litros de água por dia, em pequenas quantidades e em intervalos regulares ao longo do dia;
- Reduzir o consumo quantidade de bebidas alcoólicas, cafeinadas e carbonatadas;
- Evitar constipação/obstipação intestinal;
- Orientar esvaziar a bexiga em intervalos regulares, em vez de esperar até que a bexiga esteja muito cheia;

2 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO¹²

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

2.1 – Preconcepção

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

Condutas de enfermagem no período pré-concepcional^{1,13,14}

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/progressa da mulher e, se possível, de seu(sua) parceiro(a);
- Perguntar sobre a DUM e orientar sobre formas de identificar o período fértil (cálculo do período com base no 1º dia de sangramento da última menstruação, levando em consideração a duração do ciclo de cada mulher, modificações que ocorrem no muco cervical/secreção vaginal tornando-o mais abundante, discreta elevação da temperatura corporal, aumento da libido, entre outros);
- **Prescrever ácido fólico 5 mg/dia no mínimo 30 dias antes da concepção;**
- **Verificar situação do citopatológico, e caso necessário, realizar o mesmo;**
- **Solicitar sorologias ou realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis (casal); Toxoplasmose (IgG/IgM) e Rubéola IgG;**
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto, tríplice viral e febre amarela) e, em caso de atraso ou ausente, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação MS/2014¹⁴. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado (tríplice viral e febre amarela);
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Questionar sobre comorbidades pré-existentes, sobretudo as de caráter crônico, encaminhar para o MFC a fim de assegurar que a patologia esteja sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar. (Para maiores informações consultar o Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde; disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf)⁶.

2.2 – Métodos Contraceptivos^{1,12,13}

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

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

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

No [Anexo I](#) deste documento, há uma tabela com taxa de falha dos métodos de contracepção.

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS (o [quadro 2.2](#) foi adaptado da fonte para melhor definir as possibilidades de prescrição pelos (as) enfermeiros):

Quadro 2.1 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

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

Quadro 2.2– Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro^{19(adaptado)}

CONDIÇÃO ATUAL	PÍLULA COMBINADA	PÍLULA SOMENTE COM PROGESTÁGENO (exceto minipílula de noretisterona)	INJETÁVEL COMBINADO (mensal)	INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral)	DIU DE COBRE	MINIPÍLULA DE NORETISTERONA
IDADE INFERIOR A 40 ANOS	1	1	1	1	1 2 se <20 anos	NÃO UTILIZAR
IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 40 ANOS	2	1	2	2	1	NÃO UTILIZAR
AMAMENTAÇÃO - MENOS DE 6 SEMANAS APÓS O PARTO	4	3	4	3	1 = prescreva a partir de 4 semanas após o parto	NÃO UTILIZAR
AMAMENTAÇÃO - ENTRE 6 SEMANAS E 6 MESES APÓS O PARTO	3	1	3	1	1	1
AMAMENTAÇÃO - MAIS DE 6 MESES APÓS O PARTO	1/2*	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
OBESIDADE	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
IST ATUAL (EXCETO HEPATITE E HIV)	1	1	1	1	4 para inserção se DIP/cervicite atual** 2 para continuação se usa DIU e com cervicite/DIP atual 2 se outras ISTS	NÃO UTILIZAR
TABAGISMO EM MULHERES COM MENOS DE 35 ANOS	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
TABAGISMO EM MULHERES COM MAIS DE 35 ANOS	3/4	1	3/4	1	1	NÃO UTILIZAR

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

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

** Pode ser inserido após tratamento completo e sem sintomas de cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia. Para DIP: inserir após 12 semanas do término do tratamento. Demais ISTs: categoria 2

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

**** Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. 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.

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

Quadro 2.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)^{1,12,13}

Método/ responsável	Tipo disponível na rede municipal e classificação	Como usar/ Condutas do enfermeiro	Efeitos colaterais mais comuns
<p>Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal, do tipo monofásico)</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Etinilestradiol/levonogestrel 0,03/0,15 mg OU Etinilestradiol de baixa dosagem (menor ou igual a 0,35 µg/ progestágeno)</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, sempre no mesmo horário, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela. <p>Em caso de esquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. <p>Em caso de vômitos:</p> <p>Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea; • Alteração de humor: geralmente é melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica; • As pílulas de doses estrogênicas maiores, bifásicas ou trifásicas podem ser utilizadas como medida de exceção em mulheres com perdas sanguíneas intermenstruais persistentes ou situações de interação medicamentosa (prescrição médica).
<p>Injeção de estrogênio/ Progestágeno</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Enantato de norestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias); • Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); • Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método; <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 7 dias: aplique nova injeção; • Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea; • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.

<p>Injeção de progestágeno (trimestral)</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Acetato de medroxiprogesterona 150 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias); • Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); • Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação. <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Até 2 semanas:</u> aplique nova injeção; • <u>Mais de 2 semanas:</u> descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia (comum); • Ganho de peso; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
<p>Dispositivo intrauterino (DIU)</p> <p>(Inserção/retirada: Médico e/ou Enfermeiro; Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>DIU de Cobre (DIU-Cu)</p> <p><i>Classificação: método de barreira</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção e retirada do DIU pode ser realizada por profissional ENFERMEIRO (A) TREINADO (A) EM CAPACITAÇÃO ESPECIFICA, QUE SE DIVIDE EM MOMENTO TEORICO E PRATICO – NÃO CONTEMPLADO NO TREINAMENTO DE ADEÇÃO AOS PROTOCOLOS; • Todo profissional treinado (a) segue o Procedimento Operacional Padrao já estabelecido, fim de garantir a segurança do paciente e profissional; • Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o ciclo menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo); • O enfermeiro deve solicitar BHCg ou realizar teste rápido de gravidez a fim de certificar que a paciente não esteja grávida no momento da inserção. • Realizar preventivo antes da inserção, caso esteja com rastreamento em atraso (abordagem oportunística); • No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta; • Seguimento da mulher após inserção: em 1 semana com quem realizou a inserção e após primeiro ciclo menstrual. Caso não haja intercorrências, o seguimento ocorre anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; • Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe; • Para manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU, verifique o Anexo II • A taxa de falha do método fica em 0,8% (para uso típico) a 0,6% (uso correto), sendo um dos mais seguros quando comparado com outros métodos; • IMPORTANTE SEMPRE APRESENTAR TAXA DE FALHA DE TODOS OS METODOS (Anexo I); • ORIENTAR E REFORÇAR SEMPRE NA CONSULTA QUE NAO EXISTE METODO 100% SEGURO; • Orientar paciente sobre auto cuidado e auto observação.

<p>Minipílula de progestágeno isolado</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Norestisterona 0,35 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todos os dias e manter aleitamento materno exclusivo; • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica.
<p>Métodos cirúrgicos (irreversíveis)</p>	<p>Encaminhamento para:</p> <p>Laqueadura tubária</p> <p>Vasectomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; • Entregar termo de consentimento livre e esclarecimento, lendo em conjunto com o mesmo a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhando, lembrando sempre ao usuário sobre o risco de uma cirurgia e, que ambos os métodos são considerados na prática IRREVERSÍVEIS; • Solicitar exames pré-operatórios: Glicose, Hemograma, TAP, TTPa, Parcial de urina, Beta HCG e ECG para maiores de 40 anos (somente após marcação da consulta para avaliação com o especialista); • Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar sucesso do procedimento cirúrgico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica; • Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.

* Se sangramento intenso e regular e interferindo com a qualidade de vida, questionar se há sangramento em outras partes do corpo (gengiva, arranhões leves, lesões de pele):

- Sangramento presente em outras partes do corpo: se sinais de gravidade presentes (hipotensão, palidez, fraqueza, nível de consciência alterado), encaminhar para avaliação médica. Sem sinais de gravidade, solicitar hemograma, TAP e TTPA e encaminhar para consulta médica após resultado dos exames;
- Sangramento ausente em outras partes do corpo: solicitar hemograma. Se $Hb \leq 12$, prescreve sulfato ferroso 160mg ao dia (4 comprimidos) por 3 meses. Repetir hemograma em 2 meses. Troque o método. Maneje cólica/sangramento menstrual conforme [fluxograma 1.3](#).

Quadro 2.4 – Síntese de Outros Métodos Anticoncepcionais Hormonais disponíveis no mercado (não disponibilizados na rede pública)^{1,12,13}

Método/responsável	Tipo disponível na rede privada e classificação	Como usar/ Condutas do enfermeiro	Efeitos colaterais mais comuns
DIU liberador de levonorgestrel	<p>Levonorgestrel 52mg (liberação de 20 mcg / dia)</p> <p>Durabilidade de <u>05 anos</u>, podendo ser inserido 4 semanas após o parto</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> A inserção não é realizada por profissionais da rede. 	
Adesivo hormonal combinado	<p>Norelgestromina 6mg/Etinilestradiol 0,60 mg (contra indicado para mulheres com mais de 90kg)</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Sobre a pele limpa e livre de cosméticos, aplicar o primeiro adesivo no 1º dia de sangramento do ciclo menstrual. Locais de aplicação (realizar rodízio semanal): nádegas, abdome, parte superior externa do braço ou parte superior do dorso, em local onde não haja fricção por roupas justas. Nunca aplicar o adesivo nas mamas; Trocar o adesivo de 07/07 dias, por 03 semanas e deixar 01 semana sem adesivos, para reiniciar nova embalagem. 	
Comprimido vaginal revestido combinado estrogênio/Progestágeno	<p>Levonorgestrel 0,25 mg/ etinilestradiol 0,05 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar a primeira aplicação no 1º dia do ciclo; Introduzir o comprimido, via intravaginal, uma vez ao dia, preferencialmente no mesmo horário, por 21 dias consecutivos e realizar 7 dias de intervalo antes de reiniciar a nova cartela; Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método. 	

		<p>Em caso de esquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. 	
Anel vaginal	<p>Etonogestrel 11,7 mg/ etinilestradiol** 2,7 mg**</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserir o anel via intravaginal (até o fundo do canal) no 1º dia de sangramento do ciclo menstrual e deixá-lo lá por 3 semanas, quando o mesmo deverá ser retirado. Deverá ser feita 01 semana de pausa antes da colocação de um novo anel. <p>Se o anel ficar fora da vagina por mais de 3 horas, acidentalmente, é necessário utilizar método de barreira.</p>	
Mini pílula de progestágeno isolado	<p>Linestrenol 0,5 mg** Levonogestrel 0,030 mg**</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todo o dia e manter aleitamento materno inclusive; • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica.
Dispositivos contraceptivos implantáveis	<p>Implanon: 68 mg de etonogestrel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A inserção (por via subdérmica , na face interna da porção superior do braço) não é realizada por profissionais da rede. O dispositivo deve ser inserido entre o dia 1 	

	<p>Durabilidade de 03 anos, podendo ser inserido 4 semanas após o parto</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<p>(primeiro dia de sangramento menstrual) e o dia 5 do ciclo menstrual, mesmo se a paciente ainda estiver com sangramento menstrual. Se inserido como recomendado, outro método anticoncepcional não é necessário. Se divergir do período de inserção recomendado, a paciente deve ser orientada a usar um método de barreira durante 7 dias após a inserção.</p>	
<p>Pílula de progestágeno isolado</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Desogestrel 75 µg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia, preferencialmente no mesmo horário, sem pausas entre as cartelas 	

Além dos métodos anticoncepcionais hormonais, os não farmacológicos de abordagem comportamental também podem ser orientados à mulher conforme [quadro 2.5](#) abaixo, visto que a escolha final de qual deles usar é da própria pessoa. Importante orientar sobre as taxas de falha de cada um deles, que pode ser visto no [Anexo I](#) deste documento.

