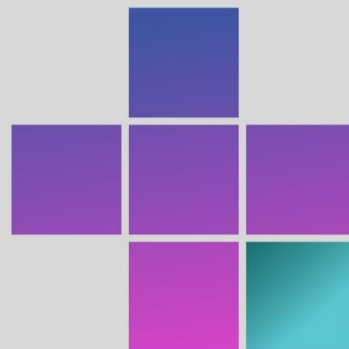




Protocolos de Enfermagem

Cidade de São Paulo



Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e
Vigilância em Saúde

Atenção Primária à Saúde da Mulher Módulo 2



5ª edição revista
Novembro | 2024



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Prefeito da Cidade de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretário Adjunto Municipal da Saúde

Maurício Serpa

Chefe de Gabinete

Armando Luis Palmieri

**Secretária Executiva de Atenção Básica,
Especialidades e Vigilância em Saúde**

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenadora da Atenção Básica

Giselle Cacherik

Ficha catalográfica

S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica.

Protocolos de enfermagem: módulo 2 – Atenção Primária à Saúde da Mulher /
Coordenadoria da Atenção Básica.- 5.ed. rev.- São Paulo: SMS, 2024.
227p.

1.Enfermagem. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Mulher.
4.Pré Natal. 3.Saúde da Família. 6. Serviços de Saúde. I. Título.

CDU-614.2

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**SECRETARIA-EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA
ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**Coordenadoria da Atenção Básica
Área Técnica da Assistência de Enfermagem**

Módulo 2

Atenção Primária à Saúde Da Mulher

Revisão 11/2024

Coordenação Geral

Área Técnica da Assistência de Enfermagem –
Coordenadoria de Atenção Básica – SMS – SP

Organização

Área Técnica da Assistência de Enfermagem –
Coordenadoria de Atenção Básica – SMS - SP
Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ Unifesp
Departamento de Enfermagem em Pediatria - DEP
Saúde da Pessoa Idosa
Departamento de Saúde Coletiva
DASSE
DECC
Saúde da Mulher

Revisão e atualização

SMS/CAB

Adalberto Kiochi Aquemi
Ana Paula Lima Orlando
Ellen Akreman Macedo Tinos
Maria Aparecida Barbosa
Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Paula Maria de Souza
Rosa Macucci

Coordenadorias Regionais de Saúde / SMS-SP

Andrea Lutten Leitão
Carlos Eduardo de Paula
Cassia Oliveira Lopes
Cíntia Christina Silva Patrício de Souza
Evelyn de Souza Viana
Julia de Moura Godoy
Lucimar de Lima Xavier de Mendonça
Rosângela Lira Silva Oliveira
Verônica de Pádua Mello

Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ UNIFESP

Departamentos Acadêmicos

DASSE – Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem

Elena Bohomol
Geisa Colebrusco de Souza
Maria Cristina Gabrielloni
Patrícia de Souza Melo
Thales Philipe Rodrigues da Silva
Vânia Lopes Pinto

AGRADECIMENTO

Os profissionais da enfermagem da Atenção Básica SMS - SP agradecem aos Enfermeiros abaixo relacionados, pela dedicação na construção das edições anteriores deste documento técnico:

Ana Paula Lima Orlando; Andréa Lutten Leitão; Artur Vieira Castilhano Neto; Cecília Seiko; Takano Kunitake; Claudia Hernandez F. Takamatsu; Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava; Ivani dos Santos ; Karina Mauro Dib; Leni Aparecida Gomes Uchoa; Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas; Maria Cristina H. dos Santos; Marisa Beraldo; Priscila de Oliveira Conde Candido; Rhavana Pilz Canônico; Renata Sinti Bonanno; Reneide Rodrigues Ramos; Roberta Melão; Rosa Maria Bruno Marcucci; Silmara Alves dos Santos; Soraia Rizzo; Olga Aparecida Fortunato Caron; Patrícia Luna

DECC – Enfermagem Clínica e Cirúrgica

Girliani Silva de Sousa
Graciana Maria de Moraes
Maria Carolina Teixeira Lopes Rezende

DESM – Enfermagem na Saúde da Mulher

Camilla Pontes Bezerra
Danielle Castro Janzen
Erika de Sá Vieira Abuchaim
Flavia Westphal
Karla Oliveira Marcacine
Kelly Pereira Coca

DEP – Enfermagem Pediátrica (Saúde da Criança e Adolescente)

Andréia Cascaes Cruz
Edmara Bazoni Soares Maia
Lucía Silva

DESC – Enfermagem em Saúde Coletiva

Meiry Fernanda Pinto Okuno
Paula Hino

COLABORADORES

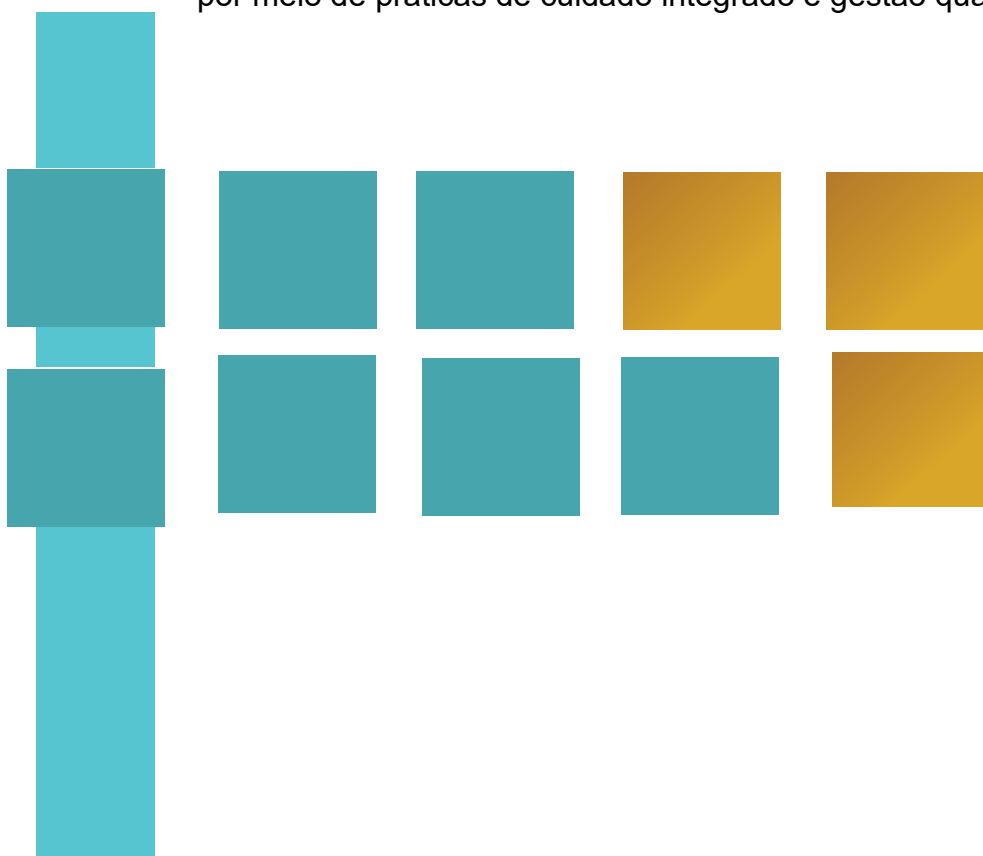
Adalberto Kiochi Aquemi
Aline Callé Canella
Bárbara Tideman Sartorio Camargo
Beatriz Diório Pires
Beatriz Secco da Silva
Dafne Louize Gomes Fernandes
Denis dos Santos Azevedo
Giovana Andrade Frederico
Julianni Ribeiro Nunes
Kattielly Gomes Silva
Lígia Mascarenhas
Lucelia dos Santos Silva
Marina Cristina dos Santos Brito
Priscila Maria Gonçalves Ruggeri Faustino
Thuany Gama Neumann
Verônica Elizabeth Nascimento

APRESENTAÇÃO

Este documento está em sua 5ª edição revisada em novembro/2024, como instrumento norteador para os profissionais Enfermeiros lotados nos estabelecimentos municipais de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo, com o objetivo de apoiar os profissionais na condução das etapas da assistência na APS, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A construção deste documento envolveu o trabalho conjunto com os Interlocutores Técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde e Assessores das Áreas Técnicas da Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com participação do corpo Docente da UNIFESP através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Esta atualização periódica, surge pela necessidade de preservar a organização da assistência de enfermagem nos serviços da APS em acompanhamento aos princípios da Política Nacional de Atenção Básica: “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada”.



SIGLAS

ACO - Anticoncepcionais orais combinados

AAS - Acído Acetilsalicílico

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência adquirida

AIS - Adenocarcinoma in situ

AOI - Células atípicas de origem indefinida

AGS - Células atípicas de significado indeterminado.

APS - Atenção primária á saúde.

ASCUS - Células escamosas atípicas de significado indeterminado

ASC-US - Células escamosas atípicas de significado indeterminado - possivelmente não neoplásicas

ASC-H - Células escamosas atípicas de significado indeterminado - Não podendo afastar lesão de alto grau.

BCF- Batimento Cardíaco Fetal

CIAP2 - Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Cartão Nacional de Saúde

CO - Citopatológico Oncótico

COREN - Conselho Regional de enfermagem

COFEN - Conselho Federal de enfermagem

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

DIU - Dispositivo Intra Uterino

DIP - Doença inflamatória pélvica

DPP - Data Provável Do Parto

DM – Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

dT - Vacina adsorvida difteria e tétano adulto

DUM - Data da última menstruação

ECM - Exame clínico das mamas

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HPV - Papiloma Vírus Humano

HSIL - Lesão Intraepitelial escamosa de alto grau

HSV- Herpes Vírus Simples

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de massa corporea

INCA - Instituto Nacional de Câncer

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

ITU - Infecção do Trato Urinário

JEC - Junção escamo-colunar

LGBTQIA+ - Atualmente LGBTQQICAAPF2K+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Questionando, Intersexuais, Curioso, Assexuais, Aliados, Pansexuais, Polisssexuais, Familiares, 2-espíritos e Kink).

LSIL - Lesão intrapitelial de baixo grau

MAC - Método Anticonceptivo

ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

P4 – Prevenção quaternária

PA - Pressão Arterial

PE - Processo de Enfermagem

PAAF - Punção aspirativa por agulha fina

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RCF - Restrição de crescimento fetal

SHG - Síndromes hipertensivas na gestação

SIU - Sistema Intrauterino

SSVV - Sinais Vitais

SIVVA - Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes

TIG - Teste Imunológico de Gravidez

TR - Teste rápido

TDSG- Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

USG - Ultrassonografia

SUMÁRIO

Introdução

Capítulo 1 – POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES

Capítulo 2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

2.1. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem

Capítulo 3 – ATENÇÃO INTEGRAL AO DIREITO SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

3.1. Direitos Sexuais e Reprodutivos

3.2. Vida Saudável

3.3. Sexualidade

3.4. A Escolha do Método Anticoncepcional

3.5. Medicamentos e Métodos contraceptivos prescritos e realizados por enfermeiras(os) para o cuidado na anticoncepção

3.6. Orientação para anticoncepção de emergência

Capítulo 4 – ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM VIDA SEXUALMENTE ATIVA

4.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Abordagem por Enfermeiros na APS

4.2. Consulta de Enfermagem para Queixas em pessoas sexualmente ativas

4.3. Principais achados no exame clínico (mulher cis e homem trans)

4.4. Principais achados clínicos e manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis – CIAP

4.5. DIP – Doença Inflamatória Pélvica

4.6. Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)

4.7. Plano de cuidado na prevenção e tratamento das ISTs

Capítulo 5 – ATENÇÃO INTEGRAL À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO

5.1. Prevenção do câncer

5.2. Rastreamento para detecção precoce do câncer de mama e do colo de útero

5.3. Fatores de risco para o câncer de mama

5.4. Consulta de enfermagem na prevenção do câncer de mama e do colo de útero

- 5.4.1. Exame físico, principais achados e condutas de enfermagem na prevenção do câncer de mama
- 5.4.2. Exame físico, principais achados e condutas de enfermagem na prevenção do câncer do colo de útero
- 5.4.3. Roteiro para coleta do exame de citologia do colo de útero
- 5.4.4. Recomendações para a conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos, nas unidades de atenção básica
- 5.5. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer de mamas – CIPE
- 5.6. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer de colo de útero– CIPE

Capítulo 6 – ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA NA PRÉ-CONCEPÇÃO E NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

- 6.1. Assistência de Enfermagem na Pré-Concepção
- 6.2. Consulta de Enfermagem na Pré-concepção
- 6.3 Exames laboratoriais prescritos por enfermeiras (os) na avaliação para pré-concepção
- 6.4 Principais diagnósticos de enfermagem e intervenções na saúde sexual e reprodutiva segundo a CIPE, 2019
- 6.5. Medicamentos prescritos por enfermeiras(os) para o cuidado na preconcepção
- 6.6. Diagnóstico da gestação
- 6.7. Consultas de enfermagem no pré-natal
- 6.8. Processo de enfermagem: exame físico geral da gestante
- 6.9 Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento Pré- natal - CIPE
- 6.10. Condutas frente às modificações e queixas mais prevalentes na gestação
- 6.11. Solicitação de exames realizadas por enfermeiros/as, Interpretação e condutas e enfermagem
- 6.12. Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico na gestação
- 6.13. Medicamentos prescritos por enfermeiras(os) para manejo da gestação
- 6.14. Consultas de pré-natal subsequentes
- 6.15 Imunização
- 6.16. Construção do plano de parto

- 6.17. Encaminhamento ao pré-natal de alto risco (PNAR)
- 6.18. Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes
- 6.19. Pré-natal dos(as) parceiros(as): do acolhimento ao acompanhamento
- 6.20 Visita domiciliária na gestação
- 6.21 Temas para grupos de gestantes
- 6.22. Orientações sobre a Promoção e Manejo da Amamentação
- 6.23. Assistência De Enfermagem à Mulher No Puerpério
- 6.24 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério - CIPE
- 6.25. Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério
- 6.26. Aspectos legais e direitos previstos durante o ciclo gravídico-puerperal

Capítulo 7 – ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

- 7.1. Definições de síndromes climatéricas e menopausa
- 7.2. Consulta de Enfermagem para abordagem ao climatério e menopausa
- 7.3 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem no climatério e menopausa
- 7.4 Exames laboratoriais e de imagem solicitados por enfermeiras (os): rastreio e condutas
- 7.5. Conduta nas alterações do aparelho gênito-urinário
- 7.6. Principais ações de enfermagem para melhoria da qualidade de vida no Climatério/Menopausa
- 7.7 Queixas mais comuns no climatério e menopausa
- 7.8. Prescrições de enfermagem nos sintomas climatéricos realizado por enfermeiro generalista
- 7.9. Fatores de risco para osteoporose e suplementação
- 7.10 Tratamento não farmacológico
- 7.11. Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Capítulo 8 – ABORDAGEM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

- 8.1 Como as mulheres em situação de violência chegam aos serviços da APS
- 8.2. Impactos da violência na saúde
- 8.3 Como identificar uma situação de violência
- 8.4 Assistência de enfermagem às situações de violência

8.5 Assistência à violência sexual

8.6 Avaliação de Risco

8.7 Plano de cuidado

8.8 Encaminhamento para Rede Intersetorial

INTRODUÇÃO

Os Protocolos de Enfermagem são instrumentos fundamentais de apoio a uma prática segura, com respaldo ético e legal. Além disso, asseguram a autonomia da categoria, à medida que a própria Lei do Exercício Profissional da enfermagem (Nº7498/86) estabelece a importância do respaldo nos protocolos institucionais. (Portaria MS 2436/17).

A política pública municipal de saúde, no município de São Paulo, conta com a participação efetiva dos profissionais da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de suas diretrizes com a finalidade de proporcionar aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, um instrumento de consulta para orientação de fluxos e atualização de condutas em saúde, garantindo uma assistência de enfermagem qualificada zelando pela segurança dos usuários do SUS.

Esta edição contempla todas as fases da mulher abordando a atenção integral ao direito sexual e saúde reprodutiva, vida saudável, orientações na liberdade de escolha dos métodos contraceptivos, terapêutica na contracepção de emergência assim como, norteando o profissional para a atenção integral a pessoa na pré-concepção e ciclo gravídico-puerperal. Traz fluxos e orientações na assistência de prevenção dos principais agravos, ISTs e norteia para as ações na prevenção do câncer de mama e câncer de colo de útero. Aborda a atenção integral a pessoa no climatério e menopausa. Descreve as ações de enfermagem, atualizações nas solicitações de exames e prescrições medicamentosas (Coren 2019). Abrange a atuação da equipe de enfermagem na assistência às mulheres em situação de violência nos diferentes ciclos de vida.

Agradecemos a colaboração de todos os profissionais que atuaram na construção deste documento trazendo seus conhecimentos e experiências para enriquecer o conteúdo fortalecendo as políticas públicas no nosso município.

Área Técnica da Assistência de Enfermagem
Atenção Básica – SMS/SP

Capítulo 1 – POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirmam que todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo e 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, tais como o Brasil. Comparadas a outras mulheres, as adolescentes enfrentam maior risco de complicações e morte em decorrência da gravidez. Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo diminuiu 44%. Até 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o eixo estruturante do Sistema de Saúde, ordenando a rede de atenção à saúde e coordenando os cuidados dos indivíduos, famílias e comunidades. No tocante à Atenção ao ciclo gravídico-puerperal, cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida das mulheres e dos recém-nascidos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) é um conjunto de diretrizes e objetivos que busca oferecer cuidados completos para a saúde das mulheres, promovendo a autonomia delas.

A PNAISM vai além do cuidado apenas durante a gravidez e maternidade, reconhecendo que a saúde da mulher não se resume a esses papéis. A política busca ver as mulheres como cidadãs com diversos direitos e garantir um cuidado completo e inclusivo.

O objetivo principal da PNAISM é integrar as mulheres no meio social, político e comunitário. Ela pretende fortalecer ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde. Para isso, é importante ter um sistema de saúde bem organizado, com diferentes serviços que atendam as mulheres em todas as fases da vida. A atenção primária à saúde é fundamental, pois é o ponto de partida para acessar outros serviços de saúde e garantir a continuidade do cuidado, fortalecendo as linhas de cuidado e as políticas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, à gravidez e pós-parto, à menopausa e ao bem-estar das mulheres. Além disso, dá atenção especial às populações vulneráveis, considerando as condições sociais de saúde e o contexto familiar e comunitário.

A Organização Mundial da Saúde (ONU) estima em pelo menos 500 milhões o número global de meninas e mulheres que não dispõem de instalações para ter

higiene menstrual adequada. Pessoas mais pobres têm mais chances de perder dias de trabalho por causa da menstruação. Entre jovens de 14 a 24 anos, 32% declararam que já aconteceu de não terem dinheiro para comprar absorvente.

A pobreza menstrual é um problema grave de saúde pública. Segundo o UNICEF, a falta de acesso a absorventes higiênicos leva muitas pessoas a usar materiais inadequados, como panos e papel higiênico. Essa prática expõe essas pessoas a riscos de infecções e doenças graves, como o câncer de colo de útero. No Brasil, um terço das mulheres já passou por essa situação.

No Brasil, o Programa Dignidade Menstrual, visa dar acesso absorventes a mulheres e meninas que são de baixa renda e estão matriculadas em escolas da rede pública de ensino; ou Encontram-se em situação de rua ou em situação de vulnerabilidade social extrema; ou Encontram-se recolhidas em unidades do sistema prisional; ou Encontram-se em cumprimento de medidas socioeducativas. Para acessar as orientações sobre o programa: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/dignidademenstrual>.

Outro ponto é a perspectiva da abordagem cuidadosa à diversidade de gênero. Utilizar a linguagem como um elemento inclusivo e de promoção da igualdade de gênero é um desafio social e, portanto, um desafio que atinge também serviços de saúde. Como é responsabilidade de todos os serviços de saúde enfrentar todas as formas de discriminação e segregação, pensar sobre o uso da linguagem torna-se uma importante ferramenta inclusiva. Este é um protocolo convencionado como Saúde da Mulher, contudo não se abstém do cuidado a pessoas transmasculinas, termo que se refere àquelas pessoas que foram designadas mulheres ao nascimento e não se reconhecem ou não se reivindicam enquanto mulheres, não necessariamente se entendendo enquanto homens trans, mas também podendo incluí-los.

Portanto, individualmente, a compreensão e a percepção de gênero podem variar de acordo com as vivências e contextos sociais. Cabe a profissionais de saúde acolher essas percepções e respeitá-las em ambiente seguro, sem demandar por justificativas e livre de julgamentos. Os comportamentos e demais características sociais relacionadas a cada gênero binário (mulher e homem) não são inerentes às características cerebrais de corpos tipicamente fêmeas e machos, algumas condições de saúde e afecções estão relacionadas ao sexo biológico, e por isso torna-se imprescindível a abordagem cuidadosa às questões de gênero e sexualidade neste protocolo.

REFERÊNCIAS

PAHO. Saude Maternia. Principais fatos <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>
Brasil. Dignidade Menstrual. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/dignidademenstrual>

Capítulo 2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS



A Consulta de Enfermagem a uma pessoa ou família exige raciocínio clínico acurado, subsidiado pelo Processo de Enfermagem (PE), conforme descrito na Resolução COFEN nº 736/24.

No cotidiano de atuação da APS, o encontro clínico entre o(a) enfermeiro(a) e a pessoa acontece nos consultórios, no território, onde quer que ele possa produzir cuidados. São nestes espaços, onde ocorre atendimento/consulta, que o(a) enfermeiro(a), em uso do Processo de Enfermagem, realiza seu raciocínio clínico, considerando não só os aspectos fisiológicos ou fisiopatológicos, mas também a forma como a determinação social do processo saúde-doença atravessa a vida de cada pessoa, família ou comunidade.

O modo como realizamos o atendimento/consulta logo na investigação faz toda diferença no diagnóstico e grau de intervenção para manejo clínico de alguma queixa ou necessidade encontrada. Na relação entre profissional e pessoa/família/comunidade é possível exercer influência na autopercepção de saúde das pessoas e sua autonomia para o cuidado, a grande maioria dos sintomas e queixas na APS são indiferenciadas ou inespecíficas, por isso é altamente relevante considerar a subjetividade, a história de vida e a forma com a qual a pessoa se relaciona com o problema ou necessidade apresentada para então, planejar e intervir. Se ao atender uma pessoa, você utilizar uma abordagem

centrada do corpo biológico, na medicalização de processos naturais, não baseada em evidências científicas corre grande risco de propor intervenções desnecessárias, que podem ser prejudiciais a vida das pessoas e aumentar custos em saúde.

A composição multiprofissional da APS favorece a colaboração contínua entre os profissionais, com objetivo proporcionar para a pessoa idosa, família e comunidade a melhor escolha para manejar os problemas ou necessidades encontradas. O enfermeiro é um profissional com autonomia para atuar de forma resolutiva no manejo de diversas condições, dentro do seu escopo de atuação profissional.

A consulta do enfermeiro em ginecologia deve ser realizada de forma organizada e acolhedora permitindo que a pessoa tenha a liberdade de realizar os seus questionamentos e receber as orientações adequadas.

É necessário minimizar as barreiras nas populações vulneráveis como as pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, população LGBTQI+, mulheres negras, dentre outras, para que elas sejam acolhidas de forma integral, respeitosa, levando em consideração as suas particularidades.

A interconsulta e a teleinterconsulta constitui-se em potentes ferramentas para o compartilhamento de saberes entre profissionais. Se preciso for, compartilhe o cuidado da pessoa ou família com outro profissional, em busca de ofertar cuidado integral, contínuo, resolutivo e amparado pelo exercício legal da profissão.

2.1. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem

O Registro clínico é fundamental para a garantia da continuidade do cuidado e melhores desfechos na produção do cuidado. Diversos prontuários eletrônicos utilizam a ferramenta para evolução/registro clínico orientado por problemas, definido pelo acrônimo SOAP (Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano), que pode se interrelacionar com a forma de raciocínio e registro clínico do(a) enfermeiro(a), pelo PE. Abaixo, segue um quadro que descreve esta interrelação:

SOAP	Etapas do Processo de Enfermagem	
S Subjetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa idosa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática.	Evolução de Enfermagem Compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.
O Objetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados objetivos (exame físico, exames, laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros)	
A Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;	
P Plano	Planejamento de Enfermagem Compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para a pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver a priorização de Diagnósticos de Enfermagem; a determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde e a tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. Implementação de Enfermagem Compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem.	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2024)

Capítulo 3 - ATENÇÃO INTEGRAL AO DIREITO SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

3.1. Direitos Sexuais e Reprodutivos

De acordo com a Constituição Brasileira, o planejamento reprodutivo é de livre decisão dos indivíduos, competindo ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

No Brasil, o conceito de “direitos reprodutivos” começou a ser formulado a partir da reflexão das mulheres e passou a ser empregado no início dos anos 1980. A Lei nº 9.263 de 1996 trata dos direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva e assegura as ações de planejamento familiar, a preconcepção e os métodos contraceptivos.

Nas primeiras décadas do século XX, as políticas de saúde limitavam à assistência em saúde para as mulheres, apenas às demandas de gravidez e parto. Atualmente, a PNAISM tem como objetivo principal integrar as mulheres no meio social, político e comunitário. Além de fortalecer as ações em saúde de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde integral. Assim, a atuação da equipe de saúde na atenção primária tem como fundamento principal garantir o acesso das mulheres aos diversos serviços de saúde, para continuidade do cuidado necessário em todas as fases da vida.

3.2. Vida Saudável

A saúde da pessoa vai além de questões ginecológicas e deve contemplar, além do bem-estar físico, a saúde mental e emocional, incluído o planejamento familiar, que também faz parte desse rol de cuidados necessários. O funcionamento do corpo biológico feminino tem peculiaridades quando comparado ao corpo biológico masculino, o que gera doenças e distúrbios específicos. Essas especificidades são ainda maiores quando se trata de públicos como pessoas negras, indígenas, privadas de liberdade ou mesmo aquelas que vivem em zonas rurais.

É preciso entender saúde da pessoa como um direito, que está intimamente ligada à qualidade de vida, autoestima e relações pessoais. A saúde ginecológica,

é claro, não pode ficar de lado e engloba vários aspectos do bem-estar pessoal, deste modo a abordagem e incentivo às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são importantes em toda assistência realizada pela equipe de saúde.

Compreender cada fase do ciclo de vida da pessoa respeitando sua sexualidade, saúde sexual, resposta e disfunções sexuais (libido, disfunção orgásmica, dispareunia e transtorno de aversão sexual), favorece ao profissional da saúde desenvolver ações estratégicas e didáticas para abordagens sobre a função sexual, assim qualificando a assistência oferecida bem como os encaminhamentos necessários.

3.3. Sexualidade

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida, que engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É a forma como uma pessoa vivencia e expressa os sentimentos e instintos que a levam a sentir atração sexual por outras pessoas.

Os direitos sexuais são individuais e não estão necessariamente atrelados aos direitos reprodutivos. Porém cabe a todos profissionais de saúde se instrumentalizar para oferecer educação em saúde sexual e reprodutiva, fortalecendo as ações de promoção da saúde sexual e prevenção das IST, além da oferta de métodos contraceptivos disponíveis nos serviços de saúde municipais. São direitos sexuais:

- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.

- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Durante as consultas de enfermagem deve-se considerar o sexo, gênero e a sexualidade da pessoa assistida. Segundo o Ministério da Saúde, sexo está relacionado as características biológicas, ou seja, que diferenciam corpos masculinos, femininos ou intersexos, incluindo aspectos anatômicos e genéticos. Gênero pode ser compreendido como uma construção social e cultural que determina papéis, comportamentos e expectativas associados ao que é considerado masculino ou feminino, logo, pode estar relacionado também a não-binários e transgêneros. Por fim, a sexualidade está relacionada a atração afetiva e sexual, por exemplo: heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade (Ministério da Saúde, 2013).

3.4. A escolha do Método Anticoncepcional

Na indicação do uso dos métodos contraceptivos, devem ser consideradas as seguintes características, de acordo com os fatores individuais e situacionais de cada mulher:

- Eficácia e segurança;
- Preferência de método;

O enfermeiro deverá fazer uma avaliação clínica da mulher, levando em consideração os critérios de elegibilidade, conforme quadro abaixo, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que permite escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada usuário:

- Inocuidade, ou seja, ausência de efeitos secundários adversos;
- Disponibilidade, acesso gratuito e condições socioeconômicas;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade da fertilidade conforme pretensões reprodutivas;
- Fase da vida;
- Estilo de vida;
- Padrão de comportamento sexual;
- Fatores culturais e religiosos;

- Outros fatores, como medo, constrangimento e dúvidas.

NOTA: Conforme decreto nº58.693 de 2 de abril de 2019 – Art. 1º As mulheres da Cidade de São Paulo em situação de vulnerabilidade, atendidas na Rede Pública de Saúde, por meio de unidades diretas ou entidades conveniadas a qualquer título, terão direito à inserção gratuita de implantes contraceptivos reversíveis de longa duração de etonogestrel, conforme protocolo da Secretaria Municipal da Saúde, respeitada a sua livre opção.

Critérios de Elegibilidade de método contraceptivo

CATEGORIA 1	Condição para a qual não há restrição de uso do método anticoncepcional. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
CATEGORIA 2	Condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados. 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	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método.
CATEGORIA 4	Condição em que o uso do método gera risco inaceitável

Fonte: OMS, 2018. Adaptado a partir de Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, p. 161, 2016.

Métodos Contraceptivos Disponíveis na Rede Municipal de Saúde

Métodos Reversíveis	Métodos Irreversíveis
Comportamentais	Esterilização cirúrgica feminina
Hormonais	Esterilização cirúrgica masculina
Barreira	
LARCS (longa duração) – Dispositivo Intrauterino e Implanon	

Fonte: BRASIL, 2010.

A. Hormonais

- Orais: combinados, monofásicos, bifásicos, trifásicos e minipílulas;
- Injetáveis: mensais e trimestrais;
- Implantes subcutâneos;
- Percutâneos: adesivos;
- Vaginais: anel;
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU);
- DIU com levonorgestrel

B. Barreira

- Feminino: diafragma, espermicida, preservativo feminino, DIU de cobre;
- Masculino: preservativo masculino.

C. Comportamentais ou naturais

- Tabela ou calendário (Ogino-Knaus);
- Curva térmica ou basal de temperatura;
- Sintotérmico;

- Bilings (mucocervical);
 - Coito interrompido.
- D. Longa duração reversíveis**
- DIU com cobre;
 - SIU com levonorgestrel;
 - Implante intradérmico;
- E. Definitivos e irreversíveis (esterilização)**
- Feminino: Laqueadura tubária;
 - Masculino: Vasectomia

Para mais informações sobre os métodos acesse o link:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf

Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

Categoria	Avaliação clínica	Pode ser usado?	Quem pode prescrever?
Categoria 1	Pode ser usado em quaisquer circunstâncias	Sim	Médico / Enfermeiro
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	Sim	Médico / Enfermeiro
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis	Não	
Categoria 4	Não deve ser usado (uso inaceitável).	Não	

Fonte: OMS, 2018. Adaptado a partir de Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, p. 161.2016

Crêterios de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica

Condição atual	Contraceptivo oral	Anticoncepcional injetável		Minipílula	DIU de cobre	Método de Barreira
		Combinado (mensal)	Progest�ge no (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1A:2	1
Idade > 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	1
Amamentação: < 6 sem pós-parto	4	4	3	3	D:1 E:3	1
Amamentação: 6 sem a 6 meses pós-parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses pós-parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (Exceto HIV e Hepatites)	1	1	1	1	F:1 G:2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: �35 anos; �15 cigarros/dia	3	3	1	1	1	1
Fumo: � 35 anos; > 15 cigarros dia	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanha-mento	3	3	2	2	1	1
HAS controlada em acompanha-mento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 80-89 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS com PAS > 180 e PAD �100mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1

Condição atual	Contraceptivo oral	Anticoncepcional injetável		Minipílula	DIU de cobre	Método de Barreira
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
História atual de TEP/TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	1
Diabetes há mais de 20 anos ou com doença vascular	3/4	3/4	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (≥35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1

Condição atual	Contraceptivo oral	Anticoncepcional injetável		Minipílula	DIU de cobre	Método de Barreira
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer de mama atual	4	4	4	4	1	1
Histórico de CA de Mama - ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	1
Uso atual de anticonvulsivantes	3	2	1	3	1	1

Fonte: COREN-SP, pág 125-126, 2019.

Legenda:

A – O DIU de cobre é categoria 2.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez, mas ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é categoria 1 se: a) For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); b) For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é categoria 2, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras ISTs que não as listadas na letra.

3.5. Medicações e Métodos contraceptivos prescritos e realizados por enfermeiras(os) para o cuidado na anticoncepção

Medicamento	Tipo	Forma de uso	Uso no puerpério	O que fazer se esquecer de usar no prazo correto
Levonorgestrel 0,75 mg	Contraceptivo de emergência	Devem ser utilizados dois comprimidos juntos, em dose única de 1,5mg.	Não se aplica.	Não se aplica.
Medroxiprogesterona, acetato 125 mg + estradiol cipionato 5 mg suspensão injetável	Contraceptivo hormonal injetável	Como iniciar: a primeira aplicação deve, idealmente, ocorrer até o 5º dia do ciclo menstrual (contando do início do sangramento). Caso a aplicação seja feita após o 5º dia, há maior risco de falha do método no primeiro mês de uso. Todas as pacientes devem ser orientadas a utilizar método de barreira associado nos primeiros 30 dias de uso do método. Manutenção: As aplicações devem ocorrer sempre no mesmo dia do mês (ou seja, se a primeira aplicação foi no dia 10/01, as demais devem ocorrer nos dias 10/02, 10/03, 10/04, etc.), sempre respeitando o intervalo de 27 a 33 dias.	Não deve ser utilizado.	Se o intervalo for de mais de 33 dias, deve-se realizar um teste de gravidez. Sendo negativo, pode ser realizada a aplicação, e as próximas aplicações deverão respeitar o intervalo a partir desta data (por exemplo, se a mulher aplicava todo dia 10, mas se esqueceu, e foi à UBS no dia 17. Deve se fazer um teste de gravidez e, sendo negativo, aplicar a medicação. A partir daí, as aplicações serão todo dia 17).
Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/ml suspensão injetável	Contraceptivo hormonal injetável	Como iniciar: a primeira aplicação deve, idealmente, ocorrer até o 5º dia do ciclo menstrual (contando do início do sangramento). Caso a aplicação seja feita após o 5º dia, há maior risco de falha do método no primeiro mês de uso. Todas as pacientes devem ser orientadas a utilizar método de barreira associado nos primeiros 30 dias de uso do método. Manutenção: A aplicação deve ser feita a cada 12 semanas (84 dias) a 13	Lactantes: iniciar 6 semanas após o parto. Não lactantes: iniciar 5 dias após o parto.	Se o intervalo for de mais de 13 semanas (91 dias), deve-se realizar um teste de gravidez. Sendo negativo, pode ser realizada a aplicação, e as próximas aplicações deverão respeitar o intervalo de 12 a 13 semanas a partir desta data.

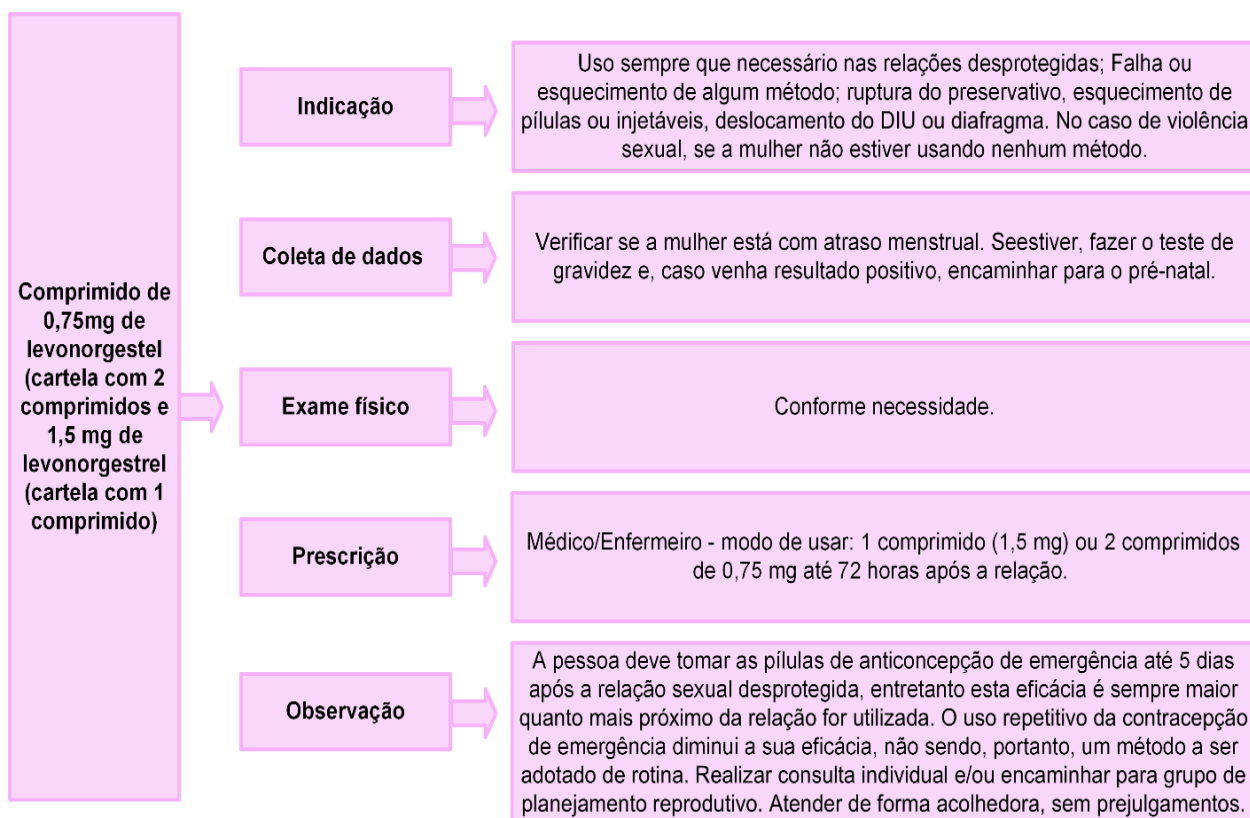
Medicamento	Tipo	Forma de uso	Uso no puerpério	O que fazer se esquecer de usar no prazo correto
		semanas (91 dias).		
Algestona acetofenida 150 mg/ml + enantato de estradiol 10 mg/ml	Contraceptivo hormonal injetável	Como iniciar: a primeira aplicação deve, idealmente, ocorrer entre o 7° e o 10° dia do ciclo menstrual (contando do início do sangramento). Caso a aplicação seja feita após o 10° dia, há maior risco de falha do método no primeiro mês de uso. Todas as pacientes devem ser orientadas a utilizar método de barreira associado nos primeiros 30 dias de uso do método. Manutenção: deve ser aplicado a cada 30 dias.	Lactantes: Não deve ser utilizado. Não lactantes: iniciar 3 semanas após o parto.	Se o intervalo for de mais de 30 dias, deve-se utilizar um método contraceptivo alternativo até que se inicie um novo ciclo menstrual e, então, deve ser iniciado o uso novamente como se fosse a primeira aplicação.
Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg comprimido cartela	Contraceptivo hormonal oral combinado	Como iniciar: preferencialmente no 1° dia do ciclo menstrual (sangramento), mas pode ser iniciado até o 7° dia do ciclo (recomendar o uso de método de barreira por 7 dias). Manutenção: Deve ser tomado por 21 dias consecutivos, no mesmo horário. Após, deve ser feito intervalo de 7 dias (em geral, no 2° ou 3° dia se inicia um sangramento). No dia seguinte (ou seja, no 8° dia após o final da cartela anterior), deve-se iniciar a nova cartela.	Lactantes: Não deve ser utilizado. Não lactantes: não se deve iniciar o método antes do 28° dia após o parto, pois há risco de tromboembolismo.	Se o intervalo for menor que 12 horas, deve-se tomar o comprimido assim que se lembrar. Os próximos devem ser tomados no horário habitual. Se o intervalo for maior que 12 horas, deve-se tomar dois comprimidos assim que se lembrar. Deve ser utilizado outro método contraceptivo (preservativo) associado nos próximos 30 dias.
Noretisterona, enantato 50 mg/mL + estradiol, valerato 5 mg/ml solução injetável	Contraceptivo hormonal oral combinado	Como iniciar: no 1° dia do ciclo menstrual (sangramento). Manutenção: as aplicações devem ocorrer a cada 30 dias, respeitando o intervalo	Não deve ser utilizado.	Se o intervalo for de mais de 33 dias, deve-se realizar um teste de gravidez. Sendo negativo, pode ser realizada

Medicamento	Tipo	Forma de uso	Uso no puerpério	O que fazer se esquecer de usar no prazo correto
		máximo de 27 a 33 dias.		a aplicação, e as próximas aplicações deverão respeitar o intervalo de 27 a 33 dias a partir desta data.
Noretisterona 0,35 mg	Contraceptivo hormonal oral de progestágeno isolado	Como iniciar: no 1º dia do ciclo menstrual (sangramento). Manutenção: Uso diário, sempre no mesmo horário, sem intervalo entre cartelas.	Lactantes: iniciar 6 semanas após o parto.	Se houver atraso de mais de 3 horas, tomar o comprimido assim que lembrar e, no dia seguinte, voltar a usar no horário regular. Usar outro método contraceptivo associado nos próximos 30 dias.
Dispositivo Intrauterino	LARC	Intraútero por tempo determinado por fabricante, inserido por enfermeira/o habilitado após treinamento,	Sim, inserção pós-parto imediato (até 48h, preferencialmente nos primeiros 10 minutos), ou após 4 semanas	Não se aplica

Fonte: Adaptado OMS (2010). COREN/SP 2016 pág. 125 - 126

3.6 Orientação para anticoncepção de emergência

Fluxograma de Contracepção de Emergência



Fonte: Adaptado de Manual Técnico de Saúde da Mulher – SP, 2017.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].
2. Brasil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
3. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 96 p. – (Série Enfermagem).
4. Conselho Internacional de Enfermagem. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIEP): versão 2019**. Porto alegre: Artmed, 2020.
5. Coren - SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Módulo 1: Saúde da Mulher: Coren SP, 2019.
6. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos**. 3º ed. OMS, 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
9. Brasil. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jun. 1986.
10. Hill et al., 2020). (Stephenson et al., 2018) (Boulet, Parker, Atrash, 2006; Tydén, 2016; Hill et al., 2019) (WHO, 2012) (Brasil, 1997) (Nascimento et al., 2016) (Moura, Evangelista, Damasceno, 2012) (Borges et al., 2016; Nascimento, Borges, Fujimori, 2019)
11. Hill B, Skouteris H, Teede HJ, Bailey C, Baxter JAB, Berfmeier, et al. Health in Preconception, Pregnancy and Postpartum Global Alliance: International Network Preconception Research Priorities for the Prevention of Maternal Obesity and Related Pregnancy and Long-Term Complications. J Clin Med [Internet]. 2019;8(12):2119
12. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade J, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. Lancet [Internet]. 2018; 391(10132):1830-41.
13. Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. Matern Child Health J[Internet]. 2006;10(5 Suppl):S29-35.
14. World Health Organization - WHO. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva: WHO; 2012.
15. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 ago. 1997.
16. Nascimento NC, Araújo KS, Santos OA, Borges ALV. Preparo pré-concepcional: conhecimento e razões para a não realização entre mulheres usuárias do SUS. BIS, Bol Inst Saúde (Impr.) 2016;17(2):96-104.
17. Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 Fev;46(1):22-9.
18. Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico/Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), organizador. -- São Paulo: FEBRASGO, 2022.

Capítulo 4 – ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM VIDA SEXUALMENTE ATIVA

Na abordagem centrada na pessoa em um encontro clínico, principalmente para questões sobre a saúde sexual é essencial compreender e respeitar os aspectos sobre sua sexualidade, orientação sexual, identidade e expressão de gênero.

No diálogo com a pessoa sobre comportamentos e práticas sexuais é importante a abordagem sem preconceitos, considerando a cultura e o contexto sócio-histórico e de vida de cada pessoa, sem rótulos ou estigmas sobre comportamentos sexuais como “normais” ou “anormais” (BRASIL, 2020).

A expressão livre da sexualidade é um direito, e toda pessoa tem a liberdade de expressar a sua sexualidade com respeito pelo próprio corpo, de escolher sua parceria sexual, sem medo, culpa ou falsas crenças, de ter acesso à orientação e à educação sexual e reprodutiva.



Fonte: Significados. Disponível em <https://www.significados.com.br/diferenca-orientacao-sexual-identidade-de-genero/>. Acesso em: 10 de dezembro 2024.

4.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Abordagem por Enfermeiros na APS

As IST têm etiologias bem definidas, embora possam sofrer alterações, as principais manifestações clínicas compreendem corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais.

É fundamental a abordagem centrada na pessoa. Conhecer e manejar a condição ou situação clínica que ela apresenta de maneira singular, com orientação familiar, comunitária e competência cultural aumentam as chances de melhor adesão ao tratamento dela e de sua parceria e diminui os riscos de reinfecção. As IST ainda são um problema de Saúde Pública mundial.

Em 2016, a OMS estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis em pessoas de 15 a 49 anos de idade, entre os quais destacaram-se 127,2 milhões de casos de clamídia, 86,9 milhões de casos de gonorreia e 6,3 milhões de casos de sífilis. Na Região das Américas, estimaram-se 29,8 milhões de casos de clamídia, 13,8 milhões de casos de gonorreia e 2 milhões de casos de sífilis. No Brasil, a sífilis é uma doença de notificação compulsória, nos anos de 2010 a 2018 a incidência de sífilis congênita aumentou quase quatro vezes.

Em relação às gestantes, no período de 2010 a 2019, foram notificados 30.109 casos de sífilis em gestantes no município de São Paulo e em 2019 foram diagnosticadas 5.145 gestantes com sífilis no município de São Paulo, com taxa de detecção de sífilis em gestante (TDSG) de 32,4 por 1.000 nascidos vivos.

A OMS publicou uma estratégia global para alcançar as metas de eliminação das IST até 2030, dentre as ações, concentram-se esforços para eliminação da sífilis congênita, o que requer ampliação de testagem e tratamento de gestantes e populações específicas, diminuição da resistência antimicrobiana do gonococo e no risco de coinfeção por clamídia e redução da infecção pelo papilomavírus humano (papilomavirus humano, HPV), com ênfase em imunização para eliminação do câncer do colo de útero e verrugas anogenitais (WHO,2016). Na atenção a pessoas com IST é ideal incluir o rastreamento e diagnóstico de infecções que podem se apresentar de forma assintomática.

4.2. Consulta de Enfermagem para Queixas em pessoas sexualmente ativas

Elementos importantes para comunicação clínica:

- Desenvolva seu próprio estilo de diálogo sobre sexo e práticas sexuais;
- Evite julgamentos prévios;
- Não assuma conceitos prontos (a menos que você pergunte, não há como conhecer a orientação sexual, os comportamentos, práticas ou a identidade de gênero de uma pessoa);
- Respeite os limites da pessoa (linguagem não verbal);
- Reformule sua pergunta ou explique brevemente por que você está fazendo o questionamento se o paciente parecer ofendido ou relutante em responder;
- Observe suas áreas de desconforto;
- Monitore e contenha as suas próprias reações (linguagem não verbal);
- Avise que as mesmas perguntas são feitas a todas as pessoas (procedimento protocolar), independentemente de idade ou de estado civil;
- Use termos neutros e inclusivos (por exemplo, “parceria” ao invés de “namorado”, “namorada”, “marido”, “esposa”) e faça as perguntas de forma não julgadora;
- Quando estiver atendendo uma pessoa trans, pergunte como esta prefere ser chamada ou identificada;
- Dê suporte à identidade de gênero atual do paciente, mesmo que sua anatomia não corresponda a essa identidade;
- Pergunte sobre o histórico de IST, se realizou tratamento e sua parceria sexual também;
- Pergunte sobre a vacinação, se é vacinado Hep B, Hep A ou HPV;
- Pergunte sobre o que faz para se proteger de IST, HIV e Hepatites virais;
- Pergunte sobre planejamento reprodutivo, se está usando algum método contraceptivo;
- Aborde com delicadeza sobre possíveis situações de violência sexual;
- Atente-se para fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (IST);

Avaliação de enfermagem:

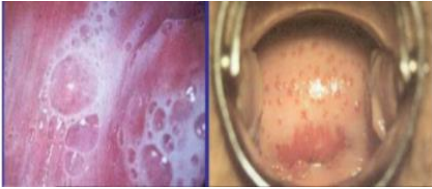
- Período de início dos sintomas
- Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados
- Sintomas associados ao corrimento vaginal: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia
- Data da última menstruação
- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada
- Abortamento ou parto recente
- Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente)
- Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se população alvo)
- Pergunte sobre uso de produtos e/ou objetos na prática sexual.
- Presença de corrimento uretral mucopurulento
- Sintomas associados ao corrimento uretral: dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral

Exame físico:

- Examinar a genitália externa e região anal, identificando o aparecimento de lesões;
- Separar os lábios vaginais para visualizar o introito vaginal integralmente;
- Exame especular vaginal, incluindo inspeção das paredes, do colo de útero para friabilidade (sangramento fácil) e corrimento mucopurulento cervical;
- Exame bimanual, com mobilização do colo e palpação dos anexos;
- Aferição de sinais vitais;
- Exame abdominal;

4.3 - Principais achados no exame clínico (mulher cis e homem trans)

Achado clínico	Características	Principais manifestações clínicas
Candidíase vulvovaginal	 https://chestersexualhealth.co.uk/candidiasis-gallery/  https://chestersexualhealth.co.uk/candidiasis-gallery/	• Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); • Disúria; • Dispareunia; • Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso (“leite coalhado”); • Hiperemia; • Edema vulvar; • Fissuras e maceração da vulva e • Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrimdo a vagina e colo uterino Fatores predisponentes: Não é IST, porém é mais frequente em mulheres sexualmente ativas. Os fatores predisponentes são: gravidez, diabetes (descompensado), obesidade, contraceptivos orais, antibióticos, corticoides, imunossupressores - quimioterapia e radioterapia. Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local, contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes, alterações na resposta imunológica incluindo a infecção pelo HIV. Parcerias sexuais não precisam tratamento, exceto se apresentar balanite e/ou balanopostite.
Vaginose Citolítica		Síndrome de crescimento excessivo de lactobacilos ou citólise de Doderlein. Principais características: prurido vaginal, queimação vaginal, dispareunia, disúria terminal, corrimento branco abundante, piora na fase lútea.

Vaginose bacteriana	 https://www.febRASgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual_de_Patologia_do_Trato_Genital_Inferior/Manual-PTGI-Cap-06- Vulvovaginites.pdf	Corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, fétido, mais acentuado após a relação sexual e durante o período menstrual e Dor à relação sexual (pouco frequente). Fatores predisponentes: Não é IST, mas pode ser desencadeada pelo contato com o esperma. Atividade sexual frequente sem uso de preservativos, duchas vaginais, utilização de DIU, inadequada resposta imune e resistência bacteriana aos imidazólicos. Higiene insuficiente ou excessiva, uso de antibióticos, mudança nos produtos e/ou no sabonete para higiene feminina
Tricomoníase	 Figura pública internet  Álbum seriado das IST, 2016	• Corrimento abundante, amarelado/esverdeado, bolhoso, com prurido e/ou irritação vulvar; • Dor pélvica (ocasionalmente); • disúria, polaciúria; • Hiperemia da mucosa (colpite focal e/ou difusa com aspecto de framboesa).
Cervicite por Clamídia e Cervicite por Gonorreia	 Álbum seriado das IST, 2016  Álbum seriado das IST, 2016	Pessoas sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outra IST e uso irregular de preservativo O corrimento uretral costuma ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral. Material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab

Uretrite Gonocócica e não gonocócica		Idade abaixo de 30 anos, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos. Presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação em aproximadamente 50% dos pacientes com uretrite causada por <i>C. Trachomatis</i>.
--	---	--

Linfogranuloma venéreo (LGV)	 Album seriado das IST, 2016 https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/399/images-and-videos	Linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que esses sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos. Fatores predisponentes: Fatores geográficos, socioeconômicos e de gênero, além do número de parcerias sexuais, uso de drogas, circuncisão, sexo profissional, entre outros. Uso irregular de preservativos.
--	--	--

Donovanose	 https://doi.org/10.1590/S1413-86702008000600015 Album seriado das IST, 2016 https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-donovanose-articulo-S2666275220303040	Inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcerovegetante. Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Fatores predisponentes: Fatores geográficos, socioeconômicos e de gênero, além do número de parcerias sexuais, uso de drogas, circuncisão, sexo profissional, entre outros. Uso irregular de preservativos.
--------------------------	--	---

Cancroide (cancro mole)	 https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/932/images-and-videos Álbum seriado das IST, 2016	Lesões dolorosas, geralmente múltiplas e devido à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil
Herpes genital	 Álbum seriado das IST, 2016 Álbum seriado das IST, 2016	Primoinfecção: lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas e de localização variável na região genital. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos Recorrentes: vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas, prurido leve ou sensação de “queimação” e mialgias.
Sífilis Primária (cancro duro)	 Álbum seriado das IST, 2016	Úlcera, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento), indolor, com base endurecida e fundo limpo, rica em treponemas. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento

Sífilis Secundária	 https://chestersexualhealth.co.uk/wp-content/uploads/2014/03/Sy7b-secondary-syphilis-rash-in-incident-light-showing-a-pap.jpg	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Sífilis Latente recente (até um ano de duração) e Latente tardia (mais de um ano de duração)		Assintomática
Sífilis Terciária	 Álbum seriado das IST, 2016	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.
Condiloma acuminado	 https://chestersexualhealth.co.uk/genital-warts-images/nggallery/page/4 Álbum seriado das IST, 2016	Apresentam-se como verrugas na região genital e no ânus (denominadas tecnicamente condilomas acuminados). Lesões: polimórficas, pontiagudas, únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, papilomatosas, semelhantes a couve-flor. Fatores predisponentes: • Relação sexual em idade precoce. Muitas parcerias sexuais durante a vida, Parceria com imunocomprometimento • O risco estimado para exposição ao HPV é de 15 a 25% a cada nova parceria; • Em grande parte dos casos a infecção é autolimitada e

		transitória; • 1 a 2% da população em geral apresentam verrugas genitais; • 2 a 5% das mulheres tem alterações do Papanicolau por HPV; • Prevalência maior em mulheres jovens, quando comparadas com mulheres com mais de 30 anos; • A maioria das infecções por HPV (sobretudo quando adolescentes) resolve espontaneamente em cerca de 24 meses; • Nos homens, a prevalência se mantém constante nas diversas faixas etárias; Infecção persistente por tipos oncogênicos aumenta o risco de lesão intraepitelial escamosa (NIC);
Doença inflamatória pélvica Neisseria gonorrhoea e e a Chlamydia trachomatis		A DIP constitui uma das mais importantes complicações das IST. É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior. É mais comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida podendo ocasionar: endometrite, miometrite, salpingite, ooforite, parametrite, pelviperitonite. Sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, dor à mobilização do colo uterino, dor à palpação anexial, dor na parte inferior do abdome, corrimento vaginal ou material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab e febre. Fatores predisponentes: Infecção prévia por clamídia ou gonorreia, pouca idade no início da atividade sexual relações sexuais sem proteção, histórico prévia de DIP, uso de dispositivo intrauterino (DIU) Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica, deverá investigar DIP no diagnóstico diferencial, independentemente da história de atividade sexual recente.

4.4. Principais achados clínicos e manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis – CIAP

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
• Infecção da Vulva e da Vagina (Candidíase) • Condição Fisiológica da Vagina Prejudicada (Vaginose citolítica) • Condição Fisiológica da Vagina Prejudicada (Vaginose Bacteriana) • Infecção do prepúcio ou glande (Candidíase do pênis)		X72 - Candidíase Genital Y75 - Balanite / Balanopostite NE
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Plano de Cuidado: • Realize aconselhamento centrado na pessoa e suas práticas sexuais • Esclareça dúvidas do paciente em relação ao tratamento • Adapte a instrução ao nível de conhecimento e compreensão da pessoa/família • Demonstre o uso do aplicador ginecológico Prescrição: • Usar roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal) • Medidas de higiene íntima (somente na região da vulva e nunca no canal vaginal, lavar a região genital com água e sabão neutro, evitar o uso de lenços umedecidos e de papel higiênico perfumado) • Evitar usar calças apertadas • Retirar roupa íntima para dormir • Reduzir o uso de absorventes protetores diários • Fazer banho de assento com bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) 1 vez ao dia, promove o alívio dos sintomas • Suspender as relações sexuais durante o tratamento • Não fazer uso de bebida alcóolica durante o tratamento para vaginose bacteriana, no caso do tratamento com imidazólicos	
Vaginose bacteriana e citolítica	Primeira opção de tratamento: Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x ao dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias Segunda opção de tratamento: Clindamícina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. .

	Casos recorrentes: Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2 x dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações, por 4 a 6 meses <u>Para alívio dos sintomas:</u> Vaginose Bacteriana: Banho de assento com ácido acético (vinagre), 1-2 colheres de sopa em 1 litro de água, 1 vez ao dia Vaginose Citolítica: Ducha vaginal ou banho de assento com bicarbonato por 5 a 10 min (4 xícaras de água morna para 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio) duas vezes por semana a cada 15 dias.	
Candidíase Vulvovaginal Infecção do prepúcio ou glândula (Candidíase do pênis)	Primeira opção de tratamento: Miconazol creme 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação via vaginal ao deitar-se, por 14 dias Segunda opção de tratamento: Fluconazol 150mg, vo, dose única OU Itraconazol 100 mg, vo, 2 comprimidos, 2x dia, por 1 dia Casos recorrentes: Miconazol creme 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 14 dias OU Fluconazol 150mg, vo, 1x ao dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: Fluconazol 150mg, vo, 1x por semana por 6 meses <u>Para alívio dos sintomas:</u> Banho de assento com bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água), 1 vez ao dia	As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas, devido as condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período.

Plano de Cuidado para as IST:

- Realize aconselhamento centrado na pessoa e suas práticas sexuais
- Estabeleça relação de confiança
- Forneça informações sobre as IST e sua prevenção
- Oferte testes para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C
- Realize aconselhamento pré e pós teste
- Registre o resultado dos testes
- Trate e encaminhe, se necessário

- Oferte preservativos (interno e externo) e gel lubrificante, explique cuidados ao uso e esclareça dúvidas
- Oferte vacinação contra Hepatite B e HPV (de acordo com a idade)
- Explique à pessoa a indicação de medicação prescrita
- Encoraje a adesão da pessoa ao tratamento
- Notifique o agravo, conforme estabelecido
- Oferte profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado
- Oferte profilaxia pós-exposição às IST em caso de violência sexual, quando indicado
- Oferte profilaxia pré-exposição ao HIV, quando indicado
- Ofertar uso de contraceptivo, quando indicado

Prescrever:

- Suspender as relações sexuais durante o tratamento
- Manter o tratamento durante a menstruação
- Medidas de proteção combinada para evitar o comportamento sexual de risco

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
• Infecção da Vulva e da Vagina (tricomoníase)		X73 Tricomoníase genital feminina
Plano de Cuidado / Intervenções / Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	• Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa • As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico • O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. • Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes	
Tratamento	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos VO, (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 7 dias	

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
• Sífilis (cancro duro)		A 70 Sífilis feminina Y70 Sífilis masculina
Plano de Cuidado / Intervenções / Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	• Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa • As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico • Notificação desse agravo é compulsória pelo SINAN	

	- Se tratado com penicilina: seguimento, com Teste Não Treponêmico (TNT), a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano - Se tratado com outra medicação: seguimento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas diluições, em TNT- Exemplo: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado
Sífilis primária, secundária e recente (até 2 anos de contato)	Esquema terapêutico: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo) Esquema alternativo: Doxiciclina 100mg, vo, 12/12 horas por 15 dias OU Ceftriaxone 1g, IM ou IV, 1x ao dia por 8 a 10 dias
Sífilis Latente Tardia	Esquema terapêutico: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI Esquema alternativo: Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias OU Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias
Neurossífilis	Esquema terapêutico: Penicilina G cristalina 18 a 24 milhões UI/dia, por EV, doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias (em serviços especializado) Esquema alternativo: Ceftriazone 2g, IV OU IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias

Diagnóstico de Enfermagem	CIAP
Infecção do colo do útero (cervicite por Clamídia)	X92 Infecção genital por clamídia (se for possível especificar agente etiológico) X85 Doença do colo NE
Infecção do colo do útero (cervicite por Gonorréia)	X71 Gonorreia feminina (se for possível especificar agente etiológico) X85 Doença do colo NE
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem	
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico

	Trate combinadamente clamídia e gonorreia em todos os casos devido a possibilidade de desenvolvimento da doença inflamatória pélvica (DIP)	
Gonorreia e Clamídia	Ceftriaxona 500mg, IM, Dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, Dose única	

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
Corrimento uretral (Uretrite Gonocócica)		Y71 Gonorreia masculina U72 Uretrite Y03 Secreção uretral
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico Notifique todos os casos de síndrome do corrimento uretral masculino em formulário do SINAN	
Tratamento	Ceftriaxona 500mg, IM, Dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, Dose única	

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
Linfogranuloma venéreo (LGV)		X99 Doença genital feminina, outra Y99 Doença genital masculina, outra (especificar IST em nota do problema)
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa	
Tratamento	Primeira opção de tratamento: Doxicilina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12h, por 21 dias Segunda opção de tratamento: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, vo, 1 x por semana por 21 dias (primeira opção para gestantes)	Parceriais sexuais: Parcerias sexuais sintomáticas - tratar com os mesmos do caso índice. Parcerias sexuais assintomáticas - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxicilina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x ao dia, por 7 dias O tratamento não tem efeito específico sobre a linfadenopatia inguinal e não reverte a sequelas.

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
Infecção por Cancróide (cancro mole)		Y99 Doença genital masculina, outra
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa O tratamento das parcerias sexuais é recomendado mesmo quando assintomático	
Tratamento	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, Dose única (DU) OU Ceftriaxona 500mg, IM, DU	Realizar medidas locais de higiene.

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
Lesão por infecção: herpes vírus genital		X90 Herpes genital feminino Y72 Herpes genital
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa	
Tratamento	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos VO, 3x ao dia, por 7 dias OU 1 comprimido VO, 5x ao dia, por 7 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
Infecção (Donovanose)		X99 Doença genital feminina, outra Y99 Doença genital masculina, outra
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa	
Tratamento	Primeira opção: Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12horas, por 21 dias ou até a remissão clínicas das lesões Segunda opção: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x por semana por pelo menos 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões OU Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimidos	Não havendo resposta nos primeiros dias de ciprofloxacina adicionar gentamicina 1mg/kg/dia, EV, 3x dia por 3 semanas ou até a cicatrização das lesões (avaliação médica) PVHA sugerem-se os mesmos esquemas e terapia parental com

	VO, 12/12 horas, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total de 750mg) OU Sulfametoxazol- trimetoprima (400/80mg) 2 comprimidos VO 12/12horas, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões OU Sulfametoxazol- trimetoprima (800/160mg) 1 comprimido VO 12/12horas, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	gentamicina nos casos mais graves O critério de cura é clínico As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica Não é necessário tratar as parcerias sexuais
--	---	---

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
Infecção por HPV – Condiloma acuminado		X91 Condiloma acuminado feminino Y76 Condiloma acuminado
Plano de Cuidado / Intervenções /Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa	
Tratamento de condiloma acuminado	Ácido tricloroacético (ATA) 80%-90% (solução) Uso: Aplicar uma pequena quantidade somente nos condilomas, com um aplicador de algodão adequado ao tamanho das lesões, e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar. 1x por semana até 8 a 10 semanas.	Deve-se evitar o contato com a mucosa normal e permitir que a solução seque – observa-se um branqueamento semelhante à porcelana. É um tratamento que pode ser utilizado durante a gestação. Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicabornato de sódio ou talco

4.5 - DIP – Doença Inflamatória Pélvica

A DIP constitui uma das mais importantes complicações das IST. É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior. É mais comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida podendo ocasionar: endometrite, miometrite, salpingite, ooforite, parametrite, pelviperitonite. A DIP se associa com morbidades reprodutivas que incluem: infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica (em 18% dos casos).³ Mulheres com DIP aguda devem ser rastreadas para Gonococo e Clamídia e testadas para HIV, sífilis e hepatites virais.

Os fatores de risco para DIP incluem:

- IST prévias ou atuais: a cervicite por Clamídia pode levar a DIP em até 30% dos casos bem como micoplasmas e/ou gonococos na cérvix uterina apresentam um risco aumentado de DIP;
- Múltiplas parcerias sexuais e parceria sexual atual com uretrite;
- DIU: pode aumentar três a cinco vezes o risco DIP em paciente com cervicite;
- Salpingite prévia: chance de 23% para novo episódio.

Diagnóstico clínico de DIP: Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de três critérios maiores MAIS um critério menor; ou UM critério elaborado.

Critérios maiores:

- Dor no hipogástrio;
- Dor à palpação dos anexos;
- Dor à mobilização de colo uterino.

Critérios menores:

- Temperatura axilar $>37,5^{\circ}\text{C}$ ou $>38,3^{\circ}\text{C}$;
- Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal;
- Massa pélvica;
- Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice;
- Leucocitose em sangue periférico;
- Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada;

- Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas.

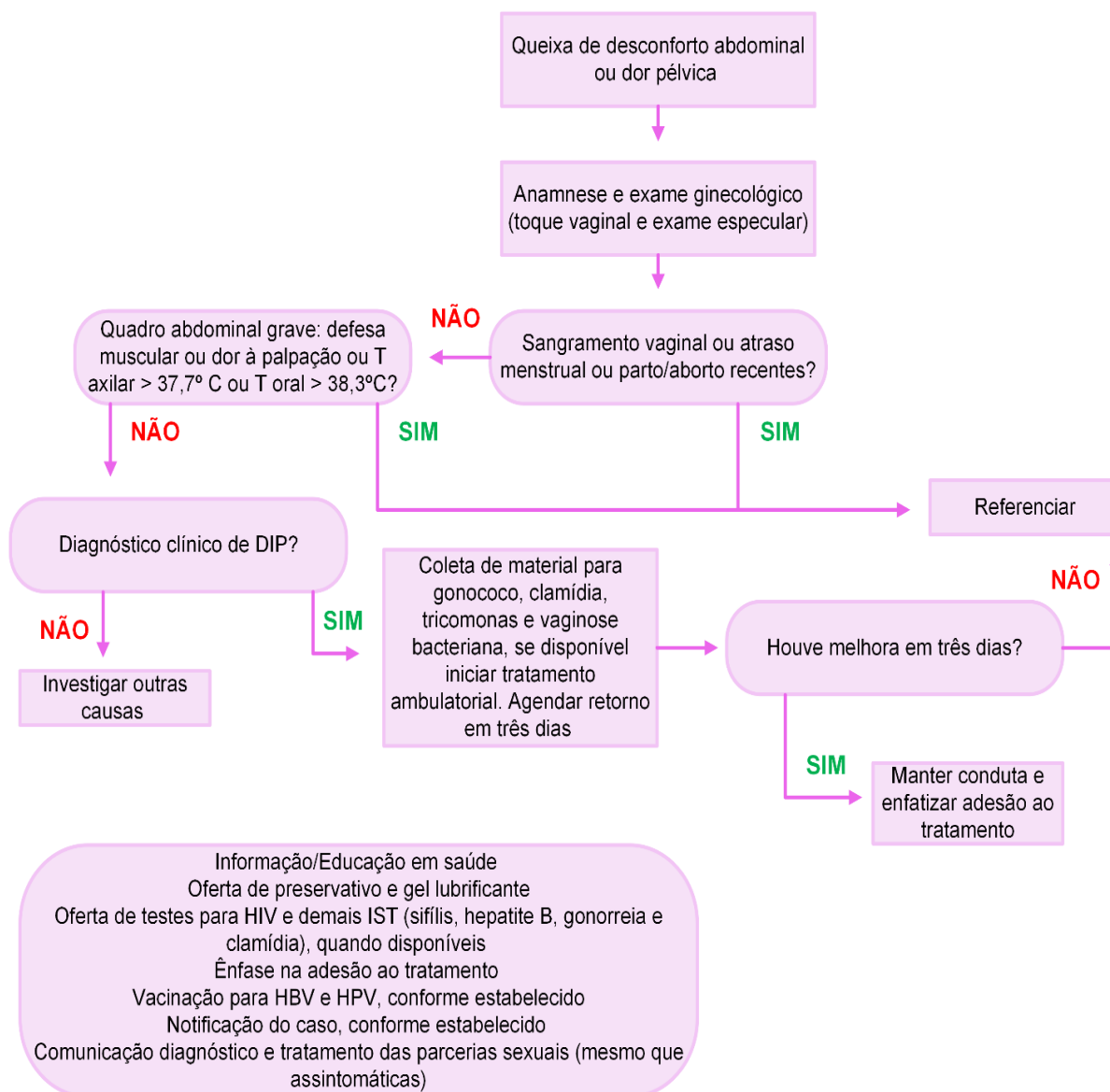
Critérios elaborados:

- Evidência histopatológica de endometrite;
- Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem;
- Laparoscopia com evidência de DIP.

Diagnóstico de Enfermagem		CIAP
• Doença inflamatória pélvica • Dor no abdome inferior (DIP)		X74 Doença inflamatória pélvica
Plano de Cuidado / Intervenções / Prescrições de Enfermagem		
Orientações Gerais	Realize as orientações gerais para todas as IST adequando à história clínica da pessoa	
DIP	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única. + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x ao dia por 14 dias. + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x ao dia por 14 dias.	Pacientes com DIU não precisam remover o dispositivo Se for indicada a remoção, realizar após duas primeiras doses terapêuticas e indicar métodos alternativos Parceria sexual dos últimos 60 dias, sintomático ou não, deve ser tratado contra N.gonorrhoeae e C.trachomatis

Fonte: Coren/SP - Saúde da Mulher 2016

Fluxograma para o manejo da DIP.



4.6. Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)

Segundo recomendações do Ministério da Saúde a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) que são ideais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV, sua eficácia e segurança já foram demonstradas em diversos estudos clínicos e subpopulações, e sua efetividade foi evidenciada em estudos de demonstração (São Paulo, 2023)

A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de aquisição da infecção pelo HIV. Para os adolescentes, deve-se garantir o acesso a serviços, orientações e consultas de saúde sem a

necessidade de presença ou autorização de pais ou responsáveis, com direito à privacidade e sigilo, salvo em situações de necessidade de internação ou de risco de vida, conforme o Estatuto da Criança e Adolescente.

Consulta inicial da PrEP:

Avaliação clínica do enfermeiro, na anamnese:

- Abordar gerenciamento de risco, contextos de vulnerabilidades e de exposição ao HIV.
- Discutir sobre as diferentes formas de prevenção considerando as práticas sexuais do usuário fortalece as escolhas e o gerenciamento de risco e é estratégico para a prevenção combinada.
- Orientar uso de preservativos, esclarecendo que a PrEP não previne as demais IST ou hepatites virais.
- Avaliar indicação de uso imediato de PEP, em caso de exposição recente ao HIV (menos de 72h). Veja em capítulo 8
- Excluir a possibilidade de infecção pelo HIV (por meio de testagem e avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV).
- Identificar e tratar as IST por abordagem sindrômica.
- Avaliar história de fraturas patológicas. Caso presente, o usuário deve ser encaminhado para avaliação do especialista antes de iniciar a Prep.
- Investigar antecedentes mórbidos, histórico de uso de medicamentos, uso de álcool e outras drogas, fatores socioeconômicos.
- Informar sobre os potenciais efeitos colaterais dos antirretrovirais a serem prescritos.
- Pessoa em idade fértil? Avaliar indicação de teste de gravidez;
- Realiza busca repetida por PEP?
- Perguntar se possui doença renal crônica?
- Faz uso de medicamentos (contínuo ou recente)?
- Possui alergia aos medicamentos: Fumarato de tenofovir desoproxila e/ou entricitabina (TDF/FTC)?
- Pergunte sobre a vacinação, avaliar se é vacinado contra Hep B, Hep A ou HPV.

O teste rápido sempre deve ser realizado antes da introdução da PrEP, mesmo que o usuário traga à consulta um teste prévio com resultado negativo. O usuário só deverá iniciar a PrEP se a amostra for não reagente para o HIV.

Caso seja confirmada infecção pelo HIV, a PrEP não está indicada e o usuário deve ser vinculado a um SAE para iniciar o tratamento o mais rápido possível. O teste rápido HIV deve ser realizado em todas as consultas, tanto na inicial quanto nas de acompanhamento.

Solicitação de exames:

Exames	Método	Observações
Teste para HIV	Teste Rápido (TR) para o HIV, utilizando amostra de sangue	Realizar testagem para o HIV em cada visita ao serviço
Teste para sífilis	Teste Treponêmico (TR, ELISA, FTA-abs, TPPA) e Teste não treponêmico (VDRL ou RPR ou Trust)	Realizar testagem para sífilis trimestral
Teste para hepatite A	Pesquisa de anti-HAV IgG ou anti-HAV total	
Teste para hepatite B	Pesquisa de HBsAg e Anti-HBs	Nos pacientes vacinados para HBV, avaliar a soroconversão (Solicitar Anti-HBs quantitativo) na consulta de retorno. Se for confirmada a soroconversão (presença de Anti-HBs positivo) não há necessidade de repetir os exames para hepatite B
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. Teste rápido)	
Função renal	Clearance de creatinina Dosagem de ureia e creatinina sérica Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina)	Caso a pessoa apresente algum fator de risco para doença renal, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus, outros exames devem ser solicitados para avaliação da função renal, tais como urinanálise para avaliação de proteinúria.
Função Hepática	Enzimas hepáticas (AST/ALT)	

Fonte: DIAHV/SVS/MS, PCDT PrEP 2019, adaptado

PrEP Na Concepção, Gestação e Aleitamento

Pessoas HIV negativas podem se beneficiar do uso da PrEP de forma segura ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger ao bebê (PCDT PrEP). A PrEP pode ser interrompida (à critério da usuária), após a detecção de gravidez. Recomenda-se que o parceiro se mantenha em TARV e com carga viral indetectável durante o planejamento reprodutivo. Consultar o PCDT de Transmissão Vertical para mais informações.

Prescrição do esquema antirretroviral:

- Devem ser associados dois antirretrovirais: fumarato de tenofovir desoproxila (TDF), vo, 300mg + entricitabina (FTC), vo, 200mg, em dose fixa combinada, uso contínuo;
- **No primeiro dia de uso: deve-se prescrever uma dose de ataque de 2 comprimidos de TDF/FTC**, a fim de diminuir o número de doses diárias necessárias para atingir níveis protetores do medicamento na mucosa anal, o que ocorre com 7 dias de uso contínuo, e na mucosa vaginal, sendo 20 dias de uso contínuo. **Nos dias subsequentes, 1 dose diária de TDF/FTC, vo, uso contínuo.**
- O usuário deve retornar ao serviço entre 20 e 25 dias para retirar as medicações
- A primeira dispensação deve ocorrer para 30 dias e segunda para 60 ou 90 dias, a depender da avaliação do enfermeiro e adesão do usuário. As prescrições posteriores serão trimestrais.
- Reforçar sobre o uso do preservativo, principalmente nos períodos de 7 dias para relação sexual anal e 20 dias para relação sexual vaginal

PrEP sob demanda

É a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) na modalidade “sob demanda”, como alternativa para homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol e que tenham uma frequência menor de relações sexuais, nos seguintes termos:

- Tenham habitualmente relação sexual com frequência menor do que 2 (duas) vezes por semana;

- Consigam planejar quando a relação sexual ocorrerá e/ou possam antecipar (ou retardar) a relação sexual, para permitir o uso da dose inicial recomendada entre 2 a 24 horas antes da relação sexual;
- Para indivíduos desses grupos que tenham práticas sexuais mais frequentes, segue sendo recomendado o uso de PrEP oral diária.

O esquema de PrEP sob demanda não deve ser prescrito nos seguintes casos:

- Para qualquer pessoa que não seja homem cisgênero ou pessoa trans designada como sexo masculino ao nascer;
- Para pessoas do grupo elegível que estejam em uso de hormônios à base de estradiol;
- Para pessoas do grupo elegível que tenham dificuldade em compreender ou gerir o regime posológico 2+1+1, uma vez que pode ser mais complexo que o de uso diário;
- Utilizando a associação de Fenofovir Alafenamida + Entricitabina (TAF/FTC), uma vez que o uso dessa associação no regime posológico 2+1+1 não foi estudado até o momento. Essa associação de antirretrovirais atualmente não se encontra disponível no SUS.

Posologia e esquema de PrEP sob demanda:

Considerando os resultados dos estudos clínicos conduzidos, os usuários elegíveis para uso de PrEP sob demanda devem ser orientados a tomar os comprimidos da seguinte forma:

Dose inicial de 2 (dois) comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual
 +
 1 (um) comprimido 24 horas após a dose inicial de dois comprimidos
 +
 1 (um) comprimido 24 horas após a segunda dose

Resumo com as informações sobre dose inicial, doses subsequentes e interrupção da PrEP oral diária ou sob demanda:

População	Dose Inicial da PrEP oral	Dose subsequentes da PrEP oral	Interrupção segura da PrEP
PrEP oral diária			
Mulheres cis, pessoas trans designadas como sexo feminino ao nascer OU Homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que façam uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 2 (dois) comprimidos (de 2 a 4 horas) antes da relação sexual.	Tomar 1 (um) Tomar 1 (um) comprimido por dia	Tomar 1 (um) comprimido por dia por 7 dias, após a última prática sexual
Prep oral sob demanda			
Homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que: a) Tenham exposição sexual b) Que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 2 (dois) comprimidos (de 2 a 4 horas) antes da relação sexual.	Tomar 1 (um) comprimido 24 horas após dose inicial e mais 1 (um) comprimido 24 horas após a segunda dose.	Tomar 1 (um) comprimido por dia por 2 (dois) dias, após a última prática sexual.

Fonte: Traduzido e adaptado do documento técnico de atualização do guia PrEP OMS (2).

Seguimento:

- Avaliação dos exames;
- Encaminhamento dos susceptíveis para vacinação de hepatites A e B;
- Encaminhamento dos eventuais casos positivos para serviços de tratamento de hepatite B e/ou C;
- Avaliação da adesão, dos efeitos adversos e de exposições de risco;
- Reforço da prevenção combinada e gerenciamento de risco;

- Realização do teste rápido para HIV (caso este retorno ocorra em pelo menos 30 dias do teste realizado anteriormente);
- Avaliação da interrupção da PrEP;
- Prescrição de antirretrovirais.

Seguimento de PrEP		
Avaliações	Periodicidade	
Avaliações de sinais e sintomas de infecção aguda	Trimestral (toda consulta de PrEP)	
Peso do paciente (em quilogramas)	Trimestral	
Avaliação de eventos adversos a PrEP	Trimestral	
Avaliação de adesão	Trimestral	
Avaliação de exposições de risco	Trimestral	
Avaliação de outras IST	Trimestral	
Dispensação de ARV após prescrição (a)	Trimestral	
Avaliação da continuidade de PrEP	Trimestral	
Exames	Método	Periodicidade
Teste para HIV	Teste rápido para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma	Trimestral (toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex. Teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex. VDRL ou RPR ou Trust)	Trimestral
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Exemplo: biologia molecular)	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)
Teste para hepatite B (b), em caso de não soroconversão da vacina	Pesquisa de HBsAg (ex. TR) e Anti-HBs (b)	A depender da soroconversão da vacina para HBV
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. TR)	Trimestral
Monitoramento da função renal (c),(d)	Clearance de creatinina; Dosagem de ureia e creatinina sérica; Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina)	Trimestral
Monitoramento da função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ALT)	Trimestral
Teste de gravidez	Trimestral (ou quando necessário)	

Fonte: DIAHV/SVS/MS, PCDT PrEP 2019

Notas:

- a)** 1ª dispensação para 30 dias, 2ª dispensação para 60 ou 90 dias e então trimestralmente.
- b)** Nos pacientes vacinados para HBV, avaliar a soroconversão (Anti-HBs) na consulta de retorno. Após a soroconversão, não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.
- c)** Caso a pessoa apresente algum fator de risco para doença renal, como hipertensão arterial ou diabetes mellitus, outros exames devem ser solicitados para avaliação da função renal, tais como urinálise para avaliação de proteinúria.
- d)** O aumento de creatinina sérica não é razão para suspensão de tratamento, desde que o $\text{ClCr} \geq 60 \text{ mL/min}$.

Soroconversão em uso de PrEP

O usuário com suspeita de soroconversão para o HIV deve ser encaminhado a um serviço de referência, realizar exames de carga viral e genotipagem e, após a coleta desses exames, iniciar TARV o mais brevemente possível, mesmo que de maneira preventiva, até a confirmação diagnóstica e de acordo com o esquema recomendado no “PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos”

4.7. Plano de cuidado na prevenção e tratamento das ISTs

- Na abordagem centrada na pessoa para dialogar sobre a saúde sexual é prudente analisar a mandala de prevenção combinada (figura abaixo) e pensar na livre combinação das ações, adaptada as necessidades e realidade de cada pessoa ou grupo social. É comum associarmos o sexo seguro ao uso de preservativos, no entanto, outras medidas são importantes para uma prática sexual segura, e os enfermeiros têm um papel fundamental nas orientações e intervenções
- A prevenção combinada visa a abordagem integral da pessoa para prevenção do HIV, trazendo a importância da prevenção de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais, é uma estratégia que faz uso simultâneo de diversas abordagens, com foco na singularidade das pessoas, de grupos sociais e de seus contextos. Entre as ações que podem ser combinados(as), estão: a testagem regular para o HIV, realizada nas unidades de Atenção Primária à Saúde; a oferta de métodos de barreira, a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B;

a redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento para todas as pessoas que já vivem com HIV.

- Deve-se oportunizar o planejamento reprodutivo, considerando individualidades, escolhas e critérios de elegibilidade para garantir a segurança e autonomia do sujeito, ofertando contraceptivos orais, injetáveis, LARCs (métodos contraceptivos reversíveis de longa duração) ou métodos definitivos
- As evidências definem como população prioritária adolescentes e jovens, negros, indígenas e pessoas em situação de rua e como populações-chave gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo.

Mandala da Prevenção Combinada

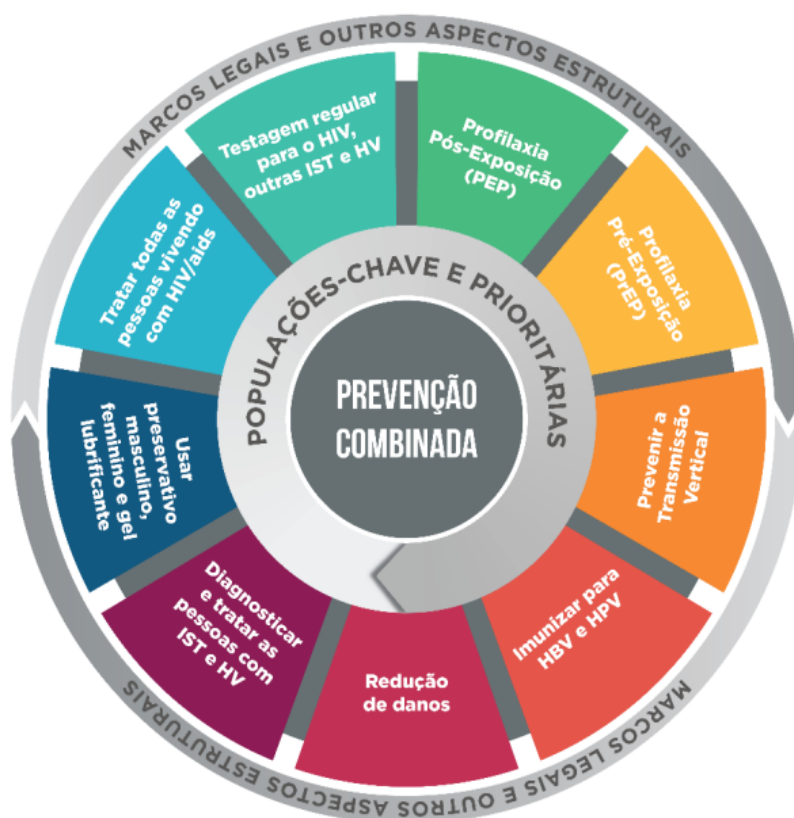


Figura 1 - Representação gráfica da Prevenção Combinada

Fonte: (BRASIL, 2020)

REFERÊNCIAS

1. Plano Municipal de Enfrentamento à Sífilis e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): Prefeitura do Município de São Paulo. Plano Municipal de Enfrentamento à Sífilis e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2020 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/plano_sifilis_ist_v5.pdf
2. Documento da SciELO – Revista ESS: Instituto de Educação em Saúde. Estratégias de enfrentamento das IST e AIDS em contexto de vulnerabilidade social: desafios e perspectivas. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020;30(esp1):e2020611. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v30nesp1/2237-9622-ess-30-esp1-e2020611.pdf>
3. **Documento baixado (Linha de Cuidados – ISTs/Aids):** Ministério da Saúde. Linha de Cuidados – ISTs/Aids [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: file:///C:/Users/RES186/Downloads/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_09-2020.pdf
4. Nota técnica 02/2023 (Prefeitura da cidade de São Paulo): Secretaria Municipal de Saúde. Dispõe sobre a PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP), PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP) E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) PELO ENFERMEIRO. [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_Prescricao_Medicamentos_VALE_ESTES.pdf
5. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 8/2023-CGAHV/.DCCI/SVS/MS . Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepates Virais. citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv_-dcci_svs_ms.pdf

Capítulo 5 – ATENÇÃO INTEGRAL À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO

O rastreamento é uma forma de prevenção secundária que consiste na realização de algumas intervenções em pessoas assintomáticas, pertencentes a grupos populacionais específicos, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nesses grupos.

É preciso ter cautela quando falamos sobre rastreamento, pois exige conhecimento e atualização dos profissionais de saúde sobre o potencial que a intervenção proposta tem para melhorar os resultados de morbimortalidade e de qualidade de vida da pessoa e tenham poucos danos associados. Dialogar sobre a necessidade ou não de realizar uma intervenção demanda um grande aperfeiçoamento de habilidades de comunicação, de construção de vínculo e de capacidade de compartilhar decisões e informações com palavras simples acessíveis às pessoas e famílias. A prevenção quaternária (P4) é a ação que visa evitar danos iatrogênicos e medicalização excessiva decorrentes do intervencionismo biomédico, oferecendo alternativas eticamente aceitáveis às pessoas que cuidamos. O excesso de intervenções pode causar mais mal do que bem. Por isso é sempre importante realizar rastreamentos que sejam baseados em evidências científicas atuais.