Quadro 2.5– Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental³²

Método/responsável	Descrição	Como explicar	Observações
Calendário (tabelinha, Ogino-Knauss)	Os dias férteis são calculados na base da história menstrual dos últimos seis meses. Em mulheres com ciclos mais ou menos regulares, com duração entre 26 e 32 dias, o período fértil vai do dia 8 ao dia 19 do ciclo.	Orientar a mulher que o 1º dia de sangramento menstrual deverá ser assinalado no calendário com um “M” e os 06 dias seguintes com um círculo. Depois deverá assinalar os 12 dias seguintes com um X A chance de uma gestação ocorrer é pequena entre o dia marcado com M e os 06 dias seguintes marcados com círculo. A ocorrência de relações nos 12 dias marcados com X aumenta a probabilidade de concepção. Terminados os dias com X, as chances de uma nova gestação voltam a cair.	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método pró-conceptivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil; • É importante atentar para a regularidade dos ciclos.
Muco cervical (Billings)	Os dias férteis são os chamados dias úmidos, quando há muco cervical em quantidade mais abundante no canal vaginal, com extravasamento de secreção que forma fio.	Orientar a mulher a observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso mediante sensação de secura ou umidade da vulva e analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método pró-conceptivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil.
Temperatura corporal basal	Os dias férteis se calculam pela variação da temperatura corporal, que se eleva depois da ovulação.	Orientar a mulher a aferir sua temperatura corporal da mesma maneira (oral, vaginal, retal), no mesmo horário, todas as manhãs, antes de se levantar, registrando os valores. Nos dias em que for observada elevação entre 0,2° a 0,5°C, é provável que esteja no	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método pró-conceptivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil;

		<p>período fértil (aproximadamente no meio do ciclo menstrual, para muitas mulheres). Atingido o pico máximo de temperatura, ela deverá permanecer nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É importante atentar para outros fatores que possam interferir com variações da temperatura corporal, como a ocorrência de infecções, por exemplo; • O termômetro deve ser sempre o mesmo.
Sintotérmicos	Os dias férteis se calculam por um conjunto de sinais físicos, incluindo o muco cervical e a temperatura.		
Coito interrompido	<p>Consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos.</p>	<p>Orientar a mulher a conversar sobre o método com o(s) parceiro(s), instruindo-o(s) a realizar a ejaculação fora de sua vagina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É necessário autocontrole do(s) homem(s) e confiança entre os envolvidos; • Importante orientar que o líquido pré-seminal pode conter espermatozoides e, mesmo não ocorrendo a ejaculação no interior da vagina, pode ocorrer a gravidez.
Camisinha feminina	<p>Consiste num tubo de poliuretano ou látex com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a um anel ou esponja (dependendo do modelo) flexível.</p> <p>O primeiro anel ou esponja, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva.</p> <p>O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. O poliuretano, por ser mais resistente</p>	<p>Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O preservativo feminino pode ser colocado em qualquer momento, desde que seja antes da penetração, e retirado com tranquilidade após o término da relação; • Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada). O anel móvel/esponjinha deve ser apertado e introduzido na vagina; 	<ul style="list-style-type: none"> • É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade; • O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser usados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex); • 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

	<p>do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes. Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Com o dedo indicador, ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; • O anel (externo) deve ficar aproximadamente 3cm para fora da vagina. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. O preservativo não deve ficar retorcido; • Deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação. Para retirá-lo, segure as bordas do anel externo fazendo um movimento de torção para manter o esperma dentro do preservativo. Puxe-o delicadamente para fora da vagina, jogando-o no lixo. 	<p>preservativo também pode provocar um pequeno ruído durante a relação sexual. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não deve ser usado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.
<p>Camisinha masculina</p>	<p>Consiste em um envoltório de látex ou silicone (não disponível no SUS) que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.</p>	<p>Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação, para que ela mesma coloque no(s) parceiro(s) ou instrua-o(s) a fazê-lo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O preservativo deverá ser colocado antes de qualquer penetração, com o pênis em ereção. O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior; • Ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis; • Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto; 	<ul style="list-style-type: none"> • É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade; • Devem ser usados apenas lubrificantes a base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, aumentando o risco de ruptura; a maioria dos preservativos são fabricados com lubrificantes; • No caso de ruptura durante o ato sexual, o preservativo deve ser substituído imediatamente.

		<ul style="list-style-type: none"> Retirar o preservativo segurando-o pela base para que não haja vazamento de esperma; O preservativo não deve ser reutilizado, devendo ser descartado no lixo após o uso. 	
Método da amenorreia lactacional (LAM)	<p>Consiste em utilizar a amamentação exclusiva como opção de planejamento familiar. Age impedindo a ovulação por meio da ação dos hormônios envolvidos na amamentação que atuam sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovário.</p> <p>A sucção frequente por parte do lactente envia impulsos nervosos ao hipotálamo materno, alterando a produção hormonal, o que leva à anovulação; como consequência da não ovulação ocorre a “amenorreia”, um dos critérios básicos para a eficácia deste método. Geralmente as condições ideais para a adoção da LAM se encerram por volta dos 6 meses de vida do lactente.</p>	<p>Orientar a mulher a amamentar de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança, 10 a 12 vezes por dia durante as primeiras semanas após o parto e 8 a 10 vezes por dia, mais uma vez durante a noite, nos primeiros meses.</p> <p>Observar, adicionalmente, qualquer sinal de ovulação e/ou menstruação e rever suas escolhas contraceptivas.</p>	
Diafragma	<p>Consiste num 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 colocar o diafragma; 	<ul style="list-style-type: none"> Requer utilização de técnica de medida por parte do profissional de saúde para indicar o melhor tamanho (VER TÉCNICA PARA MEDICAÇÃO ABAIXO)*; A vida média útil do diafragma é em torno de 3 anos, se observadas as recomendações do produto;

espermatozoides no útero e trompas.

- Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos;
 - Em caso de uso com geléiaespermaticida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá);
 - Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geleia dentro), pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar;
 - Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível;
 - Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que esta se apóie na face posterior do púbis;
 - Verificar a correta colocação do diafragma por meio do auto-toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha;
 - Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira);
 - O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 06 nem maior que 24
- O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o banho, desde que este ocorra pelo menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando, assim, a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital;
 - O uso frequente de espermaticida associado aos diafragama causa irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção pelo HIV e outras DST;
 - A detecção de IST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso, ficará condicionado a cura da infecção e reavaliação de risco de nova DST e infecção pelo HIV.

		<p>horas após a última relação sexual, e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período;</p> <ul style="list-style-type: none">• Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora;• Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio.	
--	--	---	--

*TÉCNICA PARA MEDIÇÃO DO DIAFRAGMA:

O tamanho adequado do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior. A medição deve ser feita por profissional de saúde treinado, por meio da seguinte técnica:

- 1 - Introduzir os dedos indicador e média na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior;
- 2 - Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica;
- 3 - Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado;
- 4 - A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina corresponde ao diâmetro aproximado;
- 5 - Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5mm, por meio dos anéis de prova ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina;
- 6 - O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior;
- 7 - O diâmetro correto do diafragma é determinado ao se encontrar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido com desconforto pela mulher.

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

Informações úteis sobre o DIU:

- Não há evidências para a recomendação de antibioticoterapia e/ou remoção do DIU em mulheres assintomáticas com citologia cervical positiva para *Actinomyces* (bacilo anaeróbio gram positivo integrante da flora vaginal e gastrointestinal normais). Nesse caso, é importante questionar e examinar a paciente sobre sinais e sintomas de DIP, procedendo conforme Protocolo de Enfermagem Volume 2;
- Nuligestas e nulíparas podem utilizar o método, no entanto as taxas de expulsão do dispositivo são discretamente mais elevadas;
- O DIU costuma ser eficaz se introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal; ou após 4 semanas do parto;¹
- Nas demais situações, pode ser introduzido em qualquer período do ciclo menstrual, desde que afastada a possibilidade de gravidez. Sugere-se que seja dada preferência para a colocação durante o ciclo menstrual uma vez que os processos fisiológicos que ocorrem no colo uterino nesse período facilitam a colocação do dispositivo e reduzem o desconforto feminino;
- Em casos de inserção difícil ou histórico de expulsão anterior, o enfermeiro **poderá solicitar ultrassonografia transvaginal para avaliar o posicionamento do DIU.**

Não inserir o DIU se cervicite ativa, DIP nos últimos 3 meses, sangramento vaginal não explicado, útero/colo alterados, doença trofoblástica gestacional, lupus com trombocitopenia severa, mioma submucoso e/ou AIDS.

Para outras ISTs que não sejam DIP nos últimos 3 meses, cervicite purulenta, clamídia ou gonorréia, a inserção do DIU é categoria 2.

No [Anexo II](#) deste protocolo encontra-se uma tabela com o manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU.

2.3 – Contraceção de Emergência^{1,2,11,12,13}

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

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

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

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

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

Observações:

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

3 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO^{1,5,11,12,13}

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

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

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

Se alterações suspeitas no colo forem detectadas no exame especular, independentemente da idade/aprazamento, é permitido realizar a coleta. O mesmo vale em casos de relato de sangramento vaginal depois das relações sexuais, no intervalo entre as menstruações ou após a menopausa.

Como medidas preventivas, o enfermeiro deve informar à paciente que alguns fatores aumentam a predisposição para a doença: sexo desprotegido, multiplicidade de parcerias sexuais, tabagismo, sexarca precoce, multiparidade.

Para mulheres fora da população alvo para rastreamento de câncer de colo do útero, deve **ser estimulada a vacinação contra o HPV entre 09 anos e 14 anos 11 meses e 29 dias, em 02 doses com intervalo mínimo de 06 meses entre as mesmas**. Caso a jovem tenha 15 anos ou mais por ocasião de receber a segunda dose, a mesma pode ser feita em qualquer momento da vida. A vacina contra o HPV também está disponível para as mulheres e homens de 09 a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

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

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas sobre a coleta da citologia oncótica. O [quadro 3.1](#) procura explicitar as situações referentes a coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

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

Situação	Recomendações
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos); Ainda que não haja evidência contraindicando a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas.
Climatério e pós-menopausa	<ul style="list-style-type: none"> Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpite atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), realizar estrogenização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 5 a 7 dias para realização da coleta; Caso a vaginite/colpite atrófica gere queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento. <p>Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes</p>
Histerectomizadas	<ul style="list-style-type: none"> Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento; Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível; Exceção: <u>se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</u> <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.
Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides	<ul style="list-style-type: none"> O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima); Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses; Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
Mulheres que buscam o CS para realização da	<ul style="list-style-type: none"> Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada

citologia oncótica em
função de corrimentos

quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento;

- Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.

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



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 3.2– Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino¹

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

Quadro 3.3 – Achados clínicos comuns no colo uterino¹

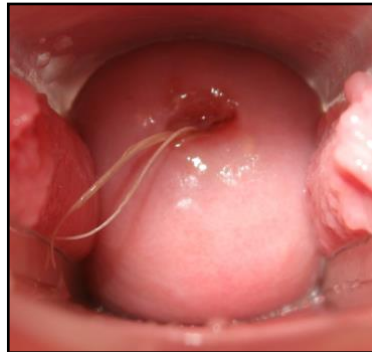
Achado clínico	Explicação	Conduta do enfermeiro
Ectopia	Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos hormonais.	<p>Não há indicação de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

Abaixo encontram-se imagens dos achados mais frequentes no exame especular, divididos em normais e alterados.

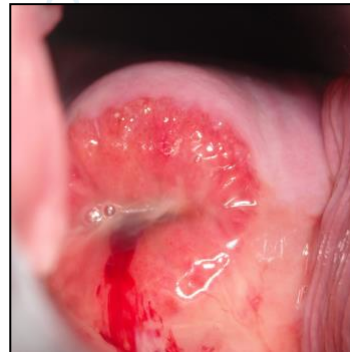
Exame especular normal^{26,27}



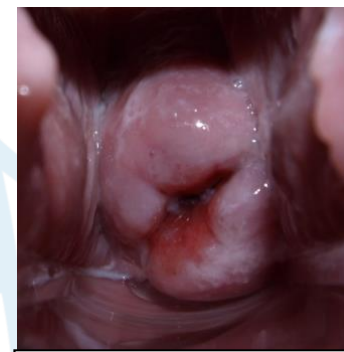
Nulípara: Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorréia fisiológica.



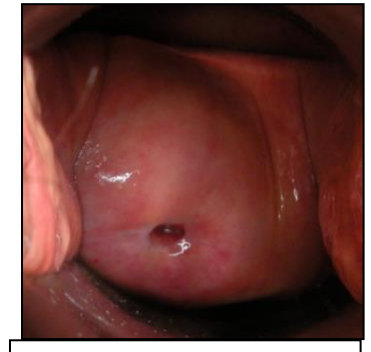
Colo róseo, ectopia discreta periorificial, óstio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio externo, cistos de Naboth em lábio anterior, leucorréia fisiológica.



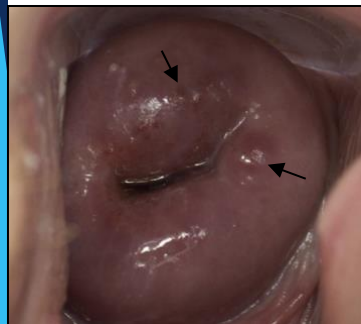
Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorréia fisiológica.



Multípara: Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorréia fisiológica.



Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável.



Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.

Considerar estrogenização local conforme [quadro 3.1](#)

Exame especular alterado^{26,27}



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpíte por *Candida Albicans*.

Tratar conforme [quadro 1.1](#)



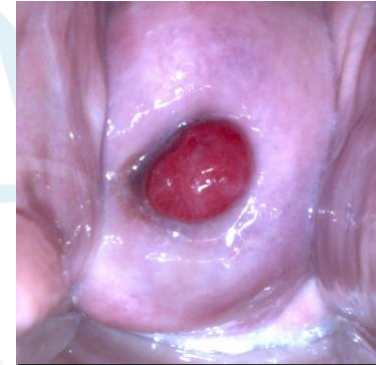
Colo com lesão macroscópica em lábio posterior, provável lesão condilomatosa saliente.

Realizar coleta de CP e encaminhar para colposcopia.



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por *Trichomonas vaginalis*.

Tratar conforme [quadro 1.1](#) e coletar CP (se uso de creme vaginal, realizar coleta 48h após término do tratamento).



Colo com presença de pólipo exteriorizado através do óstio externo.

Encaminhar para ginecologia, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispaurenia.



Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseria gonorrhoe* ou *Chlamydia trachomatis*.

Tratar mulher e parceiro conforme [protocolo vol 2](#).

4 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA ^{1,5,11,12}

4.1 – Ações de Rastreamento

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

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

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é realizado por meio da mamografia a cada dois anos 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 (ECM) e mamografia anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas como tal conforme os seguintes critérios (<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>):

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

O aprazamento das **mamografias de rastreamento** deverá seguir a rotina sugerida pelo MS²⁵, conforme quadro abaixo

Quadro 4.1 Aprazamento das mamografias de rastreamento²⁵

População alvo	Periodicidade do rastreamento com mamografia
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

*ECM = exame clínico das mamas

Abaixo, no [quadro 4.2](#), encontram-se os resultados da mamografia e as condutas a serem tomadas pelo enfermeiro.

Quadro 4.2– Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama ^{1,11,13}

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

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

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

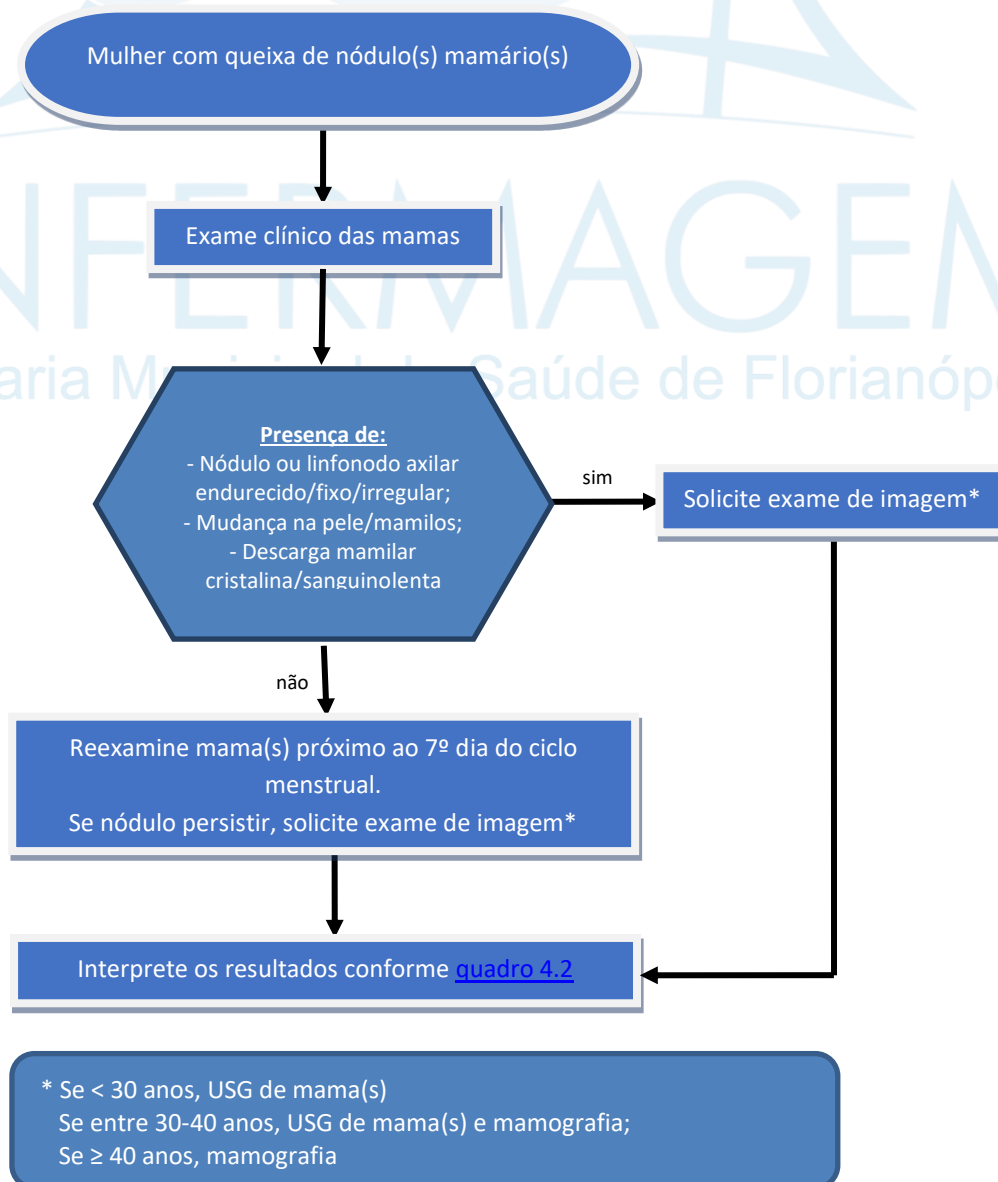
4.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas

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

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

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação, conforme fluxograma 4.1 abaixo:

Fluxograma 4.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários



4.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários ^{1,11}

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

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

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

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

Abaixo, quadro de atendimento para esta demanda (adaptado¹¹).

Quadro 4.3 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

Situação	Condutado Enfermeiro
Mastalgia com febre (Tax>38°C)	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfiar de mastite e encaminhar ao MFC para avaliação imediata. Na ausência deste, encaminhe ao serviço de referência; • Em caso de nutrízes, além da conduta acima, avaliar ingurgitamento mamário e orientar medidas conforme capítulo sobre amamentação.
Mastalgia sem febre	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato do câncer raramente causar dor; • Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário; • Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação; • Prescrever paracetamol 500 mg a cada 6 horas por até 3-5 dias ou ibuprofeno* 300-600mg por até 3-5 dias. Se persistência do quadro, encaminhar para o MFC. Solicitar retorno para reavaliação; • Se Método Anticoncepcional (MAC) hormonal, discutir possibilidade de troca para método não hormonal no caso de já haver passado os 3 primeiros meses de uso e mantido este efeito colateral.

Descarga papilar espontânea em não nutrízes	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina; • Apurar características da descarga: <ul style="list-style-type: none"> - Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis; - Láctea ou Serosa: tranquilizar a paciente; - Sanguinolenta ou Purulenta: solicitar exame de análise de descarga papilar.
Retração mamilar	<ul style="list-style-type: none"> • Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação com MFC.
Descamação e erosão do mamilo/aréola ou pele com aspecto de laranja	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o MFC, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget.

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

Evidências: Você sabia?

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

5 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

5.1 – Avaliação de Risco no Pré-Natal

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

Ao enfermeiro caberá acompanhar o pré-natal de risco habitual/baixo risco e encaminhar ao alto risco perante as situações descritas no quadro abaixo. A gestante que frequenta o pré-natal de alto risco deverá ser acompanhada, também, no CS com seu enfermeiro de referência.

Quadro 5.1 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica

Classificação	Fatores relacionados
Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco (não necessitam encaminhamento ao pré-natal de alto risco)	<p>FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade menor que 15 e maior que 35 anos; - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; - Situação conjugal insegura; - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); - Condições ambientais desfavoráveis; - Altura menor do que 1,45 m; - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade; <p>Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e em mulheres que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.</p> <p>FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; - Macrosomia fetal; - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); - Cirurgia uterina anterior; - Três ou mais cesarianas. <p>FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganho ponderal inadequado; - Infecção urinária; - Anemia.
Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (Ao encaminhar ao setor de pré-natal)	<p>FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatias; - Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada); - Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);

de alto risco, descrever a indicação conforme os fatores e sinais desse quadro).

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

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

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

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

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

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica. (Ao encaminhar ao setor

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica;

de urgência e emergência, descrever a indicação conforme os fatores e sinais desse quadro).

- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria;
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

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

5.2– Roteiro das Consultas ^{1,6,11,12,13}

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

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

É importante que sejam realizadas no mínimo 7 consultas, considerando sempre a qualidade, recomendamos o seguinte cronograma:¹¹

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





Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação^{1,11}

TRIMESTRE	ROTEIRO	Observações
1º CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal; - Antecedentes familiares. Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da DUM; - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3 - Solicitação da 1ª rotina de exames – Quadro 5.6 - Encaminhamento para odontologia (obrigatório) ou profissionais NASF conforme necessidade; - Prescrição de Ácido Fólico. - Abordar o pre natal do parceiro – Quadro 5.8 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção a Identificação de riscos; - Prescreva Ácido Fólico 5 mg ao dia até 12 semanas de gestação¹¹; - É fundamental explicar sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mulher e do feto. O tratamento farmacológico (incluindo a reposição de nicotina) é contraindicado para gestantes e nutrizes;
1º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3; - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção para as alterações da pressão arterial.
2º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3; - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2ª rotina de exames – Quadro 5.6. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino; - Solicitar 2ª rotina de exames entre 22 a 24 semanas.
3º TRIMESTRE Rotina de consultas preferencialmente recomenda –se com frequência quinzenal de 36ª até 38ª e semanal de 38ª até 41ª.	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) - Quadro 5.3; - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3ª rotina de exames – Quadro 5.6. 	<ul style="list-style-type: none"> - O aumento da frequência de consultas no final da gestação se deve à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns 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 41ª, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal, possível indução de parto¹¹.