5.1. Prevenção do câncer

A comunicação em saúde é essencial para a prevenção primária do câncer. Por isso, o profissional deve discutir, com a pessoa e comunidade assistida, os fatores de risco evitáveis, visando estimular modos de viver que minimizam o risco de desenvolver o câncer. Abaixo segue algumas recomendações:

- Evitar o fumo/ tabagismo
- Manter um peso adequado
- Limitar o consumo de álcool
- Evitar o excesso de sol
- Manter-se ativo, praticar atividades físicas
- Ter uma dieta rica em frutas, vegetais e grãos integrais, e pobre em gordura saturada e trans
- Proteger-se contra IST

Para que a(o) enfermeira(o) realize uma consulta é necessário que ele esteja preparado para atender as demandas da pessoa, aceitando seus valores e lembrando que ela faz parte de um núcleo familiar (na perspectiva ampliada e não heteronormativa). Além disso, a mulher é um ser holístico constituído de corpo, mente e espírito, desta forma a saúde será apenas o resultado das necessidades humanas atendidas.

5.2. Rastreamento para detecção precoce do câncer de mama e colo de útero

Nas últimas décadas houve um aumento global da incidência do câncer de mama e consequentemente da mortalidade associada a esta neoplasia. A Organização Mundial da Saúde estima a ocorrência de 1.050.000 casos novos de câncer de mama, o que o torna o mais comum entre as mulheres no mundo.

No Brasil para o triênio de 2023 a 2025, são esperados 73.610 casos, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres.

O Município de São Paulo deve ser responsável por aproximadamente 6.000 casos novos por ano (95/100.000 mulheres). Verifica-se um aumento gradativo na incidência de casos de câncer de mama, principalmente nas mulheres acima dos 50 anos (77,5% dos casos ocorrem a partir da quinta década de vida), caracterizando a idade avançada como um dos principais fatores de risco não modificáveis em relação à incidência e sobrevida.

O risco de câncer de mama aumenta com a idade e o rastreamento populacional para essa doença deve ter como alvo pessoas com sexo biológico feminino na faixa etária de maior risco. Durante a consulta de enfermagem é importante a avaliação antecedentes familiares, sinais e sintomas apresentados, além da investigação do exame clínico das mamas, para identificação e classificação dos fatores de risco para o câncer de mama bem como conduzir as ações de rastreamento a partir da solicitação da mamografia de rastreamento e exames complementares, finalizando com o registro dos resultados dos exames e orientações.

O câncer do colo do útero ou câncer cérvico-uterino está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus do HPV (Papilomavírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70%

dos cânceres cervicais. Ressalta-se, entretanto, que a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento de câncer de colo do útero, demonstrando o componente multicausal do surgimento desse câncer.

Na maioria das vezes, a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses e dois anos após a exposição. No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente, é causada por um subtipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ), cuja identificação e tratamento adequado previne a progressão para o câncer cervical invasivo.

População Alvo para rastreamento de câncer de mama

População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama

Público alvo	Periodicidade
Pessoas do sexo biológico feminino a partir dos 40 anos	Exame clínico das mamas anual Se alterado, mamografia
Pessoas do sexo biológico feminino de 50 a 69 anos	Exame clínico das mamas anual Mamografia a cada 2 anos
Pessoas do sexo biológico feminino a partir dos 35 anos com risco elevado	Exame clínico das mamas anual Mamografia anual

Homens Cis e Trans & Mulheres Cis e Trans.

- Mulheres trans (pessoas com o sexo biológico masculino e que se identificam como mulheres): se estiverem em uso de hormônio a mais de cinco anos, a recomendação é de seguir o mesmo protocolo que mulheres cis - mamografia a partir dos 50 anos de idade e procurar atendimento se perceber alguma alteração nas mamas.
- Homens trans (pessoas com o sexo biológico feminino e que se identificam como homens): devem ser pensados em 2 grupos separados - os que passaram pela mastectomia e os que não passaram.

- (a) **Mastectomizados:** a retirada das mamas pode reduzir em até 90% as chances de desenvolver CA de mama, mas não anula o risco por completo. Nestes casos, é importante considerar a existência ou não de fator genético e manter acompanhamento para avaliação.
- (b) **Não-mastectomizados** (com mamas): a recomendação é seguir a realização do rastreamento da mesma forma que mulheres cis, independentemente do tratamento hormonal.

5.3. Fatores de risco para o câncer de mama

Risco Habitual	Alto risco
• Queixa de dor, sensibilidade ou nódulo na mama ou axila • História de câncer de mama anterior • Menarca precoce (antes dos 12 anos) e menopausa tardia (após os 55 anos) • Terapia de reposição hormonal pós menopausa por mais de cinco anos • Nuliparidade • Sobrepeso e/ou obesidade • Sedentarismo • Consumo de álcool • Risco ocupacional	Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras. Mulheres com história familiar de: • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou • pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou • homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama. Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal in situ.

Fonte: MINSAÚDE - Linhas de Cuidado: câncer de mama, 2023

Lembretes:

- **Não solicite mamografia como rastreamento universal para mulheres entre 40 e 49 anos!**
- O rastreamento mamográfico em mulheres de baixo risco para neoplasia de mama nessa faixa etária tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde pública. Apresenta taxa significativa de falsos-positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não alterando desfecho de mortalidade por câncer de mama.
- O Ministério da Saúde não recomenda ensinar o auto-exame das mamas como método de rastreamento, porém todas as mulheres, podem e têm o direito a conhecer seu corpo para saber o que é e o que não é normal em suas mamas.
- O Ministério da Saúde NÃO recomenda a USG de mamas como rastreamento, seja isolada ou conjunta à mamografia.

Mulheres com próteses ou implantes mamários devem realizar mamografia normalmente conforme sua faixa etária.

População Alvo e Periodicidade para Realização de Citologia Oncótica

População Alvo e Periodicidade para Realização do Citologia Oncótica	
Pessoas com útero de 25 a 64 anos	• que nunca realizaram o exame • que realizaram última coleta a mais de 3 anos • que apresentaram alterações na última coleta
Periodicidade	A cada três (3) anos, após dois (2) resultados NEGATIVOS com intervalo anual
Observações: Para pessoas sem histórico de atividade sexual não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores. Para pessoas com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas pessoas podem ser dispensadas de exames adicionais. Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O achado dessas alterações durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal. Para pessoas gestantes a coleta endocervical não é contraindicada, mas deve ser realizada com de maneira cuidadosa e com uma correta explicação do procedimento e do pequeno sangramento que pode ocorrer após o procedimento. Como existe uma eversão fisiológica da junção escamo-colunar do colo do útero durante a gravidez, a realização exclusiva da coleta ectocervical, na maioria das vezes fornece um esfregaço satisfatório para análise (INCA 2016).	

NOTA: Situações Especiais

A população de homens transsexuais (sexo biológico feminino) que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivos, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina como exames preventivos e imunizações.

Mulheres cis e Homens trans que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou imunodeprimidas devem realizar o exame logo após iniciar a vida sexual, com intervalos semestrais durante o primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão

Mulheres cis e Homens trans com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

Pessoas que realizaram histerectomia total, por outras razões que não o câncer do colo do

útero, não devem ser incluídas no rastreamento.

Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

5.4. Consulta de Enfermagem na prevenção do câncer de mama e colo do útero

Avaliação: Aspectos gerais e emocionais

- Identificação (nome completo e/ou nome social, idade, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, raça/cor e número de prontuário);
- Motivo da consulta;
- Dor ou sensibilidade nas mamas (caracterizar localização, tipo de dor, início do surgimento dos sintomas e se há relação com o ciclo menstrual);
- Nódulos, tumefação ou espessamento (tempo de percepção, relação com o ciclo menstrual e se há alterações de pele);
- Secreção proveniente do mamilo (tempo de percepção, caracterização de cor, consistência e odor da secreção);
- Lesões cutâneas e/ou tumefação nas mamas (tempo de percepção, aumento na numeração do sutiã e relação com o ciclo menstrual);
- Simetria das mamas;
- Trauma na mama;
- Antecedentes pessoais clínicos e cirúrgicos (doenças crônicas, uso de medicamentos de rotina, alergias, cirurgias e tratamentos realizados);
- Antecedentes pessoais sociais (escolaridade, profissão, ocupação atual, condições de moradia, religião e atividades de lazer);
- Antecedentes ginecológicos e obstétricos (menarca, data da última menstruação - DUM (duração do fluxo, intervalo - regular ou não), data da

última menstruação (se menopausada, há quanto tempo e se está em uso de terapia de reposição hormonal), dismenorreia, sangramento vaginal na pós-menopausa, gestações, paridade, abortamentos com ou sem curetagem, óbito fetal, método contraceptivo atual, uso de preservativo, vulvovaginites tratadas e infecções sexualmente transmissíveis (IST);

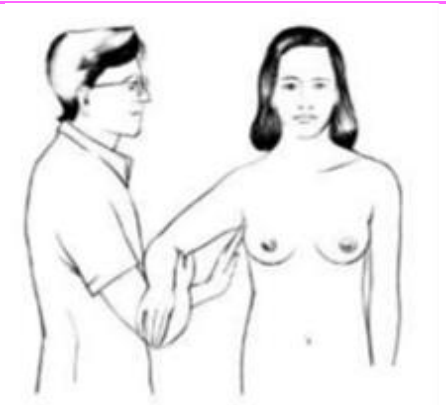
- Sexualidade (coitarca, situação conjugal, número de parcerias no último ano, vida sexual ativa, tipo de relação sexual, dispareunia, libido, sangramento após relação sexual, situação de violência por parceiro íntimo e/ou doméstica);
- Antecedentes familiares (hipertensão, diabetes, cardiopatias e câncer);
- Hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool, outras drogas: questionar há quanto tempo e quanto por dia e/ou semana);
- Atividade física (questionar qual, há quanto tempo e quantas horas por semana);
- Sono e repouso (horas de sono por noite, sono fragmentado, insônia, entre outros);
- Estado nutricional (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), história alimentar e de distúrbios alimentares);
- Última coleta de citologia do colo do útero (verificar o resultado);
- Última mamografia (verificar o resultado);
- Situação vacinal

5.4.1. Exame físico, principais achados e condutas de enfermagem na prevenção do câncer de mama

Exame clínico das mamas

Técnica: Exame Clínico das Mamas (ECM)	
01.	Explicar o procedimento a ser realizado
02.	Oferecer o avental descartável e solicitar a retirada de toda a vestimenta da parte do tórax
03.	Lavar as mãos (enquanto a mulher se troca)
04.	Auxiliar, se necessário, a mulher sentar na maca, com os braços estendidos ao longo do corpo, neste momento repita a higienização das mãos
05.	Proceder à colocação de luvas se for observado perda da integridade da pele e/ou relato de descarga papilar positiva
06.	Oferecer toalhas de papel para que a mulher possa secar as axilas, deixando-a confortável
07.	Posicionar-se em frente à mulher, expondo somente a área a ser examinada e iniciar a propedêutica

08.	Inspeção Estática: Manter a mulher sentada com os braços pendentes ao lado do corpo, para inspeção visual das mamas (simetria, formato, aspecto da pele, padrão de circulação venosa, aréolas, papilas)	 <i>Fonte: Carrara HHA, Philbert PMP.</i>
09.	Inspeção Dinâmica A: solicitar que a mulher eleve os braços ao longo do segmento cefálico, buscando visualizar qualquer alteração do parênquima mamário, como assimetria, retrações e abaulamentos	 <i>Fonte: Carrara HHA, Philbert PMP.</i>
10.	Inspeção Dinâmica B: solicitar que a mulher coloque as mãos na cintura, realizando contração da musculatura peitoral, buscando visualizar alterações do parênquima mamário, como assimetria, retrações e abaulamentos	 <i>Fonte: Carrara HHA, Philbert PMP.</i>
11.	Inspeção Dinâmica C: solicitar que a mulher nesta mesma posição traga para frente os cotovelos, buscando visualizar alterações do parênquima mamário, como assimetria, retrações e abaulamentos	
12.	Inspeção Dinâmica D: solicitar que a mulher segure as mãos em X e force uma mão contra a outra na altura da cicatriz umbilical, buscando visualizar alterações do parênquima mamário, como assimetria, retrações e abaulamentos	

13.	Palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares: - direita: solicitar que a mulher mantenha-se sentada, desta vez com a cabeça semi fletida e com leve inclinação lateral à esquerda e realizar a palpação da região supraclavicular direita - esquerda: solicitar que a mulher mantenha-se sentada, desta vez com a cabeça semi fletida e com leve inclinação lateral à direita e realizar a palpação da região supraclavicular esquerda	 Fonte: Carrara HHA, Philbert PMP.
14.	Palpação axilar: posicionar-se em um dos lados da mulher, apoiar o braço da mulher com a mão correspondente ao lado que será examinado, palpar a região axilar com a mão oposta ao lado que será examinado e repetir do lado oposto	 Fonte: Portal da Educação.
15.	Palpação das Mamas: posicionar a mulher em decúbito dorsal horizontal zero, com membros superiores estendidos para trás próximo à região da nuca, palpar uma das mamas com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão, da base até a aréola, em movimentos circulares, no sentido horário, imprimindo uma leve pressão, indo de encontro ao gradeado costal	 Fonte: Carrara HHA, Philbert PMP.
16.	Expressão areolar: posicionar o dedo indicador e polegar em forma de pinça na região externa da aréola e aproximar os dedos, tracionando-a contra a costela e pinçando a base da aréola, para verificar presença de secreção e repetir do lado oposto	 Fonte: Muniagurria AJ, Baravalle E.
17.	Finalizar o exame e solicitar que a mulher se levante e vista-se	
18.	Retirar as luvas (se utilizou) e desprezar no saco branco (infectante) e higienizar as mãos (enquanto a mulher se troca)	
19.	Realizar devolutiva para a mulher sobre o exame realizado, registrar o procedimento e eventuais intercorrências	

Fonte: Adaptado (pelas professoras do Departamento de Saúde da Mulher / EPE - Unifesp Marcacine KO, Pinto VL, Melo PS e Westphal F) de Barros ALBL, 2022

Atenção aos achados clínicos:

É de extrema importância que na consulta de enfermagem ginecológica, o enfermeiro realize a anamnese voltada para a identificação dos riscos acima descritos e realize o ECM, a fim de identificar sinais e sintomas que necessitam de uma investigação, sendo eles:

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

Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a avaliação das mamas

As alterações funcionais benignas da mama, são variações da fisiologia normal da glândula nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo da vida da mulher e são relatadas com frequência nas consultas (Brasil, 2016). Segue abaixo quadro dos principais achados e condutas de enfermagem:

OBS: Vale salientar que em relação aos CIAP que envolvem fator de risco ou o câncer de mama, podem ser inclusos: CIAP-2 A21 (Fator de risco de malignidade) / CIAP-2 X76 (Neoplasia maligna da mama feminina).

Achado clínico	Diagnóstico de Enfermagem / CIAP	Conduta do Enfermeiro
Mastalgia sem febre Dor nas mamas, causada na maioria das vezes por processos fisiológicos, terapias hormonais ou gravidez. Como regra, sinais e sintomas desaparecem após a menstruação. Raramente causada por processos malignos (GOYAL, 2016).	Dor nas mamas (Mastalgia) Dor, aguda Sensibilidade das mamas CIAP: W19 Sinais/sintomas da mama/lactação W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério X18 Dor na mama feminina X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros Y16 Sinais/sintomas da mama masculina	✓ Investigar gravidez; ✓ Orientar que câncer raramente causa dor; ✓ Se nutriz avaliar ingurgitamento mamário; ✓ Orientar uso de sutiã adequado; ✓ Avaliar terapia hormonal, consulta médica ou interconsulta, se necessário. ✓ Prescrever Paracetamol 500 mg até 6 em 6 horas por 3 a 5 dias ou Ibuprofeno 300 - 600 mg por 3 a 5 dias, solicitar consulta médica se não houver melhora² ✓ OBS: Não prescrever se história de alergia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação, úlcera péptica. Orientar uso após as refeições. Cuidado se maior de 65 anos, hipertensão, dispepsia, uso de AAS, corticosteróides, varfarina e etilismo.
Mastalgia com febre TAX acima de 38°C Dor nas mamas, causada na maioria das vezes por processos fisiológicos, terapias hormonais ou gravidez. Como regra, sinais e sintomas desaparecem após menstruação. Raramente causada por processos malignos (GOYAL, 2016). Febre pode estar presente	Dor nas mamas (Mastalgia) Dor, aguda Sensibilidade das mamas Febre CIAP: W19 Sinais/sintomas da mama/lactação W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério X18 Dor na mama feminina X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros Y16 Sinais/sintomas da mama masculina X26 Medo de câncer na mama	✓ Investigar gravidez; ✓ Orientar que câncer raramente causa dor; ✓ Se nutriz avaliar ingurgitamento mamário; ✓ Orientar uso de sutiã adequado; ✓ Avaliação médica imediata
Descarga papilar espontânea Saída de secreção pelas papilas mamárias fora do período	Sensibilidade das mamas Risco de infecção Integridade da pele, prejudicada CIAP:	✓ Investigar gestação; ✓ Verificar uso de medicações que podem causar galactorrêia (contraceptivos hormonais, sulpirida, domperidona,

Achado clínico	Diagnóstico de Enfermagem / CIAP	Conduta do Enfermeiro
gravídico-puerperal e lactação.	W19 Sinais/sintomas da mama/lactação W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério X18 Dor na mama feminina X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros X27 Medo de outra doença genital/mama Y16 Sinais/sintomas da mama masculina X26 Medo de câncer na mama	metoclopramida, metildopa e digoxina). ✓ Procurar por ferimentos ou lesões nas mamas ou aréolas que possam ser a causa; ✓ Apurar características da descarga papilar: ✓ Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis, encaminhar à consulta Médica; ✓ Láctea ou Serosa: tranquilizar a paciente, provável causa hormonal, encaminhar à consulta médica; ✓ Sanguinolenta ou Purulenta: encaminhar para consulta médica.
Retração de pele ou mamilar Inversão da estrutura da pele ou mamilo, aspecto de “casca de laranja” na pele da mama. As causas podem ser congênita ou adquirida (processos inflamatórios, infecciosos, trauma, lesões malignas da mama (PRIMO, 2017).	Risco de integridade da pele, prejudicada Imagem corporal perturbada CIAP: W19 Sinais/sintomas da mama/lactação X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros X27 Medo de outra doença genital/mama Y16 Sinais/sintomas da mama masculina X26 Medo de câncer na mama	✓ Se a alteração ocorreu gradativa ou repentinamente, encaminhar usuária para consulta médica.
Cistos mamários Nódulos de aparecimento súbito, contornos regulares, móveis e dolorosos. A consistência pode ser amolecida ou fibroelástica. A maior parte dos cistos decorrem de processos de involução da mama, ocorrendo com mais	CIAP: X19 Tumor ou nódulo na mama feminina W19 Sinais/sintomas da mama/lactação X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros X27 Medo de outra doença genital/mama Y16 Sinais/sintomas da mama masculina X26 Medo de câncer na mama	✓ Avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso; ✓ Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama; ✓ Encaminhar a consulta médica.

Achado clínico	Diagnóstico de Enfermagem / CIAP	Conduta do Enfermeiro
frequência entre 35 e 50 anos de idade.(RUIZ, 2016).		
Assimetria mamária Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas: tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem acontecer se alteração postural, escoliose, etc (HORTA,2016)	CIAP: W19 Sinais/sintomas da mama/lactação X21 - Sinais/sintomas da mama feminina, outros Y16 - Sinais/sintomas da mama masculina	✓ Em caso de alteração súbita encaminhar a consulta médica; ✓ Avaliar a postura da usuária.
Alterações infecciosas (mastites) Dor, calor, rubor e edema, em resposta a algum tipo de agressão podendo ocorrer abaulamento ou aumento do volume mamário. Dividida em puerperal e não puerperal (RUIZ, 2016).	Risco de infecção Infecção do tecido mamário Dor aguda Sensibilidade das mamas Ansiedade CIAP: W19 - Sinais/sintomas da mama/lactação W95 - Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério X18 - Dor na mama feminina X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros X27 - Medo de outra doença genital/mama Y16 - Sinais/sintomas da mama masculina X26 - Medo de câncer na mama	✓ Avaliar histórico de amamentação; ✓ Orientar cuidados locais, curativos, se necessário; ✓ Encaminhar para avaliação médica.
Siliconomas Silicone líquido industrial introduzido no organismo humano clandestinamente. Risco de infecções, necrose, migração do produto para o sistema linfático e venoso(DORNELAS, 2011)	Risco de infecção Dor aguda Sensibilidade das mamas CIAP: W19 - Sinais/sintomas da mama/lactação W95 - Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério X18 - Dor na mama feminina X21 - Sinais/sintomas da mama feminina, outros	✓ Exame físico geral amplo e detalhado com o histórico de uso do silicone industrial; ✓ Consulta médica para encaminhamento ao especialista.

Achado clínico	Diagnóstico de Enfermagem / CIAP	Conduta do Enfermeiro
	X27 - Medo de outra doença genital/mama Y16 - Sinais/sintomas da mama masculina X26 - Medo de câncer na mama	
Fibroadenomas São os nódulos de mama benignos mais comuns. Podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalentes em mulheres entre 15 e 35 anos. Têm crescimento limitado, em geral não superando 2 cm. Apenas 0,1 a 0,3% dos casos apresentam transformação maligna. (RUIZ, 2016)	Dor aguda Sensibilidade das mamas CIAP: X88 - Doença fibrocística da mama W19 - Sinais/sintomas da mama/lactação W95 - Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério X18 - Dor na mama feminina X21 - Sinais/sintomas da mama feminina, outros X27 - Medo de outra doença genital/mama Y16 - Sinais/sintomas da mama masculina X26 - Medo de câncer na mama	✓ Realizar ECM: normalmente se apresenta como nodulação móvel, não aderido ao tecido que o rodeia, com dimensões em geral de 2 a 3 cm; Nas usuárias de maior faixa etária, o nódulo pode ter consistência endurecida; ✓ Encaminhar à consulta médica

Exames solicitados por enfermeiros para rastreamento e seguimento da detecção do câncer de mama

Exame	Conduta
Mamografia	Para rastreio e seguimento dos casos que necessitam de controle radiológico (BIRADS 3) Recomendação: •Realizar controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes.
Ultrassonografia de mama	Avaliação adicional sobre como foi realizado o exame (BIRADS 0)

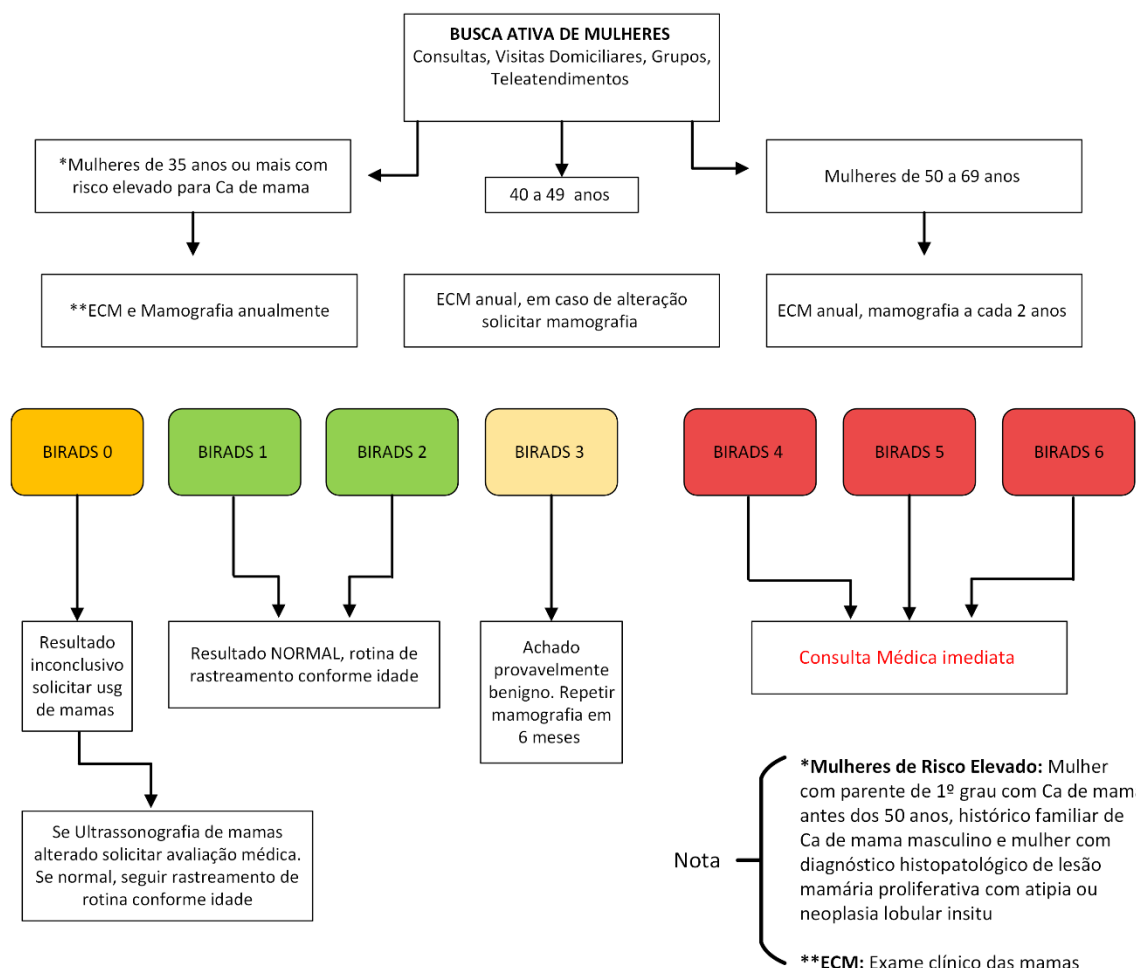
Recomendações diante dos resultados de mamografia:

Resultado mamografia BIRADS*	Conduta
BIRADS 0 - inconclusivo	Enfermeiro solicita USG de mamas. • Se resultados normais, segue rotina de rastreamento. • Se alterado, compartilha consulta com médico da APS. • Comparação com mamografia
BIRADS 1 - sem achados	Rotina de rastreamento
BIRADS 2 - achado benigno	Rotina de rastreamento
BIRADS 3 - achado provavelmente benigno	• Enfermeira(o) solicita mamografia para controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. • Compartilhar com médico, na presença de qualquer outra alteração nos exames subsequentes.
BIRADS 4 - achado suspeito	Compartilhamento do cuidado com médico para seguimento/encaminhamento pertinentes e imediatos
BIRADS 5 - achado altamente suspeito	Compartilhamento do cuidado com médico para seguimento/encaminhamento pertinentes e imediatos
BIRADS 6 - achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado	Compartilhamento do cuidado com médico para seguimento/encaminhamento pertinentes e imediatos

BIRADS: O termo BI-RADS, um acrônimo em inglês para Breast Image Reporting and Data System, é uma classificação desenvolvida em 1993 pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) com intuito de padronizar os relatórios mamográficos, de forma a minimizar os riscos de má interpretação dos laudos da mamografia e facilitar a comparação de resultados para futuros estudos clínicos

É importante que o enfermeiro monitore e acompanhe os resultados detectados na mamografia de rastreamento, pois a mamografia é apenas um exame radiológico que complementa as ações de rastreamento. Além de garantir a integralidade e continuidade do cuidado, e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde - RAS, para confirmação diagnóstica e tratamento dos casos identificados de câncer de mama, caberá ao enfermeiro orientar e esclarecer a usuária quanto ao fluxo dos encaminhamentos a seguir, conforme recomendações clínicas⁵.

Fluxograma de busca ativa para rastreamento do câncer de mama e interpretação de resultados de mamografia na APS



Fonte: Adaptado do Manual Saúde da Mulher 2017

5.4.2. Exame físico, principais achados e condutas de enfermagem na prevenção de câncer de colo do útero

Preparo para a realização da coleta do exame de citologia do colo do útero

Orientações de preparo para exame ginecológico:

- Evitar contato com lubrificantes (inclusive os lubrificantes de preservativos) nas 48 horas anteriores à realização do exame.
- Evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais, anticoncepcionais locais e exames intravaginais nas 48 horas anteriores à realização do exame.
- No dia do exame, não deve estar menstruada – aguardar o 5º dia.
- Não ter submetido a exames intravaginais (ex: ultrassonografia) nas 48 horas anteriores à realização do exame.
- Mulheres grávidas também podem se submeter ao exame ginecológico, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê.

Avaliação da genitália externa

O exame da genitália externa consiste na inspeção estática do monte púbis, de toda a vulva e períneo, utilizando um foco de luz que permite uma melhor visualização da área a ser examinada.

Para isso, é necessário que a mulher atendida faça o esvaziamento vesical, tendo em vista a realização a posteriori do exame especular, neste momento o profissional deve ofertar um avental e solicitar que ela faça o esvaziamento e retire toda a parte de baixo da vestimenta.

O profissional deve ajudá-la a se posicionar na maca ginecológica, em decúbito dorsal horizontal, com a porção inferior da região glútea na borda da maca, onde as coxas estarão fletidas sobre o abdome, as pernas fletidas sobre as coxas, formando um ângulo de 45° entre os joelhos e o períneo.

Deve-se separar os grandes e pequenos lábios observando a simetria, coloração, integridade do tecido e presença de secreção. Além disso, deve-se inspecionar: o clitóris (quanto ao tamanho e forma), o meato uretral (investigando a presença de secreção ou perda de urina), o intróito vaginal que pode não ter nenhuma anormalidade ou pode ter uma protusão da parede anterior ou posterior vaginal, sugestivos de “queda” da bexiga ou do reto, além da exteriorização do útero.

O períneo pode se apresentar integro ou com lacerações, cicatrizes de parto ou cirurgias.

Exame especular e avaliação da genitália interna

O exame especular consiste na utilização de um espéculo de valvas articulares, como o de Collins, que permite a visualização e avaliação da genitália interna.

Por meio deste exame o profissional pode coletar material para citologia e visualizar o conteúdo vaginal, permitindo uma avaliação adequada a fim de estabelecer a melhor conduta. Desta forma, recomenda-se o passo-a-passo da propedêutica do exame especular, conforme quadro a seguir.

Técnica do exame especular

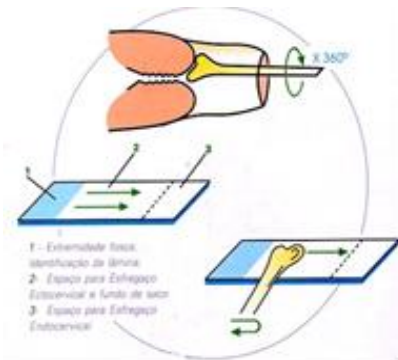
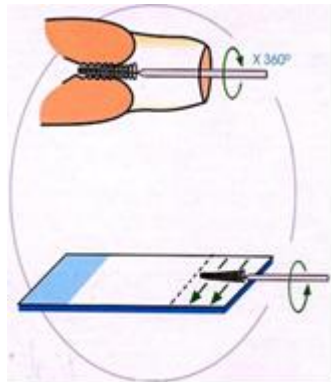
Técnica: Exame Especular		
01.	Explicar o procedimento a ser realizado e checar o esvaziamento vesical	
02.	Oferecer o avental descartável e solicitar a retirada de toda a parte inferior da vestimenta	
03.	Lavar as mãos (enquanto a mulher se troca)	
04.	Auxiliar a mulher sentar na maca em posição ginecológica, expondo somente a área a ser examinada, neste momento repita a higienização das mãos	
05.	Proceder à colocação de luvas	
06.	Posicionar-se em frente à mulher, ligar o foco de luz, direcionando-o para a região da vulva	 <i>Fonte: Atenção Básica - SMS - São Paulo, 2016</i>
07.	Inspeccionar a genitália externa, desde o monte pubiano até a região perianal, verificando a presença e distribuição dos pelos, a integridade da pele e a conformação externa da vulva	 <i>Fonte: Menezes F.</i>
08.	Afastar os grandes lábios para inspeção dos pequenos lábios, intróito vaginal, o clitóris, o meato uretral, o vestíbulo vulvar e a fúrcula vaginal, avaliando a integridade, coloração e hidratação das mucosas	 <i>Fonte: Portal de Boas Práticas: FIOCRUZ</i>
09.	Mostrar o espéculo ainda no grau cirúrgico e abri-lo na frente da mulher, caso seja necessário, lubrifique com soro fisiológico 0,9%	

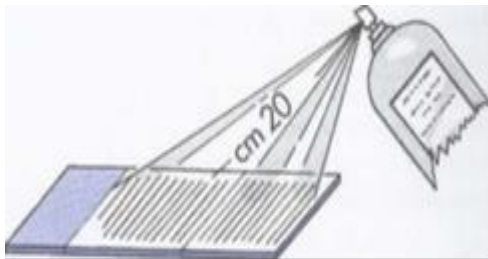
10.	Entreabrir os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante e com a mão dominante introduzir o espécúlo com a abertura em posição vertical, com pequena inclinação de 15 graus, liberando o meato urinário e a fúrcula do contato com o espécúlo	 Fonte: Manual - SMS, FOSP, IAL - São Paulo, 2004.
11.	Realizar uma rotação deixando-o com a abertura na posição horizontal, após a introdução do espécúlo	 Fonte: Manual - SMS, FOSP, IAL - São Paulo, 2004.
12.	Abrir cuidadosamente, respeitando a elasticidade da mucosa, observando a face e as queixas de desconforto e dor da mulher	
13.	Avaliar simultaneamente durante a abertura, as estruturas da genitália interna e identificar o colo uterino, por meio da cérvix, pinçando-o com a parte final do espécúlo, caso seja necessário, realizar a coleta de citologia	 Fonte: Portal de Boas Práticas: FIOCRUZ
14.	Despinçar o colo (afastando-o discretamente do espécúlo) e fechar o espécúlo de forma lenta e cuidadosa, evitando beliscar a parede vaginal	
15.	Retirar o espécúlo delicadamente, girando-o levemente até a posição vertical levemente inclinada de 15 graus	
16.	Desprezar o material contaminado no lixo com saco branco (infectante)	
17.	Finalizar o exame auxiliando a mulher a sair da maca	
18.	Solicitar que a mulher se vista	
19.	Retirar as luvas e desprezar no saco branco (Infectante) e higienizar as mãos (enquanto a mulher se troca)	
20.	Realizar devolutiva para a mulher sobre o exame realizado, registrar o procedimento e eventuais intercorrências	

Fonte: Adaptado de Barros ALBL, 2022 e Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos “Coleta do Papanicolaou e Ensino do auto-exame da mama”, SMS, FOSP, Instituto Adolfo Lutz, 2004.

5.4.3. Roteiro para coleta do exame de citologia do colo do útero

Técnica: Coleta da citologia do Colo do Útero		
01.	Identificar se os recursos necessários estão presentes no consultório (maca ginecológica com pernas, foco de luz e banqueta)	
02.	Verificar o funcionamento do foco de luz	
03.	Higienizar as mãos	
04.	Reunir o material necessário para a coleta (avental descartável, luvas de procedimento, espéculo de dois tamanhos (P, M ou G), espátula de Ayre, escova cervical, lâmina fosca, fixador celular (checar a quantidade do produto), pinça Cheron, gaze, soro fisiológico e lápis preto nº 2)	
05.	Convidar a mulher para o atendimento	
06.	Apresentar-se à mulher	
07.	Realizar a anamnese e verificar se a mulher está apta para realizar o exame (Nas últimas 48 horas não realizou relação sexual, não realizou ultrassonografia intravaginal, não usou creme vaginal e não estar menstruada, se sim, retornar no 5º dia após o término da menstruação).	
08.	Preencher os dados na ficha de requisição de exame citopatológico	
09.	Identificar a lâmina, na parte fosca, com lápis preto nº 2 (CNES da Unidade de Saúde, as iniciais do nome da mulher que está sendo atendida e o nº de registro que identifica o exame na Unidade de Saúde)	 Fonte: Guia para coleta e envio de Material Citopatológico Cérvico-Vaginal, 2013.
10.	Limpar a lâmina com gaze seca para remover a oleosidade e acomodá-la na mesa de apoio ou bandeja junto com os outros materiais, que devem estar próximo ao profissional que irá realizar a coleta	
11.	Higienizar as mãos	
12.	Calçar as luvas de procedimento	

13.	Avaliar simultaneamente durante a abertura, as estruturas da genitália interna: parede vaginal e fundo de saco (elasticidade, coloração, hidratação, integridade, aparência / variação anatômica), identificando o colo uterino (visualizado total, parcial, não visualizado, ausente), por meio da cérvix (fenda transversa ou puntiforme), pinçando-o com a parte final do espéculo Atenção: quanto a localização o colo pode estar centralizado, lateralizado esquerda / direita, posteriorizado ou anteriorizado; sua coloração pode ser róseo, hipocorado, arroxeadado ou acastanhado; devemos avaliar sua integridade, hidratação (brilhoso ou opaco), presença ou ausência de secreção e conformidade celular visível (eutrófico ou atrófico)	
14.	Coleta ectocervical: introduzir a espátula de madeira tipo Ayre, do lado da reentrância, encaixando a ponta mais longa no orifício cervical e girando-a energeticamente em 360°	 Fonte: Guia para coleta e envio de Material Citopatológico Cérvico-Vaginal, 2013.
15.	Fazer um raspado celular na mucosa ectocervical e dispor o material coletado no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, com esfregaço fino e homogêneo, utilizando suave pressão para garantir uma amostra uniforme	
16.	Coleta endocervical: introduzir a escova no canal cervical e realizar de 2 a 3 vezes um giro de 360° delicadamente, dispor o material coletado rolando a escova de cima para baixo no 1/3 restante da parte transparente da lâmina	 Fonte: Guia para coleta e envio de Material Citopatológico Cérvico-Vaginal, 2013.
17.	Observar se o colo apresenta-se friável ou não, caso positivo, ofereça a mulher um absorvente ou gaze após o término do exame	
18.	Acondicionar a lâmina com o material coletado em local limpo e seguro (mesa de apoio ou bandeja)	
19.	Despinçar o colo (afastando-o discretamente do espéculo) e fechar o espéculo de forma lenta e cuidadosa, evitando beliscar a parede vaginal	

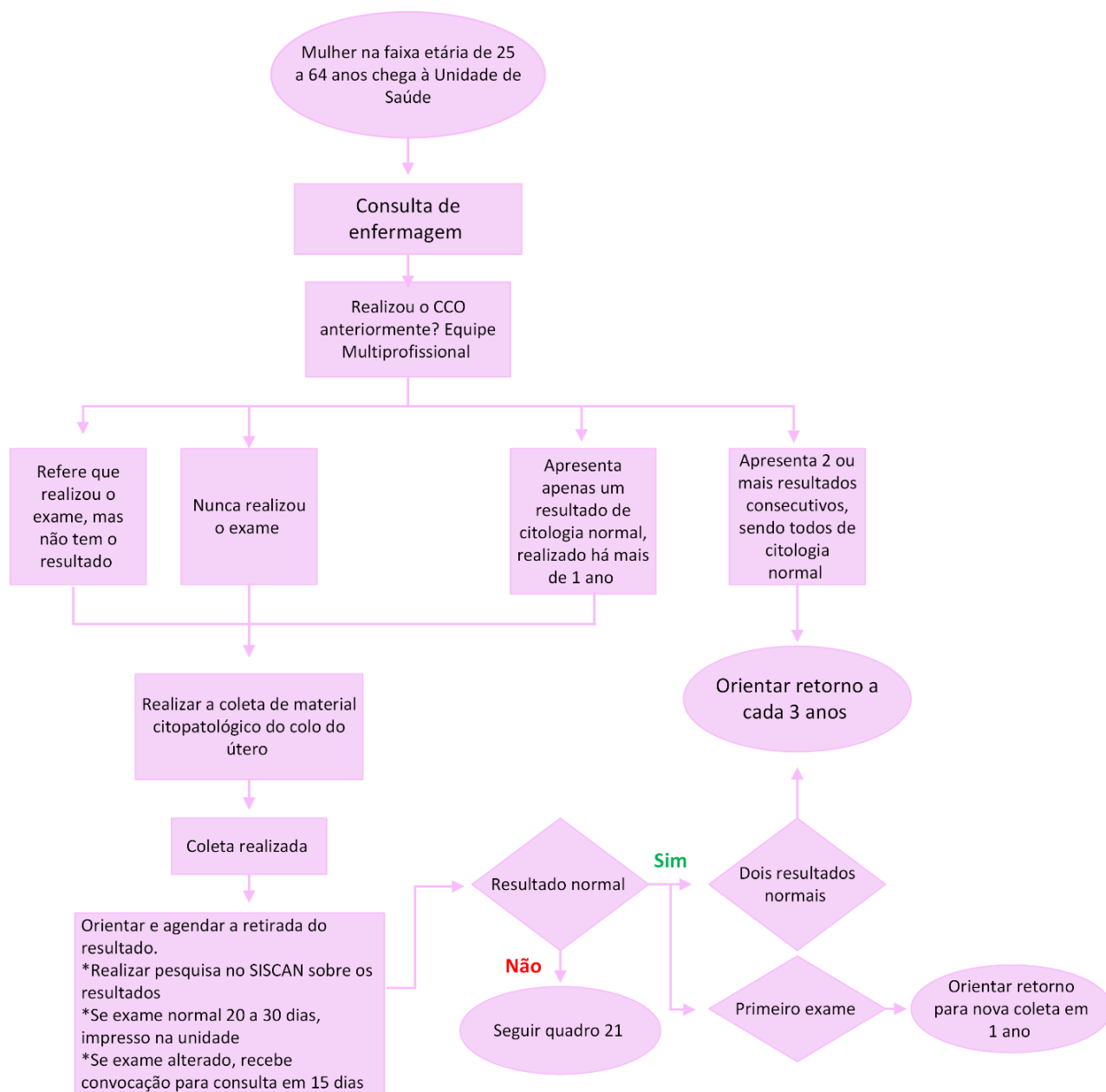
20.	Retirar o espécúlo delicadamente, girando-o levemente até a posição vertical levemente inclinada de 15 graus	
21.	Desprezar o material contaminado no lixo com saco branco (Infectante)	
22.	Orientar a mulher que permaneça deitada e em posição ginecológica, até que você possa auxiliá-la a descer da maca	
23.	Homogeneizar o fixador celular antes do uso e borrifá-lo na lâmina à uma distância de 20 cm ATENÇÃO: checar a validade do fixador	 <i>Fonte: Guia para coleta e envio de Material Citopatológico Cérvico-Vaginal, 2013.</i>
24.	Auxiliar a mulher a sair da maca ginecológica	
25.	Solicitar que a mulher se vista	
26.	Acondicionar a lâmina em local adequado	 <i>Fonte: Google/imagens</i>
27.	Retirar as luvas e desprezar no saco branco (Infectante) e higienizar as mãos (enquanto a mulher se troca)	
28.	Realizar devolutiva para a mulher sobre o exame realizado, registrar o procedimento e eventuais intercorrências	

Fonte: Adaptado de Barros ALBL, 2022 e Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos - "Coleta do Papanicolaou e Ensino do auto-exame da mama", SMS, FOSP, Instituto Adolfo Lutz, 2004.

Link da Ficha de Requisição de Exame Citopatológico:

<https://fosp.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/Requisicao-de-exame-Citopatologico-de-Colo-do-Utero-1.pdf>

Fluxograma do Rastreamento para detecção precoce do Câncer Cervical



Fonte: Adaptado de Manual Técnico de Saúde da Mulher – SP, 2017.