Quadro 5.3—Exame Clínico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal

TÓPICO	PONTOS IMPORTANTES
AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS E ANTROPOMETRIA	Verificação de Pressão arterial, Peso, Altura, caso for necessário de acordo com as queixas, temperatura, SPO2, glicemia capilar.
INSPEÇÃO CABEÇA E PESCOÇO	<ul style="list-style-type: none"> • Sinal de Halba - Junto aos limites do couro cabeludo, ocorre a formação de lanugem, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos, reflexo do metabolismo próprio da grávida e principalmente das influências hormonais; • Mucosas oculares - se coradas ou hipocoradas; • Nariz - Avaliar se presença de edema; • Cloasmas - É resposta ao aumento da melatonina, cuja secreção é estimulada pelo aumento da progesterona, surgindo manchas escuras, localizadas principalmente na face. O uso de protetor solar ajuda a prevenir; • Gengivas - Avaliar sinais de sangramento ou lesões; • Dentição - Encaminhar para odontologia; • Caso necessário mucosa orofaríngea e canal auditivo; • Pescoço - Em função da hipertrofia da tireoide, aumenta sua circunferência, mais evidenciável por volta do quinto mês.
AUSCULTA CARDÍACA	O sistema circulatório da gestante sofre alterações hemodinâmica(placenta, hormônios, retenção hídrica, e compressão uterina) que vão causar impacto no débito cardíaco, pressão arterial e sintomatologia da gestante. O débito cardíaco eleva-se de 30% - 50%, há um aumento da Frequência cardíaca de 10% - 20%. Como sintomas gerais algumas gestantes podem referir taquicardia, queda da pressão arterial, sensação de dispneia, diminuição de resistência aos exercícios físicos, alteração na ausculta cardíaca- sopro fisiológico.
AUSCULTA PULMONAR	Hiperventilação - Há um aumento discreto da frequência respiratória e um aumento corrente de 40%-50% do volume corrente. Diminuição de pCO2 e excreção de NaHCO3 - alcalose respiratória compensada.
AVALIAÇÃO DAS MAMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de mamilo (hipertrofico, protuso, semi-protuso, plano e invertido); • Sinal de Hunter (aumento da pigmentação e tamanho da aréola); • Rede de Haller (veias visíveis através da pele em forma de rede); • Presença de Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas no mamilo); • Excreção de colostro; • Avaliar pele (integridade, turgor, lesões, fissuras, estrias etc.).
AVALIAÇÃO DO ABDOMEN	Avaliar pele - Hidratação, presença de estrias, lesões, dermatites.

<p>MENSURAÇÃO DA ALTURA UTERINA</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.</p> <p>Para a Medida da altura uterina (AU) usa-se uma fita métrica. Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.</p> <p>É importante antes de medir a altura uterina, solicitar que a paciente esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a AU em até 3cm.</p> <p>Atenção!</p> <p>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.</p> <p>Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; discutir caso com médico em interconsulta, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.</p> 
<p>PALPAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação do fundo uterino; • Exploração do dorso fetal (direito ou esquerdo); • Mobilidade cefálica (manobra de Leopold - polo cefálico fixo ou móvel); • Exploração da escava - ocupada (apresentação cefálica, parcialmente ocupada(apresentação pélvica) e escava vazia (nas apresentações córmicas). 
<p>AUSCULTA FETAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contar número de BCF em um minuto, verificar ritmo, frequência e regularidade. Os ruídos fetais compreendem o batimento cardíaco e o sopro funicular (por compressão do cordão e sincrônico com o anterior). A frequência esperada é de 120 a 160 bpm. <p>Atenção!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico;

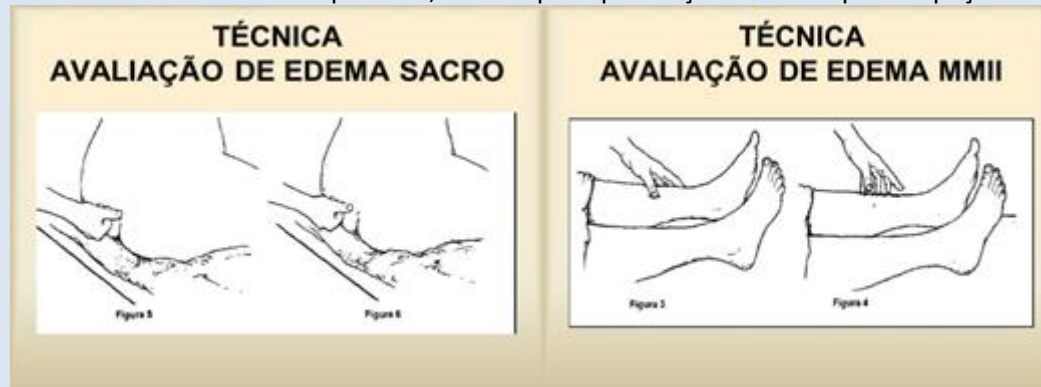
	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação médica ou maternidade.
AVALIAÇÃO DA DINÂMICA UTERINA	<p>Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante, avaliar a frequência e intensidade das contrações de uma gestante, posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos, colocar a mão no fundo do útero da mesma a fim de avaliar o início de uma contração anotar frequência e duração.</p> <p>Caso em 10 minutos ela tenha mais de 3 contrações com duração maior que 20 segundos cada uma das contrações, encaminhar paciente para avaliação na maternidade.</p> <p>De outra forma, a intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.</p>
GIORDANO	<p>O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através da Manobra de Giordano.</p> <p>A manobra é realizada com a paciente sentada e inclinada para a frente. Consiste na súbita percussão, com a borda ulnar da mão, na região lombar do paciente, mais especificamente, na altura da loja renal. Se a manobra evidenciar sinal de dor no paciente, o sinal de Giordano é positivo, o que indica grande probabilidade doença renal.</p> <p>Segundo as evidências, dentre as gestantes com bacteriúria assintomática acompanhadas, 30% desenvolvem cistite e mais de 50% desenvolvem pielonefrite.</p>
AVALIAÇÃO PÉLVICA	<p>Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante é necessário avaliar a pelve, por vezes o exame pode ter o uso do espelho, outras não.</p> <p>APARELHO GENITAL EXTERNO: A influência hormonal da gestação modifica a mucosa, que apresenta uma coloração violácea, conhecida como Sinal de Jacquemier.</p> <p>O exame pélvico é realizado com a paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica, o que irá expor a genitália externa, o uso do foco de luz auxilia a visualização adequada.</p> <p>Observa-se inicialmente os genitais externos, com especial atenção quanto à presença de tumores, fluxo vaginal, vulvovaginites, prolapso genital, Bartholinite, rotura de períneo, incontinência urinária e perda de líquido via vaginal (bolsa rota), perda de tampão mucoso, sangramento ou qualquer outra alteração que esteja de acordo com a queixa da mulher.</p> <p>REGIÃO ANAL</p> <p>- Atenção para hemorroidas e varizes;</p>
TOQUE VAGINAL (Quando necessário)	<p>O toque vaginal não deve ser usado rotineiramente na avaliação de uma gestante, no entanto ele se encontra descrito aqui pela necessidade de se utilizar em situações de queixa da gestante e com o objetivo de identificar dois momentos que se seguem:</p> <p>- Em suspeita de trabalho de parto apreciam-se as condições da vagina, se é permeável e se há presença de septos, as características do colo (dilatação, espessura, esvaecimento e centralização, altura - plano De Lee). Pelo toque confirmam-se a apresentação, a posição e sua variedade. Por último, verificam-se as condições da bacia.</p>
MEMBROS SUPERIORES / INFERIORES E PÉS	<p>Atenção para edema, varizes, ferimentos, tendinites, Síndrome do túnel do Carpo.</p> <p>EDEMA: seguir Quadro 5.4.</p>

Quadro 5.4 – Classificação do edema

Realização do exame físico para identificação de edema

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

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



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

gestante acorda acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso

5.3 – Imunizações: Abordagem Oportunística no Atendimento à Mulher

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

Quadro 5.5 – Vacinas Preconizadas para as Mulheres em Idade Fértil^{7,14}

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

					gestação, podendo ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.
dT (Dupla adulto)	Difteria e Tétano		03 doses D1 D2 2 meses após a D1 D3 4 meses após a D1 Reforços a cada 10 anos a partir de D3	Anafilaxia em dose prévia; Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação contra difteria e/ou tétano anterior.	Deve receber dose de reforço a cada 10 anos.
Hepatite B	Hepatite B	Todas as pessoas, independente da faixa etária	03 doses D1 D2 1 mês após a D1 D3 6 meses após a D1	Anafilaxia em dose prévia	A oferta da vacina foi ampliada para toda a população independente da idade e/ou condições de vulnerabilidade, justificada pelo aumento da frequência de atividade sexual em idosos e do aumento de DST nesta população. Importante considerar esquema completo na gestação.
Tríplice Viral ou SRC	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola	Mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior	Duas doses até 29 anos 15 meses e 29 dias. Após 30 anos, considerar uma dose.	Gestação e crianças menores de 06 meses; Anafilaxia em dose prévia; Imunossupressão grave de qualquer natureza: Imunodeficiência devido a câncer ou imunodepressão terapêutica ou adquirida (HIV) com CD4 abaixo de 200.	Pode ser ofertada na consulta puerperal para mulheres com status imunológico desconhecido para rubéola ou para aquelas que apresentaram IgG para Rubéola não reagente no pré-natal. As mulheres vacinadas deverão evitar a gravidez por 30 dias após a aplicação.

Febre Amarela	Contra Febre Amarela	Todas as pessoas até 59 anos 11 meses e 29 dias.	Dose única	<p>Gestantes e nutrizes até o 6º mês após o parto;</p> <p>Crianças menores de 6 meses de idade;</p> <p>História de anafilaxia comprovada em doses anteriores ou relacionada a substâncias presentes na vacina (ovo de galinha e seus derivados, gelatina bovina ou a outras);</p> <p>Imunossupressão grave de qualquer natureza: – Imunodeficiência devido a câncer ou imunodepressão terapêutica ou adquirida (HIV) com CD4 abaixo de 200;</p> <p>Pacientes com história pregressa de doenças do timo (miastenia gravis, timoma, casos de ausência de timo ou remoção cirúrgica).</p>	
Influenza	Gripe (conforme composição que varia anualmente)	Gestantes e puérperas até 0	Dose única anual	Crianças menores de 06 meses e pessoas com alergia severa ao ovo.	Esta vacina se estende para grupos prioritários que variam conforme as campanhas anuais.

	45º dia de puerpério	Anafilaxia em dose prévia
--	----------------------	---------------------------

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

5.4 – Exames Laboratoriais no Pré-Natal e Interpretação¹

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

1º TRIMESTRE:	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> Hemograma; Tipagem Sanguínea; e fator Rh; Parcial de urina; Urocultura + antibiograma; Glicemia de jejum (se alto risco² antes de 24 semanas); Coombs (se Rh -). Toxoplasmose IgG/IgM; Anti-HIV (ou teste rápido); VDRL (ou teste rápido); HBSAg (ou teste rápido); ANTI – HCV (oportunizar principalmente para mulheres com vulnerabilidade ou riscos) 	<ul style="list-style-type: none"> Teste de tolerância para glicose com 75 g, entre 24º e a 28º semanas (para todas as gestantes); Coombs indireto (se for Rh negativo); VDRL (ou teste rápido); Toxoplasmose IgG/IgM (se negativo no 1º trimestre). USG obstétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma; Parcial de urina; Urocultura + antibiograma; Anti-HIV (ou teste rápido); VDRL (ou teste rápido); HBSAg(ou teste rápido); Streptococcusdo grupo B; Toxoplasmose IgG/IgM (se negativo no 1º trimestre).
Exame	Interpretação	Observações, indicações e Evidências.

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

Hemograma	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina > 11g/dl – normal; • Se hb 8-11g/dL até 14 semanas ou 8-10,5g/dL a partir de 14 semanas, trate conforme ao lado; • Se Hb<8g/dL, encaminhe para avaliação médica. <ul style="list-style-type: none"> • Hb> 11g/dl, prescrever sulfato ferroso profilático: 1 comprimido de 40mg a partir de 16 semanas; • Se anemia: prescreva sulfato ferroso 120mg (3 comprimidos) ao dia, repetir hemograma em 1 mês; <p>- Se hb subindo: continue tratamento e repita hemograma a cada 1-2 meses até hb> 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (1 comprimido) ao dia até 3º mês pós-parto;</p> <p>- Se hb estagnada ou caindo: aumente sulfato ferroso para 240mg (6 comprimidos) ao dia e repita hemograma em 1 mês;</p> <p>- Se hb subindo: continue tratamento e repita hemograma a cada 1-2 meses até Hb> 11g/dL, então reduza sulfato ferroso para 40mg (1 comprimido) ao dia até o 3º mês pós-parto;</p> <p>- Se Hb estagnada ou caindo: encaminhe para avaliação médica.</p>
Urina tipo I (Sumário de urina - SU, EQU) + Urocultura + TSA (ANTIBIOGRAMA)	<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 > 10 mg/dl; • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. <p>O (A) enfermeiro (a) poderá prescrever o tratamento medicamentoso apenas se 1ª evidência laboratorial de ITU (urocultura positiva acompanhada de antibiograma) ou em 1º quadro sintomático de ITU baixa (cistite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se gestante com sintomas urinários no momento da consulta, maneje conforme fluxograma 1.2; • Se primeira cultura positiva e gestante sem sintomas (bacteriúria assintomática), maneje conforme Quadro 1.2. <ul style="list-style-type: none"> • Se infecções de repetição ou permanência de cultura positiva apesar do tratamento instituído, encaminhar/discutir com médico (a); • Em caso de ITU de repetição, realizar seguimento laboratorial (urina tipo I, cultura e TSA) 7 dias após fim do tratamento e, após, mensalmente até o final da gestação; • Em caso de ITU de repetição, discutir com médico (a) possibilidade de tratamento profilático (conduta médica).

	ENFERMEIRO NÃO FAZ TRATAMENTO DE ITU DE REPETIÇÃO – CONDUÇÃO MÉDICA	
Glicemia de Jejum	<ul style="list-style-type: none"> • <92 mg/dL, rastreio negativo; • Entre 92 e 126mg/dL, solicitar curva glicêmica no momento da consulta e discutir caso com medico após o resultado (a). • ≥126mg/dL, solicitar curva glicêmica e discutir caso com medico (a) – rastreio positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se segunda glicemia de jejum <92mg/dL, rastreio negativo; • Se glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl, rastreio positivo, discutir caso com medico e encaminhar seguimento junto ao alto risco.
Teste de Tolerância para Glicose com 75g,	<ul style="list-style-type: none"> • Para todas as gestantes a partir de 24 semanas; • Para gestantes com menos de 24 semanas, somente se rastreio positivo • Teste de tolerância a glicose (jejum de 2 horas pós sobrecarga com 75 g de glicose anidro). 	<ul style="list-style-type: none"> • O valor de referência para diagnóstico de DMG: em jejum ≥ 92 mg/dl; após 2 horas ≥ 153 mg/dl. • Caso alterada, discutir com médico (a) para devidos encaminhamentos
Teste rápido para triagem da Sífilis e/ou VDRL/RPR	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal; • Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre, se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B) - ver Anexo VI para graus de recomendação; • Realizar VDRL mensalmente até o fim da gestação. Após o término, fazer monitoramento conforme rotina para não gestante (3/3 meses até fechar 12 meses); • Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento;

		<ul style="list-style-type: none"> • Repetir o exame no 2 e 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento; • Lembrar que a sífilis é de notificação compulsória; • O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio da avaliação da história clínica e dados epidemiológicos; • Atenção para história de sífilis pregressa e tratamentos anteriores; • Para maiores detalhes, observar o registrado no Protocolo de Enfermagem vol.2
<p>Teste rápido para diagnóstico Anti HIV e/ou Anti HIV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente: normal; • Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A) – ver Anexo VI para graus de recomendação; • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2); • Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes; • Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV; • Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e atentar para a prevenção de transmissão vertical; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar;

		<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de gestante que o resultado foi positivo e não sabia, deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco; • Em ambas as situações mantem o seguimento na Atenção básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV;
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM reagentes: • avidéz de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; • avidéz (MFC) forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame; • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas; • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame; • IgM e IgG não reagente: suscetível (orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 2º e 3º trimestres). 	<p>Toxoplasmose gestacional e congênita são agravos de notificação compulsória;</p> <p>Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avidéz de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para esse procedimento). Nos exames realizados após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avidéz, pois mesmo uma avidéz alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que em algumas pessoas a avidéz dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avidéz baixa uma certeza de infecção recente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: • Lavar as mãos ao manipular alimentos; • Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; • Não ingerir carnes cruas, malcozidas ou malpassadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); • Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; • Evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo;

		<ul style="list-style-type: none"> • Após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; • Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; • Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pazinha; • Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; • Lavar bem as mãos após o contato com os animais;
Teste rápido ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	<ul style="list-style-type: none"> • HBsAg não reagente: normal; • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO); • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco; • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido. 	<ul style="list-style-type: none"> • O rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe e filho; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco.
Anti-HCV	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HCV não reagente: normal • Anti-HCV reagente: positivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunize, preferencialmente, teste rápido. • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Em caso de teste reagente - encaminhar para atendimento médico; • Priorize que este exame seja realizado principalmente em situações de vulnerabilidade ou risco.
Tipagem Sanguínea e Fator Rh	<ul style="list-style-type: none"> • O tipo sanguíneo pode ser dos tipos A, B, AB e O; 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs Indireto;

	<ul style="list-style-type: none"> • O fator RH pode ser do tipo positivo(+) ou negativo(-); • Como exemplo, no resultado do teste laboratorial teríamos A(+) para o sangue do tipo A com fator Rh negativo, e O(-) para o sangue do tipo O com fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs Indireto	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: gestantes sensibilizada; • Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se a gestante for Rh negativo, solicitar a partir da 24ª semana este exame mensalmente até o final da gestação; • Caso o resultado do Coombs indireto for positivo, referenciar ao alto risco. <p>A Imunoglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém-nascido for Rh positivo e o Coombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).</p>
Streptococcus do grupo B³⁰	<p>A infecção por Streptococcus do grupo B (GBS) costuma estar associada à sepsse neonatal, meningite, pneumonia, óbito neonatal, aborto séptico, coriomnionite, endometrite e outras infecções perinatais.</p> <p>Alguns estudos sugerem a estratégia de screening universal para as gestantes, associada ao uso de antibiótico profilático, é segura e efetiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando que as gestantes que não apresentam rastreamento para GBS são submetidas à antibioticoterapia profilática rotineiramente, a inclusão deste screening, neste contexto, visa evitar o uso desnecessário de antimicrobianos em mulheres não portadoras deste microorganismo; • Quando resultado positivo, anotar na caderneta da gestante, visto que o tratamento é realizado no momento do parto na maternidade.
Citopatológico de Colo Útero (se for necessário)	Vide Quadro 3.1	
Ultrassonografia	<p>Solicitar entre 18 e 22 semanas.</p> <p>Para maior detalhamento sobre a realização da ultrassonografia obstétrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no 1º trimestre, se persistir a vontade dos pais estar atento a esclarecimentos sobre implicações psicológicas do exame, indicações, limitações, riscos de falso positivo e falso negativos;

ao longo dos diferentes períodos, consultar o [anexo IV](#).

- No 2º trimestre apesar de aumentar a taxa de detecção de malformação congênita, não existem evidências de melhora no prognóstico perinatal. Caso haja a opção em realizar entre 18 a 22 semanas é o período onde os órgãos já estão formados e de visualização mais precisa;
- No 3º trimestre não existem evidências de benefícios da USG em gestantes de baixo risco após 24º semana, pode ser uma ferramenta útil de avaliação em casos de suspeita de alteração no crescimento fetal;
- A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método;
- Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, [anexo III](#)), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

Adaptado do protocolo Saúde das Mulheres¹

5.5 – Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação

Quadro 5.7–Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação

Modificação /Desconforto	Observações	Orientações/Prescrições de Enfermagem
Cefaléia	<ul style="list-style-type: none"> Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; Pode também estar relacionada a tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; Sempre afastar o risco de alterações na Pressão Arterial e sinais de pré-eclâmpsia; Investigar história prévia de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos. 	<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 relaxamento e respiração, pratica de meditação, yoga ou natação podem ser praticas interessantes; Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; Estimular a prática física; Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; Se dor recorrente, solicitar avaliação médica; Afastando a hipótese de qualquer risco prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas.
Desmaios/tonturas/fraquezas	<ul style="list-style-type: none"> Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); Diminuição do debito cardíaco; Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal) Anemia; Hipoglicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; Estimular pratica de exercícios físicos e respiratórios; Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; Ingesta hídrica adequada;

		<ul style="list-style-type: none"> • Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; • Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas pode melhorar o retorno venoso; • Retorno venoso pode estar indicado; • Avaliar a pressão arterial.
<p>Sonolência</p>	<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 e inseguranças que circundam a hora do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; • Estimular o repouso; • Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; • Estimular a meditação; • Avaliar Pressão arterial; • Aumentar ingestão hídrica.
<p>Insônia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stress, sobrecarga de trabalho; • Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; • Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; • Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; • Movimentação fetal excessiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; • Estimular o repouso; • Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; • Estimular a meditação; • Avaliar Pressão arterial; • Aumentar ingestão hídrica; • Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante • Participar de grupos de gestantes; • Ler livros e filmes que relaxem; • Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins; • Banhos mornos, massagens; • Chá de erva doce, suco de maracujá com talo de alface.

Náuseas/vômitos

- Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também;
- Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes;
- Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história previa de tabagismo;
- Gestação não planejada, problemas conjugais, gestante adolescente ou muito jovem;
- Avaliar sempre o risco de evolução para Hiperêmese gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.

- Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência;
- Alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve;
- Evitar jejum prolongado;
- Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas);
- Evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte;
- Ingesta hídrica adequada;
- Avaliar risco de desnutrição;
- Apoio psicoterápico, se necessário;
- Evitar chá de camomila;
- Auriculoterapia ou acupuntura;
- Consumir gengibre in natura - 500mg a 1g/dia;
- Prescrever tratamento medicamentoso, SN:
 - Dimenidrinato 100 mg de 8/8 horas (não exceder 400 mg/dia) ou
 - Metoclopramida 10mg de 8/8hs até 5 dias – não ultrapassar 30mg/dia – **AVALIAR SE PACIENTE TEM ALERGIA OU SENSIBILIDADE À MEDICAÇÃO, DEVIDO AO RISCO DE SINTOMAS EXTRA PIRAMIDAIIS (TREMORES, ANSIEDADE E DESEQUILIBRIO POSTURAL)**

NÃO PRESCREVER METOCLOPRAMIDA PARA MULHERES MENORES DE 18 ANOS

- Na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.
- Aumentar ingestas hídricas;
- Repouso em decúbito lateral esquerdo;

Queixas urinárias

- A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento

	<p>do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta; • Presença de sintomas sistêmicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; • Caso existam sintomas sugestivos de infecção urinária, avaliar conforme fluxo e Quadro 1.2.
Dor abdominal/cólica	<ul style="list-style-type: none"> • Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30ª semana); • Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. <p>Avaliar sempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); • Presença de ITU; • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); • Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas; • Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar barriga; • Cuidados nutricionais, aumento ingestão hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência; • Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; • Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo; • Prescrever hioscina 10mg de 8/8 horas por até 5 dias se necessário.
Edema	<ul style="list-style-type: none"> • No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides dos ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. várias vezes ao dia; • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos. Esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema;

	<ul style="list-style-type: none"> • Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. <p>Avaliar sempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia (veja Quadro 5.4); • A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal; • Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar roupas leves, evitando meias elásticas ou roupas apertadas que dificultem o retorno venoso; • Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; • Realizar controle de peso e pressão arterial.
Pirose/azia	<ul style="list-style-type: none"> • Devido a alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; • Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre; • Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia. <p>Avaliar sempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História Clínica; • Uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência; • Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; • Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; • Elevar a cabeceira da cama ao dormir; • Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; • Caso essas medidas não resolvam prescrever Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se; • Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.
Dor lombar e dor na região pélvica	<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, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. • Avaliar sempre: 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; • Recomendar a aplicação de calor local e massagens; • Recomendar acupuntura; • Corrigir postura e movimentar-se devagar; • Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural;

	<ul style="list-style-type: none"> • Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); • Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral); • Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); • História de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se não melhorarem as dores, considerar prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; • Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; • Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; • Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade; • Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto; • Encaminhar para fisioterapia caso necessário.
Cãibras	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez; • A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles: • Estiramento da musculatura e da fáscia; • Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina; • Redução do nível de Cálcio; • Compressão de raízes nervosas; • Problemas posturais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.); • Recomendar pisar em superfície fria; • Massagear músculo contraído e dolorido; • Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); • No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; • Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; • Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;

<p>Constipação intestinal e flatulências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado; <ul style="list-style-type: none"> • Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional; • Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus m grão integrais, mamão, linhaça. Gergelim, mamão, ameixa seca; • Fracionar alimentação 3/3 horas; • Estabelecer como rotina horário de evacuação • Aumentar ingesta hídrica; • Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); • Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão; • Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; • Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar para avaliação médica.
<p>Sialorreia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente sobre o desconforto; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar a gestante a deglutir a saliva; • Aumentar ingesta hídrica.
<p>Hiperpigmentação da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico; • Devido ao aumento dos Hormônios melanina, estrógeno e progesterona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico; • Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);

		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.
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 história clínica da paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica; • Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Elevar a cabeceira da cama.
Hemorroidas	<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 no pós-parto; <p>Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da intensidade da dor; • Endurecimento do botão hemorroidário; • Sangramento retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal; • Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica.
Leucorreia	<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 prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas; • Avaliar sempre; • Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; • Encaminhar bacterioscopia conforme avaliação; 	<ul style="list-style-type: none"> • O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; • Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação; • Tratar caso necessário conforme capítulo anterior sobre vulvovaginites.

	<ul style="list-style-type: none"> Tratar caso necessário conforme capítulo anterior sobre vulvovaginites. 	
Epístaxe: sangramento nasal	<ul style="list-style-type: none"> O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente em locais menos úmidos e no inverno; Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação; Acompanhar pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação. 	<ul style="list-style-type: none"> Prescrever uso de Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas; Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz; Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.
Síndrome do Túnel Carpeano	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre devido a compressão geralmente relacionada ao edema do nervo mediano em torno do polegar; Os sintomas se iniciam geralmente com sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor. 	<ul style="list-style-type: none"> Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local; Dormir com as mãos elevadas; Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante.
Estrias	<ul style="list-style-type: none"> Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios; Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada as seguintes orientações: A hidratação reflete também na elasticidade da pele, por isso orientar e estimular aumento da ingestão hídrica; O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; O ganho adequado de peso também vai atuar na prevenção de estrias; P.S: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, é também contraindicado na amamentação.
Sangramento nas Gengivas	<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. 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; Fazer uso de uma escova de dente macia e suave.

5.6 – Gestação e Doenças Infectocontagiosas que Possam Interferir na Saúde do Bebê¹⁸

5.6.1 – Zika

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

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

a) Sintomatologia/Caso suspeito

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

Saiba mais em:

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

Exantema, edema de articulação e Hiperemia conjuntival



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



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

b) Cuidados

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

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

Repelentes ambientais e uso de inseticidas: Orientar sobre a utilização de produtos saneantes repelentes e inseticidas em ambientes frequentados por gestantes desde que estejam devidamente

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

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

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

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

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

Cuidados ambientais:

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

Cuidados sexuais

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

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

c) Puerpério e Zika

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

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

Observações:

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

5.6.2 - Gestação e Varicela/herpes-zoster⁷

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

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

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

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

5.7 – Plano de Parto

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

5.8 Pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero

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

Quadro 5.8 – Consulta Pré-natal de Enfermagem do parceiro ou pares do mesmo gênero

CONSULTA PRÉ NATAL DE ENFERMAGEM DO PARCEIRO OU PARES DO MESMO GÊNERO.		
ETAPAS	AÇÕES	CONSIDERAÇÕES
ACOLHIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar a presença do pai ou pares para participar das consultas de pré-natal. Viabilizar o acesso da melhor forma possível; Sensibilizar e orientar de como pode ser a participação do pai ou par no pré-natal, parto e puerpério; Resgatar a história do nascimento dos pares e expectativas sobre a gestação, paternidade e períodos de pré-natal, parto e puerpério; Estar atenta a grau de entendimento e dificuldades desse momento e dessa participação; Planejar e acordar entre os pares a participação na assistência pré-natal, orientando rotinas e fluxos e flexibilizando agendamentos, quando necessário; Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal que inclua a participação paterna; Aconselhamento sobre planejamento reprodutivo de acordo com as expectativas dessa e de uma nova gestação; Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira ou par do mesmo gênero, a fim de promover e trabalhar aspectos da saúde dos pares; Discutir com a gestante possíveis ausências paternas ou de par, a fim de resgate da figura paterna na consulta. 	
EXAME FÍSICO IMUNIZAÇÃO SOLICITAÇÃO DE EXAMES	<ul style="list-style-type: none"> Agendar consulta para pai ou par, a fim de ser um espaço de escuta de suas queixas de saúde, levantar história de cuidado e identificar possíveis comorbidades ou situações de vulnerabilidade; Realizar exame físico, aferição de sinais vitais e antropometria; Orientar sobre calendário vacinal e oferecer a imunização oportuna no momento; Realizar ou encaminhar exames conforme necessidade; Avaliar cada queixa, segundo condutas centradas na pessoa e baseadas em evidências, de acordo com os protocolos de enfermagem; Realizar aconselhamento pré e pós-testes. 	<p>Oferecer sempre Sorologias: Anti HIV, Sífilis, Anti HCV, HBSAg. Tipagem sanguínea, se necessário;</p> <p>Caso julgue necessário através do Exame físico e história de comorbidades, solicitar exames ou rastreamentos de acordo com protocolos volumes 1,2,3 e 4.</p> <p>Identificar queixas álgicas, nutricionais, sociais, emocionais, motoras etc. Encaminhar para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou outros órgãos necessários.</p>

**ENVOLVIMENTO
NA ROTINA PRE
NATAL, PARTO E
PUERPERIO**

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



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

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

Quadro 5.9 – Cuidados de enfermagem no período puerperal

Período	Cuidados de Enfermagem/condução
Puerpério Imediato (1º aos 10º dias de pós-parto.)	<ul style="list-style-type: none"> • Esta consulta vem agendada desde a maternidade pelo Capital Criança e tem prioridade; • Verificar Cartão de pré-natal e Carteira de Vacinação do RN. Checar todas as informações técnicas descritas sobre o parto e realizar escuta do relato do parto; • Atentar para situação vacinal da puérpera, exames, medicamentos, sinais vitais, sinais flogísticos, lóquios, comorbidades, queixas, e intercorrências do período; • Realizar exame físico detalhado que segue: <ol style="list-style-type: none"> 1) Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele; 2) Verificar sinais vitais e antropometria (atentar principalmente para temperatura, pressão arterial e perda de peso); 3) Ausculta cardíaca e pulmonar; 4) Avaliação das mamas (avaliando pega, sinais de fissuras, ingurgitamento); 5) Palpação do abdômen – avaliar involução uterina, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea; 6) Avaliar o períneo e vulva (atentar para lacerações, pontos cirúrgicos, lóquios), avaliar região anal. 7) Avaliar membros inferiores, (atentar para presença de edema e varicosas). • Orientar sobre amamentação, se possível observar mamada e pega, avaliando as condições das mamas; • Atentar para os aspectos sociais e emocionais, rede de apoio ou familiar; • Estimular a manter uma boa postura, adequar lugar que amamenta e postura no leito evitando dor musculoesquelética, estimular a deambulação precoce; • Estimular a realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal; • Se lesões doloridas no períneo sem infecção, prescreva paracetamol 500-1000mg de 6/6 horas ou ibuprofeno 300mg de 8/8 horas se necessário, por até 5 dias; • Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até cicatrização da sutura, após retirar os pontos orientar automassagem para evitar alterações na cicatriz; • Encaminhar para sala de vacina, caso não tenha vacina VTV comprovada; • Avaliar e orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos caso necessário; • Registro adequado em prontuário; • Agendar retorno.
Puerpério Tardio (11º a 45º dia)	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono, e sinais flogísticos no período; • Atenção para aspectos emocionais, sociais e rede de apoio familiar;

	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo;• Avaliar condições nutricionais da puérpera tendo em vista matriciamento ou encaminhamento para a nutricionista caso necessário;• Realizar exame físico (boa parte do exame pode ser seguido conforme Quadro 5.3);• Oferecer métodos de contracepção e trabalhar com a paciente o retorno da atividade sexual segundo suas percepções e escolhas.
Puerpério Remoto (45º dia em diante)	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar método de contracepção escolhido;• Orientar e agendar Coleta de preventivo caso necessário;• Avaliar Aleitamento Materno e condições da mama;• Avaliar padrão nutricional e perda ou ganho de peso;• Avaliar questões sociais e emocionais, rede apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos, relação mãe e bebê;• Identificar vulnerabilidades e riscos;• Orientar seguimento com alto risco ou avaliação médica em caso de pacientes que tiveram intercorrências na gestação e parto.

No [Anexo V](#) deste protocolo, encontra-se uma tabela com as alterações emocionais mais comuns em mulheres puérperas

Quadro 5.9.1 – Tratamento da anemia no puerpério

Tratamento da anemia no puerpério

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

5.9 – Aleitamento Materno^{1,11,12}

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. O leite materno é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoprotetoras.

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

5.9.1 Técnica de Amamentação

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

Quadro 5.10 – Principais itens a serem observados na mamada

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

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

Figura 2 – Pega correta



Fonte: Comitê Municipal de Aleitamento Materno

5.9.2 – Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

O [quadro 5.10](#) descreve de forma resumida as principais queixas e intercorrências que ocorrem no período de lactação e, que serão abordadas neste protocolo.

5.9.3– Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações absolutas e relativas

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. Assim, não se justifica, na maioria das vezes, a interrupção da amamentação impedindo desnecessariamente que mãe e criança usufruam dos benefícios do aleitamento materno. A indicação para a interrupção da amamentação deve ser criteriosamente indicada com segurança pelo profissional de saúde. Os critérios podem ser vistos no [quadro 5.11](#).