5.4.4. Recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos, nas unidades de atenção básica

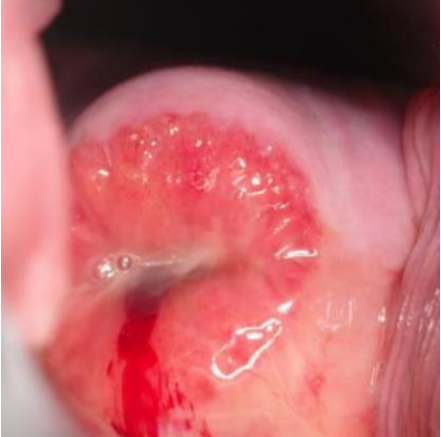
CIAP: X75 Neoplasia maligna do colo;
X81 Neoplasia genital feminina, outra/NE

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			
Carcinoma escamoso invasor			
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a avaliação do colo do útero

Exame especular normal

Achado clínico	Características
	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.

Exame especular alterado

CIAP: X29: Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra;

X84 Vaginite/vulvite NE)

Achado clínico	Características	Intervenções de enfermagem
	Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpíte por Candida Albicans.	Consulte o capítulo 4 de Abordagem Centrada na pessoa com vida sexualmente ativa

	Colo com lesão macroscópica em lábio posterior, provável lesão condilomatosa saliente.	Realizar coleta de citopatológico e solicitar avaliação médica para compartilhamento do cuidado
	Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por Trichomonas vaginalis.	Consulte o capítulo 4 de Abordagem Centrada na pessoa com vida sexualmente ativa
	Colo com presença de pólipó exteriorizado através do óstio externo.	Encaminhar para avaliação médica, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispareunia
	Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por Neisseria gonorrhoeae ou Chlamydia trachomatis.	Consulte o capítulo 4 de Abordagem Centrada na pessoa com vida sexualmente ativa

5.5. Diagnóstico e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer de mama - CIPE

Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer de mamas - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Ansiedade	Ansiedade melhorada	• Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; • Estabelecer relação de confiança; • Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade.
Dor mamária	Dor mamária melhorada	• Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; • Promover ou encaminhar a terapêuticas e práticas integrativas que favoreçam o controle da dor; • Ofertar e orientar mecanismos não medicamentosos de controle da dor; • Avaliar resposta ao manejo da dor.
Infecção no tecido mamário	Infecção no tecido mamário melhorada	• Avaliar as mamas atentando para a presença de sinais flogísticos; • Orientar uso correto de sutiã evitando bojos e/ou compressão excessiva; • Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas.
Imagem corporal perturbada	Imagem corporal positiva	• Orientar acerca das alterações condutas frente a elas; • Apoiar imagem corporal positiva; • Apoiar processo familiar de enfrentamento; • Acompanhar a paciente e orientá-la sobre o seguimento clínico multidisciplinar.

Fonte: CIPE, 2019-2020. COREN-SP, 2019, p. 75.

5.6. Diagnóstico e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer do colo do útero - CIPE

Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento do câncer do colo do útero - CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Aceitação da condição de saúde	Aceitação da condição de saúde melhorada	• Acompanhar e aconselhar a paciente; • Avaliar satisfação com atenção à saúde; • Colaborar com a paciente; • Promover comportamento de procura de saúde.
Adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico melhorada	• Acompanhar e aconselhar a paciente; • Obter dados sobre adesão ao regime terapêutico; • Avaliar plano de cuidado; • Contratualizar adesão.
Ansiedade	Ansiedade melhorada	• Aconselhar a paciente sobre ansiedade; • Orientar sobre manejo da ansiedade; • Gerenciar ansiedade.
Autocuidado	Autocuidado melhorado	• Avaliar autocuidado; • Avaliar comportamento sexual; • Avaliar uso de contraceptivo.
Autoestima positiva	Autoestima positiva melhorada	• Acompanhar e aconselhar a paciente; • Apoiar autoestima positiva; • Reforçar comportamento positivo.

Fonte: CIPE, 2019-2020. COREN-SP, 2019, p. 58.

Link da Ficha de Requisição de Exame Citopatológico

<https://fosp.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/Requisicao-de-exame-Citopatologico-de-Colo-do-Utero-1.pdf>

REFERÊNCIAS

1. Coren - PR. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Módulo 2: Saúde da Mulher: Coren PR, 2020.
2. Coren - SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Módulo 1: Saúde da Mulher: Coren SP, 2019.
3. Barros, Alba Lucia Bottura Leite de. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
6. Florianópolis (Cidade). **Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher**. Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Vol. 3. Prefeitura de Florianópolis, 2017.
7. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 96 p. – (Série Enfermagem).
8. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (**FEBRASGO**) [online] 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/394-dor-mamaria>. Acesso em 15 de julho de 2024.
9. Coren - RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde** [livro eletrônico]: Saúde da mulher. Porto Alegre, RS: Conselho Regional do Rio Grande do Sul, 2022.
10. Hoffman BL, et al. **Ginecologia de Williams**. 2ª. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2014: 1.424p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
12. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. **Geneva: World Health Organization**; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.
14. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de

Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Detecção precoce do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro : INCA, 2021.
17. World Health Organization / WHO. **Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice**. 2. Ed. 364 p. 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il.
20. Conselho Internacional de Enfermagem. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE)**: versão 2019. Porto alegre: Artmed, 2020. 280 p.

Capítulo 6 - ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA NA PRÉ-CONCEPÇÃO E NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A assistência de enfermagem durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) deve garantir o acolhimento e o início precoce do acompanhamento, assegurando o bem-estar materno, paterno e infantil e favorecer a interação com a equipe, contribuindo para estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde. Deve considerar aspectos psicossociais e contemplar, além do cuidado clínico, atividades educativas e preventivas, de forma equânime e livre de discriminação de raça e etnia, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual, cultural e de classe, possibilitando o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento de um recém-nascido saudável.

O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascimento e a sua qualidade reduz consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas.

O enfermeiro é um dos profissionais essenciais para efetuar a assistência pré-natal, por ser qualificado para intervir com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização nos cuidados prestados. Ele traça o plano de assistência na consulta de acompanhamento pré-natal, conforme as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando para outros serviços, quando necessário, promovendo a interdisciplinaridade das ações.

6.1. Assistência de Enfermagem na Pré-Concepção

A fertilidade e a gestação exercem um impacto na vida do casal. A enfermagem exerce um papel fundamental na orientação e no preparo pré-concepcional, com intuito de prevenir eventos que possam ser deletérios para uma gestação futura.

Cabe ao enfermeiro/a assistir a mulher ou o casal para a promoção da saúde gestacional e detecção precoce de eventos adversos que possam interferir na fertilidade.

O cuidado pré-concepcional consiste num conjunto de medidas de saúde a serem adotadas antes da concepção, tanto por mulheres quanto por homens, em idade reprodutiva ou em todo curso da vida, que sejam ou não sexualmente ativos

e que estejam ou não planejando engravidar, com o objetivo de se alcançar os melhores resultados na saúde materna e infantil. Essas medidas de saúde podem ser implementadas a partir da decisão de engravidar, durante todo o curso de vida ou em um período definido antes da concepção.

Os benefícios do cuidado pré-concepcional são reconhecidos globalmente e ratificados em conferências, em pesquisas internacionais sobre a temática, as quais têm formulado recomendações e diretrizes visando à redução dos resultados adversos no processo da gravidez. Destaca-se que o preparo pré-concepcional pode contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil; pode evitar gravidezes não intencionais; prevenir complicações durante a gravidez e parto; prevenir natimortos, parto prematuro e baixo peso ao nascer; prevenir a transmissão vertical de HIV e ISTs; reduzir o risco de doenças genéticas e exposição ambiental; contribuir para o desenvolvimento social e econômico das famílias e comunidades, uma vez que apoia as mulheres a tomar decisões bem informadas e ponderadas sobre sua fecundidade e saúde; contribuir para melhorar a saúde dos bebês e crianças à medida que crescem até a adolescência e a idade adulta; promover a participação dos homens, ao fomentar a consciência da importância da saúde e do comportamento dos homens sobre os resultados da saúde materna e infantil.

No Brasil, o cuidado pré-concepcional está inserido na Lei do Planejamento Familiar, que prevê não só o cuidado em contracepção, mas também voltado à concepção. No entanto, estudos mostram que mulheres nem sempre sabem que precisam se preparar para engravidar, inclusive entre mulheres de grupo de risco, como as mulheres portadoras de diabetes e poucas mulheres já realizaram alguma medida para preparar-se para engravidar (15,9%) mesmo que tenham passado por uma gravidez planejada, o que significa que as mulheres não conhecem, não recebem orientações e, conseqüentemente, não realizam as medidas para se preparar para uma gravidez.

As intervenções de enfermagem relacionadas à saúde reprodutiva devem ser abordadas de forma a fortalecer os atributos da APS, baseando-se nas evidências científicas e prestar-se de forma respeitosa e positiva. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem e os agentes comunitários sob a supervisão do enfermeiro da APS, estejam instrumentalizados e capacitados para captar e atender às demandas da população de mulheres, jovens e homens sob sua responsabilidade, de forma a estabelecer uma relação terapêutica de

confiança com vinculação à equipe.

O planejamento reprodutivo é fundamental para garantir a autonomia da pessoa sob a sua saúde sexual e vontades relacionadas ao processo de reprodução, o que inclui a pré-concepção e o ciclo gravídico-puerperal. Portanto, na consulta de enfermagem é imprescindível que o profissional garanta uma assistência integral, considerando e respeitando as necessidades do indivíduo.

6.2. Consulta de Enfermagem na Pré-concepção

Avaliação: Anamnese relacionada ao cuidado pré-concepcional

Categoria	Investigar
Histórico geral	• Doenças crônicas • Doenças Infecto-contagiosas • Cirurgias anteriores • Histórico vacinal • Uso de fármacos • Antecedentes familiares • Antecedentes étnicos • Antecedentes genéticos • Alergias • Hábitos alimentares • Hábitos de ingestão hídrica • Atividade física • Tabagismo • Uso de álcool • Uso de outras substâncias • Tratamentos anteriores • Acompanhamento odontológico
Histórico ginecológico	• Data da última menstruação • Menarca • Ciclos menstruais • Disminorréia • Corrimentos; inflamação pélvica; úlceras genitais • Identificação da data da última coleta da citologia oncótica e mamografia (quando indicado); • Histórico de infertilidade: Tempo de atividade sexual sem medidas protetivas • Cirurgias ginecológicas • Uso de métodos contraceptivos: Quais métodos • Hábitos pós coito. Ex: uso de duchas.
Histórico sexual	• Coitarca • Hábitos / práticas e orientações sexuais; • Número de parceiros sexuais • Disfunção sexual ou dificuldades nas relações sexuais
Histórico obstétrico	• Paridade • Intervalo interpartal • Via de parto • Óbito fetal/infantil • Abortos • Número de filhos vivos

Categoria	Investigar
	• Gravidez indesejada
Características demográficas	• Idade • Nacionalidade • Escolaridade • Profissão/ocupação • Estado civil • Exposição ambiental
Características socioculturais	• Dependentes (número e idade) • Renda familiar • Condições de moradia • Condições de saneamento e tratamento de água • Apoio social (familiares/rede de apoio) • Segurança • Aspectos culturais • Exposições do trabalho e em casa • Animais de estimação – contato com outros tipos de animais • Acesso aos serviços de saúde • Conhecimento sobre o corpo e órgãos sexuais
Características psicológicas	• Histórico de abusos - violência • Qualidade do sono • Autoestima; autoconceito; autocuidado • Projetos de vida – futuro • Medos • Humor • Sofrimento Psíquico
Filosofia de vida	• Crenças • Significado atribuído ao desejo de engravidar
Religiosidade	• Religião • Apoio/falta de apoio de aspectos/grupos religiosos

Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde; Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC) 2010; Anamnese e Exame Físico – Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto

Exame físico relacionado ao cuidado pré-concepcional

Exame físico geral	• Observar condições de higiene • Dados Antropométricos • Sinais Vitais
Exame psíquico	• Condições físicas e postura • Grau de Comunicação • Orientação em tempo e espaço • Atenção; concentração; memória
Exame físico específico	• Exame das mamas – inspeção estática e dinâmica; palpação dos gânglios; • Exame genitália externa e especular

Fonte: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde; Anamnese e Exame Físico – Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto

Situação Vacinal em mulheres e homens em cuidado pré-concepcional

Intervalo	Vacina	Esquema	Observações
Primeira visita	dT HEPATITE B SCR FA COVID 19	PRIMEIRA DOSE	dT (3 doses) Hepatite B (3 doses) SCR (2 doses até 29 anos, 1 dose a partir de 30 anos)
2 meses após primeira visita	dT HEPATITE B	SEGUNDA DOSE	Não engravidar no intervalo de 30 dias após vacinação de SCR e FA
4-6 meses após primeira	dT HEPATITE B	TERCEIRA DOSE	

Fonte PMI Sao Paulo 2024

6.3. Exames laboratoriais prescritos por enfermeiras (os) na avaliação para pré-concepção

Exames	Resultados esperados
• Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM); • Sorologia para Sífilis (casal) • Sorologia para HIV (casal) • Sorologia de Hepatite B (casal) • Sorologia de Hepatite C (casal) • Citologia oncótica (Papanicolau) se necessário;	• IgG reagente, IgM não reagente • Não reagente • Não reagente • Anti HBs reagente e HBsAg anti-HBc não reagente • Não reagente • Sem alteração

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo1: Saúde da Mulher. 2019

Apresentação da interpretação dos resultados de exame laboratoriais

Exame	Interpretação	Observações
Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM);	IgG não reagente: sinal de suscetibilidade IgM reagente: sinal de infecção	
Sorologia para Sífilis (casal)	IgG não reagente: sinal de suscetibilidade IgM reagente: sinal de infecção Sífilis, VDRL e TPHA reagente: infecção com necessidade de tratamento. Quando paciente com histórico de tratamento prévio, avaliar última	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.

Exame	Interpretação	Observações
	sorologia e histórico sexual recente	
Sorologia para HIV (casal)	TR não reagente e sorologia negativa TR reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	Realizar aconselhamento pré e pós - teste 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. Encaminhar para o SAE DST AIDS para acompanhamento e tratamento (Ver protocolo do IST)
Sorologia de Hepatite B (casal)	Hepatite B: Anti HBs não reagente e HBsAg reagente anti-HBc reagente: infecção aguda	Realize o aconselhamento pós-teste; Vacine contra hepatite B, caso não tenha esquema completo; hep B: Encaminhar para infectologista; Realizar monitoramento e notificar
Sorologia de Hepatite C	Hepatite C: reagente	Hep C: Encaminhar para infectologista; monitorar e notificar.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo1: Saúde da Mulher. 2019; Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde;

6.4. Principais diagnósticos de enfermagem e intervenções na saúde sexual e reprodutiva segundo a CIPE, 2019

Diagnóstico de enfermagem	Resultado	Intervenções
Desconforto	Desconforto melhorado	• Implementar cuidados de conforto • Orientar sobre cuidados de conforto no Climatério
Termorregulação prejudicada	Termorregulação normal	• Monitorar temperatura corporal; • Orientar sobre manejo da termorregulação; • Implementar cuidados com a termorregulação
Comportamento sexual problemático	Comportamento sexual melhorado	• Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; • Orientar sobre o comportamento sexual
Comportamento de busca pela saúde comprometido	Comportamento de busca pela saúde melhorado	• Orientar e estimular hábitos de vida saudáveis; • Investigar hábitos e maus costumes; • Ensinar e estimular o autocuidado.
Déficit de autocuidado	Autocuidado melhorado	• Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; • Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado; • Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado independente;

		• Proporcionar ambiente terapêutico; • Dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado.
Adesão ao teste diagnóstico	Adesão ao teste diagnóstico melhorado	• Ofertar e realizar aconselhamento e testes rápidos para as ISTs; • Relatar o resultado do teste; • Tratar e encaminhar se necessário • Orientar quanto a forma de transmissão e prevenção.
Conhecimento sobre Contracepção	Conhecimento sobre Contracepção melhorado	• Orientar sobre o uso de métodos contraceptivos; • Avaliar qual melhor método de escolha individualizado; • Acompanhar o processo de escolha de métodos como DIU, SIU e Implante; • Acompanhar o processo de escolha de esterilização cirúrgica.
Processos familiares disfuncionais	Melhora nos vínculos familiares	• Orientar sobre a importância do diálogo e vínculo familiar
Ansiedade Risco de baixa autoestima situacional Desesperança	Ansiedade melhorada	• Ensinar técnicas para acalmar; • Ensinar técnicas para relaxamento; • Gerenciar ansiedade; • Esclarecer sobre a ansiedade, medos, anseios, pensamentos conturbados e crises de pânico; • Orientar técnicas de autocontrole, meditação etc.
Disfunção Sexual Padrão de sexualidade ineficaz	Comportamento sexual melhorado Melhora na sexualidade	• Discutir sobre técnicas que podem aprimorar a relação do casal; • Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; • Orientar sobre o comportamento sexual. • Discutir a qualidade da lubrificação vaginal e o uso de lubrificantes, se necessário; • Incentivar o uso de lubrificante vaginal; • Sanar dúvidas sobre a diminuição da libido; • Demonstrar técnica de relaxamento; • Encaminhar para avaliação psicológica; • Encaminhar para avaliação médica, se necessário.

Fonte: CIPE, 2019-2020. COREN-SP, pág. 121, 2019.

6.5. Medicações prescritas por enfermeiras(os) para o cuidado na pré-concepção

Prescrição de Ácido Fólico durante a preconcepção e gestação	
Indicação na primeira avaliação	Ácido fólico - via oral (0,4mg/dia) Prescrição: Ácido fólico - Solução oral (0,2 mg/ml) - Prescrever 40 gotas uma vez ao dia A suplementação de ácido fólico, na dose de 0,4 a 0,8 mg/dia, que deve ser iniciada, pelo menos, um mês antes da concepção para benefício da formação do tubo neural do embrião e, mantida durante toda a gestação, é suficiente para prevenção de deficiência materna de folato
Situações Especiais	Para mulheres com fatores de risco (história de malformação em gestação anterior; história pessoal ou familiar de defeitos do tubo neural, incluindo família do parceiro; diabetes; condições médicas associadas à redução da absorção de ácido fólico - como uso de anticonvulsivantes ou cirurgia bariátrica), a suplementação deve ser realizada com dosagem de 5mg/dia, pelo menos 30 dias antes da concepção
	Diante de casos de doença falciforme a dose de ácido fólico recomendada é de 4.000 a 5.000 mcg/dia. Na anemia megaloblástica (macrocítica, com VCM > 100), as doses diárias de ácido fólico devem ser ajustadas para 1.000 mcg/dia. Nas trombofilias, recomenda-se a dose de 5.000 mcg/dia desde a pré-concepção
	Em pacientes com diabetes ou com história pessoal ou familiar de crianças com defeito do tubo neural), a dose de 4.000 mcg/dia de ácido fólico é recomendada para prevenir defeitos do tubo neural 4.000 mcg/dia, desde o período pré-concepcional
	Para gestantes em uso de fenitoína, fenobarbital ou outra droga antiepilética/ antagonista do folato, deve-se considerar a suplementação de ácido fólico na dose 4.000 a 5.000 mcg ao dia durante toda a gestação, iniciando preferencialmente pelo menos três meses antes da concepção

6.6. Diagnóstico da gestação

A captação da gestante deve ser o mais precoce possível, ou seja, no primeiro trimestre de gestação (12^a semana), sendo nesta ação importante avaliar os riscos e as necessidades de encaminhamentos para outros serviços de saúde, evitando complicações graves. Para captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde disponibiliza o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina, que pode ser realizado em qualquer unidade de saúde do Município

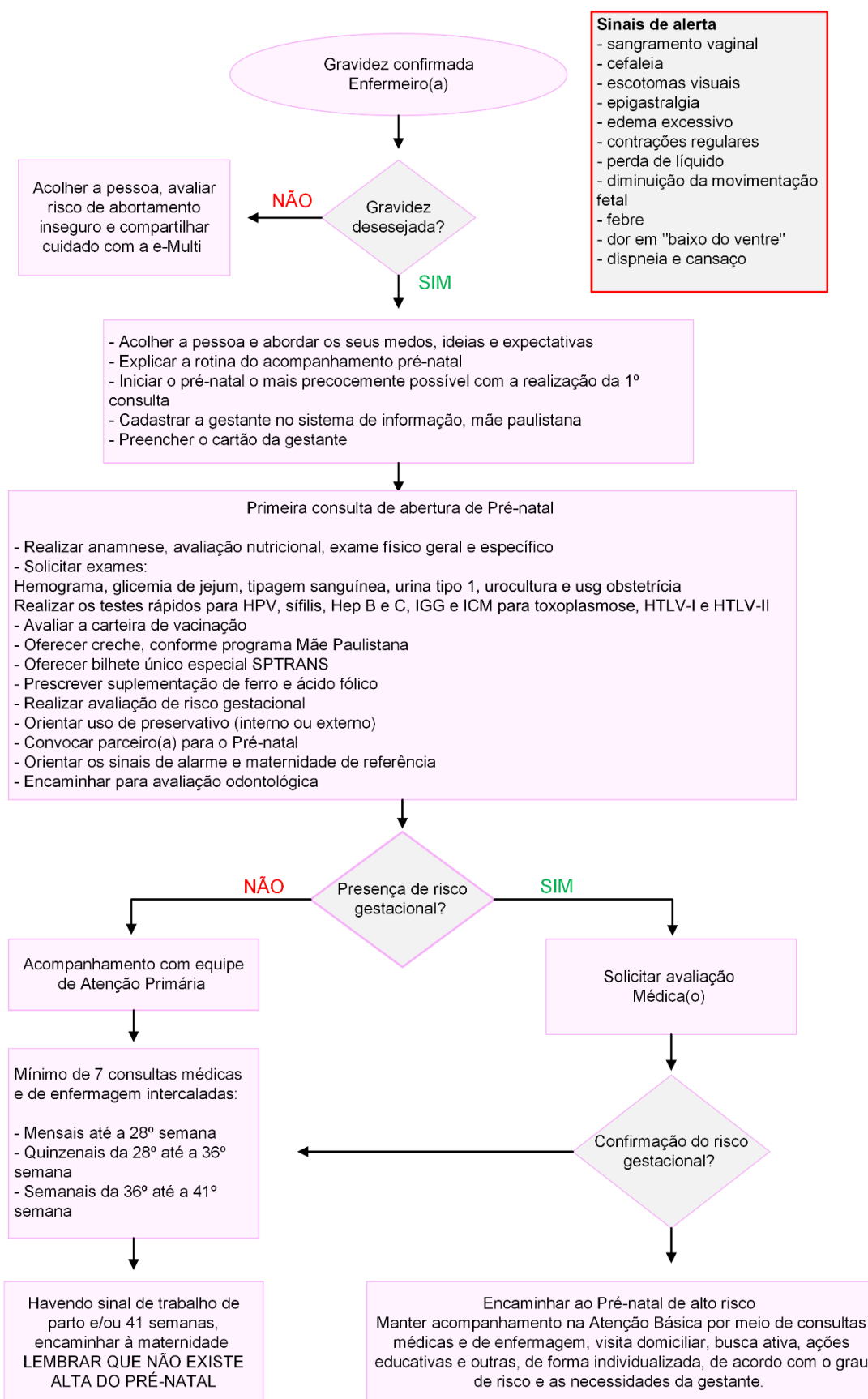
Exames realizados conforme duração do atraso menstrual

Atraso menstrual	Exame	
>15 dias	Teste imunológico de gravidez (TIG)/Teste rápido de gravidez	
b-HCG	Em caso de persistência da suspeita de gestação e Teste rápido de gravidez for negativo	
Acima de 12 semanas	Diagnóstico clínico (sinais de presunção, probabilidade e certeza)	Sinais de presunção: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudanças de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência); Sinais de probabilidade: amolecimento da cérvice uterina e aumento de volume, parede vaginais aumentadas com aumento da vascularização e positividade na fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização; Sinais de certeza: presença de batimentos cardíacos fetais (BCF), percepção de movimentos fetais (entre 18 e 20 semanas) e ultrassonografia transvaginal com visualização do saco gestacional (a partir de 5 semanas) e/ou atividade cardíaca embrionária (a partir de 6 semanas gestacionais). (BRASIL, 2012).

Fonte: BRASIL, 2012, p. 53-52. COREN-SP, 2019, p. 152.

A seguir, fluxograma para atendimento à mulher com suspeita de gravidez. Os auxiliares e técnicos de enfermagem podem realizar o primeiro atendimento à mulher com atraso menstrual e fazer o teste de gravidez, encaminhando a paciente para o enfermeiro para orientações e resultados. Em caso de positividade, realizar a primeira consulta de pré-natal oportunamente.

Fluxograma: Pré-Natal na Atenção Básica



Fonte: Adaptado do fluxograma de pré-natal do Protocolo de Saúde da Mulher (BRASIL, 2016, pag. 70)

6.7. Consultas de enfermagem no pré-natal

Após a confirmação da gravidez, dá-se início ao acompanhamento da gestante realizando a consulta de enfermagem para o pré-natal, conforme o PE. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. Toda o registro do Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizada formalmente no prontuário da paciente, seja físico ou eletrônico e também no Cartão da Gestante. Inserir o registro no SIS PreNatal/Mãe Paulistana.

É importante enfatizar que duas informações essenciais que devem constar explicitamente no Cartão da Gestante são as relacionadas ao nome do hospital de referência para o parto e as relativas às intercorrências durante a gestação.

O enfermeiro tem também um papel educacional, orientando sobre os direitos da gestante, cuidados com a saúde mental, e preparando-a para o parto e o puerpério. Este é um momento para criar um vínculo de confiança com a gestante, garantindo um acompanhamento seguro e humanizado ao longo da gravidez.

Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou da maternidade de referência, isso também deve estar escrito no cartão. Esta informação é considerada fundamental para que a mulher e parceiro(a) ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento na respectiva unidade de saúde.

Orientar a gestante em relação à função e importância do CARTÃO DA GESTANTE, alertando-a que a partir daquele momento ele deve acompanhá-la em todos os lugares.

As consultas de Pré-Natal devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro. O Ministério da Saúde recomenda um número mínimo de seis consultas de pré-natal (intercaladas entre profissionais médicos e enfermeiros), com início precoce (primeira consulta deve ocorrer no primeiro trimestre, até a 12ª semana gestacional).

O início oportuno do pré-natal é essencial para intensificar a relação entre a equipe e usuárias(os), auxiliar no diagnóstico precoce de alterações, realizar as intervenções adequadas e identificar expectativas em relação à gestação.

Periodicidade das consultas de pré-natal

As consultas devem seguir a seguinte rotina	
Até a 28ª semana	Mensal/ intercalada com consulta Médica
Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenalmente/intercalada com consulta Médica
Da 36ª até a 41ª semana	Semanalmente/intercalada com consulta Médica

Avaliação de enfermagem na primeira consulta

Dados investigados	Descrição
Dados de identificação	- Nome, número do cartão nacional de saúde (CNS); idade; raça/cor; naturalidade; procedência; endereço e telefones de contato atuais.
Dados socioeconômicos e demográficos	- Grau de instrução; profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de riscos, como esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse); estado civil/união; número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico); renda familiar; condições de (não) moradia (tipo e número de cômodos ou situação de rua); condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); distância da residência até a unidade de saúde.
Antecedentes familiares	- Doenças hereditárias. - Gemelaridade. - Pré-eclâmpsia. - Deficiência e malformações. - Câncer de mama ou ovário. - Diabetes Mellitus. - Hipertensão Arterial. - Hanseníase. - Tuberculose. - Transtorno mental. - Doença neurológica. - Grau de parentesco com o pai do bebê. - Parceiro com IST ou HIV/Aids.
Antecedentes pessoais	- Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, trombose venosa, alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros). - Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica). - Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia). - Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatia, doença renal, infecção

	urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas. - Transtornos mentais, doenças neurológicas, epilepsia, neoplasias, desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade); peso, cirurgia bariátrica. - Avaliar sinais de depressão.
Antecedentes ginecológicos e obstétricos	- Menarca e ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade). - História de infertilidade. - Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino. - História de útero bicornio (anomalia congênita em que o útero é dividido em dois lados, na parte interna), malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica. - Idade na primeira gestação. - Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos consecutivos ou intercalados com filhos vivos ou natimortos e perdas fetais. - Gestações múltiplas. - Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal. - Malformações congênitas. - Complicações no puerpério. - Experiência em partos anteriores. - História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce. - Desejo de amamentar.
Saúde sexual	- Idade de início da atividade sexual. - Intercorrências como dor, desconforto. - Métodos contraceptivos e desejo de participar do planejamento reprodutivo durante a gestação. - Desejo e prazer sexual. - Práticas sexuais. - Medidas de proteção para IST.
Saúde bucal	- Antecedentes ou história atual de sangramento gengival. - Higiene bucal (quantas vezes ao dia), - Mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, cáries, doença periodontal ou outras queixas. - Encaminhar para odontólogo.
Uso de substâncias químicas	Investigar tipos, quantidade e frequência de uso de: - medicamentos; - cigarro; - álcool; - substâncias psicoativas e/ou outras substâncias.

Fonte: BRASIL, 2016, p. 72. COREN-SP, 2019, p. 153-155.

GESTAÇÃO ATUAL	
Aceitação da gravidez	- Deve ser interrogada e avaliada durante todo o contato na consulta de enfermagem, os aspectos relacionados à aceitação da gravidez atual tanto pela mulher, quanto pelo(a) parceiro(a) e familiares. - É importante investigar e anotar qual a rede de apoio que a gestante pode contar (companheiro, pais, vizinhos, entre outros).
Dados específicos	- Data da Última Menstruação (DUM) - anotar certeza ou dúvida. - Calcular e anotar Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP).
Hábitos	- Hábitos alimentares, eliminações, medicamentos utilizados, uso de fumo (nº de cigarros ao dia), uso de álcool e/ou outras substâncias, lazer.
Imunização	- Situação vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, covid-19.
Sintomas e queixas	Atentar para: - Náuseas e vômito. - Obstipação e flatulência. - Sintomas urinários. - Sialorreia; pirose. - Leucorreia (que pode ser fisiológico ou não). - Vertigem; tontura. - Lombalgia. - Mastalgia. - Alterações no padrão do sono. - Dor e edema em MMII. - Dor pélvica. - Falta de ar e/ou dificuldade para respirar.
Identificação de vulnerabilidade familiar	- Aplicação da escala EVFAM-Br

Fonte: BRASIL, 2016, p. 72. COREN-SP, 2019, p. 153-155.

Cálculo da idade gestacional (IG)

Os métodos para esta estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher. Há três situações possíveis para aplicação desse cálculo:

I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

É o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos contraceptivos hormonais.

Uso do calendário: Contar o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação até a data da consulta, ou seja, a idade gestacional é calculada

somando-se o número de dias decorridos entre a DUM e a data na qual se quer avaliar essa idade. Dividindo-se esse número por 7, obtém-se a idade gestacional em semanas.

<u>Exemplo:</u> DUM: 16/12/2024 Data atual: <u>03/05/2025</u>	IG: Dezembro: 15 dias Janeiro: 31 dias Fevereiro: 28 dias Março: 31 dias Abril: 30 dias Maio: <u>03 dias</u> $139 \div 7$ 69 19 (6) IG = 19 semanas e 6 dias
---	---

II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização do cálculo da idade gestacional acima descrito.

III. Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas.

Pode-se utilizar a altura uterina considerando-se os seguintes parâmetros:

- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, deve ser solicitado o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica (pélvica ou transvaginal).

Cálculo da data provável do parto (DPP)

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário.

O cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele¹.

Exemplo 1:	$\begin{array}{r} \text{DUM} = 16/12/2024 \\ +7 \quad -3 \\ \hline \text{DPP} = 23/09/2025 \end{array}$
Exemplo 2:	$\begin{array}{r} \text{DUM} = 10/02/2025 \\ +7 \quad +9 \\ \hline \text{DPP} = 17/11/2025 \end{array}$
Para mais informações acesse: https://aps.bvs.br/aps/a-data-da-ultima-menstruacao-dum-e-contada-no-primeiro-ou-no-ultimo-dia-do-ciclo-menstrual-como-e-calculada-a-idade-gestacional-e-a-data-provavel-do-parto-considerando-a-dum-2/#:~:text=A%20idade%20gestacional%20%C3%A9%20calculada,(resultado%20em%20semanas)%201.	

6.8. Processo de Enfermagem: Exame físico geral da gestante

O exame físico geral é uma avaliação abrangente do estado de saúde global da gestante. Inclui procedimentos que podem ser realizados em qualquer paciente, independentemente de estar grávida ou não, e visa avaliar problemas de saúde que possam impactar a gestação. O foco é em aspectos gerais do bem-estar físico.

Avaliação de enfermagem no exame físico geral da gestante

Avaliar	Descrição																							
Antropometria e Sinais vitais	• Peso, altura e IMC (avaliação nutricional e ganho de peso gestacional); • A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avaliação do peso inicial (Índice de Massa Corporal - IMC); • Classificação de gestantes segundo o IMC: • Baixo peso – ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg; • Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg; • Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg; • Obesidade – ganho total= 5,0-9,0 kg. <table><thead><tr><th>Estado nutricional inicial (IMC)</th><th>Recomendação de ganho de peso semanal nos 2º / 3º trimestres</th><th>Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação</th></tr></thead><tbody><tr><td>Baixo peso (< 18,5 kg/m²)</td><td>0,5 (0,44 – 0,58)</td><td>12,5 – 18,0</td></tr><tr><td>Adequado (18,5 – 24,9 kg/m²)</td><td>0,4 (0,35 – 0,50)</td><td>11,5 – 16,0</td></tr><tr><td>Sobrepeso (25 – 29,9 kg/m²)</td><td>0,3 (0,23 – 0,33)</td><td>7,0 – 11,5</td></tr><tr><td>Obesidade (≥ 30 kg/m²)</td><td>0,2 (0,17 – 0,27)</td><td>5,0 – 9,0</td></tr></tbody></table> Fonte: BRASIL, 2012, p. 77¹. • Aferição de sinais vitais como pulso e pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e, quando necessário, temperatura axilar; SPO2; glicemia capilar. • Critérios de hipertensão arterial: <table><thead><tr><th>Critérios de Hipertensão</th><th>Valores</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hipertensão Arterial Leve</td><td>PA sistólica ≥ 140 e < 150 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 e < 100 mmHg</td></tr><tr><td>Hipertensão Arterial Moderada</td><td>PA sistólica ≥ 150 e < 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 100 e < 110 mmHg</td></tr><tr><td>Hipertensão Grave</td><td>PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg</td></tr></tbody></table> • Pacientes com pressão PAD > 80 < 89mmHg e com PAS > 130 < 139mmHg deverão realizar controle na UBS (com retorno semanal para reavaliação) para confirmar ou afastar doença hipertensiva que necessite de tratamento medicamentoso e/ou encaminhamento para PNAR⁵.	Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso semanal nos 2º / 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação	Baixo peso (< 18,5 kg/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0	Adequado (18,5 – 24,9 kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0	Sobrepeso (25 – 29,9 kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5	Obesidade (≥ 30 kg/m²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0	Critérios de Hipertensão	Valores	Hipertensão Arterial Leve	PA sistólica ≥ 140 e < 150 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 e < 100 mmHg	Hipertensão Arterial Moderada	PA sistólica ≥ 150 e < 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 100 e < 110 mmHg	Hipertensão Grave	PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg
Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso semanal nos 2º / 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação																						
Baixo peso (< 18,5 kg/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0																						
Adequado (18,5 – 24,9 kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0																						
Sobrepeso (25 – 29,9 kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5																						
Obesidade (≥ 30 kg/m²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0																						
Critérios de Hipertensão	Valores																							
Hipertensão Arterial Leve	PA sistólica ≥ 140 e < 150 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 e < 100 mmHg																							
Hipertensão Arterial Moderada	PA sistólica ≥ 150 e < 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 100 e < 110 mmHg																							
Hipertensão Grave	PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg																							
Cabeça e pescoço	• Inspeção e palpação de crânio, face, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral, pescoço e tireoide. Linfonodos. - Cabeça:																							

	• <u>Sinal de Halban</u>: formação de lanugem junto aos limites do couro cabeludo, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos. • <u>Cloasma ou máscara gravídica</u>: pigmentação difusa ou circunscrita, de tonalidade escura, mais nítida nas áreas expostas à luz (fronte, nariz e região zigomática). Está relacionada à secreção do hormônio melanotrófico em consequência da hiperfunção do lobo anterior da hipófise. - Pescoço: • Em função da <u>hipertrofia da tireoide</u>, a circunferência do pescoço apresenta-se aumentada, o que fica mais evidente por volta do 5º ou 6º mês.
Pele e anexos	- Inspeção e palpação: • Pele: cor de pele, áreas com coloração alterada; temperatura; umidade; turgor; vascularização ou hematomas; lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão, margem e pele perilesional). • Inspeção do cabelo e das unhas.
Tórax	• Inspeção: alterações e assimetrias, padrão respiratório. • Palpação: presença de nódulo, massas ou sensibilidade, frêmito tóraco-vocal. • Percussão: percutir os campos pulmonares e estimar a excursão diafragmática. • Ausculta pulmonar e cardíaca.
Membros superiores, membros inferiores e região sacra	• Inspeção: avaliar integridade da pele, coloração, varizes e edema. • Palpação: palpar pulsos e perfusão periférica a fim de avaliar sistema circulatório. • Avaliar o edema da face e membros superiores através de inspeção. • Avaliar e classificar o edema em membros inferiores e na região sacra. • Técnica de palpação de edema maleolar:  • Técnica de palpação de edema lombar: 

Fonte: BRASIL, 2012. BRASIL, 2016. COREN-SP, 2019, p. 155-158.

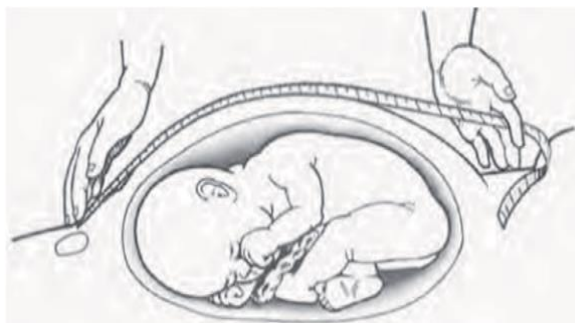
Exame físico específico da gestante

O exame físico específico da gestante é direcionado para aspectos relacionados diretamente à gestação e ao desenvolvimento fetal. Este exame foca em avaliações que visam monitorar o progresso da gravidez e identificar precocemente complicações obstétricas.

Avaliação de enfermagem no exame físico específico da gestante

Avaliar	Descrição
Mamas	Observam-se mamas com volume aumentado, em consequência da hipertrofia e das modificações que ocorrem gradativamente para prepará-las para a amamentação. • Exame clínico das mamas: Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa. • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros. • Tipo de mamilos. • Sinal de Hunter: aparecimento da aréola secundária ao redor da primária. Tem como características limites imprecisos e menor pigmentação que a aréola primitiva. • Rede de Haller: trama de vasos venosos observados sob a pele pela circulação mais intensa que acompanha o desenvolvimento das mamas. • Presença de Tubérculos de Montgomery: surgem na aréola primitiva e costumam regredir no puerpério. Eles podem ser de duas naturezas: glândulas mamárias acessórias ou sebáceas hipertrofiadas. • Expressão mamilar (secreção de colostro pode ser observada a partir da 16ª semana gestacional).
Abdome	• Inspeção, mensuração da altura uterina, palpação e ausculta obstétrica. Mensuração da Altura Uterina • Tem como objetivo avaliar a evolução da gravidez, o que permite saber a idade gestacional; acompanhar o crescimento fetal, assim como suspeitar de gemelaridade, e do excesso do líquido amniótico (polidrâmnio). Como realizar a mensuração • Posicionar a gestante em decúbito dorsal zero, com as pernas levemente flexionadas, os braços ao lado do corpo e o abdome descoberto, mantendo-a confortável. • Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino. • Corrigir dextroversão uterina no momento da palpação, se presente. • Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, de forma centralizada, na borda superior da sínfise púbica com uma mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão, sobre a superfície mediana abdominal até alcançar o fundo uterino com a margem cubital da mesma mão, unindo o dedo polegar ao dedo mínimo, procedendo à leitura.

- Anotar a medida (em centímetros) no prontuário, ficha perinatal e no cartão da gestante.
- Anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva (após a 16ª semana).



Palpação obstétrica **Consistência uterina**

Pela palpação, podem-se reconhecer a consistência elástico-pastoso, característica do amolecimento da parede uterina da gestante, e, em função da quantidade de líquido amniótico, sua maior ou menor tensão. Durante a gestação, percebem-se, as contrações de Braxton-Hicks e, no decorrer da dilatação e da expulsão, metrossístoles regulares, que traduzem a atividade uterina do trabalho de parto.

Regularidade da superfície uterina

A palpação possibilita o reconhecimento da superfície lisa e regular da parede do útero grávido normal ou de nódulos e saliências, que denunciam tumores miomatosos.

Conteúdo uterino

Observado por meio do método palpatório, visa ao reconhecimento do feto, sua situação e apresentação (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina.

- No início do terceiro trimestre, recomenda-se a determinação da **apresentação fetal** (cefálica e pélvica ou córmica).

Apresentação

Cefálica



Pélvica



- Para determinar a **situação fetal** (longitudinal, transversal ou oblíqua):
- Colocar as mãos sobre as fossas ilíacas.
- Deslizar em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta.
- A situação longitudinal é a mais comum.

- A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

Para sistematizar a técnica da palpação, são consideradas suas diversas fases (**Manobras de Leopold-Zweifel**), descritas a seguir.

1º tempo



Primeiro tempo: De frente para a gestante e do seu lado direito, delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e explorá-lo, reconhecendo a parte fetal que o ocupa. Deve-se delimitar o fundo do útero com as bordas cubitais de ambas as mãos comprimindo a parede abdominal. As mãos dispõem-se encurvadas, procurando reconhecer o contorno do fundo do útero e a parte fetal que o ocupa. Na maioria dos casos, é possível identificar o polo pélvico, com a característica de ser mais volumoso que a cabeça, esferoide, de superfície irregular, resistente, mas redutível. Já no caso do polo cefálico, verifica-se superfície regular, resistente e irreductível.

2º tempo



Segundo tempo: Colocam-se as mãos em ambos os lados do abdome e as deslizam, exercendo movimentos de pressão suave e profunda, do fundo uterino ao polo inferior do órgão, tentando sentir o dorso fetal e as pequenas partes ou membros, de um ou outro lado do útero. A região dorsal do feto apresenta-se como uma superfície resistente e contínua, enquanto as partes fetais são móveis, pequenas e irregulares.

3º tempo



Terceiro tempo: Explora-se a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico, apreendendo o polo e exercendo movimentos de lateralidade, que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia. Quando ela está alta e móvel, esse polo balança de um lado para outro.

4º tempo



Quarto tempo: O examinador coloca-se de costas para a gestante e, com as mãos sobre as fossas ilíacas, desliza-as em direção ao hipogástrio. Com as extremidades dos dedos, procura penetrar na pelve. Abarcando o polo, deve-se verificar, por suas características. O polo cefálico é menor, liso, consistente, irredutível; o polo pélvico, maior, irregular, amolecido e dirimível. Trata-se, respectivamente, de apresentação cefálica ou pélvica. Na apresentação córmica (situação transversa), a escava está vazia. A entrada dos dedos exploradores na bacia depende do grau de insinuação do polo apresentado. Quando móvel, os dedos quase se tocam pelas extremidades e descem por igual.

Ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCF)

- Audível com uso de sonar doppler a partir da 10ª/12ª semana gestacional.
- Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana gestacional.



- O objetivo da técnica é verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Deve-se contar o número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.
- Os batimentos fetais nunca são isócronos com o pulso materno. Desta forma, deve-se ter o cuidado de verificar a pulsação materna para certificar-se de que são percebidos ruídos fetais genuínos, mediante a comparação das frequências.
- Os batimentos são mais facilmente audíveis no chamado foco máximo de auscultação, ponto que varia, de acordo com a apresentação fetal. A audibilidade é função da vizinhança do ponto de produção sonora, isto é, o coração fetal, e corresponde, aproximadamente, à altura da quarta vértebra dorsal.
- Pode-se também escutar o sopro funicular, sincrônico com o pulso fetal, causado pela passagem de sangue pelas artérias umbilicais e o sopro uterino, sincrônico com o pulso materno, produzido pela passagem de sangue pelos vasos uterinos.

Dinâmica Uterina

- Em caso de queixa referida pela gestante, avaliar a frequência e intensidade.
- Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos.
- Colocar a mão no fundo do útero da gestante para avaliar o início de uma contração, anotar frequência e duração.
- Se forem observadas três contrações com duração maior que 20 segundos em 10 minutos, a gestante deverá ser encaminhada para a maternidade.
- Se intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.

Avaliação pélvica e coleta de exame citopatológico	• Inspeção dos genitais externos (investigar presença de tumores, corrimento vaginal fisiológico ou vulvovaginites, prolapso genital, rotura de períneo, incontinência urinária, Batholinite, verrugas e perda de líquido via vaginal). • Realizar o exame especular de acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da gestante. • Realizar a coleta do exame citopatológico de colo de útero.
--	--

Fonte: BRASIL, 2012. BRASIL, 2016. COREN-SP, 2019, p. 155-158.

6.9. Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento Pré-Natal - CIPE.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Vertigem postural (tontura)	Vertigem postural melhorada	• Fazer alimentação fracionada; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chás e doces.
Salivação	Salivação melhorada	• Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir.
Tolerância à atividade ineficaz	Tolerância à atividade melhorada	• Avaliar o nível de atividade possível para ser realizado conforme idade gestacional; • Orientar atividades de baixo impacto; • Alertar a gestante quanto aos efeitos de extremo calor e frio ao realizar alguma atividade; • Incluir familiares para o apoio adequado das atividades a serem realizadas.
Incontinência urinária	Incontinência urinária melhorada	• Manter ingesta hídrica; • Orientar que o sintoma é transitório;

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
		• Se nictúria, reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; • Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção.
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	• Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • Controlar o ganho de peso.
Ingurgitamento mamário	Ingurgitamento mamário melhorado	• Orientar sobre os cuidados com a mama, durante o período pós-parto. • Realizar extração láctea até o momento de conforto. • Encaminhar para grupo de apoio à amamentação. • Avaliar a integridade do mamilo.
Trauma no mamilo	Mamilo sem lesões.	• Promover higiene. • Obter dados sobre a pele. Promover autocuidado. • Identificar a causa do trauma e corrigi-la.
Ansiedade	Melhora do processo ansioso	• Demonstrar técnicas de relaxamento. • Encaminhar para serviço de autoajuda. • Estimular comunicação de sentimentos. • Orientar sobre controle dos sintomas.
Edema periférico	Ausência de edema	• Promover exercícios físicos e deambulação. • Elevar os membros inferiores. Utilizar meias elásticas. • Monitorar peso.
Risco de ser vítima de violência de parceria íntima.		• Explicar sobre direitos; • Apoio psicológico e social; • Encaminhar para serviços de apoio social;
Violência Doméstica		• Oferecer apoio psicológico e social; • Explicar sobre direitos; • Encaminhar para eMULTI.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Dor nas Mamas	Melhora da Dor	• Monitorar sinais e sintomas de infecção; • Orientar sinais de alarme, orientar sobre fisiologia das mamas na gestação
Abortamento		• Oferecer apoio psicológico • Encaminhar para eMULT • Investigar causas
Risco de abortamento	Evitar o aborto	• Encaminhar para PNAR (se indicado) • Oferecer apoio psicológico • Investigar causas

Fonte: CIPE, 2019. COREN-SP, 2019, p. 159. Nota técnica 02/2023 (COREN-SP); Linhas de cuidados IST/AIDS/SP (2020)

6.10. Condutas frente às modificações e queixas mais prevalentes na gestação

Queixas/Modificações gravídicas	Condutas de enfermagem
Sistema Tegumentar	
Cloasma gravídico	• Explicar que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto. • Recomenda-se a fotoproteção desde o início da gestação e evitar à exposição solar. •
Estrias	Orientar: • Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação; • Controlar o ganho de peso; <u>Observação:</u> Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, que é também contraindicado na amamentação.
Sistema Digestório	
Náuseas e vômitos	As condutas e o tratamento devem estar voltados à alimentação e ao apoio emocional, no intuito de prevenir complicações e proporcionar conforto, bem-estar e segurança à gestante. • Orientar hábito de alimentação fracionadas, em pequenas porções, evitando longos períodos de jejum. • Orientar alimentos sólidos no turno da manhã com mastigações lentas.

	• Evitar líquidos durante as refeições. • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, com pouco carboidrato, orientando o aumento de consumo de alimentos ricos em proteínas. • Orientar o consumo de alimentos que contenham gengibre. • Orientar o consumo de leite e derivados integrais. • Orientar que as refeições sejam realizadas em ambientes tranquilos, evitando estresse. • Orientar sobre acupressão no ponto P6 (é encontrado à distância de três dedos da prega proximal do punho, entre os tendões palmar longo e flexor radial do carpo). • Oferecer encontros educativos relacionados à saúde alimentar no período gestacional e puerperal. • Proporcionar apoio emocional, se necessário. • Referenciar ao serviço de nutrição da rede de saúde, quando houver necessidade. •
Pirose	• Orientar hábitos de alimentação fracionada. • Evitar líquidos durante as refeições. • Evitar deitar-se logo após as refeições. • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca. • Orientar elevar a cabeceira da cama ou utilizar travesseiro alto. • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces. • Evitar alimentos picantes, condimentados e gordurosos. • Evitar álcool e fumo. Observação: Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.
Sialorreia	As condutas para salivação excessiva, assim como recomendado para náuseas e vômitos, estão voltadas à alimentação e ao apoio emocional, a fim de proporcionar conforto e bem-estar. • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação. • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. • A ingestão de alimentos cítricos e gelados também é recomendada. • Orientar deglutir a saliva e ingerir.
Constipação intestinal	• Aumentar a ingestão líquida. • Orientar dieta rica em fibra. • Aumentar o consumo de frutas laxativas (ameixa, abacate, mamão, frutas cítricas), verdura crua e cereais integrais. • Evitar alimentos fermentativos (feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras). • Recomendar caminhadas, caso não haja contraindicação.

	• Não se deve prescrever óleos minerais que diminuem absorção de vitaminas. Observação: Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica.
Sistema Reprodutor e Geniturinário	
Corrimento vaginal (leucorreia)	• Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação. • Orientar o uso de calcinhas de algodão e/ ou dormir sem a mesma a fim de promover melhor ventilação. • Orientar a higiene das calcinhas com sabão neutro e secagem ao ar livre, se possível. • Desencorajar o hábito de uso de absorvente diário. • Não prescrever cremes vaginais, caso não haja diagnóstico de infecção vaginal. • Investigar presença de prurido vaginal, hiperemia vulvar, ardor ou dor à micção, coloração, quantidade e odor do corrimento.
Mastalgia	• Orientar a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas. • Recomendar à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária através da avaliação das mamas. •
Disúria, urgência e aumento da frequência miccional	• Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada. • Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta médica.
Sistema Circulatório	

Varizes	Orientar: • Diminuir o tempo em pé ou sentada, evitando inatividade. • Fazer vários repouso intercalados com as atividades diárias aproximadamente 20 minutos. • A elevação dos membros durante o repouso pode ser útil. • Evitar roupas apertadas. • Caso seja possível, utilizar meia-calça elástica para gestante, de suave ou média compressão. Sugerir o tamanho de acordo com a mensuração da circunferência da panturrilha. • Acompanhar a evolução, devido ao risco de complicações tromboembólicas. • Controle de peso e práticas seguras de atividades físicas, sob orientação de profissional.
Hemorroidas	Orientar: • Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a constipação intestinal. • Evitar permanência em posição sentada por longos períodos, evitar esforço a evacuar. • Higiene no chuveiro ou ducha após evacuações. • Não usar papel higiênico colorido ou áspero. • Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação. • Banho de assento com água morna 3 vezes ao dia. • Agendamento de consulta médica oportuna, caso haja dor ou sangramento anal persistente.
Cãibras	• Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio, cálcio, magnésio e vitamina B1 (banana, melão, tomate). • Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.). • Massagear músculo contraído. • Evitar o alongamento muscular excessivo antes de iniciar atividades físicas, ao acordar e ao repousar. • Evitar excesso de atividades físicas. • Orientar uso de compressas mornas no local.
Sistema Respiratório	
Dispneia	• Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo. • Realizar ausculta cardiopulmonar. • Monitorar a frequência respiratória. • Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias. • Evitar roupas apertadas. • Elevar a cabeceira da cama. • Deixar o ambiente arejado/ventilado. •
Sistema nervoso e sensorial	
Tonturas / vertigens/ fraquezas e desmaios	• Evitar ambientes quentes e mal ventilados. • Evitar ortostatismo prolongado e decúbito dorsal. • Evitar mudanças bruscas de posição. • Fracionar as refeições, evitando períodos prolongados de jejum (máximo de 2 horas).

	• Evitar líquidos durante a refeição. • Evitar deitar-se logo após as refeições. • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca. • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces. • Evitar álcool e fumo. • Orientar deitar-se de decúbito lateral esquerdo ou a sentar com a cabeça abaixada e respirar profunda e pausadamente, durante a crise. • Evitar vestuário desconfortável e apertado. • Orientar ingestão hídrica adequada. • Orientar atividade física monitorada. • Monitorar e observar a pressão arterial.
Sistema musculoesquelético	
Lombalgia	• Orientar correção da postura ao andar, sentar-se ou abaixar-se. • Os sapatos devem ser baixos (aprox. 3cm) e confortáveis, evitar saltos. • Compressas mornas ajudam a aliviar a dor. • Orientar exercícios de fortalecimento da musculatura lombar, como hidroginástica, ioga e pilates; acupuntura, fisioterapia e massagem. • Orientar a manter as atividades cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores. • Encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, dependendo da evolução da dor. • No caso de presença de febre e/ou queixas urinárias, ficar atento para a possibilidade de pielonefrite e encaminhar imediatamente a gestante para avaliação médica⁶; • Evidências mostram que atividades físicas acompanhadas podem ser benéficas para aliviar a dor. Porém devem ser evitados excessos. • Recomendar acupuntura e atividades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibilidade

6.11. Solicitação de exames realizadas por enfermeiros/as, Interpretação e condutas de enfermagem

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
Tipagem sanguínea e fator RH (1a consulta)	A (+), B (+), AB (+), O (+): tipo sanguíneo + fator RH positivo;	• Se a gestante for Rh positivo, não há necessidade de nenhum outro exame adicional. • Se a gestante for Rh negativo e o parceiro for Rh desconhecido ou

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
	A (-), B (-), AB (-), O (-): tipo sanguíneo + fator RH negativo.	parceiro com fator Rh positivo – realizar Coombs indireto (CI). - Se o CI for negativo, deve ser repetido mensalmente até 27 semanas de gestação, quando então, se continuar negativo, deve ser feita a imunoglobulina anti-RH. - A imunoglobulina anti-RH deverá ser repetida após o nascimento se o RN for Rh positivo. Esta também deve ser aplicada em casos de sangramento durante a gestação, abortamentos ou óbitos fetais até 72 horas do evento.
Teste de Coombs indireto no caso da gestante com RH negativo (A partir da 24ª semana de gestação)	Coombs indiretos positivo: - Gestante sensibilizada Coombs indireto negativo: - Gestante não sensibilizada	Coombs indireto positivo: Compartilhar o cuidado com o médico para encaminhamentos pertinentes. Coombs indireto negativo: - Se o CI for negativo, deve ser repetido mensalmente até 27 semanas de gestação, quando então, se continuar negativo, deve ser feita a imunoglobulina anti-RH.
Hemoglobina e hematócrito ou hemograma (1ª consulta e 3º trimestre)	Hb > 11g/dL (ausência de anemia)	Hemoglobina normal: - Suplementação profilática com ferro elementar 40 mg: 1 comprimido (indicando suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o final da gestação). - Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, compartilhando o cuidado com o médico. - Avaliar a presença de parasitose intestinal e tratá-la.
	Hb entre 8g/dL e 11 g/dL (anemia leve a moderada)	Tratamento: 200mg/dia de sulfato Ferroso = 40 mg (dois comprimidos) de ferro elementar uma hora antes das refeições, de preferência com suco de frutas cítricas. - Compartilhar o cuidado com o médico e acompanhar a hemoglobina após 60 dias.
	Hb < 8g/dL (anemia grave)	Anemia grave, compartilhar o cuidado com o médico.

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
Eletroforese de hemoglobina: Deve ser solicitada se houver suspeita da doença (mulheres negras, antecedente familiares de anemia falciforme ou história de anemia crônica) (1ª consulta)	- HbAA: sem doença falciforme; - HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; - HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; - HbSS ou HbSC: doença falciforme.	- Gestante com traço falciforme: devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica; - Gestantes diagnosticadas com doença falciforme: compartilhar o cuidado com o médico;
Dosagem de hormônio TSH (para gestantes com idade materna > 30 anos, histórico de doença autoimune na família, IMC>30, histórico de abortamentos ou partos prematuros.) (1ª consulta)	Parâmetros de normalidade: 1º trimestre (0.1 a 2.5 mU/L); 2º trimestre (0.2 a 3 mU/L); 3º trimestre (0.3 a 3 mU/L). - Se suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); - Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina; - Diagnóstico de hipertireoidismo.	Segue pré-natal de risco habitual. Suspeita-se ser um caso de hipotireoidismo subclínico com TSH acima de 10 mU/L; O rastreamento universal de hipotireoidismo em gestantes assintomáticas não é recomendado.
Glicemia de Jejum	Glicemia de jejum < 92 mg/dl: normal	- Segue pré-natal de risco habitual. - Realizar o teste de tolerância à glicose no período entre a 24ª e 28ª semana de gestação. - Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular).

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
(<20 semanas) (1ª consulta)	Glicemia de jejum 92 a 125 mg/dl: Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).	Pré-natal na UBS: orientação dietética, atividade física, monitoramento glicêmico, avaliação do ganho de peso materno, crescimento fetal adequado e ausência de polidrâmnio. - Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); - Compartilhar o cuidado com médico - Manter acompanhamento na UBS.
	Glicemia de jejum ≥ 126mg/dl: Diagnóstico de Diabetes Mellitus	Compartilhar o cuidado com o médico
Teste de Tolerância à Glicose para gestantes com glicemia de jejum inferior a 92mg/dl (jejum e 2h após sobrecarga com glicose 75g anidro) - 24ª a 28ª semana	Diagnóstico de DMG: Ao menos um valor de: - Jejum: 92 a 125 mg/ dl - Após 1 h: ≥ 180 mg/dl - Após 2 h: 153 a 199 mg/dl	- Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); - Compartilhar o cuidado com o médico - Manter acompanhamento na UBS.
	Diagnóstico de Diabetes Mellitus: Ao menos um valor de: - Jejum: 92 a 125 mg/ dl - Após 1 h: ≥ 180 mg/dl - Após 2 h: 153 a 199 mg/dl	- Compartilhar o cuidado com o médico - Manter acompanhamento na UBS.
Teste rápido para sífilis e VDRL (Sorologia) (1ª consulta, 2º trimestre e 3º trimestre) Teste rápido para sífilis: deve ser solicitado no momento do diagnóstico da gravidez e repetido com 32 semanas, na gestante até então, negativa para sífilis.	Sorologia para sífilis (VDRL): Se VDRL positivo, deve-se avaliar titulação e o tratamento.	- Em caso de teste rápido positivo, a gestante deverá receber a primeira dose imediatamente, sua parceria deve ser tratada concomitantemente ou o mais rapidamente possível, pois caso o parceiro não se trate, a gestante pode ser reinfectada. Nesse caso coletar as sorologias da gestante imediatamente (não deixar para coletar em outro momento) - Consultar capítulo Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes Obs: Consultar Nota Técnica Nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS, que dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina Benzatina no tratamento de sífilis em gestantes¹²:

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
Sorologia para sífilis (VDRL): deve ser solicitada, independentemente da realização do TR para sífilis. Deve ser realizada nos três trimestres, sendo a primeira na 1ª. consulta do PN, a segunda no segundo trimestre (ao redor da 20ª. semana de gestação), e a terceira, na 28ª. semana		https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_Prescricao_Medicamentos_VALE_ESTES.pdf https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/NOTA_TECNICA_N_142023_tratamento_de_gestantes_com_sifilis.pdf/7bd3a83f-02ea-c282-05fd-1b0b9cb4cbca?t=1702549724702
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II) TR para HIV: deve ser solicitado no momento da confirmação da gravidez. Sorologia HIV (Elisa): deve ser solicitada na primeira consulta, no segundo trimestre e no início do terceiro trimestre (28 semanas de gestação).	TR não reagente e sorologia negativa	• Manter acompanhamento de rotina do pré-natal; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias; • Repetir sorologia no 2º e 3º trimestre e repetir teste rápido com 32 semanas de gestação.
	TR reagente e/ou sorologia positiva: confirmar HIV positivo	• Realize o aconselhamento pós-teste; • A gestante deve encaminhada para o serviço de pré-natal de alto risco; • Manter seguimento na Atenção Básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Terapia Antirretroviral (TARV) durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante, pelo menos, duas etapas de testagem; • Eventualmente podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
		positividade da testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, pessoas 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.
Sorologia para HTLV (1ª consulta)	Não reagente	• Manter acompanhamento de rotina do pré-natal; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste;
	Reagente, realizar teste confirmatório, conforme NT da SMS/SP.	• Uso de preservativo em todas as relações sexuais; • Oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis. • Contraindicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2, sendo • recomendado o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis.
Sorologia para Hepatite C (ou teste rápido) (1ª consulta e 3º trimestre, 32 semanas)	Reagente	• Realize o aconselhamento pré e pós-teste; • Encaminhe para a consulta médica; • Realize o aconselho pós-teste; • Vacine contra hepatite B, caso não tenha esquema completo; • Repita sorologia no 3º trimestre. • Manter acompanhamento de rotina do pré-natal;
	Não Reagente	
Sorologia para Hepatite B (HBsAg/AntiHBc total) (1ª consulta e 3º trimestre)	HBsAg não reagente: normal HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO)	• Fazer aconselhamento pré e pós teste. • Orientar a coleta de exames antes de oferecer imunização.

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
		• HBsAG reigente e HBeAG reagentes: • Compartilhar o cuidado com o medico; • HBsAg não reigente: • Se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina no 1o trimestre; • Toda gestante HBsAg não reigente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade gestacional.
Toxoplasmose IgG e IgM + Teste de avidéz (1ª consulta, 2º trimestre e 3º trimestre)	IgG e IgM reagentes: avidéz de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação; avidéz forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. IgM reigente e IgG não reigente: doença recente – encaminhar para a consulta médica e repetir o exame após três semanas. IgM não reigente e IgG reigente: doença prévia – não repetir o exame. IgM e IgG não reigente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre.	• encaminhar para a consulta médica e repetir o exame após três semanas; • 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; • Ingerir água filtrada; • Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos; • Evitar contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; • Evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; • Após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda 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 pzinha; • Lavar bem as mãos após o contato com os animais.

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
Urina Tipo I (1ª consulta, 2º trimestre e 3º trimestre)	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 3 a 5 hemácia por campo; Proteinúria: Alterado > 10 mg/dl Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	• Leucocitúria: Analisar a urocultura para confirmar se há ITU. • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica para encaminhamentos; • Na presença de traços de proteinúria: • Compartilhar o cuidado com o médico • Repetir em 15 dias, caso se mantenha, • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema, compartilhar o cuidado com o médico • Na presença de proteinúria maciça referir a gestante para consulta médica • Na presença de pielonefrite compartilhar cuidado com médico (na falta do médico na unidade referir imediatamente à maternidade, se ITU refratária ou de repetição)
Urocultura e antibiograma (1ª consulta, 2º trimestre e 3º trimestre)	Urocultura Negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por ml (UFC/ml) Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/ml Antibiograma: Indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	• Antibiótico de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes, prescritos por enfermeiras/os: • -Nitrofurantoína (100 mg), uma cápsula, de 6/6horas, por 10 dias (evitar após 36ª semana de gestação); • -Cefalexina (500 mg) uma cápsula, de 6/6horas, por 7 a 10 dias; • Amoxilina-clavulanato (500 mg) uma cápsula de 8/8horas, por 7 a 10 dias. • Obs: Consultar Protocolo de ITU
Ultrassonografia obstétrica, preferencialmente entre a 11ª semana até a 20ª semana (pélvica ou transvaginal)	Considerar alteração qualquer apontamento no laudo fora da normalidade (oligoâmnio, polidrâmnio, suspeita ou diagnóstico de malformações fetais ou placentárias, gestação ectópica, molar, ausência ou alteração de	• Compartilhar com o médico

Exame de rotinas/período de solicitação	Resultados	Condutas de Enfermagem
	batimento cardíaco ou ganho de peso fetal).	
Coleta de secreção vaginal para pesquisa de streptococcus do grupo B - 35ª a 37ª semana	• Negativo: ausência do Streptococcus do grupo B; • Positivo: presença do Streptococcus do grupo B.	• Coletar amostra: 01(um) swab no introito vaginal sem utilização de espéculo. A amostra deverá ser colhida da vagina inferior, introduzindo o swab por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal. • Coletar amostra de swab anal introduzindo levemente (em torno de 0,5 cm) no esfíncter anal. • Gestação entre 35ª e 37ª Semana; • Se a coleta for realizada no período da manhã, na data da coleta não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta; • Se tomou banho ou evacuou pela manhã, é possível coletar a amostra no final da tarde; • Não fazer uso de creme vaginal, ducha interna nas 48 horas antes do exame.
Parasitológico de Fezes PPF	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas: • Negativo: ausência de parasitos; • Positivo: Conforme descrição de parasitos.	• Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação; • Gestantes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação; • Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019, p. 168-172.

Consultar caderno de apoio a coleta SMS/SP:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/anexo1_Caderno_de_Apoio_a_Coleta_Laboratorial_Versao_12_06_2023_compressed.pdf

CUIDADOS ESPECIAIS NO PN DE GESTANTES COM ALTA VULNERABILIDADE (População em situação de rua, usuárias de drogas, imigrantes, situação de exclusão social).

Deverá ser realizada toda a rotina do PN habitual acrescida de:

- Sorologia para Sífilis: mais uma sorologia na 34^a. semana;
- TR de sífilis e HIV: Testar todas as gestantes para prevenção da transmissão vertical do HIV e IST em qualquer momento, sempre que houver exposição de risco e/ou violência sexual.
- Sorologia para HIV – mais uma sorologia na 34^a. Semana.

6.12. Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico na gestação

Para realização do exame é importante seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária, como para as demais mulheres, sendo considerada uma oportunidade de rastreamento, quando as gestantes buscam o serviço de saúde para o acompanhamento do Pré-Natal.

Ressalta-se que as gestantes com vínculo ao serviço de saúde e assíduas ao programa de rastreamento com resultados normais dos exames citopatológicos podem ser acompanhadas durante o Pré-Natal de forma segura sem a coleta endocervical.

Porém, para as mulheres com vínculo fragilizado com o serviço e/ou não assíduas ao programa de rastreamento, considerar o período gestacional valioso e oportuno para a coleta do exame completo. Assim, as gestantes que apresentem resultado citopatológico alterado devem ser tratadas conforme conduta recomendada para as mulheres não grávidas.

Coleta de exame	Período recomendado	Indicação
Colpocitologia oncológica em gestantes	• De preferência no 1º trimestre, na 1ª consulta de Pré-Natal; • Não há contraindicação para ser coletado ao longo do período gestacional; • Realizar exame ginecológico com ou sem coleta colpocitológica, para avaliar presença de lesões e/ou leucorreias, utilizando fita pH ou testes aminas, se disponível, de preferência no 1º trimestre ou até 27 semanas de gestação.	• Oportunidade para investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e alterações citopatológicas. • Deverá ser coletado em todas as gestantes. (Protocolo do INCA: Coletar citologia oncológica em mulheres entre 25-64 anos que não tenham realizado o exame nos últimos dois anos ou nunca realizaram o exame)

Fonte: Coren-SP, 2019, pág. 173.

6.13. Medicamentos prescritos por enfermeiras(os) para manejo da gestação
Prescrição farmacológica durante o Pré-Natal pelo Enfermeiro

Prescrição	Indicação
Ácido Fólico 0,2 mg/ml, 40 gotas, via oral, uma vez ao dia. (Ideal inicial três meses antes da gestação e manter durante toda a gestação)	Prevenção de defeitos do tubo neural: ideal iniciar o uso três meses antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação.
Ferro elementar Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar (1 cp, via oral, uma vez ao dia, 30 minutos antes da principal refeição), indicado no conhecimento da gravidez até o final 3º mês pós-parto; Recomenda-se ingerir a medicação com sucos cítricos. Risco C/D.	Anemia Branda a. Solicitar exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presente; b. Tratar a anemia com sulfato ferroso 2 comprimidos antes do café 2 comprimidos antes do almoço e 1 comprimido antes do jantar, uma hora antes das refeições; c. Repetir dosagem de hemoglobina após 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 cp ao dia de 40mg de ferro elementar. Repita a dosagem do 3º trimestre; Se Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco.
Carbonato de cálcio 1250 mg, dois comprimidos, via oral, de preferência a noite com copo de leite. Iniciar o uso com 16 semanas de gestação e manter até a 36ª semana gestacional.	Prevenção de pré-eclâmpsia para TODAS as gestantes. Obs: Consultar Nota Técnica nº 006 de 13-8-2020 Suplementação de Cálcio na Gestação - SAÚDE DA MULHER-SMS-SP¹⁵. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Nota_Tecnica_6_Calcio_na_gestacao_13_8_2020.pdf
Ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg, um comprimido, via oral, uma vez ao dia, preferencialmente à noite. Indicado para gestantes com 1 fator de alto risco ou 2 fatores moderados. ▪ Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª semana, mas podendo ser iniciado até a 20ª semana) mantendo-se até a 36ª semana. ▪ Recomenda-se a suspensão do AAS, se diagnóstico de pré-eclâmpsia.	Prevenção para gestantes com risco elevado de desenvolver pré-eclâmpsia (ver quadro com descrição dos fatores de risco para pré-eclâmpsia em manejo de Síndromes hipertensivas na gestação). Diante de um fator de alto risco ou da combinação de dois fatores de risco moderados, deve-se iniciar a prevenção com AAS e carbonato de cálcio.

Prescrição	Indicação
Paracetamol 500mg, de 6/6 horas.	Dor lombar Dor pélvica Cefaleia
Dipirona 500mg, 6/6horas. Risco C	Cefaleia Ingurgitamento mamário
Escopolamina solução oral 10 mg/ml frasco: 40 gts 2 vezes ao dia ou comprimido de 10mg	Cólicas e dores abdominais
Dimenidrato 50 mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6 horas (Não exceder 400 mg/dia). Risco B. Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas. Risco C.	Náuseas e vômitos
Metildopa 750 a 2.000 mg/dia. Risco B; Nifedipino de 10 a 80 mg/dia. Risco C.	Para acompanhamento de Hipertensão arterial em gestante, após diagnóstico médico.
Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se. Baixo Risco.	Pirose
Soro fisiológico nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas.	Congestão nasal Epistaxe ou sangramento nasal
Nistatina solução oral - passar na mucosa oral 1 conta-gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. Risco B.	Candidíase ou infecção da mama por candidíase
Repelente (2 frascos) Aplicar nas áreas expostas do corpo, pelo menos 2 vezes ao dia, ou sempre que necessário, conforme orientações do fabricante, Iniciar o uso na primeira consulta de pré-natal e manter durante toda a gestação.	Prevenção de infecções causadas pelo Aedes Aegypti (chikungunya, Zika, dengue, febre amarela). Prevenção de infecções causadas pelo Aedes Aegypti (chikungunya, Zika, dengue, febre amarela).
a. Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., a cada 6 horas por 7 dias. Evitar próximo ao termo (risco de hemólise neonatal – NÃO PRESCREVER APÓS A 36ª SEMANA DE GESTAÇÃO) b. Cefalexina (500 mg), uma cáp., a cada 6 horas, por 7 a 10 dias. Risco B; c. Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500mg + 125mg a cada 8 horas ou 875mg + 125mg a cada 12 horas por 7 dias. Risco B	Antibióticos prescritos por enfermeiras/os de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes. • Repetir urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento; • Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação médica. Obs: Consultar Protocolo de Infecções do Trato Urinário (ITU) na Gestação¹³.
Abordagem sindrômica para gestantes:	

Prescrição	Indicação
Gardnerella: Metronidazol creme (10%), via vaginal, durante 10 noites (a partir do 2o trimestre) Candidíase: Nitrato de miconazol (2%), via vaginal, durante 7 noites Tricomoníase*: Metronidazol creme (10%), via vaginal, durante 10 noites (a partir do 2o trimestre) Tratar parceiro com Tinidazol 2g, via oral, dose única. Herpes Genital: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias. Cancroide: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, dose única ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única. Donovanose: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões. Linfogranuloma Venéreo: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes) Parcerias sexuais sintomáticas - tratar com os mesmos medicamentos do caso índice e parcerias sexuais assintomáticas: Azitromicina 500mg 2 comprimidos VO dose única. Verruga Genital: Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% (solução): Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, quando esbranquiçar 1 vez por semana até 8 a 10 semanas, se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão de sódio ou talco.	Tratamento de leucorreias e infecções sexualmente transmissíveis
Sífilis gestacional: Benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, sendo a única droga com eficácia comprovada durante a gestação	Vide capítulo sobre Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes – Sífilis gestacional para recomendação de prescrição de medicação

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019, pág 174-175. Nota técnica 02/2023 SMS-SP. PCDT/IST (2)022

6.14. Consultas de pré-natal subsequentes

É importante que durante as consultas subsequentes ocorram a:

- 1) Revisão do prontuário obstétrico e coleta de dados atuais.
- 2) Anotação da idade gestacional.
- 3) Controle do calendário de vacinação.
- 4) Exame físico e/ou gineco-obstétrico (mamas, palpação uterina, altura uterina, ausculta de BCF, etc).
- 5) Investigação do ganho de peso, anotação no gráfico e observação do sentido da curva para avaliação do estado nutricional.
- 6) Aferição da pressão arterial, atentando-se para o risco de pré-eclâmpsia.
- 7) Anotação no gráfico e avaliação do crescimento fetal através do sentido da curva (após 16ª semana).
- 8) Realização do exame especular, se necessário.
- 9) Interpretação de exames laboratoriais e encaminhamento para avaliação médica, se necessário.
- 10) Acompanhamento das condutas adotadas pelo médico da equipe ou do serviço especializado.
- 11) Abordagem da dinâmica familiar com a gestação (relação com o companheiro, filhos, outros membros da família).
- 12) Abordagem da situação de trabalho; sobrecarga com a gestação, direitos trabalhistas, adaptações necessárias para intercorrências com a gestação.
- 13) Orientações de enfermagem específicas durante grupos de gestante.
- 14) Incentivar aleitamento materno; abordar tipos e posições de parto;
- 15) Elaborar plano de parto;
- 16) Agendamento de retorno de acordo com o fluxograma de acompanhamento e/ou necessidades.
- 17) Preencher o cartão de pré-natal e digitar informações no Sistema Mãe Paulistana.

Além do que foi citado, é importante orientar a gestante a realizar o mobilograma. A partir de 34ª semana de gestação: contar os movimentos fetais durante uma hora, em decúbito lateral esquerdo, após as refeições. Quatro ou mais movimentos fetais em uma hora são considerados tranquilizadores; se esses movimentos estiverem diminuídos,

deve-se procurar atendimento na maternidade para realizar uma avaliação complementar como a cardiotocografia.

6.15. Imunização

Esquema vacinal para gestante

Vacina/recomendação	Estado Vacinal	Dose intervalo
Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT. Recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado (2 meses de vida).	Previamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
Hepatite B A vacina da hepatite B é recomendada para todas as gestantes susceptíveis.	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar 3 doses.	Três doses, com intervalo de 0-1-6 meses.
Influenza • A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. • A vacina está recomendada nos meses de sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. • Dose única anual.		
COVID-19 • Dose única anual. • Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas, esquema vacinal e os grupos contemplados pelo PNI e PMI em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19 • https://capital.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao		

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019, pág 175; SMS/PMSP COVISA

6.16. Construção do plano de parto

Durante o pré-natal é importante abordar questões relacionadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto. O plano de parto é uma ferramenta importante para ser utilizada nesse momento e é uma das recomendações da diretriz para o cuidado intraparto^{8,9}.

É um documento que deve ser trabalhado pelos profissionais que acompanham o pré-natal, em conjunto com a pessoa gestante e acompanhante, e permite expressar suas preferências sobre o parto, aumentar a confiança em relação ao processo de parir, favorecer a comunicação com a equipe hospitalar, aprofundar seus conhecimentos sobre a fisiologia do parto e sobre as práticas assistenciais recomendadas.

O objetivo do plano de parto é visar a autonomia e participação da gestante e/ou casal frente às tomadas de decisões da equipe, em relação ao trabalho de parto e parto. Por meio deste documento, é possível que a equipe de saúde da maternidade conheça as preferências e expectativas sobre o cuidado que gostariam de receber nesse período.

O plano de parto está intimamente relacionado às ações educativas individuais e/ou grupais durante o Pré-Natal, sendo necessário um conhecimento da gestante e/ou casal sobre os tipos de parto, riscos, benefícios, bem como de todos os processos que envolvem o trabalho de parto e parto, possibilitando a participação e autonomia nas escolhas e decisões.

Deve ser elaborado durante as consultas de pré-natal pelo enfermeiro e/ou médico, de preferência após a participação da pessoa gestante em grupos educativos.

A gestante e/ou casal deve ser orientada quanto alterações do plano, tanto por mudanças de opinião quanto por necessidade da equipe obstétrica.

A seguir será apresentada uma sugestão de questões que devem aparecer no plano de parto, lembrando que estas podem ser adaptadas e reorganizadas de acordo com as especificidades dos serviços de saúde disponíveis no município.

Plano de Parto

MEU PLANO DE PARTO

- Desejo conhecer a maternidade?
() SIM () NÃO
Se sim, visita agendada para o dia ____/____/____
- Desejo que acompanhe durante internação na maternidade:
() Parceira () Mãe () Filho maior de 18 anos
() Amigo(a) () Outro familiar () Não quero acompanhante
- Terei uma doula me acompanhando? () SIM () NÃO
- Desejo que eu e a pessoa que for me acompanhar sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê:
() SIM () NÃO () Outros _____
- Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (assinale quantos itens desejar)
() Massagens (podem ser realizadas pelo meu acompanhante e/ou doula)
() Orientações sobre técnicas de respiração
() Movimentar-se e/ou andar caso eu queira
() Exercícios de relaxamento com bola
() Banho de chuveiro
() Anestesia medicamentosa por anestesia (quando disponível)
- No trabalho de parto é recomendado que a pessoa gestante movimente-se livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante meu trabalho de parto?
() SIM () NÃO
- Sei da importância de me manter hidratada e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como: (assinale quantos itens desejar)
() Água () Gelatina () Suco de frutas () Chás () Outros _____
- Cuidar do ambiente ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Desejo que sejam feitos os seguintes cuidados, se possível: (assinale quantos itens desejar)
() Ambiente com pouca luminosidade () Pouco barulho e conversas
() Privacidade () Ouvir música de minha escolha (levar fone de ouvido)
- Desejo que comuniquem a mim e a pessoa que estiver me acompanhando sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina, cesariana)
() SIM () NÃO
- Desejo que o toque vaginal seja feito a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e caso seja necessário realizar toques vaginais com maior frequência, solicito que informem a mim e a pessoa que estiver me acompanhando
() SIM () NÃO
- Desejo que na hora do nascimento sejam evitadas manipulação da minha região genital e episiotomia ("corte na vagina"):
() SIM () NÃO
- Caso seja necessária cesariana desejo a presença do meu acompanhante conforme Lei 11.108/2005:
() SIM () NÃO
- A posição na hora do nascimento deve ser escolhida pela pessoa gestante. Gostaria de ter as seguintes opções: (assinale quantos itens desejar)
() Sentada/ Cócoras na banqueta
() Semi-sentada com cabeceira elevada
() De quatro apoios (Gaskin)
() Outras _____
- Assim que o bebê nascer, gostaria de: (assinale quantos itens desejar)
() Pegar meu bebê no colo imediatamente
() Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal
() Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida
- Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em tempo oportuno:
() Pelo profissional que estiver fazendo meu parto
() Por mim mesma
() Pelo meu acompanhante

MEU PLANO DE PARTO

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Atenção Básica
Área Técnica de Saúde da Mulher

Nome da Pessoa Gestante: _____

Nome do Recém Nascido (RN): _____

Nome do acompanhante: _____

Serviço de referência para o parto: _____

PARABÉNS PELA GRAVIDEZ!

O nascimento se aproxima e é importante que você se prepare muito bem sobre tudo o que envolve esse momento tão especial. Este plano é um recurso importante que pode te auxiliar e proporcionar mais autonomia durante o parto, além de garantir que a equipe de atendimento esteja ciente de todas as suas preferências e dos procedimentos que devem ou não ser realizados para apoiar você e seu bebê.

Vale destacar que, na maioria dos casos, o parto normal é a via mais segura, enquanto a cesariana é uma exceção, sendo realizada preferencialmente sob indicação médica, pois é uma cirurgia de grande porte e apresenta maiores chances de causar complicações, como infecções e hemorragias, por exemplo.

Esperamos que a sua gestação seja tranquila e que tudo ocorra bem com você e com o seu bebê.

IMPORTANTE SABER

- Para a maioria das pessoas com útero, o trabalho de parto acontece de forma natural e espontânea e o colo uterino dilata até 10 centímetros para saída do bebê. No entanto, existem algumas situações especiais em que podem ser necessárias intervenções medicamentosas ou procedimentos para ajudar na indução e/ou condução do parto. Isso pode ser feito por meio de comprimidos na vagina, administração de soro com ocitocina, inserção de sonda no colo uterino ou necessidade da realização de suturas (costurar) a vagina ou períneo devido lacerações (cortes). Nesses casos, a equipe de plantão irá conversar com você e explicar a necessidade desses procedimentos.
- Deve-se evitar dar banho no bebê nas primeiras horas para que ele não esfrie.
- O curativo do coto umbilical é feito somente com álcool.
- Se a pessoa puérpera estiver bem, pode tomar banho (acompanhada) e alimentar-se logo após o parto normal.
- Os profissionais de saúde do local onde ocorrerá o parto irão avaliar periodicamente o sangramento após o parto e apoiarão a amamentação.

ITENS QUE VOCÊ DEVE LEVAR PARA A MATERNIDADE

- Roupas para você e o bebê
- Chinelos para banho
- Material de higiene íntima (escova de dente, escova/pente de cabelo, roupas íntimas)
- Exames, ultrassonografias e Cartão do Pré Natal
- Documentos pessoais com foto (seu e de seu acompanhante)

Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2024.

Acessar plano de parto em:

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/plano_de_parto_atencao_mulher_set24-pdf

Orientações para o final da gestação

FIQUE ATENTO: EM NENHUMA HIPÓTESE EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL!

- A partir de 34ª semana de gestação: contar os movimentos fetais durante uma hora, em decúbito lateral esquerdo, após as refeições. Quatro ou mais movimentos fetais em uma hora são considerados tranquilizadores; se esses movimentos estiverem diminuídos, deve-se procurar atendimento na maternidade para realizar uma avaliação complementar como a cardiotocografia.
- 40ª semana de gestação: encaminhar à maternidade de referência para realização de Cardiotocografia a cada 2 dias (preferencialmente pela manhã, após alimentar-se).
- 41ª semana de gestação: encaminhar à maternidade de referência para resolução do parto, ressaltando a possibilidade da indução do trabalho de parto. Orientar retorno à UBS o mais breve possível, em caso de dúvidas junto à maternidade.
- Orientar a gestante a retornar a UBS em até 7 dias após o parto para realização da consulta puerperal.

6.17. Encaminhamento ao pré-natal de alto risco (PNAR)

Algumas gestantes podem apresentar complicações, identificadas durante o pré-natal, que precisem de acompanhamento especializado. Nestes casos, deverão ser encaminhadas aos serviços de PNAR, mas deverão continuar também o acompanhamento nas UBS onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar a adesão da gestante às consultas, os exames e tratamentos e as recomendações do PNAR. Deverá haver integração entre as UBS e os serviços de PNAR de referência para melhor condução conjunta dos casos.

Vulnerabilidades e fatores que determinam SINAIS DE ATENÇÃO durante o Pré-Natal de risco habitual

A) Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis

- 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.

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 nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.

B) Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

C) Fatores relacionados à gravidez atual

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

Fonte: BRASIL, 2016. p. 86.

No Quadro abaixo, apresentam-se os casos que devem ser o mais rápido possível identificados e direcionados ao serviço referência para atendimento no alto risco e/ou serviço hospitalar/emergência. Porém, ressalta-se que apesar do encaminhamento, a unidade tem que oferecer suporte e orientações a estas gestantes.

Fatores de riscos para o encaminhamento ao serviço de alto-risco

Referenciar ao Pré-Natal de alto risco os seguintes casos:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);

- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão, 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 com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma);
- Hanseníase, Tuberculose;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Isoimunização Rh;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado;
- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior;
- 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 (encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- Neoplasia intraepitelial cervical - III (NIC- III)
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência);
- 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 com malformação fetal) e outras ISTs (como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovírus e adquiridas na gestação atual;

- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Fonte: BRASIL, 2016. p. 87-88.

Sinais indicativos de encaminhamentos da gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica. (BRASIL, 2016)

Encaminhar a gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica nos seguintes casos:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independente- mente da dilatação cervical e idade gestacional. Nunca realizar toque vaginal antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica; Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- 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. O 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;
- 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;
- 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 (é realizada ao se exalar forçadamente o ar contra os lábios fechados e nariz tapado, forçando o ar em direção ao ouvido médio se a tuba auditiva estiver aberta) 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 (temperatura $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção
- das vias aéreas superiores (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;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrômio;
- Óbito fetal.
- Atentar para classificação de risco da Dengue e encaminhar conforme Fluxogramas de atendimento

6.18. Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes

Sífilis na gestação

Diagnosticar e tratar precocemente a sífilis na gestação reduz a possibilidade de transmissão vertical e taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Assim, ao acolher a gestante, logo na primeira consulta, o teste rápido imunológico (treponêmico) e o VDRL (não treponêmico) devem ser realizados tanto na gestante, quanto no(a) parceiro(a).

Já no primeiro resultado reagente (positivo), deve-se iniciar imediatamente o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina, medicamento cujos benefícios superam quaisquer riscos, sendo considerado seguro para mãe e para o feto.

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, sendo a única droga com eficácia comprovada durante a gestação. Não há evidências de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) emitiu a Nota Técnica nº 03/2017, que reafirma a importância de enfermeiros prescreverem a Benzilpenicilina Benzatina para os tratamentos de sífilis, conforme protocolos institucionais, e com base no estudo realizado pela CONITEC referente a casos raros relacionados a anafilaxia por administração de Penicilina, o Cofen também orienta auxiliares e técnicos administrarem independente da presença do médico.