5.9.4 – Retirada e armazenamento do leite materno²⁹

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

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

Passo a passo da ordenha e armazenagem do leite materno:

1. Limpar as mamas: com auxílio de gases/algodões e água potável ou utilizar o próprio leite humano após a eliminação dos primeiros jatos;
2. Providenciar recipiente de material inerte (vidro de boca larga e tampa plástica) que possibilite o fechamento perfeito, de fácil higienização e resistente ao processo de fervura, de volume compatível com a produção láctea materna, com rótulo a ser preenchido;
3. Massagear as mamas;
4. Iniciar expressão manual amaciando a aréola, desprezando as primeiras gotas/jatos;
5. Identificar o recipiente com rótulo contendo data e hora da coleta;
6. Abrir o recipiente e colocar a tampa com a parte estéril virada para cima sobre mesa de apoio;
7. Posicionar o dedo polegar na borda superior da aréola e os demais dedos na borda inferior (base da mama), pressionando e soltando o polegar e o indicador levemente para dentro em direção a parede torácica, repetidamente. A ação de pressionar e soltar, pressionar e soltar não deve machucar ou doer. Se doer, a técnica está errada;
8. Realizar a expressão suavemente para promover a saída do leite. A pressão ao redor da aréola deve ser da mesma forma, em todos os lados, para assegurar que o leite seja extraído completamente. Tentar esgotar as mamas;
9. Ofertar o leite, imediatamente após coleta, em seringa ou copinho, preferencialmente. Em caso de relactação ou translactação, colocar o leite no dispositivo a ser utilizado;
10. O leite restante deverá ser imediatamente armazenado em freezer, cuja temperatura deverá estar < - 3°C. O tempo máximo de congelamento do leite cru é de 15 dias;
11. Degelo do leite:
 - a. Higienizar as mãos;
 - b. Colocar água para aquecer o recipiente em banho-maria (temperatura média de 40°C);
 - c. Retirar do freezer os frascos que serão degelados e colocá-los no banho-maria para o degelo;
 - d. Agitar levemente o recipiente para homogeneizar, com movimentos circulares frequentes até verificar a presença de pedra de gelo (aproximadamente 2 cm) no centro do frasco;
 - e. Retirar o frasco do banho-maria, aguardar o derretimento do gelo e ofertar para o lactente;
 - f. Desprezar o que não for consumido.

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

Quadro 5.11. Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação¹⁵

Queixa	Por que ocorre	Manejo
O bebê não suga ou tem sucção fraca	<ul style="list-style-type: none"> Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a recusa pode estar associada ao uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao ser posicionado (posicionamento incorreto) para mamar; O bebê pode não conseguir abrir a boca o suficiente para abocanhar a aréola e fazer uma boa pega, as mamas podem estar ingurgitadas e dificultar a pega ou ainda a mãe pode ter mamilos planos ou invertidos. 	<ul style="list-style-type: none"> A mãe deve sempre insistir nas mamadas por alguns minutos; Se as mamas estiverem muito cheias, com a pele esticada, deve-se esvaziá-las um pouco antes de amamentar, para amaciar a aréola e facilitar a pega; Sucção deficiente do bebê pode ser secundária ao uso de bicos e chupetas, se for o caso, devem ser suspensos; Estimular a mama no mínimo cinco vezes ao dia, por meio da ordenha manual.
O leite demora a descer	<ul style="list-style-type: none"> Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura). 	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se tranquilizar a mulher; Enquanto o leite não desce, o bebê pode ser alimentado por meio da translactação, que consiste em colocar o leite, de preferência humano (pasteurizado), em um recipiente (copo). O recipiente deve ser colocado abaixo das mamas, a ponta da sonda (sonda nasogástrica nº 4 ou 6) deve ser colocada dentro do copo de leite e a outra junto ao mamilo. O bebê se alimenta enquanto suga o leite e ao mesmo tempo estimula a lactação.
Pouco leite ou leite fraco	<ul style="list-style-type: none"> Muitas vezes, essa percepção de pouco leite ou leite fraco é reflexo da insegurança materna, quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. A mãe, algumas vezes, interpreta o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamentos normais do bebê) como sinais de fome; No entanto, algumas vezes, a percepção da mãe de que tem pouco leite é correta. Ela sente a mama murcha (flácida). A constatação pode ser feita pelo acompanhamento do peso do bebê, se ele estiver com ganho de peso inadequado, a preocupação da mãe será pertinente. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros); Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar); Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas; Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos; Aumentar a frequência das mamadas; Dar tempo para o bebê esvaziar as mamas; Oferecer as duas mamas em cada mamada; Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma mamada; Após a mamada, ordenhar o leite residual.

Mamilos planos ou invertidos	<p>Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impede, pois o bebê faz o bico com a aréola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação; • Ajudar a mãe a fazer o bebê abocanhar os mamilos e parte da aréola, para isso é necessário que a aréola esteja macia; • Tentar posições diferentes e observar em qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor; • Enquanto o bebê não sugar efetivamente o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com copo (copinho com bordas arredondadas e finas) ou seringa.
Ingurgitamento mamário	<p>O ingurgitamento mamário envolve três componentes básicos, o aumento da vascularização da mama/congestionamento, retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Geralmente, o ingurgitamento das mamas ocorre de três a cinco dias após o parto, mas pode acontecer em qualquer período da lactação, devido leite em abundância, início tardio da amamentação, restrição da frequência e da duração das mamadas e sucção ineficaz do bebê. O ingurgitamento pode ser fisiológico ou patológico.</p>	<p>Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentar o mais cedo possível, logo após o parto; • Amamentar em livre demanda, sem horários pré-estabelecidos; • Observar técnica correta da amamentação; • Evitar uso de água, chás e outros leites, para o bebê. <p>Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, muitas vezes, acompanhada de febre e mal-estar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenha manual antes das mamadas; • Mamadas frequentes; • Massagem delicada nas mamas, com movimentos circulares, principalmente nos pontos mais ingurgitados; • Uso do sutiã com alças largas e firmes, para sustentação anatômica das mamas; • A mama deve ser ordenhada manualmente, se o bebê não sugar; • Prescrever analgésicos: Paracetamol 500 mg 6/6 horas / ibuprofeno 300mg 8/8h por até 5 dias.

<p>Lesões ou Dor nos mamilos</p>	<p>Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas, equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido pega e posicionamento inadequados. Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua excessivamente curto), uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de óleos, cremes, sabonetes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; • Observar a mamada e corrigir a pega, se necessário; • Se a mama estiver tensa, ordenhar antes das mamadas; • Amamentar em livre demanda (a criança é levada ao seio assim que sinaliza fome, isso evita que sugue com muita força); • Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita que o bebê sugue com força para desencadear o reflexo; • Início da mamada pela mama menos afetada; • Observar presença de anquiloglossia; • Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; • No caso, de fissuras/rachaduras nos mamilos enxaguar com água limpa após as mamadas; • Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa; • Se dor, prescrever analgésico; • Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.
<p>Mastite</p>	<p>É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmento das mamas, geralmente, unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e ocorre com mais freqüência na segunda ou terceira semana após o parto, mas pode surgir em qualquer período da amamentação. O leite acumulado e o dano tecidual favorecem a instalação da infecção, comumente pelo Staphylococcus (aureus e albus) e às vezes por Escherichia coli e Streptococcus, sendo as lesões mamilares, a porta de entrada mais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mastite não infecciosa – Dor, edema, hiperemia e calor local; • Mesmo manejo do ingurgitamento patológico; • Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares. • Mastite infecciosa – Dor, hiperemia, edema, calor local, febre (>38°C), calafrios e mal-estar; • Consulta médica, no mesmo dia.

	<p>frequente das bactérias. A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa.</p> <p>A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral.</p>	
Abscesso mamário	<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 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.</p> <p>No diagnóstico diferencial do abscesso, deve-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta e de instalação súbita, sensação de mal estar geral; • Consulta médica, no mesmo dia.
Candidíase (infecção da mama por cândida sp)	<p>A infecção da mama no puerpério por cândida sp é comum. A infecção pode atingir somente a pele do mamilo ou da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Pode ser causada pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos, pela mulher, contraceptivos orais e esteroides. Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente.</p> <p>Na infecção por cândida sp, a mulher costuma se queixar com coceira, sensação de queimadura e dor tipo agulhadas nos mamilos. Os mamilos e aréolas podem apresentar a pele avermelhada, brilhante ou irritada com descamação. Raramente se observa placas esbranquiçadas.</p> <p>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).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Após as mamadas enxaguar os mamilos, secá-los e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores nos mamilos, se precisar, usar panos limpos e secos; • 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 contagotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período; • Observação: um grande número de espécies de cândida é resistente a nistatina; • Se o tratamento tópico falhar, encaminhe para consulta médica.
Anquiloglossia (freio lingual)	<p>É uma anomalia congênita que pode prejudicar a capacidade do bebê se alimentar ao seio e causar</p>	<p>Se essa condição estiver dificultando a amamentação, está indicada a frenotomia. De acordo, com o Protocolo de Saúde Bucal o procedimento</p>

curto / língua presa)	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.	é realizado no Centro de Especialização Odontológica (CEO) e deve ser encaminhado pelo cirurgião-dentista dos Centros de Saúde.
------------------------------	---	---

Quadro 5.12– 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	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno.	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Discutir com médico. Geralmente o aleitamento não é contraindicado, exceto se fissuras mamilares ou carga viral elevada.	Possibilidade de transmissão para o bebê
Tuberculose pulmonar	Manter o aleitamento. A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas.	As drogas empregadas no tratamento da tuberculose não causam prejuízo ao bebê.
Doença de chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção Herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há o risco de transmissão da mãe para o bebê.

<p>Varicela se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto</p>	<p>Manter aleitamento materno após as lesões assumirem a forma de crosta. Antes disso, discutir com médico a fim de assegurar a nutrição adequada ao bebê, uma vez que a mãe deverá estar isolada.</p> <p>A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.</p>	<p>Risco de transmissão da mãe para o bebê.</p>
<p>Em tratamento farmacológico</p>	<p>Alguns fármacos são considerados contraindicados (absolutos ou relativos) ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Se a mãe estiver em uso de algum medicamento destes ou outro que possa ter relação semelhante, encaminhar a mãe ao médico para avaliação e conduta.</p>	<p>Possíveis efeitos colaterais e/ou tóxicos para o bebê.</p>
<p>Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe</p>	<p>Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.</p>	<p>Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.</p>
<p>Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool</p>	<p>Desencorajar o uso de cigarro e bebida alcoólica. Manter o aleitamento materno.</p>	<p>Nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.</p>

5.9.5 – Modificações sobre a lactação normal

a) Drogas Galactogogas

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

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

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

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

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

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

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

b) Inibição da lactação

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

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



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

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

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

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

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

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

6.1 - Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

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

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal, com reavaliação semestral e respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, contanto que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método. Mulheres em TRH deverão aferir os níveis pressóricos trimestralmente. Deverá ser reservada aos quadros de estrogenização relacionada ao rastreamento de câncer cérvico-uterino ([quadro 3.1](#)) ou no caso de queixas relacionadas à sexualidade e funções urinárias, cujo esquema prescrito deverá ser **Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 21 dias e, pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário (tempo máximo de tratamento por até 3 meses). Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica.**

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

Contraindicações absolutas à TRH	Contraindicações relativas à TRH
<ul style="list-style-type: none">• História de e/ou câncer de mama;• História de e/ou câncer de endométrio;• História de e/ou doença hepática grave;• Sangramento genital não esclarecido;• História de tromboembolismo agudo e recorrente;• Porfiria.	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensão arterial não controlada;• Diabetes mellitus não controlado;• Endometriose;• Miomatose uterina;

³ Para calculadora do risco cardiovascular: <http://www.cvriskcalculator.com/>.

Para calculadora do LDL: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=10>

Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo¹ (adaptado)

Queixa	Conduta
Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual; • Prescrever TRH: estrogênio tópico vulvovaginal, (contanto que não haja contraindicações para este método – ver quadro 6.1); • Sempre investigar outras possíveis causas.
Fogachos	<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 deles; • Não fumar; • Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;
Alterações emocionais/do sono	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; • Estimular a participação em atividades sociais; • Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir; • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana; • Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno; • Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis; • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde; • Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer; • Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;

	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo MFC quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia.
Diminuição da libido	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o autocuidado; • Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); • Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica; • Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; • Estimular a prática de sexo seguro; • Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; • TRH: considerar a terapia hormonal local

6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa

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

6.3 – Contracepção no Climatério

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

7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE⁴

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

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

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

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

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

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

irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.