Recomenda-se que se investigue história de alergias a medicações anteriores, dentre outros, e suporte para urgência seja mantido na unidade, caso aconteça, lembrando que caso ocorra uma intercorrência com quaisquer

medicações, a enfermagem deve se reportar ao médico presente na Unidade de Saúde e componente da equipe multiprofissional. Para os casos nos quais não houver médico, a enfermagem deverá avaliar risco/benefício do procedimento.

O quadro a seguir apresenta os esquemas terapêuticos utilizados para sífilis na gestação, de acordo com a classificação clínica da infecção.

Tratamento e monitoramento de sífilis em gestante e parcerias sexuais

Estadiamento	Esquema Terapêutico ^a	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até 1 ano de evolução)	No estado de SP o esquema indicado para sífilis recente em gestantes é Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, via IM 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo)^b por 2 semanas. <u>Dose total: 4,8 milhões UI, IM.</u>	Teste não treponêmico mensal ^b
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de 1 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	O esquema indicado para sífilis tardia em gestantes é Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, via IM 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas^c. <u>Dose total: 7,2 milhões UI, IM.</u>	Teste não treponêmico mensal ^b
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, via IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Exame de LCR de 6/6 meses até normalizar
Parcerias com teste negativo	Dose profilática de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Obs: o tratamento do parceiro somente será prescrito se ele estiver presente na consulta. A receita feita pelo enfermeiro prescrito tem validade interna somente (UBS/Unidade do SUS).	
Parcerias positivas	O esquema indicado é Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI IM 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. <u>Dose total: 7,2 milhões UI, IM.</u>	Seguir recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio

		clínico da infecção.
Legenda: UI = unidades internacionais; IM = intramuscular; IV = intravenoso; LCR = líquido cefalorraquidiano.		
Cuidados durante o tratamento		
✓ A recomendação é que as doses sejam aplicadas, idealmente, a cada sete dias, não ultrapassando 9 (nove) dias. Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas ultrapasse nove dias, o esquema deve ser reiniciado. ✓ Caso não haja evidências de sífilis recente, considerar tratamento como sífilis tardia. ✓ A benzilpenicilina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado da sífilis nas gestantes. ✓ O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Por exemplo: se o diagnóstico for realizado com VDRL, deve-se manter o seguimento com VDRL. ✓ O intervalo entre doses deve ocorrer, idealmente, a cada sete dias, não podendo ultrapassar nove dias. Caso alguma das doses seja perdida ou o intervalo entre elas ultrapasse nove dias, o esquema deve ser reiniciado. 1. Exames (teste não treponêmico) devem ser repetidos mensalmente até o desfecho da gestação e após 30 dias do parto. Após coleta de exame no puerpério repetir exame de VDRL a cada 3 meses por 2 anos (monitoramento de cura e investigação de reinfecção). 2. Realizar controle de acompanhamento (sistema, fichas, prontuário) do tratamento da gestante e parcerias sexuais, alimentando os dados no cartão de pré-natal e orientando em relação ao seguimento; 3. O aumento da titulação do VDRL em pelo menos 2 diluições (exemplo: VDRL de 1:2 para 1:6), OU persistência ou recorrência dos sinais/sintomas OU ausência de queda esperada do título deve-se investigar reinfecção e investigar sinais/sintomas neurológicos e/ou oftalmológicos. 4. Queda da titulação em pelo menos 2 diluições em até 3 meses após a conclusão do tratamento significa resposta imunológica adequada. 5. O tratamento da gestante e parcerias sexuais deve ser iniciado, preferencialmente, concomitante à gestante, até a 20ª semana de gestação; 6. Recomenda-se realizar VDRL no(a) parceiro(a) infectado(a) a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano de monitoramento de controle de cura. 7. Lembrar que a sífilis é de uma doença de notificação compulsória, segundo Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde.		

Fonte: Adaptado de BRASIL, Nota Técnica 14/2023, 2023.

Diabetes mellitus gestacional

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição clínica que deve ser detectada precocemente e acompanhada a fim de evitar complicações ao binômio. Pode ser definida como um desajuste no metabolismo de carboidratos, resultando em hiperglicemia, que é identificada pela primeira vez na gestação, podendo permanecer ou não após o nascimento.

A DMG deve ser acompanhada de perto pela equipe de saúde, devido aos riscos ocasionados pela hiperglicemia, sendo uma das possibilidades o aumento da incidência de pré-eclâmpsia, polidrâmnio, aumento das taxas de cesarianas, também a diabetes e a intolerância a carboidratos após a gestação. Na criança, os efeitos da hiperglicemia podem ser graves: são comuns alterações resultantes como macrosomias que podem dificultar o parto causando distócia, bem como após o nascimento, com ocorrências de hipoglicemia, icterícia, além da policetemia e a hipocalcemias decorrentes de sofrimento respiratório.

A incidência de DMG tem aumentado com o crescimento da obesidade na população feminina, em paralelo ao incremento da prevalência de DM2. Os principais fatores de risco para DMG encontram-se no Quadro 18.

Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG).

Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG)

- Idade materna avançada
- Sobrepeso e obesidade
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau
- Presença de condições associadas à resistência à insulina
- acantosis nigricans
- obesidade central
- hipertrigliceridemia
- hipertensão arterial sistêmica
- síndrome de ovários policísticos
- Ganho excessivo de peso na gravidez atual
- Crescimento fetal excessivo
- Polidrâmnio
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição
- Malformações
- Morte fetal ou neonatal
- Macrosomia

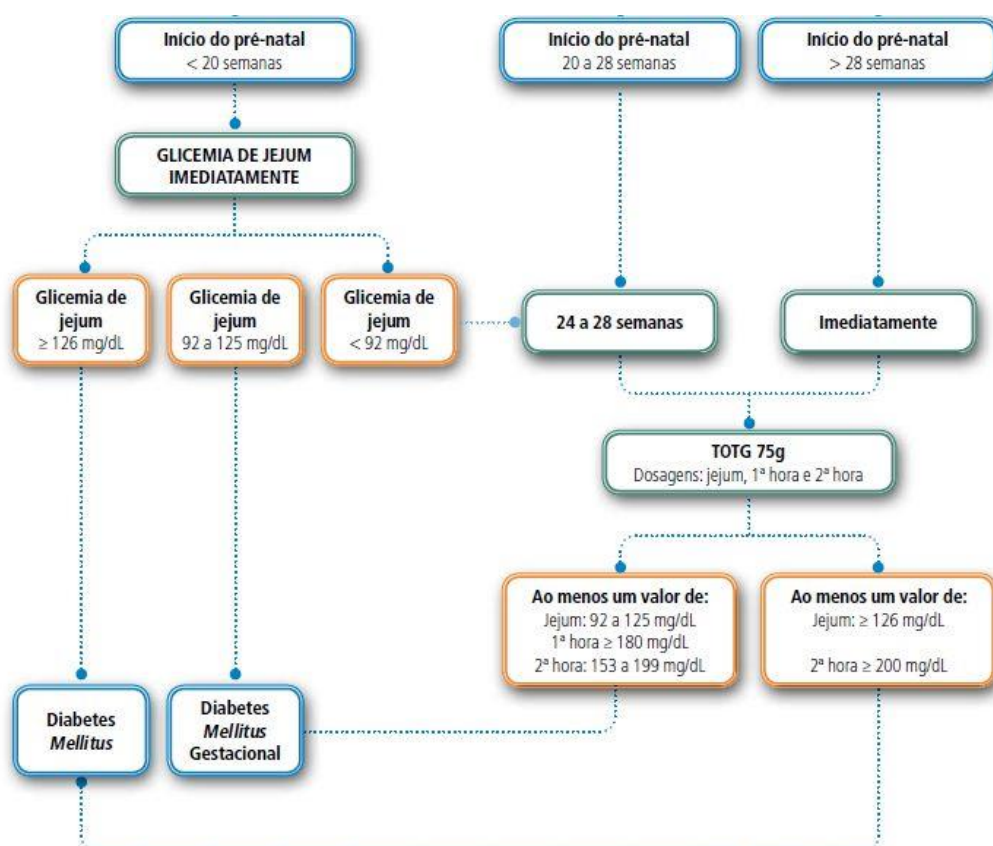
- DMG prévio
- Hemoglobina glicada $\geq 5,7\%$ no primeiro trimestre

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024.

Diagnóstico da DMG

Todas as gestantes devem ser investigadas para DMG, sendo necessária a realização de exame de Glicemia de Jejum (GJ) (até 20 semanas de idade gestacional) para diferenciação entre o DMG e o Diabetes Mellitus (DM) diagnosticado na gestação. O Fluxograma 3, representa as fases do diagnóstico.

Fluxograma 3: Rastreamento e diagnóstico da diabetes de acordo com fatores de risco da gestante:



Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2021.

Cuidados e Orientações gerais à gestante com DMG.

Cuidados e orientações gerais sobre DMG

- Não abandonar o tratamento, mas sim segui-lo à risca realizando os exames e o monitoramento durante o Pré-Natal e no pós-parto;

- Na maioria dos casos, frente aos cuidados e monitoramento adequado, a gestação e parto transcorrem sem complicações;
- Podem ser utilizados adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação;
- Adoção de estilo de vida saudável, com alimentação equilibrada;
- Para prevenir hiperglicemia, hipoglicemia ou cetose, a dieta deve ser fracionada em pequenas porções a cada 3 horas durante o dia;
- Prática regular de atividade física – Gestantes sedentárias podem ser orientadas a praticar caminhadas regulares de aproximadamente 20 minutos por dia. As que já se exercitavam regularmente podem manter suas atividades, evitando exercícios de alto impacto (como pular corda, correr, body jump etc.);
- Atividades físicas não devem ser realizados se houver suspeita de diminuição da movimentação fetal (<10MFs/24 horas) e se a glicemia capilar estiver < de 70 mg/dl ou ≥ de 250 mg/dl;
- Evitar o uso de álcool. Abandono do tabagismo;
- Algumas mulheres (de 10% a 20%) necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária. A insulina de ação prolongada, embora tenha se mostrado segura em alguns relatos de casos, não dispõe de evidências suficientes para sua indicação;
- Atentar aos cuidados para evitar hipoglicemia, principalmente nas gestantes que fazem uso de insulina;
- A insulina deve ser administrada no abdome ou membros menos exercitados (o exercício pode aumentar a sensibilidade muscular à absorção de insulina). Informar que o pico de ação da insulina não deve coincidir com o horário da atividade, diminuindo o risco de hipoglicemia;
- Orientar sinais de alerta para sintomas de hipoglicemia. Sugerir que carregue consigo fonte de glicose rápida para ser utilizada em eventual hipoglicemia (ex.: suco adoçado e balas);
- Acompanhar e orientar o tratamento farmacológico (caso tenha sido prescrito);
- A conduta obstétrica de uso de corticosteroides para maturação pulmonar fetal não é contraindicada, mas deve-se administrá-los de forma concomitante ao monitoramento intensivo da glicemia e aos ajustes da dose de insulina.

Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2012¹; LONDRINA-PR, 2017.

É importante ressaltar que após o parto o acompanhamento da mulher pela unidade de saúde deve continuar, bem como o monitoramento glicêmico e orientações pertinentes para cada situação.

Síndromes hipertensivas na gestação (SHG)

A classificação mais difundida estabelece a possibilidade de quatro formas de síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão arterial crônica sobreposta.

Fatores de risco associados à pré-eclâmpsia

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Obesidade (IMC > 30)
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (ex.: lúpus, síndrome antifosfolípide)
	Gestação decorrente de reprodução assistida
Moderado	Nuliparidade
	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmãs)
	Idade ≥35 anos
	Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro)
	Intervalo >10 anos desde a última gestação
Baixo	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências

Fonte: Adaptado de MS, Manual de gestação de alto risco, 2022, pág 457.

Classificação das SHG e condutas

Classificação da síndrome hipertensiva da gestação e condutas		
Tipo	Descrição	Conduta
Hipertensão arterial crônica	Estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de 12 semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.	•Encaminhar para o serviço de acompanhamento da gestação de alto risco;
Hipertensão gestacional	Refere-se à identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados a pré-eclâmpsia. Normalmente ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério.	• A unidade de origem deve continuar monitorando a gestante, quanto ao comparecimento

	É comum que a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia.	nas consultas de alto risco, seja pela programação da ida da gestante à unidade, seja pela visita domiciliária.
Pré-eclâmpsia	Manifestação de hipertensão arterial identificada após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia). É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.	Indicação de tratamento hospitalar / serviço de alto risco.
Pré-eclâmpsia sobreposta à HAS crônica	Esse diagnóstico deve ser estabelecido quando, após 20 semanas de gestação, ocorre piora dos níveis pressóricos, associado ao aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na primeira metade da gravidez, ou ainda se ocorrer disfunção de órgãos-alvo.	
Eclâmpsia	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.	

Fonte: Adaptado de FEBRASGO, Protocolo da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão, 2022²².

Evidências para pré-eclâmpsia

Pré-eclâmpsia: Critérios para cuidado compartilhado	
Hipertensão Arterial + Proteinúria	PAS $\geq$ 140mmHg ou PAD $\geq$ 90mmHg aferidas em duas ocasiões com 4 horas de intervalo, após 20 semanas em gestantes com PA normal. Relação Proteinúria/Creatinúria $\geq$ 0,3mg/dL ou $\geq$ 300mg em 24 horas ou fita reagente $\geq$ 1+
Na ausência de proteinúria	Surgimento de hipertensão associada a pelo menos um dos seguintes fatores:
Trombocitopenia	Contagem plaquetária $\leq$ 100.000/mm

Alterações renais	Creatinina sérica $\geq 1,2\text{mg/dL}$ ou o dobro do valor basal
Comprometimento hepático	Aumento das transaminases (TGO ou TGP): acima de 2 vezes o valor normal ou dor persistente em quadrante superior direito
Edema pulmonar	
Sinais ou sintomas de lesão em órgãos-alvo	Cefaleia ou escotomas ou epigastralgia (iminência de eclâmpsia)
Restrição de crescimento fetal (RCF)	Insuficiência placentária grave com alterações dopplervelocimétricas ou RCF

Fonte: FEBRASGO, Protocolo da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão, 2022.

Orientações importantes:

- Repouso em decúbito lateral esquerdo por, pelo menos, duas horas durante o dia;
- Para gestantes com hipertensão crônica sugere-se a dieta hipossódica ($< 2,4\text{g/dia}$);
- Controle da PAS, orientações quanto aos sintomas de elevação da PA: distúrbios visuais, cefaleia persistente, náuseas e/ou vômitos, dor abdominal;
- Retorno com maior frequência até iniciar o acompanhamento no serviço de alto risco;
- Se o paciente utilizava diuréticos por cardiopatia ou nefropatia, o indicado é a furosemida. Se usava diurético por HAS, é necessária a adequação para anti-hipertensivo adequado à gestação (são indicados metildopa, sendo a dose inicial de 750mg, podendo aumentar, se necessário até 2,0g/dia e betabloqueadores podem ser usados, se necessário);
- A PA deve ser mantida entre 90 a 100mmHg, pois níveis inferiores a estes podem comprometer a oxigenação placentária;
- As gestantes com SHG devem ser orientadas a buscar uma unidade hospitalar no caso de emergências hipertensivas como: PA diastólica $> 110\text{mmHg}$ (mantida após repouso) acompanhada ou não de cefaleia, dor precordial, vertigens, vômitos.

Arboviroses na gestação

As arboviroses são doenças transmitidas por arbovírus, que geralmente são ocasionadas pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, sendo responsável pela transmissão da dengue, Chikungunya, Zika e febre amarela.

Os sinais e sintomas variam dependendo do vírus a que a gestante foi exposta, podendo ser: exantema maculopapular acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção, prurido, poliartralgia ou edema periarticular. Entretanto, considera-se suspeita de arbovirose na gestação quando, em qualquer idade gestacional, ocorrer doença exantemática aguda, após identificar que não há correlação com outras doenças infecciosas.

O diagnóstico diferencial é importante para o manejo adequado da gestante. O quadro abaixo apresenta a definição de caso suspeito das principais arboviroses, bem como os riscos à gestação e as condutas que devem ser tomadas pelo enfermeiro frente ao diagnóstico.

Diagnósticos e condutas frente às arboviroses

Definição de caso suspeito	Riscos à gestação	Diagnóstico laboratorial/ condutas
Dengue Febre aguda, com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos sintomas: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema, leucopenia, petéquia ou prova do laço positiva; resida ou tenha viajado nos últimos 15 dias para área com transmissão de dengue ou presença de <i>Aedes aegypti</i> .	Aumento do risco de prematuridade, óbito fetal intrauterino, sofrimento fetal e até dengue congênita.	- Realizar notificação compulsória; - Realizar prova do laço e solicitar hemograma completo (avaliação da presença de plaquetopenia / hemoconcentração). Demais condutas, seguir o manejo clínico da doença da mesma forma que para pacientes não gestantes.
Chikungunya Febre de início súbito maior que 38,5°C e intensa poliartralgia, podendo ser acompanhada de cefaleia, exantema, fadiga e dorsalgia com duração média de 7 dias, resida ou tenha visitado áreas endêmicas ou epidêmicas nos últimos 15 dias, antes do início dos sintomas, ou tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado, ou com exame negativo para dengue que mantenha sintomatologia por mais de 8 dias do início dos sintomas.	- Não está relacionada a efeitos teratogênicos; - Relatos de abortos são raros; - Porém se faz necessário, no caso de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, o acompanhamento em leito de internação.	- Realizar notificação compulsória; - Solicitar hemograma completo (sendo observado frequentemente, na alteração, leucopenia com linfopenia menor que 1000 cels/mm³); - Demais exames: seguir o manejo clínico da doença da mesma forma que para pacientes não gestantes; - É necessário também acompanhamento médico.

Zika Exantema maculopapular pruriginoso ou não, acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção/prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.	Mesmo sendo atípicas e raras as formas graves da infecção pelo vírus zika, já foram descritos riscos como: desidratação extrema, acometimento articular severo, encefalite e a síndrome de Guillain-Barré. Além disso são maiormente temidos os riscos de desenvolvimento de microcefalia pelo feto.	• Realizar notificação compulsória; • Confirmação do caso quando há identificação de material genético do vírus por meio da técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em amostras biológicas. A amostra de sangue para realização de PCR para o vírus zika deve ser coletada até o 6º dia de início dos sintomas; • Incentivar o uso de preservativos, uma vez que existe a possibilidade, ainda não comprovada, da transmissão de zika por via sexual; • É necessário também acompanhamento médico; • O acompanhamento dos casos positivos deve ser feito pelo serviço de atendimento de alto risco.
--	--	---

FONTE: BRASIL, 2023.

Consultar fluxogramas de manejo das arboviroses vigente em:

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ab_fluxograma_atendimento_dengue_19_11_2024-pdf

Contudo, é importante ressaltar que a melhor maneira de evitar riscos ao binômio é com a aplicação dos métodos preventivos contra o mosquito *Aedes aegypti*, causador das arboviroses, por meio de cuidados simples que devem ser orientados a todas as gestantes e população geral, como: manter os quintais livres de água parada; orientar o uso de repelentes tópicos (registrados na ANVISA) seguindo as orientações do rótulo; orientar a instalação de barreiras em porta e janelas (telas); orientar a gestante a manter a maior parte do corpo protegida com roupas compridas, aplicando repelentes na área exposta; explicar à gestante que deve evitar lugares de aglomerações de foco de mosquito.

Infecção do trato urinário (ITU)

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)

Informações Importantes para Gestantes:

- Repetir/realizar EAS + cultura com antibiograma 1 semana após término do tratamento (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 médica)
 - **NÃO PRESCREVER APÓS 36ª SEMANA DE GESTAÇÃO** - Compartilhar o cuidado com médico

Interpretação de resultados:

Urocultura Negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por ml (UFC/ml)

Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/ml

Antibiograma: Indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.

Antibiótico de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp a cada 6 horas por 7 dias. Evitar próximo ao parto (**NÃO PRESCREVER APÓS 36ª SEMANA DE GESTAÇÃO**).
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., a cada 6 horas, por 7 dias. Risco B;
- Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500mg + 125mg a cada 8 horas ou 875mg + 125mg a cada 12 horas por 7 dias. Risco B

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Infeccoes_Trato_Urinario_PMSP_2021.pdf

Conforme Protocolo Saúde das Mulheres Ministério da Saúde (2016)

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>

6.19. Pré-natal do(a) parceiros(a): do acolhimento ao acompanhamento

Após a confirmação da gestação o acompanhamento em conjunto com a gestante é iniciado. O processo de acompanhamento do parceiro se dá em 5 passos:

- 1º Passo - primeiro contato com postura acolhedora;
- 2º Passo – solicitação de testes rápido e exames de rotina;
- 3º Passo – Vacinar de acordo com a situação vacinal entrada;
- 4º Passo - Criação de vínculo para proporcionar o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes;
- 5º Passo Esclarecimento sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto. Conversar com os parceiros sobre sua participação no pré-parto, parto e puerpério, incentivar a amamentação, além de participar do parto:

1. estimular o parto normal;
2. diminuir a duração do trabalho de parto;
3. diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
4. aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
5. diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
6. fortalecer o vínculo entre família-bebê.

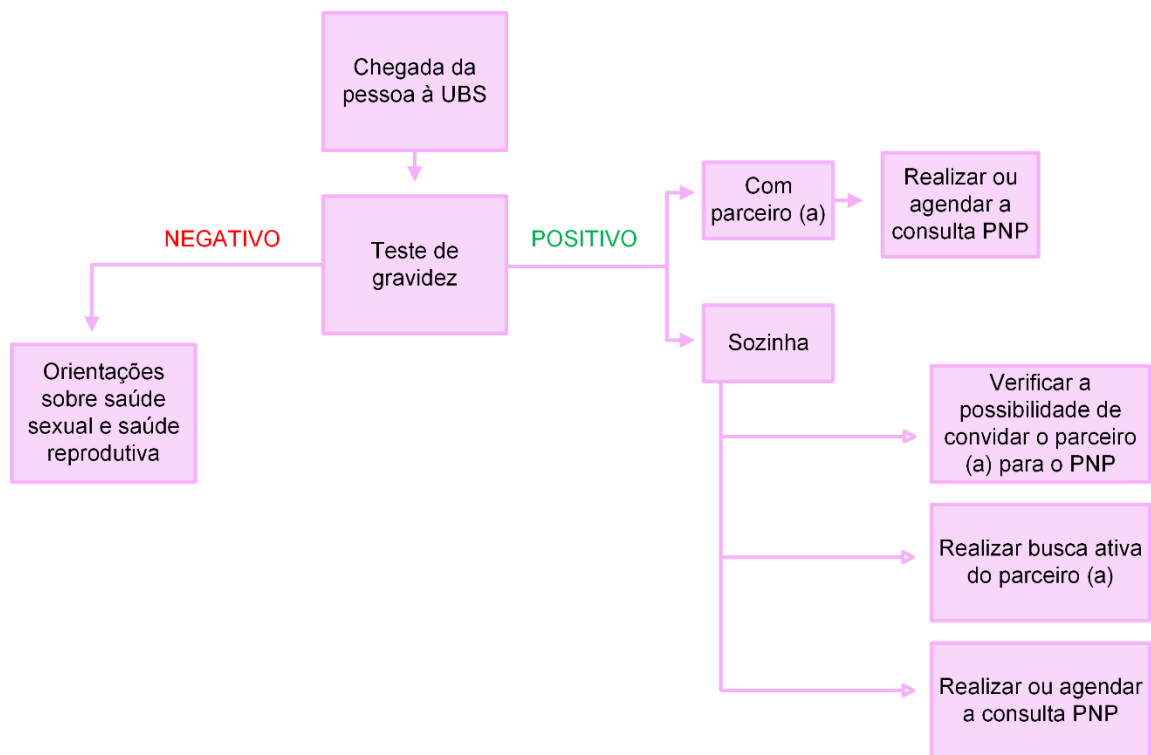
Consulta inicial do parceiro

Além de acolher o/a parceiro/a com aconselhamento a/o enfermeira/o deve solicitar que traga a carteira vacinal para ser atualizada, e solicitar os exames e procedimentos:

- Testes rápidos
- Tipagem sanguínea e fator RH;
- HBsAg;
- Teste treponêmico e não treponêmico para detecção de sífilis por meio da tecnologia convencional ou rápida;
- Pesquisa de anticorpos anti-HIV;

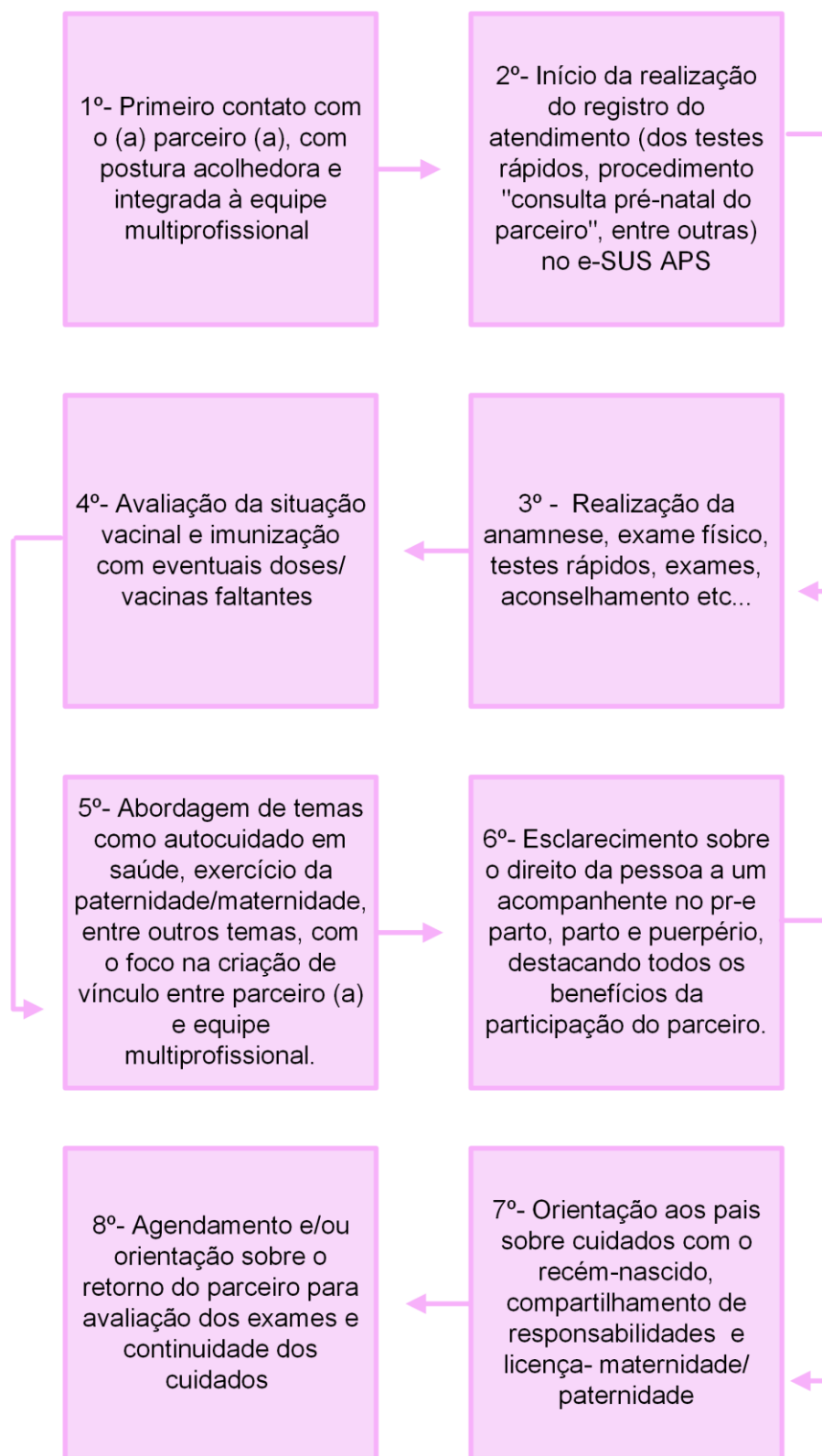
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite B (anti-HBs);
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
- Hemograma;
- Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;
- Dosagem de Glicose;
- Eletroforese da hemoglobina;
- Aferição da Pressão Arterial;
- Verificação de Peso e cálculo de IMC.

Primeira consulta de pré-natal do(a) parceiro(a)



Fonte: Brasil, 2023

Etapas do procedimento da consulta de pré-natal do parceiro (a)



Fonte: Brasil, 2023

Retorno da consulta inicial

No retorno da consulta inicial, deve ser avaliado os resultados dos exames; definição de tratamentos; Inclusão nos grupos de temas sobre gênero, saúde sexual e reprodutiva, paternidade/maternidade, cuidados com o RN, hábitos saudáveis, prevenção da violência e acidentes, e direitos legais dos pais.

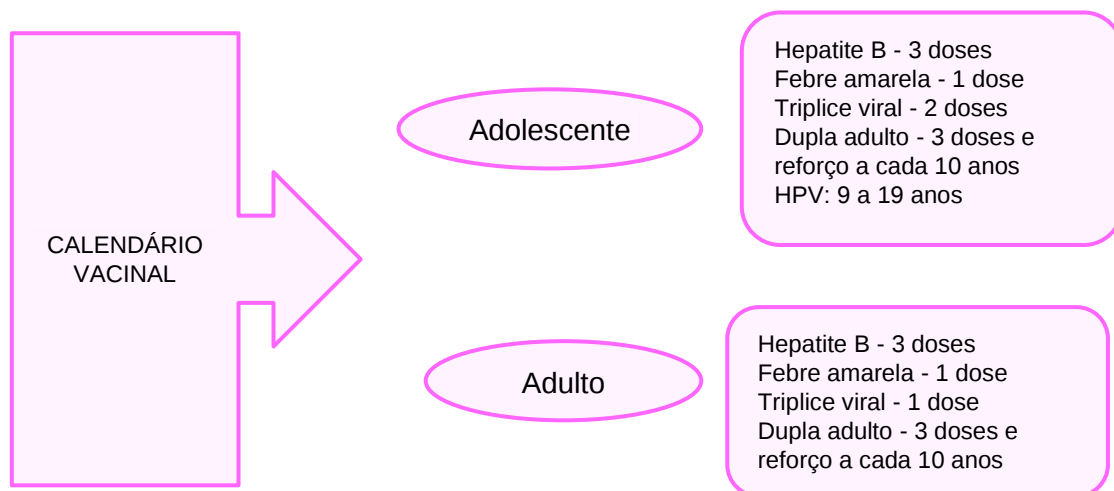
Demais encontros

No demais encontros, o enfermeiro deve acolher com uma escuta ativa as dúvidas e necessidades.

Para todas as consultas, o enfermeiro deve abordar de maneira que o parceiro:

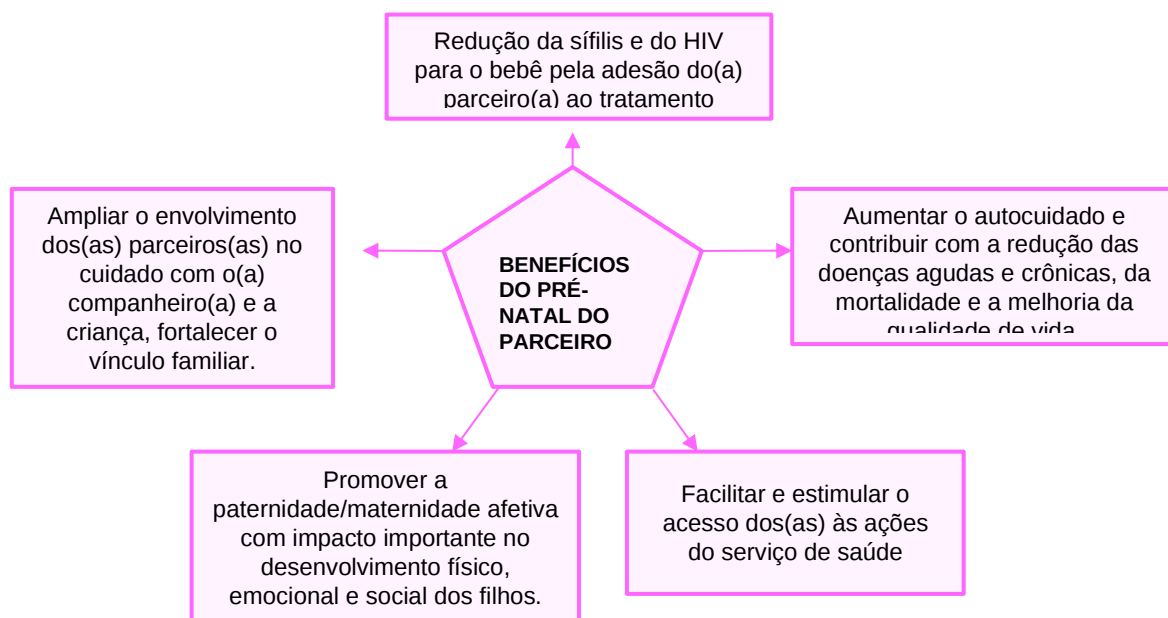
- Entenda a importância da sua participação;
- Entenda a importância de realizar os exames laboratoriais;
- Seja orientado ao acompanhamento no pré-parto, parto e puerpério;
- Seja investigado a idade, escolaridade, condições de vida, situação conjugal, histórico sexual e reprodutivo, uso drogas lícitas ou ilícitas;
- Reação com a descoberta da gestação da(o) parceira(o);
- Entenda sobre paternidade e cuidado;
- Valorização e respeito com a possibilidade desse parceiro(a) como cuidador, além do incentivo do cuidado com a sua própria saúde, e do recém-nascido;
- Orientado sobre métodos contraceptivos;
- Orientado sobre a prevenção das ISTs;
- Orientado sobre a vacinação;
- Orientado sobre os serviços de saúde

Calendário vacinal do(a) parceiro(a)



FONTE: Adaptado de Brasil, 2016.

Benefícios do pré-natal do(a) parceiro(a)



Fonte Adaptado de COREN –SP, 2019.

6.20. - Visita domiciliária na gestação

A visita domiciliária é uma importante ferramenta no acolhimento da pessoa, garantindo a assistência no Pré-Natal, favorecendo um acompanhamento longitudinal e contínuo, com objetivo de buscar informações que somem à avaliação do contexto familiar e social, buscando identificar as principais

vulnerabilidades da mulher ou membros da família para complementação do plano de cuidados da gestante. Sendo importante saber que:

- O acompanhamento domiciliar deve ser realizado pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem;
- A frequência das visitas deve seguir as necessidades observadas no acompanhamento dessa gestante;
- Durante a visita, devem ser avaliados o cartão da gestante, suas queixas, possíveis dificuldades encontradas para se adequar ao seguimento Pré-Natal e/ou desafios no seu meio familiar;
- Realizar busca ativa, identificando as gestantes sem assistência e/ou faltosa e providenciar seu acompanhamento, motivando-a para os retornos;
- Atender a gestante e a família, esclarecendo dúvidas, incentivar a participação de todos;
- Incentivar a atualização do calendário vacinal;
- Captar no(a) parceiro(a), sem acompanhamento;
- Se gestante em situação de rua, a visita deve ser mensal, com atenção especial às ISTs;
- Realizar consulta de enfermagem;
- Construir com a gestante o seu plano de parto;
- Verificar rede de apoio;
- Identificar necessidade de recursos socioassistenciais;
- Identificar possíveis riscos de violências.

Sugere-se que a visita domiciliária comece com uma reunião familiar e posteriormente passe a assumir a consulta de enfermagem no domicílio, buscando envolver toda a família no Pré-Natal e nos cuidados com o RN e a puérpera. Conhecer o espaço físico e ambiente familiar: quarto onde o RN vai dormir, iluminação, ventilação, umidade, comportamento familiar frente à chegada do recém-nascido e rede de apoio para o acompanhamento da puérpera e o cuidador para os outros filhos são também ações importantes da equipe de enfermagem durante o momento da visita.

6.21. Temas para grupos de gestantes

A educação em saúde é um momento precioso para a escuta ativa e saneamento de dúvidas, com a possibilidade de trocas quando feita em grupo. Abaixo segue algumas temáticas para discussão em grupos de gestantes:

1. Adesão e apropriação do Pré-Natal e início da elaboração do plano de parto;
2. Tipos de parto: riscos e benefícios;
3. Conscientização da importância do cartão da gestante e de carregar sempre este documento;
4. Boas práticas de alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais e as doenças que podem surgir por maus hábitos alimentares;
5. Mitos, tabus e insegurança na gravidez
6. Acompanhamento de todas as fases de desenvolvimento da gravidez;
7. Aconselhamento sexual, prevenção de ISTs/Aids, aconselhamento no teste de HIV e sífilis;
8. Esclarecimento e orientações sobre as queixas mais frequentes;
9. Atitudes e sinais de alerta (sangramento vaginal, dor de cefaleia, dor abdominal, febre, cansaço, falta de ar);
10. Direito de acompanhamento na sala de parto e preparo de como se deve manter o controle emocional durante os procedimentos;
11. Apoio emocional às gestantes que estão impossibilitadas de realizar o parto normal;
12. Direito de acompanhante na sala de parto e preparo de como se deve manter o controle emocional durante os procedimentos;
13. GAME (Grupo de aleitamento materno exclusivo) Incentivo ao aleitamento materno e acolhimento às mulheres impossibilitadas de amamentar;
14. Sinais e sintomas do parto;
15. Cuidados com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
16. Violência doméstica, sexual e outras violências, distúrbios mentais;
17. Impacto e agravos das condições trabalhistas sobre a gestação, o parto e o puerpério;
18. Importância do(a) parceiro(a) no acompanhamento do Pré-Natal, reforçando o vínculo familiar;
19. Gravidez na adolescência, dificuldade e enfrentamento social;

20. Apoio psicológico na gravidez indesejável;
21. Importância das consultas no período puerperal;
22. Cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida e exames obrigatórios;
23. Cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida e exames obrigatórios: Crescimento e desenvolvimento do Bebê;
24. Modificações corporais.

6.22. Orientações sobre a Promoção e Manejo da Amamentação

A prática da amamentação é benéfica porque:

- O leite materno/humano é um alimento completo com os nutrientes que garantem o melhor crescimento e desenvolvimento da criança, além de imunoglobulinas que conferem proteção contra doenças, principalmente diarreias, alergias e infecções;
- O leite materno/humano está sempre pronto e na temperatura certa;
- Fortalece o vínculo entre a mãe e o filho;
- Protege a puérpera da hemorragia pós-parto, diminui as chances de desenvolvimento do câncer de mama, ovário e útero;
- Otimiza a renda familiar, uma vez que poupa as despesas com outros tipos de leites e remédios, e proporciona redução do absenteísmo no trabalho em razão do adoecimento da criança;
- Promove a sustentabilidade, uma vez que reduz o consumo de recursos ambientais para a produção e distribuição de substitutos do leite humano.

Durante o período Pré-Natal e nos grupos de apoio, explicar às puérperas:

- Os benefícios da amamentação na primeira hora de vida, na primeira infância e ao longo da vida (curto, médio e longo prazos).
- Os intervalos entre mamadas: a criança deve mamar sempre que apresentar os sinais de fome, sem hora marcada (livre demanda). Nos primeiros dias, contudo, não deverá ultrapassar 4 horas de intervalo, até que se estabilize a glicemia e o ganho de peso do recém-nascido.
- A duração da mamada: normalmente crianças menores apresentam maior tempo de sucção nutritiva na mama devido ao seu aprendizado em mamar, com tendência de redução conforme maior exposição da criança na mama.
- A produção de leite: quanto mais a criança mamar, maior será a produção láctea da lactante.

- A importância da participação nos grupos de apoio às mulheres que amamentam, seja na unidade de saúde ou em sua comunidade, com o intuito de compartilhar experiências e promover o aprendizado coletivo.

Fonte: Adaptado de Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde, SMS-SP, 2016.

Informações Fundamentais para a prática profissional	
Crença de leite fraco ou insuficiente	- A composição do leite materno/humano se altera durante a mamada, variando principalmente as concentrações de água e gordura, e entre os períodos do dia; - O leite materno/humano é perfeitamente ajustado, tanto na composição quanto a quantidade, para atender às necessidades nutricionais específicas da criança em cada fase do seu desenvolvimento, garantindo todos os nutrientes essenciais. Portanto, não existe leite materno fraco; - Em caso de baixa produção láctea real, avaliar se o padrão de sucção da criança na mama está adequado.
Como amamentar?	- A lactante deve encontrar uma posição confortável para amamentar, com apoio para as costas, a região lombar e os pés. A posição é de escolha e adaptação da mulher e da criança podendo ser tradicional, invertida, comportamental, cavalinho ou deitada; - Na sequência deve-se observar a posição da criança, que deve estar de frente para a mama, bem próxima ao corpo materno, com as nádegas apoiadas pelo braço e mão da nutriz; - A criança, ao mamar, deve pegar o mamilo e boa parte da aréola (mais aréola visível acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior) para que a ejeção láctea ocorra de forma adequada, manter a boca bem aberta, lábios virados para fora, queixo tocando a mama, bochechas arredondadas e nariz livre.
Como evitar lesões mamilo-areolares	- Corrigir a posição e pega da lactante e da criança durante a mamada ajuda a prevenir lesões mamilares; - Não fazer uso de substâncias tóxicas na região mamilo-areolar (sabonetes, cremes, loções, etc.), uma vez que removem a proteção natural da pele; - Não manipular a região mamilo-areolar com massagens ou outros utensílios (bucha vegetal, por exemplo); - Hidratar a região com o próprio leite antes e após as mamadas, objetivando limpar e proteger a aréola e mamilo
Evite uso de bicos artificiais	- Aconselhar as lactantes a não oferecerem bicos artificiais como chupetas ou mamadeiras, porque pode interferir no aprendizado da criança na sucção durante a mamada; - Alertar a lactante que quando a criança experimenta outro bico, pode iniciar um processo de confusão de bicos, levando ao desmame precoce;

	- Enfatizar que bicos artificiais são de difícil limpeza e esterilização sendo, portanto, de fácil contaminação, podendo causar doenças.
Até que idade amamentar?	- A amamentação é recomendada até dois anos ou mais, sendo exclusiva até os seis meses e complementada após esse período; - Lactante e criança devem decidir se continuarão ou não a amamentação. O leite materno/humano acompanha o crescimento da criança e contém proteínas, vitaminas, energia e anticorpos.
Rede social de apoio	- Estimular a lactante a conversar com as pessoas que compartilham sua rotina diária, como familiares e parceiro(a), bem como com aqueles que estão vivenciando a mesma experiência, seja na comunidade ou na unidade de saúde.
Como extrair o leite materno/humano?	- Lavar as mãos; - Fazer massagens suaves em toda a mama; - Utilizar frasco esterilizado, de vidro e com tampa plástica de rosca, e posicioná-lo abaixo do mamilo; - Posicionar o polegar no limite superior da aréola e o indicador no limite inferior da aréola; - Pressionar suavemente um dedo contra o outro, em direção ao tórax, de forma intermitente e ritmada; - Realizar o movimento de extração repetidamente, no qual o fluxo inicial é baixo e vai aumentando gradativamente; - Ao término, identificar o frasco com a data e o horário da extração.
Como estocar e oferecer o leite materno/humano ao lactente?	- Estimular a lactante a começar a extrair seu leite e armazená-lo para fazer estoque cerca de duas semanas antes de voltar a trabalhar; - Orientar o armazenamento do leite em um frasco de vidro, com tampa plástica e de rosca, esterilizado (lavado e fervido); - Explicar que o leite deve ser congelado imediatamente após a extração; - Para ser oferecido à criança, o leite deve ser descongelado e aquecido no próprio frasco, em banho-maria, até atingir a temperatura ambiente. - O leite não pode ser aquecido mais de uma vez. Assim, orienta-se descongelar apenas o que for oferecido. O leite aquecido que foi oferecido à criança e sobrou deve ser descartado. CONSERVAÇÃO E VALIDADE DO LEITE HUMANO: Refrigerado (mantido na geladeira): 12 horas Congelado (mantido no freezer): 15 dias (Fonte: RDC171 2006 – ANVISA)

Fonte: Adaptado de Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde, SMS-SP, 2016.

Sexualidade no período gestacional

A sexualidade pode estar estremecida entre os casais, devidos as mudanças físicas, medos e fantasias que podem ocorrer.

A equipe de saúde tem um papel fundamental para amenizar dúvidas e orientação. A depender de situações como repouso relativo, sangramentos, risco de parto pré-termo ela deve ser orientada a não realização do ato sexual.

A equipe de saúde tem papel fundamental no suporte emocional nas queixas mais comuns.

1. Aversão ao companheiro;
2. Diminuição ou aumento da libido;
3. Insegurança no período gestacional
4. Medo de ser desprezada pelo(a) parceiro (a);
5. Medo da dor;
6. Medo de que o orgasmo pode provocar o aborto

Diante do exposto a equipe deve manter um diálogo aberto com o casal, sempre mantendo a escuta ativa, e elaborando com eles que a sexualidade não se trata somente a penetração.

6.23. Assistência De Enfermagem à Mulher No Puerpério

A atenção à mulher no puerpério é essencial para a saúde materna e neonatal e deve sempre que possível incluir o pai, a família e toda a rede de apoio, respeitando o direito de escolha da mulher.

O puerpério se inicia imediatamente após o parto e encerra-se em média (visto que o término é imprevisível), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível).

O puerpério está contemplado em um dos componentes propostos para organizar a Rede Cegonha. Desta forma, o Ministério da Saúde estabelece que se deve garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, sendo importante o retorno mais precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto.

Como parte da atenção integral à saúde da mulher, é fundamental garantir o acesso à atenção à saúde nas unidades básicas de saúde e de saúde da família, especialmente no período do puerpério. No planejamento das ações da equipe de Atenção Primária, este acompanhamento pode ser realizado por meio de estratégias, descritas resumidamente no quadro a seguir.

Os profissionais atuantes na Atenção Primária devem estar atentos e capacitados para assistência e apoio à puérpera e sua família para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase. A atenção puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde.

A assistência à puérpera tem como objetivos:

- reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal;
- avaliar e manejar intercorrências em relação à saúde da puérpera;
- incentivar e fortalecer as competências familiares;
- oferecer melhores condições para que a puérpera e familiares recebam instruções sobre os cuidados do binômio;
- identificar e manejar riscos, vulnerabilidades;
- avaliar interação entre puérpera, recém-nascido, família e rede de apoio;
- orientar quanto ao planejamento de saúde sexual e reprodutiva, com a participação do parceiro, se possível;
- incentivar, estimular e apoiar aleitamento materno, se não houver contraindicações;
- manejar intercorrências relacionadas ao aleitamento materno;
- orientar cuidados com recém-nascido.

Consulta de enfermagem no puerpério

A primeira consulta de enfermagem de puerpério deve ser agendada preferencialmente pela maternidade e sua realização tem prioridade na Unidade Básica de Saúde ou serviço de referência da mulher. Caso a mulher não esteja acompanhada na consulta, providenciar apoio para que ela possa ter conforto e tranquilidade durante o atendimento.

Avaliação da puérpera

Anamnese/coleta de dados para consulta enfermagem puerperal

Avaliação da puérpera

- Confirmar data de nascimento, cor, identidade de gênero e sexual, procedência, escolaridade, profissão, atividade laboral remunerada, estado civil, condição de habitação, situação familiar;
- Confirmar antecedentes familiares e pessoais (hipertensão arterial, diabetes, alergias, gemelaridade, câncer, cirurgias, transtorno psiquiátrico, infecções sexualmente transmissíveis, data do último papanicolau e resultado);
- Realizar escuta ativa de como foi a experiência do parto;
- Realizar escuta ativa de como estão os primeiros dias de vida com a criança em casa: sua rotina, alimentação, ingesta hídrica, aleitamento materno, sono e repouso, higiene, eliminações, execução das atividades, apoio familiar;
- **Parto** – confirmar dados: tipo de parto, idade gestacional (tempo de amenorreia e ultrassonografia), intercorrências. Realizar escuta do relato do parto. Escuta sobre a experiência atual do puerpério - desejo de amamentar, organização das rotinas familiares e do relacionamento com a(s) parceria(s);
- Identificar vulnerabilidades (violência, situação de rua, abandono do parceiro, situação de moradia e de acesso a serviços, situação de emprego e renda), riscos (uso de drogas lícitas e ilícitas);
- Atentar para estado psíquico (sinais e sintomas de Baby Blues, depressão e psicose puerperal);
- **Pré-Natal:** Observar os dados registrados no cartão de Pré-Natal, carteira de vacinação, prontuário e sistema de informação. Atentar para:
 - Número de gestações, parto (tipos, idade gestacional nos partos), abortos;
 - Número de filhos vivos;
 - Intercorrências na gestação;
 - Experiências anteriores com aleitamento materno;
 - Planejamento e aceitação da gestação;
 - Sorologias;
 - Se Rh negativo, verificar se fez uso da imunoglobulina anti-D;

- Situação vacinal (seguir calendário de vacinação para puérperas conforme diretrizes do PNI);
- Verificar exames realizados e solicitados (se houver) e medicamentos em uso.

Fonte: Adaptado de COREN (2019).

Exame físico da puérpera

Exame físico
• Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele. Na inspeção atentar para lesões que não se expliquem, suas distribuições e características morfológicas, equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo, hematomas e cicatrizes que possam indicar situação de violência; • Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura) e antropometria (verificar IMC); • Realizar ausculta cardíaca e pulmonar; • Avaliar as condições das mamas (histórico de cirurgia mamária, ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, cicatrizes que podem interferir a amamentação) e mamilos (tipo, pigmentação da região mamilo-areolar e presença de lesões); • Palpar o abdome: avaliar involução uterina, dor, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea; • Avaliar o períneo e vulva: atentar para lacerações (extensão, localização e aspecto), episiorrafia, pontos cirúrgicos, sinais flogísticos, presença de hematoma, avaliar condições de higiene íntima, avaliar loquiação e suas características (coloração, odor e quantidade), avaliar região anal, verificar presença de hemorroidas; • Avaliar membros inferiores: observar a presença de edema, dor, hiperemia local; sinais flogísticos, veias varicosas e sinais de trombose venosa profunda (realizar sinal de Homans, que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, sendo considerado positivo se houver dor; e sinal de Bandeira, que consiste em palpar a panturrilha e comparar com a outra, sendo considerado positivo se houver edema, dor, rubor e calor, quando a movimentação ficará comprometida).

Fonte: Adaptado de COREN (2019).

6.24. Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério - CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Ansiedade	Ansiedade melhorada	• Demonstrar técnicas de relaxamento. • Encaminhar para serviço de autoajuda. • Estimular comunicação de sentimentos. • Orientar sobre controle dos sintomas.
Dificuldade para amamentar	Dificuldade para amamentar melhorada	• Avaliar e colaborar com o plano de amamentação da paciente.

		• Encaminhar para grupo de apoio à amamentação. • Promover amamentação exclusiva. • Orientar sobre amamentação.
Ingurgitamento mamário	Ingurgitamento mamário melhorado	• Orientar sobre os cuidados com a mama, durante o período pós-parto. • Realizar extração láctea até o momento de conforto. • Encaminhar para grupo de apoio à amamentação. • Avaliar a integridade do mamilo.
Falta de apoio familiar	Apoio familiar melhorado	• Promover o apoio familiar. • Obter dados sobre a rede familiar através do uso de instrumentos como o ecomapa. • Facilitar a participação familiar no plano de cuidado. • Orientar família sobre desenvolvimento da criança (ou lactente).
Humor deprimido no período pós-parto	Humor deprimido melhorado	• Gerenciar humor deprimido no pós-parto. • Gerenciar sintomas. • Obter dados sobre humor deprimido.
Vínculo Mãe-Criança, Eficaz.	Manter Vínculo Mãe-Criança eficaz	• Apoiar condição psicológica. • Reforçar comportamento positivo. • Participar do plano de cuidados familiar.

Fonte: CIPE, 2019-2020. COREN-SP, 2019, p. 214.

Plano de cuidados da puérpera

Plano de cuidados
• Verificar o estado emocional da mulher; • Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo, se não houver contraindicações, considerando o desejo de amamentar; • Observar a mamada e orientar quanto à importância de manter uma postura relaxada e confortável durante a mamada, posicionamento e pega adequados da criança durante a mamada; • Estimular a deambulação tão logo possível, considerando a anestesia e analgesia do parto, se houver; • Avaliar a condição do processo reparatório das suturas de laceração perineal/episiorrafia ou incisão supra púbica em caso de cesárea. Orientar lavar com água corrente após as eliminações e manter a região seca; • Avaliar aceitação alimentar, orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos, caso necessário; • Orientar sobre a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, evitando o consumo de alimentos condimentados e com cafeína. Incentivar a ingestão de 2 a 3 litros de água; • Orientar quanto aos malefícios do fumo, bebidas alcoólicas, drogas e medicamentos sem indicação médica; • Orientar sobre planejamento reprodutivo e os métodos contraceptivos para mulheres em fase de lactação;

- Orientar uso correto do método contraceptivo escolhido e o retorno da atividade sexual após 40 dias do parto, informando sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Explicar como funciona o método da amenorreia lactacional (LAM) ou ajudar na escolha de outro método. É importante, no entanto, que as mães estejam cientes de que essa proteção não é 100% eficaz e que outros métodos contraceptivos podem ser necessários conforme a situação;
- Orientar a troca frequente de absorvente e higiene íntima com água após as eliminações fisiológicas;
- Estimular exercícios perineais de Kegel, que consistem na realização de 30 séries, 2 vezes ao dia, durante todo o puerpério (para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico);
- Avaliar a higiene corporal;
- Avaliar vínculo mãe-filho;
- Orientar sobre os direitos da mulher trabalhadora/estudante/privada de liberdade, da criança e do adolescente;
- Registrar adequadamente em prontuário;
- Agendar retorno.

Fonte: Adaptado de COREN (2019)

Condutas de enfermagem frente às queixas mais frequentes no puerpério

A prática do aleitamento é complexa e multifatorial; além de fatores biológicos, é influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e emocionais. Nesta fase, a mulher espera encontrar no profissional de saúde uma escuta acolhedora, livre de julgamentos e preconceitos. No entanto, o modelo de atenção à saúde pautado, muitas vezes, no cumprimento de tarefas, no trabalho fragmentado, mecanizado e médico-centrado, faz a escuta qualificada, o apoio e o manejo dos problemas durante a amamentação se constituírem em fatores causadores para o aumento do desmame precoce.

Instrumento de classificação das Lesões Mamilo-Areolares (ILMA)

Instrumento de Classificação das Lesões Mamilo-Areolares		
Definição das lesões mamilo-areolares	Alterações nas características da pele mamilo-areolar durante a amamentação, identificadas por meio de modificações na cor, espessura, conteúdo líquido, ou por perda tecidual.	
Lesões mamilo-areolares sem interrupção da barreira cutânea	Eritema	Lesão caracterizada pela mudança da cor natural da pele para a vermelha ou rósea em uma determinada área mamilo-areolar.
	Equimose	Lesão caracterizada pela mudança da cor natural da pele para a roxa ou castanha em uma determinada área mamilo-areolar.
	Edema	Modificação da espessura natural da pele, devido ao acúmulo de líquido (plasma) na

		derme ou hipoderme, com presença de distensão, brilho e/ou rigidez da pele.
	Vesícula	Lesão com modificação do conteúdo líquido natural da pele, identificada pela presença de uma saliência preenchida por líquido claro (seroso) ou branco (leitoso), medindo até 0,5 centímetro de diâmetro, localizada na superfície mamilar.
Lesões mamilo-areolares com interrupção da barreira cutânea	Fissura	Solução de continuidade de formato linear e estreita, podendo apresentar sangramento ou líquido seroso, de profundidade variável.
	Erosão	Solução de continuidade de formato circunscrito ou irregular, com perda de epiderme ou derme, podendo apresentar sangramento ou líquido seroso. Quando ocorre de forma mais superficial, denomina-se escoriação.
	Crosta	Resultado do ressecamento do exsudato seroso, purulento ou hemático de uma área previamente lesionada. Pode se apresentar de cor amarela clara, marrom ou vermelha escura.

Condutas/Orientações de enfermagem

- Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário;
- Iniciar a mamada aos primeiros sinais de fome da criança, se necessário pela mama menos afetada ou que apresentar menor nível de dor;
- Se mamas túrgidas/ingurgitadas e/ou aréolas tensas, realizar a flexibilidade areolar antes de posicionar a criança na mama;
- Evitar o uso de óleos ou cremes, pois podem interferir no processo de regeneração da lesão e, eventualmente, obstrução de ductos lactíferos;
- Preparar as mamas e região mamilo-areolar antes da mamada, com teste de flexibilidade areolar e extração de leite para hidratação da região entre as mamadas;
- Estimular manutenção da amamentação sob livre demanda;
- Não utilizar bombas lácteas extratoras (manuais ou elétricas);
- Interromper a mamada quando a criança apresentar padrão de sucção não-nutritiva, introduzindo o dedo indicador ou mínimo na comissura labial da boca da criança, de maneira que a sucção seja interrompida antes da criança ser retirada da mama;
- Orientar diferentes posições para amamentar, rodiziando a pressão nos pontos dolorosos ou áreas lesionadas;
- **ATENÇÃO:** Mamilos hipotróficos, semiprotrusos ou invertidos; disfunções orais nas crianças; frênulo lingual alterado; sucção não-nutritiva prolongada; uso impróprio de bombas de extração de leite; exposição prolongada a forros úmidos; uso de protetores de mamilos; uso de cremes e óleos nas mamas e retirada abrupta ou incorreta da criança da mama, são as causas mais comuns que levam ao aparecimento das lesões mamilo-areolares.
- Ao início desta condição, procurar ajuda na unidade básica de saúde e/ou Banco de Leite Humano da região.

Fonte: Adaptado de Cervellini MP, Coca KP, Gamba MA, Marcacine KO, Abrão ACFV, 2022.

6.25. Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério

Alterações	Descrição/Manifestações	Condutas/Orientações de enfermagem
Candidíase mamária e mamilar	• A infecção da mama no puerpério por <i>Cândida</i> sp (candidíase) é bastante comum. • São fatores predisponentes a umidade, lesão mamilo-areolar, uso de utensílios na mamada, uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides e de bicos artificiais; • Costuma manifestar-se por coceira, descamação, sensação de queimação e dor em agulhadas nos mamilos que persiste após as mamadas. • Raramente se observam placas esbranquiçadas no local;	• Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário; poderá fazer uso de fralda de pano para conter a umidade e realizar a troca constante; • As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível suspendê-los, devem ser fervidos por 20 minutos, a cada uso; • Não utilizar protetores mamilares; • Lactante e criança devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase; • Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina por 14 dias, após cada mamada (BRASIL, 2015). Orientar a mãe a retirar delicadamente a pomada antes da mamada para não deixar a pele escorregadia. Estas medicações são compatíveis com a amamentação (BRASIL, 2014; CESAR et. al. 2007); • Prescrever para a criança: Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 conta-gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias; • Se o tratamento tópico falhar, encaminhar para consulta médica.
Frênulo lingual alterado	• Trata-se de uma anomalia congênita em que o freio lingual restringe os movimentos da língua; • Prejudica a capacidade da criança em fazer e manter a pega, causando dor e lesões mamilo-areolares	• Encaminhar para o serviço de referência do município.

	 Fonte: Imagem do Google	
Ingurgitamento Mamário	• É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico (que não necessita de nenhuma intervenção) do patológico, que ocorre geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto, entretanto pode ocorrer em qualquer fase da lactação; • <u>Ingurgitamento Fisiológico</u>: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade; • <u>Ingurgitamento Patológico</u>: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. A mulher pode apresentar febre. A presença de ingurgitamento é caracterizada por mamas túrgidas (cheias) e dor associada.	• Realizar e orientar a massagem de alívio que é um método curativo do ingurgitamento mamário e consiste em massagear delicadamente as mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento, e pode ser realizada antes de iniciar a mamada e após seu término. A massagem fluidifica o leite viscoso acumulado, facilitando sua remoção e estimulando o reflexo de ejeção; • Orientar o teste de flexibilidade areolar antes da mamada e caso exista tensão local, proceder a massagem e a extração láctea manual do complexo mamilo-areolar (Fig. 1-4); • Uso de sutiã adequado por 24 horas, com alças largas e firmes; • Mamadas frequentes em livre demanda; • Palpar as mamas e realizar massagem de alívio (até ponto de conforto) após a mamada em caso de persistência da dor; • Orientar para não aplicar calor ou gelo nas mamas, a fim de evitar a vasodilatação e novo preenchimento dos alvéolos; • Se houver piora, a lactante deve procurar ajuda no serviço de saúde e/ou Banco de Leite Humano da região.  Figura 1  Figura 2

		  Figura 3 Figura 4 Fonte: Imagens do Google
Mastite	• Processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto. • O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois a mastite pode evoluir para abscesso mamário.   Fonte: Brasil, 2015.	• Manutenção da amamentação: está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio; • Priorizar posição de mamada que favoreça a drenagem adequada do quadrante mamário afetado (direcionado a partir da região onde o queixo da criança encosta na mama); • Drenagem láctea adequada da mama: esse é o componente mais importante no tratamento da mastite (prevenção da estase láctea); • A massagem delicada no local de estase e/ou extração manual do leite após as mamadas para alívio pode ser necessária; • Realizar compressa fria no quadrante afetado, cerca de 3x/dia pode promover alívio; • Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral; estimular o apoio familiar; • Outras medidas de suporte: repouso da lactante; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã adequado. • Em caso de sintomatologia associada a processo infeccioso, encaminhar para avaliação médica; • Antibioticoterapia: indicação médica quando houver sintomas sugestivos de processo infeccioso (presença de febre);

Fenômeno de Raynaud	Trata-se de uma isquemia intermitente que pode acometer os mamilos. • Principais causas: frio excessivo, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou lesão mamilar importante; • Sinais e sintomas: palidez mamilar inicial, em seguida podem tornar-se cianóticos e posteriormente, avermelhados pelo déficit de irrigação sanguínea. A mulher refere dor antes, durante e após a mamada em “fisgadas” e em queimação, o que pode ser confundido com candidíase.	• Orientar o uso de compressas mornas exclusivamente no mamilo para o alívio da dor, especialmente ao término da mamada; • Evitar variações bruscas de temperatura na região mamilo-areolar; • Caso persistência do quadro e dor limitante, encaminhar para avaliação médica.
Criança que não suga ou com sucção débil	Possíveis causas: • Lactente apresenta sinais de dor quando posicionado para mamar em determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo); • Lactente não consegue realizar e/ou manter a pega na aréola adequadamente; • Lactente não abre a boca suficientemente; • Há diferença entre as mamas (tipo de mamilo, fluxo de leite, ingurgitamento); • Lactente com dificuldade para posicionar o lactente de forma adequada em um dos lados.	• Estimular a adoção de posições verticalizadas para amamentar, mantendo o lactente desperto durante a mamada (cavalinho, comportamental, etc.); • Orientar a extração láctea manual ou com o auxílio de bomba extratora (elétrica ou manual) para estimular a mama, em média a cada 3 horas; • Suspender o uso de chupeta ou mamadeira; • Agendar retorno precoce do RN na unidade para avaliar ganho de peso.
Demora na descida do leite	A apojadura normalmente ocorre entre o 2º e 3º dia pós-parto, em média 30 horas após o parto, podendo ser estendido no parto cesárea.	• Estimular a autoconfiança da lactante; • Orientar medidas de estímulo como sucção frequente da criança e a extração láctea (via bomba extratora elétrica ou manual, ou extração manual); • Caso o complemento seja necessário, orienta-se oferecer via translactação, que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo) contendo leite (de preferência leite humano), posicionado entre as mamas da lactante e conectada ao mamilo. A

		criança, ao sugar o mamilo, recebe o complemento. Dessa maneira, a criança continua a estimular a mama e desenvolve sua habilidade de sucção.  Fonte: Imagem do Google
Hipogalactia (baixa produção de leite)	• A lactante pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro da criança e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome; • A ansiedade que tal situação gera na lactante e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro; • Crianças que recebem outros tipos de leite podem mamar menos na mama e, como consequência, haverá menor produção de leite; • A complementação com outros leites muitas vezes também alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada à criança, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que estava com fome.	• Orientar a lactante que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós-parto e que, antes disso, a mulher produz em média 40 a 160ml de colostro, quantidade suficiente para saciar a fome do RN (CHAVES et. al. 2008); • Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000ml de leite por dia; • Observar os sinais da criança quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo em sucção não-nutritiva nas mamadas. Observar: • Ganho de peso, que deve ser maior ou igual a 20g/dia; • Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia; • Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida; • Melhorar o posicionamento e a pega da criança, quando não adequados; • Dar tempo para a criança mamar o leite necessário nas mamas, mantendo-a estimulada e com sucção nutritiva presente;

		• Após a mamada, realizar extração láctea para estimular aumento da produção e oferecer à criança se necessário; • Aumentar ingestão de líquidos; • Contraindicar consumo de álcool; • Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio; • Caso o complemento seja necessário, orienta-se oferecer via translactação; • Suspender o uso de bicos artificiais; • Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem, pode ser útil o uso de galactagogos; • Se esta condição persistir procurar ajuda na unidade básica de saúde e/ou Banco de Leite Humano da região.
Presença de sangue no leite	Fenômeno causado pelo rompimento de capilares devido ao aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da amamentação ²⁷ .	• Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após a remoção láctea da mama conforme as mamadas acontecerem; • Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes.
Mamilos semiprotrusos ou invertidos	Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois a pega se dá na aréola ²⁷ .	• Promover a confiança e empoderar a lactante; • Ajudar a lactante a favorecer a pega correta; • Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e a criança adaptam-se melhor.

Fonte: Adaptado de COREN-SP, 2019, p. 215-222.

6.26. Aspectos legais e direitos previstos durante o ciclo gravídico-puerperal

Questões trabalhistas relacionadas ao retorno ao trabalho

Legislação	Documentação (comprovante)	Duração do benefício
Licença maternidade • Art 392 da Constituição Federal. Obs.: Em caso de parto prematuro a mulher terá direito aos 120 dias	• Certidão de nascimento da criança; • Certidão de adoção ou guarda provisória;	• 120 dias, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e ocorrência

previstos no artigo. • Art. 395. Em caso de aborto não criminoso, a mulher terá um repouso remunerado de 2 semanas.	• Atestado de óbito (quando acontecer aborto involuntário); • Atestado médico indicando data do início do afastamento (Art. 392 § 1).	deste; • 120 dias quando comprovada a adoção ou guarda. Obs: Em alguns estados, municípios ou o Programa Empresa Cidadã o período é estendido para 180 dias.
Licença paternidade • Art 7º da Constituição Federal, das disposições transitórias.	• Certidão de nascimento da criança.	• 5 dias a partir do nascimento da criança; em algumas empresas, que participam do Programa Empresa Cidadã, o período é prorrogado por 15 dias, além dos 5 já estabelecidos.
Direito a amamentar durante a jornada de trabalho • Art. 396. Para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um. § 1º Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.	• Certidão de nascimento da criança. • Atestado médico para prorrogação.	• Até que este complete 6 (seis) meses de idade, que podem ser estendidos com atestado médico que comprove a necessidade do leite materno/humana pela criança.
Garantia de emprego à gestante • Art. 391. Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de encontrar-se em estado de gravidez. • Art. 391-A. A confirmação do estado de gravidez advindo no curso do contrato de trabalho, ainda que durante o prazo do aviso prévio trabalhado ou indenizado, garante à empregada gestante a estabilidade provisória. O disposto aplica-se ao empregado adotante ao qual tenha sido	• Comprovante de tempo de gravidez.	• Desde a comprovação até o término da licença maternidade.

concedida guarda provisória para fins de adoção.		
Garantia de creche para a criança Art 389 § 1º - Os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 (trinta) mulheres com mais de 16 (dezesseis) anos de idade terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação. § 2º - A exigência do § 1º poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas, em regime comunitário, ou a cargo do Sesi, do Sesc, da Lba ou de entidades sindicais.	• Certidão de nascimento da criança;	• Até os 4 anos de idade.

Fonte: COREN-SP, 2019. Pág 226.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
3. Coren - SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Módulo 1: Saúde da Mulher. Coren SP, 2019. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de pré-natal com risco habitual (baixo risco)**. Área Técnica da Saúde da Mulher. São Paulo: SMS, 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SMS_SP_PROTOCOLO_DE_PRE_NATAL_DE_BAIKO_RISCO_06_NOVEMBRO_2023.pdf

6. COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Protocolo de Enfermagem: Saúde da mulher**. 3ª ed. Florianópolis-SC: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-3.pdf>
7. Conselho Internacional de Enfermagem. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019**. Porto alegre: Artmed, 2020. 280 p.
8. World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1915-diretriz-nacional-de-assistencia-ao-parto-normal>
10. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ManualSaudeMulherv302012017_8_5_2023.pdf
11. Zajdenverg L, Façanha C, Dualib P, Golbert A, Moisés E, Calderon I, Mattar R, Francisco R, Negrato C, Bertoluci M. **Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-11, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-diagnostico-da-hiperglicemia-na-gestacao/#citacao>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota técnica n.14/2023**. Dispõe sobre a atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Brasília: MS, 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf/view
13. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Infecções do Trato Urinário na Gestação**. São Paulo: SMS, 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Infeccoes_Trato_Urinario_PMSP_2021.pdf
14. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf
15. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Básica/Área Técnica de Saúde da Mulher. **Nota técnica n.006/2020**. Suplementação de cálcio na gestação. São Paulo: SMS, 2020. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOTA_TECNICA_006_2020_SAUDE_DA_MULHER_Calcio_na_gestacao\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NOTA_TECNICA_006_2020_SAUDE_DA_MULHER_Calcio_na_gestacao(1).pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

17. NUNES, Jacqueline Targino, et al. **Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro**. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 11, n. 12, p. 4875, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23573/25297>
18. COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3ª ed. Goiânia-GO: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias/>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf
20. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota técnica n.03/2017**. Dispõe sobre a possibilidade de prescrição e administração da Penicilina Benzatina por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>
21. Londrina (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Manual do Cuidado no Pré-Natal e Puerpério na Atenção Primária em Saúde**. Londrina: SMS, 2016. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/manual_do_cuidado_no_pre_natal_e_puerperio_na_atencao_primaria_em_saude.pdf
22. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Diretriz Clínica sobre pré-eclâmpsia**. São Paulo: SMS, 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PRE_ECLAMPSIA_ECLAMPSIA_HELPP_SINDROME_CACHOEIRINHA_2021.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Arboviroses urbanas causadas por vírus transmitidos pelo Aedes: dengue, chikungunya e zika**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-vigilancia-saude-5ed-rev-atual.pdf>
24. Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância/Departamento de Atenção à Primeira Infância. **Manual de apoio – visita domiciliares às gestantes**. 1a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://mds.gov.br/webarquivos/cidadania/SNAPI%20-%20Crian%C3%A7a%20Feliz/Manual%20da%20Gestante.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf
26. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Programa de fortalecimento da gestão da saúde no Estado de São Paulo: manuais da linha de cuidado da gestante, parturiente e puerpera. São Paulo: SMS, 2024. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/qs_11_puerpera_ab.pdf

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
28. Cervellini MP, Coca KP, Gamba MA, Marcacine KO, Abrão ACFV. **Construção e validação de um instrumento de classificação das lesões mamilo-areolares decorrentes da amamentação**. Rev Bras Enferm. 75(1): e20210051, 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0051>.

Capítulo 7 – ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

A assistência de enfermagem voltada à mulher no climatério e menopausa, assim como em todas as fases da vida da mulher, é de extrema importância. Como representado no quadro abaixo, o climatério compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher que ocorre habitualmente na idade entre 40 e 65 anos, enquanto a menopausa é definida como sendo a interrupção da menstruação após 12 meses consecutivos de amenorreia e que ocorre entre os 48 e 50 anos de idade.

7.1. Definições de síndromes climatéricas e menopausa

Menopausa	Diagnóstico retrospectivo, sendo o último sangramento seguido de 12 meses de amenorreia
Menopausa Espontânea	Menopausa que ocorre sem intervenção cirúrgica ou medicamentosa
Perimenopausa	Período que precede a menopausa, caracterizada por alteração no ciclo menstrual relacionadas às alterações hormonais específicas do estágio reprodutivo tardio.
Climatério	Fase referente à transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo feminino.
Síndrome Climatérica	Elenco de sinais e sintomas que podem ocorrer no climatério
Menopausa induzida	É parada da menstruação imediata causada por intervenção médica (quimioterapia ou terapia de irradiação pélvica) ou intervenção cirúrgica
Menopausa Precoce	Ocorrência da menopausa na idade inferior a 2 desvios-padrão da idade estimada para a população de referência

7.2. Consulta de Enfermagem para abordagem ao climatério e menopausa

O enfermeiro tem papel fundamental na educação em saúde para as pessoas no que se refere ao seu autocuidado e tratamento.

A avaliação das condições socioculturais e os fatores individuais podem influenciar e promover variações na sintomatologia do climatério, sendo necessário

intervenções tanto durante a consulta de enfermagem quanto nas ações educativas na comunidade.

Os objetivos da consulta são: a identificação da mulher que está nesta fase; o rastreamento dos fatores de risco; a adequação da terapêutica promovendo a construção de um estilo de vida saudável e uma nova adaptação.

Fatores de Risco:

- processo do envelhecimento
- diminuição dos níveis de estradiol
- alterações no perfil lipídico
- acúmulo de gordura abdominal que aumenta o risco de doenças cardiovasculares
- a perda óssea com aumento do risco de queda
- manifestações urogenitais (prolapsos, incontinência urinária, ressecamento vaginal)
- risco para câncer de mama e endométrio
- além das psicogênicas como labilidade emocional, depressão, entre outras.

Exame físico ginecológico específico

O exame físico ginecológico da mulher no climatério é semelhante a mulher que ainda está na idade reprodutiva, devendo ser orientado pelas queixas mamárias e urogenitais.

Compreende o exame ginecológico a avaliação das mamas, com orientação para o autoexame como forma da mulher conhecer seu próprio corpo e a solicitação oportuna de mamografia.

Na avaliação da genitália externa e no exame especular deve-se atentar ao ressecamento, descamação da genitália e a diminuição de lubrificação vaginal, ofertando a coleta oportuna de exame citopatológico do colo do útero.

Avaliação das mamas

As mamas nesta fase da vida tendem apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pêndulas, como consequência do processo do envelhecimento.

Desta forma, recomenda-se o passo-a-passo da propedêutica do exame clínico das mamas, a fim de constatar estas modificações fisiológicas ou identificar alterações que necessitam de uma investigação mais aprofundada.

Avaliação da genitália externa

A genitália externa começa a se apresentar com uma redução da pilificação ficando mais finos os pelos; o coxim subcutâneo do monte pubiano tende a diminuir; os grandes e pequenos lábios ficam mais flácidos, perdendo a elasticidade decorrente do hipoestrogenismo; clitóris tende a atrofiar e ficar opaco; pode-se apresentar ressecamento vaginal com presença de prurido e descamação de pele e mucosas, levando a dispareunia e a diminuição da libido, comprometendo as relações sexuais dentre outras alterações urogenitais.

Desta forma, recomenda-se a mesma atenção no exame da genitália externa realizado a mulher na fase reprodutiva, solicitando o esvaziamento vesical, a retirada de toda a parte de baixo da vestimenta ofertando avental e auxiliando no posicionamento da mulher na maca ginecológica.

Exame especular e avaliação da genitália interna

O exame especular pode ser mais desconfortável na mulher climatérica, tendo em vista a perda de lubrificação e elasticidade da parede vaginal decorrente da diminuição de estrogênio.

O (A) enfermeiro (a) deve se atentar na realização adequada do exame da genitália externa que antecede o especular a fim de identificar essas alterações e a necessidade de lubrificar o espéculo antes da sua introdução no canal vaginal.

7.3. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem no climatério e menopausa

CIAP- 2 46 (Consulta com profissional de APS)

CIAP- 2 X11 (Sinais / sintomas da menopausa / climatério)

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Algumas Intervenções
Conforto prejudicado	Desconforto melhorado	
Ansiedade	Ansiedade melhorada	· Ensinar técnicas para acalmar; · Ensinar técnicas para relaxamento; · Gerenciar ansiedade;

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Algumas Intervenções
		· Esclarecer sobre a ansiedade, medos, anseios, pensamentos conturbados e crises de pânico; · Orientar técnicas de autocontrole, meditação etc
Termorregulação ineficaz	Termorregulação melhorada	· Explicar as mudanças relacionadas à fase do climatério/menopausa; · Promover ingestão adequada de líquidos; · Orientar sobre o chá de folhas de sálvia em infusão; · Monitorar temperatura corporal; · Orientar sobre o manejo com a termorregulação; · Promover termorregulação positiva através de uso de fitoterápicos ou terapias complementares; · Encaminhar para avaliação médica, se necessário.
Disfunção sexual	Comportamento sexual melhorado	· Discutir as modificações do corpo durante o climatério/menopausa; · Discutir sobre técnicas que podem aprimorar a relação do casal; · Gerenciar o comportamento sexual inadequado; · Orientar sobre o comportamento sexual.
Padrão de sexualidade ineficaz	Desempenho sexual melhorado	· Discutir a qualidade da lubrificação vaginal e o uso de lubrificantes, se necessário; · Incentivar o uso de lubrificante vaginal; · Sanar dúvidas sobre a diminuição da libido; · Demonstrar técnica de relaxamento; · Encaminhar para avaliação psicológica; · Encaminhar para avaliação médica, se necessário.
	Risco de função do sistema urinário melhorado	· Orientar exercícios para fortalecimento da musculatura perineal; · Orientar aumento da ingestão hídrica; · Orientar sinais de urgência miccional.
	Risco de queda melhorado	· Orientar sobre as medidas de prevenção de quedas e suas consequências; · Orientar sobre a adaptação de móveis e estrutura da residência; · Encaminhar para avaliação ortopédica, se necessário.

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019.

7.4. Exames laboratoriais e de imagem solicitados por enfermeiras (os): rastreio e condutas

Tipo de exame	Agravos associados	Periodicidade	Valores de referência e encaminhamentos
FSH - Hormônio folículo estimulante	Distúrbios na hipófise ou doenças que envolvem os ovários	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal	Hipofunção ou falência ovariana: > 40 mUI/ml
TSH – Hormônio estimulante da tireoide	Distireoidismo Alterações menstruais, menopausa,	Anual	Entre 0,3 e 4,0 mUI/L
Estradiol	Menopausa precoce, doenças ovarianas	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório. Baixos níveis podem indicar disfunções ovarianas e menopausa.
Glicemia de jejum	Intolerância à glicose, diabetes	Anual	• Desejável < 110 mg/dL; • ≥ 110 mg/dL, encaminhar para Avaliação médica.
Triglicérides	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	• Desejável < 150 mg/dL • Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor ≥ 500 mg/dL 500mg encaminhar para avaliação médica.
Colesterol total	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	• Desejável < 200 mg/dL; • Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor > 300mg/dL encaminhar para avaliação médica.
Colesterol HDL	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	• ≥ 40 mg/dL; • Se <40 mg/dL encaminhar para avaliação médica.
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas	Se necessário, mediante sintomas sugestivos dos agravos relacionados	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
ALT/AST	Alteração das funções hepáticas associadas à diabetes e obesidade	Anual	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório

Tipo de exame	Agravos associados	Periodicidade	Valores de referência e encaminhamentos
Urina 1 e urocultura	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal	Se necessário, mediante queixas do aparelho urinário	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório Se positivo, compartilhar cuidados com o médico
PSO – Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Anemia, alterações no	Se necessário, mediante avaliação médica	
Mamografia	Rastreamento do câncer de mama	Vide capítulo sobre prevenção de câncer de mama	
Citologia oncótica para colo do útero	Rastreamento do câncer de colo do útero	Vide capítulo sobre prevenção de câncer de colo do útero	

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019.

7.5. Conduta nas alterações do aparelho gênito-urinário

Manifestações associadas ao climatério Alterações hormonais

Diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias.
Manifestações menstruais no período da perimenopausa, o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou aumentar, além de a menstruação poder ser mais abundante e longa.
O intervalo entre as menstruações pode diminuir ou aumentar, além de a menstruação poder ser mais abundante e longa.
Manifestações neurogênicas: Ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesia, insônia, perda da memória e fadiga.
Manifestações psicogênicas Diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia
.
Metabolismo ósseo: A perda óssea é mais considerável e as fraturas osteoporóticas são bastante comuns nas mulheres.
Metabolismo lipídico: Níveis aumentados de LDL e diminuídos de HDL.
Manifestações urogenitais: Prolapsos genitais, além de sintomas vaginais, como ressecamento, sangramento e dispareunia e uretrais, como disúria, frequência e urgência miccional.
Manifestações tegumentares: Ressecamento da pele, perda de elasticidade, enfraquecimento da musculatura, perda do coxim subcutâneo. Podem aparecer manchas hipocrômicas na pele ou formação de lentigos (sardas) e melanose (pigmento escuro) nas áreas expostas ao sol.
Alterações sexuais: Diminuição da libido, dispareunia, diminuição da lubrificação do canal vaginal.

Alterações mamárias: As mamas tendem a apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pêndulas.
A Alterações visuais: Presbiopia em virtude de modificações na acomodação visual.
Alterações dentárias: Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.
Obesidade: Há tendência à obesidade do tipo androide (circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso/altura ²) maior que 25

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019.

7.6. Principais ações de enfermagem para melhoria da qualidade de vida no Climatério/Menopausa

A qualidade de vida das mulheres pode piorar muito por consequências de problemas físicos, sociais e psicológicos no período pós-menopausa e que já se iniciam no período perimenopausa.

Vários fatores contribuem para essa mudança na qualidade de vida, por exemplo: fenômenos vasomotores, ganho de peso, surgimento da *Diabetes Mellitus* tipo II, doenças cardiovasculares, dislipidemia e aumento da probabilidade de câncer de mama.

Ferraz (2004) realizou uma pesquisa com 100 mulheres, e mostrou que os principais diagnósticos de enfermagem identificados em ambulatório de climatério foram os seguintes:

- Ansiedade em 75% das mulheres associados a outros aspectos como irritabilidade, choro, impaciência, autoestima diminuída em decorrência do envelhecimento.
- 74% relataram fadiga, por falta de energia para a realização das tarefas diárias e de rotina e concentração prejudicada.
- 72% relataram dor crônica

7.7. Queixas mais comuns no climatério e menopausa

Alterações no aparelho gênito-urinário:

- Ciclos de períodos irregulares com intervalos amenorreicos até a amenorreia completa

- Sangramento disfuncional
- Menstruações prolongadas e que permanecem após os 50 anos de vida
- Diminuição da própria lubrificação vulvovaginal, atrofia da mucosa endocervical e dispareunia
- Hipertrofia do clitóris
- Ondas de calor, com episódios que duram de segundos a 2 ou 3 minutos
- Incontinência urinária, crises de cistites e de urgência miccional

Alterações do Sistema Nervoso:

- Sintomas vasomotores, simbolizados por fogachos, sudorese e insônia
- Parestesias
- Vertigens de todos os tipos
- Crises nervosas com irritabilidade e ansiedade que provocam períodos de indiferença sexual
- Perda progressiva de memória
- Afluxo de sangue e calor frequente no rosto
- Torpor na cabeça

Alterações tegumentar:

- Hipertricose
- Cabelos e pele ressecados, queda de cabelos

Alterações psicomotoras:

- Alterações de humor frequentes como irritabilidade, depressão e o choro fácil
- Palpitações, sensação de sufocamento, ansiedade
- Sensações súbitas e violentas de calor no repouso ou, com o mínimo de movimento • Diminuição da libido
- Ataques de fraqueza, melancolia e distúrbio mental

Alterações na cavidade:

- Doença inflamatória periodontal
- Perda de elementos dentários

Alterações do aparelho cardiovascular:

- Episódios taquicárdicos

- Doença cardiovascular: anginas, insuficiência coronariana, IAM (Infarto agudo do miocárdio)
- Risco elevado de alterações tromboembólicas (principalmente em obesas e/ou tabagistas)

Alterações no aparelho locomotor:

- Diminuição progressiva da contratura muscular
- Desmineralização óssea desencadeando a osteoporose

Alterações metabólicas:

- Transpiração ao comer, após as refeições, ansiedade, suor frio
- Diabetes
- Dislipidemia
- Obesidade.

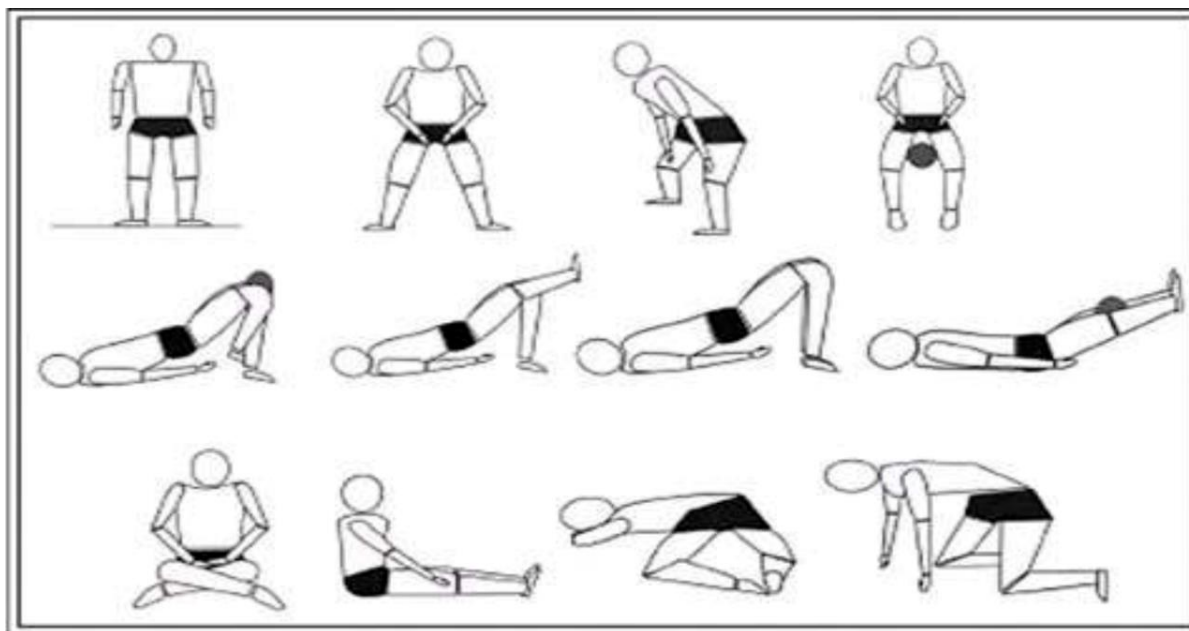
7.8. Prescrições de enfermagem nos sintomas climatéricos realizado por enfermeiro generalista

Prescrição	Justificativa	Realizar/Orientar	Executor (Enfermeiro ou especialista)
Ioga	A ioga é efetiva na redução da insônia e fogachos	Orientar a paciente com relação à prática de acordo com suas condições físicas, esclarecendo os benefícios e cuidados.	Enfermeiro
Exercício de Kegel	São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual. ⁸	Orientar a paciente como realizar o exercício e sobre sua importância	Enfermeiro
Banhos de assento	No período do climatério são frequentes as alterações na flora vaginal ocasionadas pela mudança hormonal. O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas tentando-se, para tal, restaurar o equilíbrio vaginal através da redução do número de lactobacilos e, conseqüentemente, aumento do pH vaginal.	Orientar a paciente quanto ao banho de assento	Enfermeiro

Terapia de reposição hormonal (tópico vulvovaginal)	Orientar a paciente quanto ao banho de assento	Prescrever medicamento alopático: Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações. ⁹	Enfermeiro
Lubrificação vaginal	A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão. ⁹	Orientar quanto à utilização de lubrificantes íntimos a base de água. Conversar sobre as mudanças no organismo durante o climatério.	Enfermeiro
Cosmético Hidratação da pele Filtro solar com FPS 15 ou superior	Uso diário de um filtro solar com FPS 15 ou superior (preferencialmente acima de 30) - permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserva a umidade necessária às células cutâneas ⁹	Recomendar uso de filtro solar com base umectante no rosto, pescoço e mãos todas as manhãs após a limpeza. Deve ser reaplicado periodicamente a cada três ou quatro horas, sempre que possível após nova limpeza com água. (BRASIL, 2008)	Enfermeiro
Acupuntura	A acupuntura é comumente utilizada no tratamento de sintomas climatéricos e outras condições ginecológicas e pode ser entendida como uma forma de estimulação neurológica. ⁸⁻⁹	Realizar sessão de acupuntura em ambiente adequado. Informar a paciente sobre o que será realizado, tempo da sessão e benefícios do procedimento, deixando-a confortável e segura	Enfermeiro Especialista

Fonte: Adaptado de Garcia et al - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Módulo 1: Saúde da Mulher - COREN- SP – 2019

Exercícios de Kegel



Fonte: Franco, Cardos, Correia da Silva, 2021

7.9. Fatores de risco para osteoporose e suplementação

A osteoporose é uma doença metabólica caracterizada pela diminuição da massa óssea e pela deterioração da sua microarquitetura, com consequente aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade a fraturas.