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

7.1 –Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente

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

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

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

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

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

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

Atenção:

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

7.2 – Testagem sorológica para menores de 18 anos

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

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



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

8 – INFERTILIDADE¹

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

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

Questionar/Examinar:

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

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

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

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

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

Questionar/Examinar:

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

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

- Espermograma.

Se alterado, encaminhar para consulta médica.

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

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf> acesso em 17 jun 2016.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed., 2. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>> acesso em 17 mai 2016.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/imp_eticas_0.pdf> acesso em 21 jul 2016.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf> acesso em 4 nov 2016.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 29: rastreamento**. Brasília-DF, 2010. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/linha_tempo_cab29.pdf> acesso em 4 nov 2016.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf> acesso em 4 nov 2016.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília-DF, 2016. 1ª edição atualizada Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>> acesso em 4 nov 2016.
- 8 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_22_06_2016_web_pdf_28406.pdf> acesso 4 nov 2016.
- 9 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Florianópolis-SC, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.35.51.3a63f3314c0be02ad278320128d3574a.pdf> acesso em 4 nov 2016.
- 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública**. Florianópolis-SC, 2016. Disponível:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf> acesso 4 nov 2016.

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

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

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

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

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 23.** Aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª edição. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sau_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf> acesso em 4 nov 2016.

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

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

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

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

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32:** Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf> acesso em 12 jul 2016.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,

2012. Disponível em
<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> acesso em 2 jul 2016.

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

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

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

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

26 FREBASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica / Hospital A.C. Camargo, Departamento de Ginecologia. 1 ed.- São Paulo: FAP; 2010. 68p.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO I – TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO

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

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

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

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

ANEXO II – MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU

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

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

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

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

ANEXO III– MODELO DE PLANO DE PARTO

ROTEIRO PARA O PLANO DE PARTO
<p>O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.</p> <p>MATERNIDADE ESCOLHIDA: _____</p>
<p>Sinais de Trabalho de Parto</p> <ul style="list-style-type: none">- Contrações regulares , por vezes dolorosas (3 contrações ou mais com 20 seg em 10min);- Rompimento Espontâneo da Bolsa de liquido Amniótico (pode ser com perda de líquido em grande ou pequena quantidade);- Sangramento;- Eliminação do tampão mucoso com raias de sangue;
<p>Sobre o direito ao acompanhamento em tempo integral, durante o parto</p> <p>1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? () sim () não</p> <p>2. Quem você quer presente durante o parto?</p> <p>() Marido/parceiro/pai do bebê () Filha (o) () Outros _____</p> <p>() Mãe () Outros familiares</p> <p>() Amiga(o) () Doula</p>
<p>No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto. É normal que a mulher elimine fezes durante o trabalho de parto, é bastante comum.</p>
<p>3. Deseja usar supositório de glicerina? () sim () não</p>
<p>Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.</p>
<p>4. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção?</p> <p>() Exercícios de relaxamento (uso da bola de Pilates) () Massagens</p> <p>() Banho de banheira ou chuveiro () Exercícios Respiratórios</p> <p>() Anestesia com medicamentos (é importante ter informações a respeito de analgesia de parto)</p> <p>() Aromatoterapia; () Reflexologia;</p> <p>() Cromoterapia; () Acupuntura;</p> <p>() Fitoterapia;</p> <p>() Outros _____</p>

5. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. O que deseja ingerir?

- Água Chás
 Suco de fruta Outros _____
 Gelatina
 Sopa

6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar.

- Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.
 Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela a mulher

7. Qual posição deseja ter o parto?

- Sentada De lado Cócoras Indiferente , a posição que eu quiser no momento
 Deitada com cabeceira elevada Outros: _____

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

Diante da avaliação e necessidade clínica e após as devidas orientações, você autoriza esse procedimento? Sim Não

A Hora Dourada do Nascimento - Ao nascer o bebê é acolhido pelo profissional que assiste o parto e deve ser bem secado e logo em seguida ser colocado junto a mãe, favorecendo o contato pele a pele, antes mesmo de cortar o cordão umbilical. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.

8. Por quem você deseja que faça o corte do cordão umbilical?

- Pelo profissional Pelo marido/perceiro/pai do bebê
 Por você mesma Outros _____

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, pois este gesto estimula a produção do leite materno, favorece o vínculo da mãe com o bebê e reduz as mortes infantis, além de prolongar o período do Aleitamento.

Você deseja amamentar seu bebê imediatamente? Sim Não

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia. O banho do seu bebê deve ser realizado após as primeiras 24hs de vida, mantendo a proteção da pele e a temperatura corporal. A limpeza do coto umbilical é feito com álcool 70%. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

Quem você deseja que dê o primeiro banho do bebê?

Você mesma O seu acompanhante Profissional de saúde Outro

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

Durante o período de internação, você e o bebê devem permanecer em Alojamento Conjunto, ou seja, devem permanecer juntos o tempo todo. Se houver alguma condição de saúde que impeça isto, a equipe deverá informá-la, esclarecendo suas dúvidas.

Estamos cientes e orientados sobre as recomendações e escolhas relacionadas ao parto e desejo receber atenção humanizada e respeitosa no nascimento do nosso bebê. Gratos.

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

Contribuição e revisão de Enfa. MSC. Alessandra S. M. Evangelista;

ANEXO IV– EVIDÊNCIAS SOBRE A REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA NOS DIFERENTES PERÍODOS DA GESTAÇÃO¹

Trimestre	Condutas com relação à ultrassonografia
1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, referencialmente deve ser realizada por via transvaginal. Datação da idade gestacional por ultrassonografia: Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos: - Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucêncianucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B). Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.
Observações gerais	<ul style="list-style-type: none"> A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como

características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).

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



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

ANEXO V – ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MAIS COMUNS EM PUÉRPERAS

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

Adaptado de:

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

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

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

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

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

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

ANEXO VI – GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE CONDUTAS

Grau	Definição do grau	Sugestão para a prática
A	Recomendação de que se ofereça o serviço, pois existe extrema certeza de que o benefício é substancial	Oferecer/prover esse serviço
B	Recomendação que se ofereça o serviço, pois existe moderada certeza de que os benefícios variam de substanciais a moderados	Oferecer/prover esse serviço
C	Recomendação contra a oferta rotineira do serviço. Pode-se considerar a oferta do serviço para pacientes individuais. Existe de substancial a moderada evidência de que o benefício é pequeno.	Oferecer/prover esse serviço somente se tiver outras considerações que suportam a sua oferta para pacientes individuais.
D	Recomendação contra a oferta do serviço. Existe de moderada a muita certeza de que o serviço não trás benefício ou que os danos superam os benefícios.	Desencorajar a prática desse serviço.
I	A atual evidência é insuficiente para avaliar os benefícios e danos de se adotar o serviço. A evidência está faltando, é de má qualidade ou conflituosa e, desse modo, impossível de determinar os benefícios e danos da sua adoção	Caso seja oferecida, o paciente deveria ser informado e estar ciente das incertezas sobre os danos e benefícios da intervenção.

Adaptado⁵

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

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

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

1.3	2	23 e 24	Destacado em vermelho situações em que o enfermeiro não pode prescrever determinado método	02/01/2020
1.3	2	25 e 26	Alterada a ordem de apresentação do quadro 2.3 para ficar na mesma seqüência dos MACs do quadro 2.2	02/01/2020
1.3	2	27	Inserido conduta para sangramento vaginal por uso de anticoncepcional	02/01/2020
1.3	2	28	Inserido quadro com outros Métodos Anticoncepcionais Hormonais disponíveis no mercado (não disponibilizados na rede pública)	02/01/2020
1.3	2	31	Inserido quadro Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental	02/01/2020
1.3	2	36	Inserido técnica para medição do diafragma	02/01/2020
1.3	2	37	Inserido contraindicações para inserção do DIU	02/01/2020
1.3	2	38	Prescrição e inserção do DIU por enfermeiro(a) capacitado(a) institucionalmente	02/01/2020
1.3	3	44 e 45	Inserido imagens de colos uterinos com achados normais e alterados	02/01/2020
1.3	4	46	Inserido quadro com aprazamento para solicitação de mamografia de rastreamento	02/01/2020
1.3	4	46	Alterado o termo “bianual” para “a cada 2 anos”	02/01/2020
1.3	4	48	Inserido solicitação de USG de mamas para investigação de nódulos	02/01/2020
1.3	4	48	Inserido fluxograma para mulher com queixa de nódulo(s) mamários	02/01/2020
1.3	5	51	Observação sobre a gestante em acompanhamento no alto risco manter consultas com sua equipe de referência	02/01/2020
1.3	5	59	Atualização da tabela de vacinas	02/01/2020
1.3	5	62	Atualização da tabela de exames de rotina para gestante e sua periodicidade	02/01/2020
1.3	5	62	Atualizado tratamento para anemia	02/01/2020
1.3	5	63	Atualização no rastreio da DM gestacional	02/01/2020

1.3	5	66 e 67	Inserido solicitação de eletroforese de hemoglobina para mulheres negras e haitianas e Streptococcus do grupo B	02/01/2020
1.3	5	71	Inserido prescrição de hioscina se cólica durante gestação	02/01/2020
1.3	5	77	Tópico sobre gestação e doenças infectocontagiosas colocado entre tópicos de pré-natal e puerpério	02/01/2020
1.3	5	79	Observação sobre solicitação de imunoglobulina na gestante exposta a varicela/herpes-zoster que necessita de bloqueio	02/01/2020
1.3	5	80	Inserido prescrição de paracetamol ou ibuprofeno para dor no períneo no puerpério	02/01/2020
1.3	5	81	Inserido tratamento da anemia no puerpério	02/01/2020
1.3	8	80	Retirado capítulo sobre PVHIV	02/01/2020
1.3	5	83	Inserido tópico sobre retirada e armazenamento do leite materno	02/01/2020
1.3	5	87	Substituição da dipirona por ibuprofeno para lactante com ingurgitamento mamário	02/01/2020
1.3	6	93	Inserido indicação de rastreamento para doença cardiovascular e links para calculadoras de risco cardiovascular e LDL	02/01/2020
1.3	6	95	Retirada da dosagem diária de cálcio e vitamina D em miligramas	02/01/2020
1.3	8	99	Inserido capítulo sobre infertilidade	02/01/2020
1.3	8	99	Inserido solicitação de hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo estimulante (FSH), estrogênio, testosterona livre, TSH e espermograma para avaliação da infertilidade	02/01/2020
1.3	ANEXO	105	Inserido tabela com taxa de falha de métodos de contracepção	02/01/2020
1.3	ANEXO	106	Inserido tabela com manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU	02/01/2020
1.3	ANEXO	106	Inserido solicitação de radiografia de abdomen total para confirmar	02/01/2020

			posição do DIU quando suspeita de transfixação uterina	
1.3	ANEXO	113	Inserido alterações emocionais mais comuns no puerpério	02/01/2020
1.3	ANEXO	114	Inserido graus de recomendação das condutas clínicas	02/01/2020
1.3	TODOS	TODAS	Inclusão de hiperlinks para fluxogramas, quadros e anexos	02/01/2020
1.4	1	16	Atualização do tratamento e exames laboratoriais ITU gestante	10/12/2020
1.4	1	17	Inclusão do quadro de considerações importantes no seguimento da gestante com ITU	10/12/2020
1.4	2	26	Atualização do quadro de métodos contraceptivos - DIU	10/12/2020
1.4	5	62	Atualização quadro de exames do pré-natal (1º e 2º trimestres / Urina tipo 1)	10/12/2020
1.4	5	71	Atualização das orientações para náuseas e vômitos	10/12/2020
1.4	5	86	Quadro tratamento anemia no puerpério	10/12/2020