É assintomática em 70% dos casos, sendo a maior causa de fraturas em pessoas com mais de 50 anos, comprometendo a qualidade de vida nessa fase do ciclo vital. Estima-se que aproximadamente 50% das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida.

Além das fraturas, as complicações clínicas da osteoporose incluem dor crônica, deformidade, redução da mobilidade, piora da qualidade de vida e aumento da mortalidade. A fratura de quadril é considerada a mais grave, com aumento da taxa de mortalidade em 12% a 20% nos dois anos seguintes à fratura. Entretanto, outras fraturas vertebrais e não vertebrais também podem ocorrer e trazer limitações físicas, interferindo na qualidade de vida do paciente.

Ressalta-se o fato de que a osteoporose pode não apresentar manifestações clínicas, podendo ser diagnosticada por meio do exame de imagem de densitometria óssea ou da documentação de uma fratura por fragilidade óssea. as fraturas por ausência de trauma ou na vigência de um trauma menor. São mais frequentemente localizadas na coluna toracolumbar, quadril e punho.

As fraturas vertebrais são a manifestação mais comum da osteoporose. Podendo ser assintomáticas em até $\frac{2}{3}$ dos casos. O diagnóstico da osteoporose pode mudar a história natural da doença com a instituição de tratamento adequado.

O exame de densitometria óssea é fundamental para o diagnóstico precoce das alterações da massa óssea. Recomenda-se que o exame seja realizado por todas as mulheres acima de 65 anos de idade.

Para mulheres na pós-menopausa com idade inferior a 65 anos, ou que estejam na transição menopausal, e que apresentem fatores de risco para baixa massa óssea. Como a lista abaixo.

Fatores de risco:

- Fratura por fragilidade óssea identificada pela densitometria óssea
- Uso de corticóide em dose superior a 5mg prednisona/dia por período ≥ 3 meses
- Pais com antecedentes de fratura no quadril
- baixo peso ($< 58\text{kg}$)
- Tabagismo atual
- Etilismo (≥ 3 unidades de álcool por dia)
- Artrite reumatóide
- Menopausa precoce (antes dos 45 anos)
- Osteoporose secundária

Para o diagnóstico de fraturas vertebrais assintomáticas, recomenda-se a realização de radiografia toracolumbar para pacientes com as características descritas abaixo:

- Idade superior a 70 anos se T-score à densitometria mineral óssea (DMO) na coluna vertebral, colo do fêmur e fêmur total $\leq -1,0^*$
- Entre os 65 anos e 69 anos se T-score à DMO na coluna vertebral, colo do fêmur ou fêmur total $\leq -1,5$
- Fratura por trauma de baixo impacto após 50 anos
- Perda de estatura histórica ≥ 4 cm ou prospectiva ≥ 2 cm
- Tratamentos prolongados por corticóides

As fraturas de vértebras, antebraço e de quadril (fêmur proximal) são as mais comuns na osteoporose. A mulher menopausada apresenta uma maior reabsorção óssea devido aos níveis diminuídos de estrogênio, que apresenta efeito antirreabsortivo no osso.

Cerca de 20% dos casos de osteoporose podem ser decorrentes das causas secundárias, como carência de vitamina D, doenças hepáticas e renais, hipertireoidismo e hiperparatireoidismo. O diagnóstico é realizado através da avaliação da densidade mineral óssea (DMO) e de fatores de risco clínico para fraturas.

O rastreamento da osteoporose no climatério e menopausa tem como objetivo identificar o risco de fraturas a longo prazo, podendo assim prescrever um tratamento adequado. A OMS criou o Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), que é um algoritmo para calcular a probabilidade de fraturas ao longo de 10 anos.

O FRAX leva em consideração a idade, o gênero, peso e altura e os fatores de risco, como história de fraturas por fragilidade óssea, história familiar de fratura de fêmur, fumo, uso prolongado de corticoides, artrite reumatoide, outras causas de osteoporose secundária e alto consumo de álcool. Estudos evidenciam que o uso do FRAX se mostra valioso para o rastreio de risco de fratura nos próximos 10 anos, e para definição de tratamento precoce.

O tratamento precoce é de suma importância no âmbito da saúde pública, visto que as fraturas ósseas decorrentes da osteoporose causam altas taxas de morbidade e mortalidade e grande impacto na vida da pessoa, do ponto de vista social e econômico.

O tratamento medicamentoso consiste na Terapia de Reposição Hormonal para as mulheres menopausadas, bifosfonatos orais e parenterais, nos moduladores dos receptores do estrogênio e na suplementação de cálcio e vitamina D.

7.10. Tratamento não farmacológico

Recomenda-se para as mulheres climatéricas e menopausadas a prática regular de atividade física, dieta rica em cálcio, evitar o uso de cigarro, álcool, e o consumo de refrigerantes de cola, além das orientações para prevenir quedas. No caso da osteoporose já instalada, o exercício físico melhora a qualidade de vida,

aumentando a força muscular e o equilíbrio, além de melhorar a função física e a dor.

É prescrito atividade aeróbica e musculação, com exercícios de resistência e força. É válido uma avaliação com adequações, se necessário, do ambiente doméstico, pelo Terapeuta Ocupacional, visando melhorar a segurança. A alimentação saudável e rica em cálcio faz parte tanto da prevenção como também do tratamento da osteoporose.

7.11. Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

A Terapêutica de Reposição Hormonal (TRH) da menopausa pode ser indicada para tratar sintomas vasomotores associados ao hipoestrogenismo, a síndrome geniturinária da menopausa, além de prevenir perda de massa óssea e diminuição de fraturas por fragilidade óssea. Frequentemente surgem dúvidas quanto aos exames complementares que são imprescindíveis antes do início do tratamento.

Antes de se iniciar a TRH, o profissional médico deve descartar as contraindicações ao uso por meio da anamnese e da história clínica. Dados suspeitos na história clínica devem ser investigados mediante exames complementares específicos. Por exemplo, lesões mamárias precursoras de câncer de mama são uma contraindicação à TRH. Portanto mulheres que fazem TRH devem realizar mamografia de rotina anualmente.

Além de exclusão de contraindicações à TRH, alguns exames complementares podem auxiliar a escolha da melhor via de administração hormonal. Por exemplo, alguns estudos observaram que a administração de estrogênio transdérmico diminui o risco tromboembólico.

Tabagismo, diabetes, dislipidemias e hipertensão descontrolados são comorbidades a maior possibilidade de desenvolvimento de aterosclerose, sendo exemplos de identificação de melhor via e hormônios a serem utilizados.

A influência dessas comorbidades sobre o risco cardiovascular pode ser calculada por fórmulas matemáticas já disponíveis em aplicativos, por exemplo a criada pelo Colégio Americano de Cardiologia.

Mulheres com risco inferior a 10% podem receber TRH, entretanto aquelas com risco cardiovascular entre 5 e 10% teriam maior benefício com a via transdérmica.

Após a instituição da TRH o seguimento clínico periódico deve ser realizado. Mulheres em uso TRH devem ser submetidas a avaliação cardiovascular.

O estrogênio administrado por via oral pode aumentar os níveis séricos de HDL e triglicérides, além de diminuir os níveis de LDL. esse efeito é menos evidente quando administrado por via transdérmica. Sugere-se a avaliação anual do perfil lipídico de mulheres usuárias e TRH por via oral.

É esperado que mulheres que usam TRH sistêmica contínua e combinada (estrogênio e progesterona) apresentem amenorreia, porém episódios de sangramento irregular podem ocorrer nos primeiros meses de uso da medicação.

A avaliação endometrial com ultrassom e biópsia deve ser realizada se houver persistência do sangramento. Além disso, mulheres em TRH sistêmica combinada contínua e mulheres usam TRH cíclica e que apresentam sangramentos irregulares também necessitam de avaliação endometrial. Mulheres com síndrome genitourinária da menopausa sem sintomas vasomotores pode receber TRH estrogênica por via vaginal para melhorar os sintomas de atrofia genital

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal e realizar a reavaliação semestral, respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, desde que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método.

É importante informar à paciente dos riscos associados ao uso da TRH (cardiovasculares, neoplasias, dentre outras) e do acompanhamento a ser realizado caso seja necessário tal tratamento.

A escolha da terapia hormonal, como o tempo de duração e a via de administração devem ser individualizadas de acordo com o risco-benefício. O estrogênio pode ser administrado por via oral (estrogênio conjugado ou estradiol), parenteral (estradiol), transdérmico, sob a forma de adesivo ou percutâneo, sob a forma de gel.

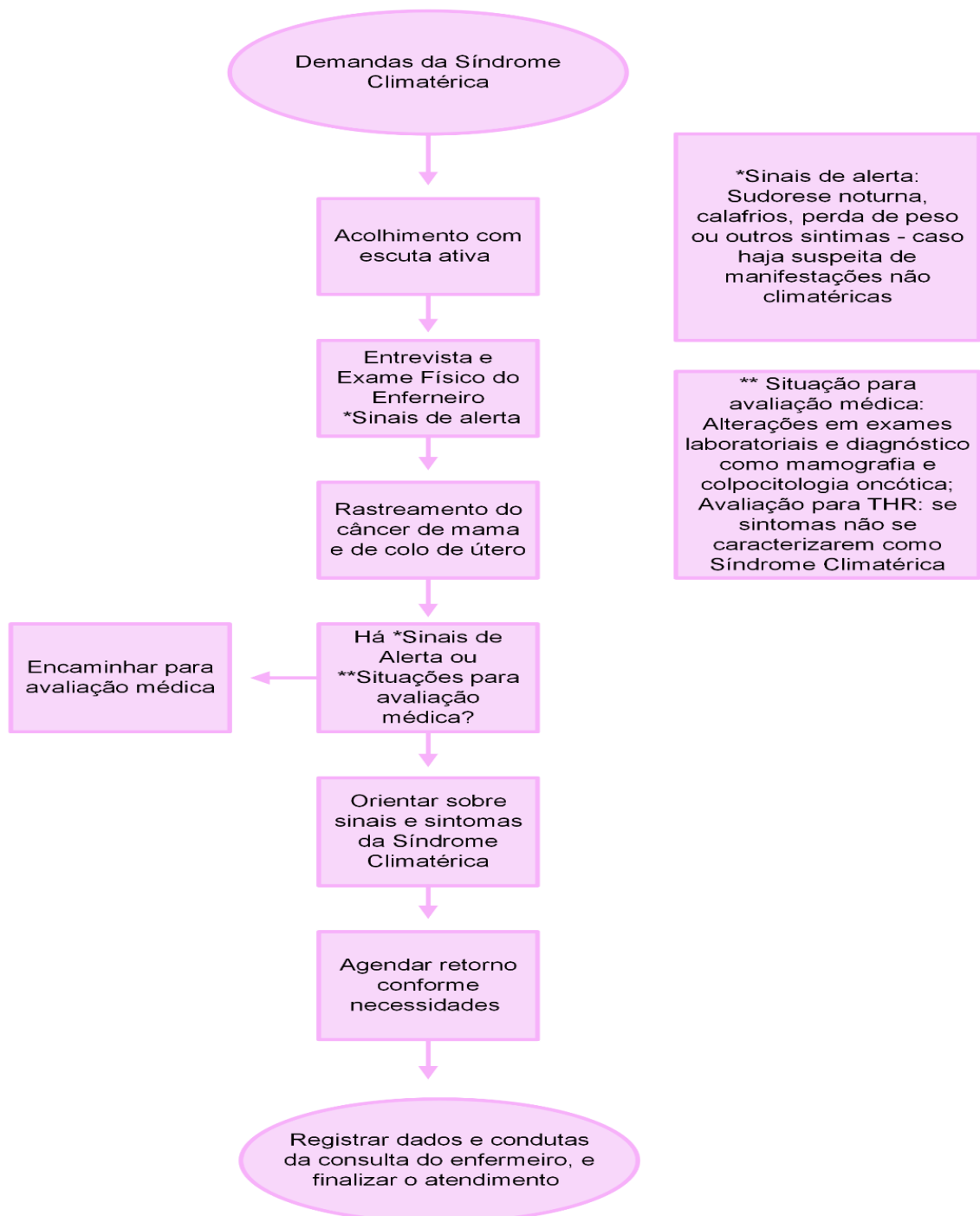
A dose ministrada deve ser a mínima eficaz para melhorar os sintomas, devendo ser interrompida assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios. De forma geral, recomenda-se uso da terapia estrogênica por no máximo cinco anos, mas a duração deve considerar o risco/benefício individual.

O risco de neoplasia de mama aumenta após 10 anos de uso do tratamento, assim a TH é contraindicada em mulheres com elevado risco de câncer de mama.

O risco da doença cardiovascular depende do hormônio utilizado e da via de administração, sendo que a via oral aumenta o risco de eventos tromboembólicos, assim como o uso de estrogênio, principalmente nos primeiros anos.

Recomenda-se evitar o início da TH após 10 anos da menopausa e/ou em mulheres acima de 59 anos, devido a um aumento do risco de doenças cardiovasculares e neoplasias

Algoritmo de demandas Climatéricas



Fonte: Adaptado de Coren-PR - Protocolo de Enfermagem 2 Saúde da Mulher, 2020

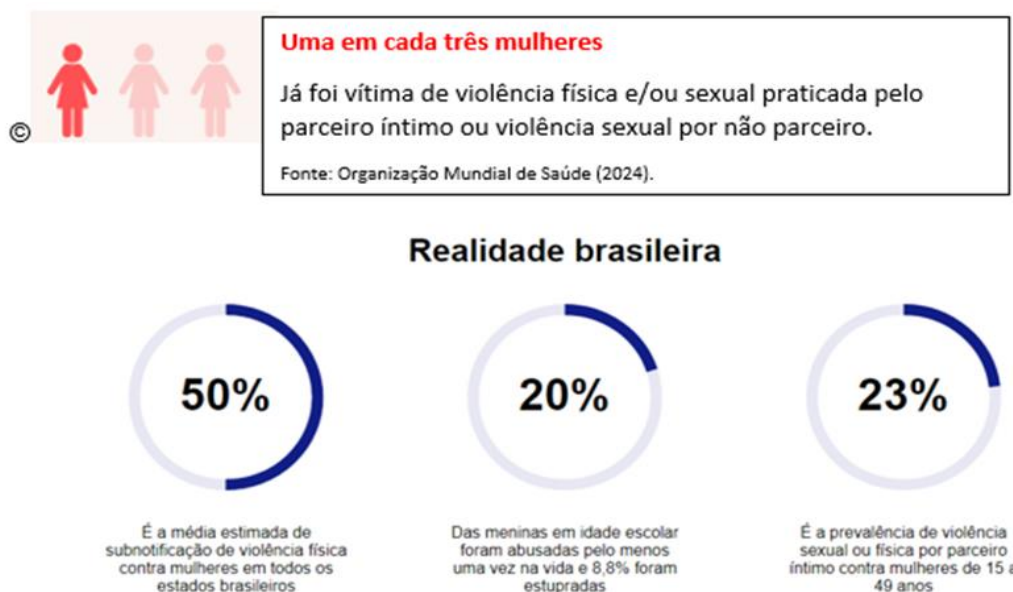
REFERÊNCIAS

1. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo 1: Saúde da Mulher: Coren SP. 2019.
2. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo 2: Saúde da Mulher: Coren PR. 2020.
3. Franco, Adryana, Cardoso, Mônica, Correia da Silva, Karla. (2021). A abordagem fisioterapeuta na disfunção erétil. *Research, Society and Development*. 10. e221101321156. 10.33448/rsd-v10i13.21156.
4. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto/ Organizadora, Alba Lucia Bottura Leite de Barros. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.
6. Barros SMO. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial 2 ed. São Paulo Roca, 2015.
7. Soares LH, Pinelli F das GS, Abrão ACF de V. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta paul enferm [Internet]*. 2005
8. Ferraz ABC. Construção de um instrumento de coleta de dados para a sistematização da assistência de enfermagem no Climatério. São Paulo: UNIESP, 2004 Dissertação de Mestrado.
9. Barra, Alexandre de Almeida et al. Terapias alternativas no climatério. *FEMINA*. Janeiro/Fevereiro, 2014, V.42 n.1, p. 27-31.
10. USP. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem. É tempo de se cuidar mais. São Paulo, 2014. Material educativo para promover a saúde da mulher, 2014
11. Protocolo de Enfermagem - Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares. Versão 1. Volume 1. Coren SC. 2017.
12. Figueiredo, A. L. de et al. Menopausa: conceito e tratamentos alopático, fitoterápico e homeopático. *Ciência e cultura*. V.7 n.2, p.59-68, Nov. 2011. 12. Janzen DC, Menezes TV. Benefícios do uso do óleo essencial de Sálvia escleréia em ginecologia e no ciclo gravídico puerperal: revisão integrativa. *Enferm Bras*. 2023;22(5):721-34
13. Radominski S C et al *Rev. Bras. Reumatol*. 57 (supl 2) • 2017 • <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.001>
14. Liao A et al .Ginecologia e obstetrícia para o médico residente. 2 ed, rev. ampl. - Santana do Parnaíba [SP]: Manole, 2021. 1473 pgs. 14. Radominski SC et al. *Rev. Bras. Reumatol*. 57 (supl 2) • 2017

Capítulo 8 – ABORDAGEM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A violência contra mulheres é um desafio global de saúde pública de proporções pandêmicas.



A violência contra as mulheres é um problema complexo, de múltiplas dimensões e é reconhecido e amplamente demonstrado pela literatura que seu enfrentamento efetivo requer a atuação multidisciplinar e em rede como estratégia de intervenção capaz de construir respostas adequadas aos casos de violência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; HANADA; KISS, 2012; GONSALVES; SCHRAIBER, 2021; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; D'OLIVEIRA et al, 2009).

O Brasil é conhecido pela assustadora marca de quinto país no mundo com maior número de mortes violentas de mulheres (WAISELFISZ, 2015). Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023) indicam que no ano de 2022 houve registro de aumento de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas no Brasil.

Os casos de feminicídio cresceram 6.1% chegando a 1.437 vítimas. O assédio sexual cresceu quase 50% e os casos de estupro e estupro de vulneráveis alcançaram as mais altas taxas de crescimento da história com um aumento de 7% e

8.6%, respectivamente no período de um ano (FBSP, 2023).

A violência contra as mulheres no Brasil também é marcada pela raça, alcançando mais fortemente as mulheres negras: 61% das vítimas de feminicídio eram mulheres negras e 38.4% mulheres brancas. A casa e as relações íntimas seguem sendo perigosos para as mulheres: 07 em cada 10 vítimas de feminicídio foram mortas dentro de casa, por parceiro ou ex-parceiro.

A violência de gênero e raça atravessa a vida de meninas e mulheres desde a infância, os números de estupros de crianças e adolescentes de até 14 anos são os maiores da história, atingindo 74.930 vítimas, e denunciam uma realidade de banalização da violência contra nossas crianças e a omissão do Estado na sua proteção. Novamente, o marcador de raça vulnerabiliza mulheres meninas negras, são as meninas (88,7% das vítimas de crimes sexuais), pretas e pardas (56,8% das vítimas) as mais afetadas pela violência sexual, que ocorre também dentro de suas próprias casas (FBSP, 2023).

É inegável que a violência com base em gênero contra as mulheres é um grave problema social que impõe aos governos locais, estaduais e federal a responsabilidade de criar políticas públicas efetivas de atenção, proteção e prevenção às múltiplas violências às quais mulheres e meninas estão submetidas e expostas diariamente.

Os serviços de saúde possuem particular relevância na atenção e enfrentamento à violência de gênero pelo contato direto que possuem com grande parte da população e pelo potencial de detecção precoce de casos de violência, que pode se dar, inclusive, antes mesmo da busca por serviços hospitalares e de polícia em casos de danos mais graves à saúde.

Porém, existem dificuldades de identificação por parte da saúde das situações de violência exatamente por se expressarem “na forma de múltiplas queixas, dores de imprecisa localização no corpo ou sem correspondência a patologias conhecidas” (D’OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013, p: 135).

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) por intermédio da Coordenadoria de Atenção Básica coloca que a Área Técnica de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência é responsável pela formulação das Políticas Públicas voltadas para minimizar o impacto das diversas formas de violência sobre seus cidadãos.

A formulação e consolidação de uma Rede Integrada de Cuidados às Pessoas em Situação de violência é uma das iniciativas prioritárias da SMS e tem como finalidade o atendimento aos indivíduos em situação de violência que procuram os serviços de saúde no Município.

A organização desta rede qualificada se alicerça nas equipes: Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) e das Equipes Especializadas em Violência (EEV).

Essencialmente, o NPV, instituído pela Portaria 1.300/2015, deve organizar o acolhimento e o tratamento qualificado às pessoas em situação de violência, tanto em relação às vítimas quanto aos autores da violência. Particularmente nos casos de violência doméstica, a oferta de cuidado aos autores da violência é fundamental no sentido de criar um ambiente familiar mais saudável para o desenvolvimento dos seus membros, além de prevenir novos comportamentos violentos.

As Equipes Especializadas em Violência (EEV) instituída para atender a Lei Federal nº 13.431/2017 e mais atualmente ampliada em consonância com a Lei 17.884/2023 (MSP), institui o acompanhamento psicológico para as mulheres vítimas de violência doméstica. A EEV tem como premissa realizar psicoterapia junto à rede protetiva, ampliar a capacidade do cuidado e resolutividade dos casos de violência contra crianças, adolescente e mulheres vítimas de violência doméstica, onde se observa como principal ganho a ressignificação da vida da pessoa em situação de violência, contribuindo para o rompimento dos ciclos de violência. As pessoas tem primeiramente o atendimento realizado pelo NPV, e verificado a dificuldade no manejo terapêutico dessas pessoas, elas são encaminhadas do NPV para EEV.

Portanto, o NPV corresponde à equipe responsável por articular o cuidado das pessoas em situação de violência nos Serviços de Saúde, deve ser acionado quando a pessoa em situação de violência acessa a Rede Municipal de Saúde.

8.1. Como as mulheres em situação de violência chegam aos serviços da APS

Segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) é definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. São tipos e exemplos de violência contra a mulher:

Física - qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher

- Bofetadas / tapas / chutes / beliscões / mordidas;
- Atirar objetos, sacudir e aperta os braços;
- Puxões de cabelo;
- Estrangulamento ou tentativa de asfixia;
- Lesões com objetos cortantes ou perfurantes;
- Ferimentos causados por queimaduras;
- Tentativa de homicídio.

Psicológica - qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima ou vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões:

- Humilhações;
- Ameaça de agressão
- Críticas repetitivas, como: burra, feia, inútil etc.;
- Danos ou ameaça a animais de estimação ou pessoas queridas;
- Proibição de contato com familiares e amigos;
- Ameaças aos filhos como forma de atingir a mulher;
- Distorcer e omitir fatos para deixar a mulher em dúvida sobre a sua memória e sanidade mental.

Sexual – quaisquer práticas sexuais não consentidas:

- Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da mulher;
- Estupro conjugal (parceiro) ou por desconhecido;
- Forçar sexo sem contracepção e proteção contra IST ou retirar preservativo durante ato sexual sem consentimento da mulher;
- Obrigar a mulher a fazer atos sexuais que causam desconforto ou repulsa;
- Impedir o uso de métodos contraceptivos;
- Participação forçada em pornografia;
- Exploração sexual forçada.

Patrimonial – Ocultar, roubar ou danificar objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais e bens de valores:

- Controlar o dinheiro;
- Privar de bens, valores ou recursos econômicos;
- Causar danos propositais a objetos pessoais e/ou de trabalho;
- Criar dívida no nome da mulher.

Moral - qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria:

- Acusar de traição;
- Emitir juízos morais sobre a conduta;

- Fazer críticas mentirosas;
- Expor a vida íntima;

8.2. Impactos da violência na saúde

Mulheres em situação de violência frequentemente procuram os serviços de saúde, especialmente os de atenção primária, apresentando queixas e problemas que geralmente estão associados à violência vivenciada. A prevalência de violência por parceiro íntimo é alta, estimando-se que cerca de 30% das mulheres sejam afetadas por essa situação. Sendo assim os profissionais, e aqui, exclusivamente os enfermeiros (as) são estrategicos na detecção e acolhimento dos casos de violência.

Destacamos aqui algumas queixas e problemas de saúde comumente relacionados a situação de violência. Esses podem despertar a suspeita das mulheres que estão em situação de violência:

SAÚDE MENTAL
▪ Estresse; ▪ Ansiedade; ▪ Depressão; ▪ Ideação suicida; ▪ Uso abusivo de álcool e outras drogas; ▪ Insônia; ▪ Síndrome do pânico; ▪ Transtorno de estresse pós-traumático TEPT
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
▪ Lesões genitais repetidas ou mal explicadas; ▪ Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) de repetição; ▪ Gestações não desejadas; ▪ Dor pélvica, dor durante o ato sexual e demais problemas sexuais; ▪ Infecções urinárias de repetição; ▪ Pré-natal tardio ou recusa/não adesão ao acompanhamento pré-natal.
QUEIXAS GERAIS
▪ Dores crônicas; ▪ Queixas gastrointestinais; ▪ Cefaleias e enxaqueca;

- Consultas repetidas sem diagnóstico claro;
- Parceiro sempre presente e intrusivo nas consultas;
- Falta constante à própria consulta.

QUEIXAS RELACIONADAS AS CRIANÇAS

- Atrasos vacinais;
 - Falta nas consultas de rotina;
- Crianças com problemas emocionais, comportamentais ou atraso no desenvolvimento.

A identificação e abordagem da violência são fundamentais para o cuidado integral das mulheres, uma vez que os impactos psicoemocionais e patológicos decorrentes dessa violência frequentemente resultam em casos de difícil resolução. Quando esses problemas não são tratados de maneira integrada, mesmo patologias simples podem se tornar complexas e crônicas, levando a atendimentos recorrentes nos serviços de saúde. Além disso, esses casos podem gerar iatrogenias e frustração tanto para as usuárias quanto para as profissionais, dificultando o processo de cuidado e suporte adequado.

8.3. Como identificar uma situação de violência

Antes de falarmos como perguntar a violência é importante apresentar aqui alguns dos motivos das mulheres não contarem o que está acontecendo de forma espontânea para os profissionais:

- Sente-se envergonhada ou humilhada;
- Sente-se culpada pela violência;
- Tem medo de ser culpada e julgada pela violência que sofreu;
- Teme pela sua segurança pessoal e pela segurança de seus filhos;
- Teve más experiências no passado quando contou sua situação;
- Sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida;
- Espera que o autor da violência mude como ele prometeu;
- Acredita que suas lesões e problemas de saúde não são importantes;
- Quer proteger seu companheiro por razões de dependência econômica ou afetiva;
- Tem medo de perder seus filhos;
- O autor da violência a acompanha ao serviço e não a deixa só com a equipe de saúde.

Antes de abordar a pessoa sobre uma situação de violência, é fundamental garantir sua privacidade e o sigilo das informações. Durante o atendimento, o ideal é que ela esteja sozinha, sem a presença de acompanhantes, incluindo filhos, especialmente aqueles com mais de dois anos. Vale ressaltar que a presença de outra mulher também não garante total segurança. Abaixo, seguem dois formatos recomendados para abordar a questão da violência, juntamente com alguns exemplos de perguntas a serem feitas:

PERGUNTAS INDIRETAS	PERGUNTAS DIRETAS
▪ Está tudo bem na sua casa, com seu companheiro (a)? ▪ Você está com problemas no relacionamento familiar? ▪ Você acha que os problemas que está passando em casa estão afetando sua saúde? ▪ Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? ▪ Quando vocês brigam/discutem, ele fica agressivo?	▪ Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas ou sofreram abusos psicológicos, físicos e/ou sexuais ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você? ▪ Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente e/ou psicologicamente agredidas. Isto aconteceu com você? ▪ Alguém bate em você? ▪ Seu parceiro (a)/companheiro (a) te xinga, insulta ou desrespeita você? ▪ Você já foi forçada a ter relações sexuais com alguém? ▪ Alguém tenta controlar você? Como: não permitindo que saia de casa, faça ligações telefônicas, use o celular ou tenha acesso a dinheiro?

ATENÇÃO!

Caso a mulher não verbalize ou não queira falar a respeito da situação e você mantenha a suspeita, não a pressione a falar e demonstre que caso queira conversar posteriormente o serviço está disposto a acolhe-la.

8.4. Assistência de enfermagem às situações de violência

Após identificada a situação de violência, o enfermeiro ou a enfermeira deve estar preparado(a) para realizar uma escuta qualificada e iniciar a abordagem adequada em relação à situação compartilhada, além de cuidar das queixas de saúde que, muitas vezes, motivaram a procura pelo serviço. A abordagem deve ser feita de forma empática e respeitosa, com a adoção de algumas condutas essenciais para o atendimento:

1. Não julgar a mulher
2. Acreditar na usuária, pois não é necessário que ela prove a situação de violência
3. Garantir o sigilo do atendimento, incluindo os registros em prontuário
4. Não vitimizar, ou seja, ouvir a mulher sem reforçar estereótipos de culpabilização
5. Propor uma decisão assistencial compartilhada, em que o plano de cuidado seja construído com base nas necessidades e desejos da pessoa.

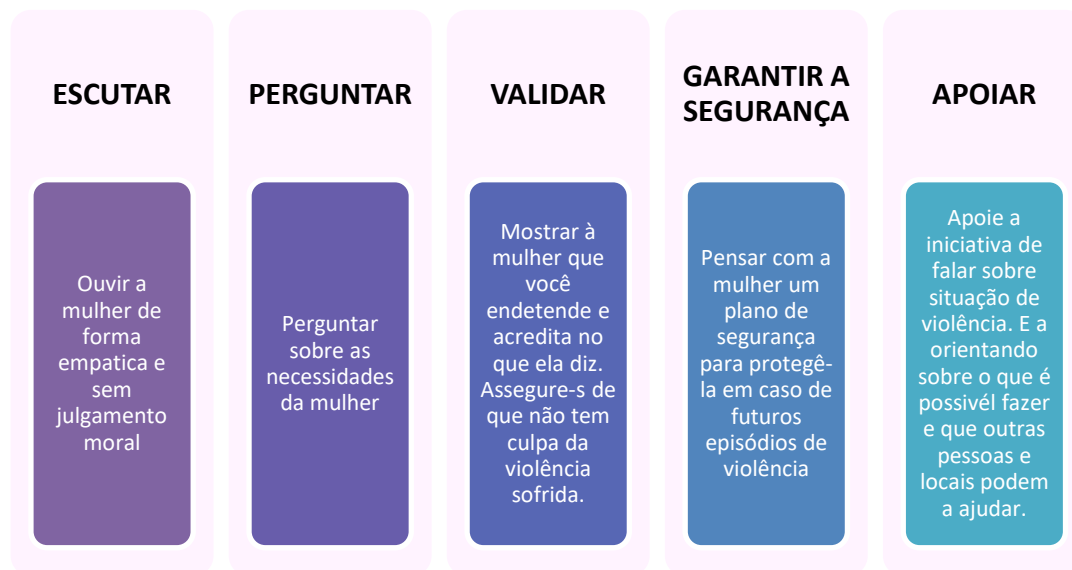
Essas orientações devem ser comunicadas à usuária logo no início do atendimento. Durante a conversa, é importante não focar no registro imediato, para não desviar a atenção do relato da mulher, e evitar interromper a narrativa com frequência. Além disso, deve-se perguntar e explorar somente o que for necessário para o plano de cuidado. No caso de violência sexual, por exemplo, perguntas específicas podem ser necessárias para definir as intervenções terapêuticas clínicas.

É fundamental informar à usuária sobre o sigilo do atendimento e que os registros no prontuário são confidenciais. Deve-se também esclarecer que a notificação à vigilância epidemiológica não está relacionada a investigações criminais. A escuta deve ser atenta e respeitosa, reconhecendo que a violência vivida pela mulher não a define, e que, independentemente de outros conflitos em sua vida, ela tem o direito a uma existência sem violência.

Além disso, é importante informar à mulher que a violência que ela está vivenciando tem raízes históricas no modelo tradicional de relações entre homens e mulheres, e que não há justificativa para esse tipo de tratamento. Combater esses modelos de relação é essencial, não só para as mulheres, mas também para reduzir os determinantes da violência na vida das crianças.

A Lei nº 10.778 de 2013, estabelece em território nacional a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidas em serviços de saúde, públicos e privados

para que os profissionais conduzam o atendimento de situações de violência:



8.5. Assistência à violência sexual

Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual

Atendimento clínico-laboratoriais, psicológico e social imediato.

Orientação para realizar o Boletim de Ocorrência, porém se a vítima não o fizer, isto não será impeditivo para o atendimento.

Anticoncepção de emergência e profilaxia das ISTs não virais e do HIV.

Vacinação e imunoglobulina para HBV- Vírus da Hepatite B (hepatites B vírus).

Vacinação para HPV hepatite A, quando indicado.

Realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites virais B e C ou coleta de material para avaliação do status sorológico, para seguimento e adoção de conduta específica.

Teste para investigação de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*.

Agendamento de retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado

Fonte: DCCI/SVSA/MS

As situações de violência sexual irão requerer do enfermeiro (a), uma avaliação mais específica e perguntas importante para as decisões de intervenções importantes e encaminhamentos para a rede.

O primeiro aspecto a ser avaliado em um relato de violência sexual é se esse foi um único episódio ou trata-se de uma situação crônica, ou seja, a usuária já passou por vários episódios de violência sexual. Pois para algumas profilaxias essa informação será importante assim como o tempo entre o episódio de violência e o momento do atendimento.

- Nos casos de situações crônica realizar a testagem para as IST e seguir com as condutas conforme resultados;
- Avaliar condição vacinal, caso usuária não tenha esquema vacinal completo para Hepatite B essa deverá receber Imunoprofilaxia com Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B.

8.5. Avaliação de Risco

Um aspecto que deve ser avaliado após relato da situação de violência é o risco que a mulher está exposta, para saber se o caso é de urgência e precisa de assistência imediata ou se é possível à usuária aguardar um novo atendimento.

Deverá realizar 3 perguntas para avaliar o risco:

Seu companheiro (ou autor da violência) tem arma ou fácil acesso?
Ele ameaça você de morte?
Você tem medo de voltar para casa?

Se a resposta for SIM para alguma dessas perguntas, a usuária deve ser encaminhada ao Centro de Defesa e de Convivência da Mulher – CDCM da referência da região. A lista desse serviço pode ser encontrados nesse endereço: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/mulheres/rede_de_atendimento/index.php?p=209599 ou a usuária também pode ser encaminhada para Casa da Mulher Brasileira.

Caso ela não aceite o encaminhamento informe que o serviço de saúde continuará disponível e disposto a prestar a assistência necessária. E informá-la que caso se sinta em risco ela poderá buscar esses serviços da rede.

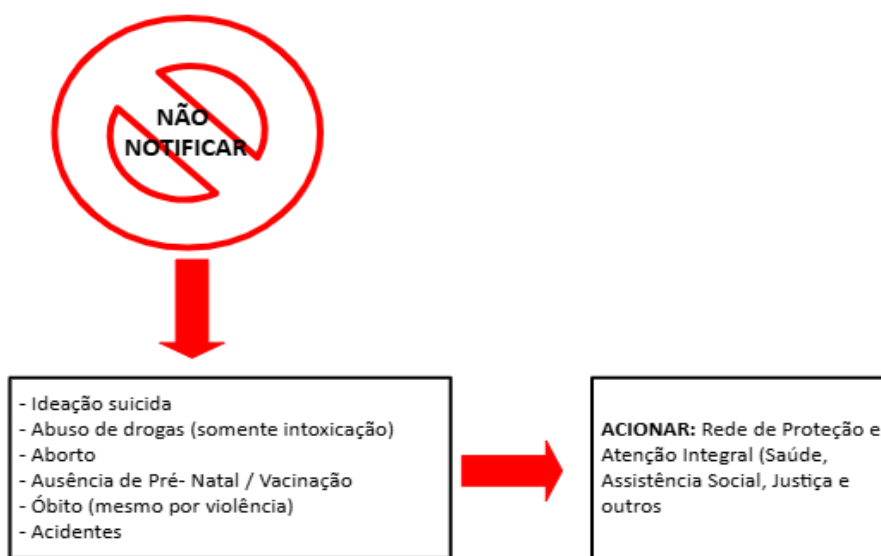
NOTIFICAÇÃO: Em toda suspeita ou confirmação de violência é realizado o preenchimento da ficha de notificação SINAN. A notificação é feita por meio da ficha de investigação epidemiológica para casos suspeitos e confirmados de violência, e não deverá ser encaminhada para outros órgãos/setores que não seja da saúde.

A Portaria MS Nº 1.271/2014 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, ou seja, todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, devem fazer a notificação de violência no

Módulo 2 - Atenção Primária à Saúde da Mulher - pág. 211

atendimento de um caso suspeito ou confirmado de violência. Os profissionais da saúde precisam preencher a ficha de notificação individual de violência e depois encaminhar essa ficha preenchida com todas as informações solicitadas para a Unidade de Vigilância em Saúde - UVIS da sua região para digitação no SINAN. A violência sexual e a tentativa de suicídio devem ser notificadas e comunicadas às UVIS em até 24 horas para garantia da assistência de saúde e comunicação aos órgãos competentes (Direitos Humanos, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e outros).

Todos os casos notificados de violência sexual com estupro devem ter os campos das profilaxias preenchidas, conforme recomendação. A violência sexual que não for classificada como Assédio sexual, Estupro, Pornografia infantil ou Exploração Sexual deve ser assinalada em Outros e especificada como "Importunação Sexual".



8.7. Plano de cuidado

Após a identificação e acolhimento é importante traçar o plano de cuidado, porém diferentemente das condições físicas/clínica não temos uma resolução predefinida e padronizada, pois o cuidado tem como orientador o processo de emancipação individual/social de cada pessoa e isso vai depender das possibilidades de cada caso.

Cabe à enfermeira (o) ou profissional de saúde apoiar a pessoa nesse processo e fazer encaminhamentos para a rede intersetorial que irão ser importantes

para a mulher nesse processo. Para isso é de extrema importância se conheçam os serviços da rede de proteção a mulheres da sua região de atuação.

No acompanhamento dos casos é importante que a(o) enfermeira (o):

- Não esperar que a usuária tome decisões imediatamente;
- Cada mulher tem seu tempo para a tomada de decisão e por vezes pode ser frustrante esse processo para os profissionais, mas o tempo é necessário para que ela decida o que acredita ser o melhor para sua vida;
- Sempre respeite suas decisões e desejos;
- Não dê conselhos pessoais e sim uma escuta empática;
- Não seja prescritivo dizendo o que a mulher deve fazer e sim ajudá-la a encontrar estratégias de enfrentamento da situação vivida;
- Ajude-a compreender o impacto da violência em sua saúde;
- Assegure que ela não tem culpa da violência sofrida e que tem direito a uma vida sem violência;
- Mesmo que ela opte por não denunciar à polícia, respeite a decisão dela. Essa não é a única alternativa, além da polícia, existem outros serviços que são referências no cuidado destas mulheres.

Além disso é importante que compartilhe esse caso com o Núcleo de Prevenção à Violência (NPV) de sua unidade.

Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual:

PROFILAXIA DE EXPOSIÇÃO ÀS ISTs	
O tratamento preemptivo para profilaxia das ISTs somente é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual, uma vez que há perda de seguimento de muitas delas e nem sempre é possível realizar o tratamento baseado no diagnóstico etiológico. Recomenda-se que a profilaxia seja instituída nos cinco primeiros dias após a exposição à violência sexual, com prazo máximo de dez dias.	

Esquemas de antimicrobianos para profilaxia das ISTs em situação de violência sexual

IST	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	
		Adultos e	Crianças e

		adolescentes com mais de 45 kg	adolescentes menores de 45kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50.000 UI/kg, IM (dose máxima total: 2,4 milhões UI) ^(a)
Infecção por <i>N. Gonorrhoeae</i> e <i>C. Thachamatis</i>	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona 500mg, 1 frasco-ampola, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 20mg/kg, VO, dose única (dose máxima total: 1 g)
Tricomoníase	Metronidazol ^(b,c)	400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g) OU 250 mg, 8 comprimidos, VO, dose única (dose única: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Legenda: UI = Unidades Internacionais; IM = intramuscular; VO = Via Oral

(a) Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única

(b) Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação

(c) Sua utilização deverá ser postergada em caso de uso de contracepção de urgência ou antirretrovirais

PROFILAXIA DE EXPOSIÇÃO AO HIV	
1. O tipo de material biológico de risco para transmissão do HIV?	
Material biológico COM risco de transmissão do HIV	Material biológico SEM risco de transmissão do HIV
➤ Sangue	➤ Suor
➤ Sêmen	➤ Lágrimas
➤ Fluidos vaginais	➤ Fezes
➤ Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico)	➤ Urina
➤ Líquido amniótico	➤ Vômitos
➤ Líquor	➤ Saliva
	➤ Secreções nasais

Fonte: DATHI/SVS/MS

2. O tipo de material biológico de risco para transmissão do HIV?

Exposição COM risco de transmissão do HIV	Exposição SEM risco de transmissão do HIV
➤ Percutânea	➤ Cutânea em pele íntegra
➤ Membranas mucosas	➤ Mordedura sem a presença de sangue
➤ Exposição sexual desprotegida	
➤ Cutâneas em pele não íntegra	
➤ Mordedura com presença de sangue	

Fonte: DATHI/SVS/MS

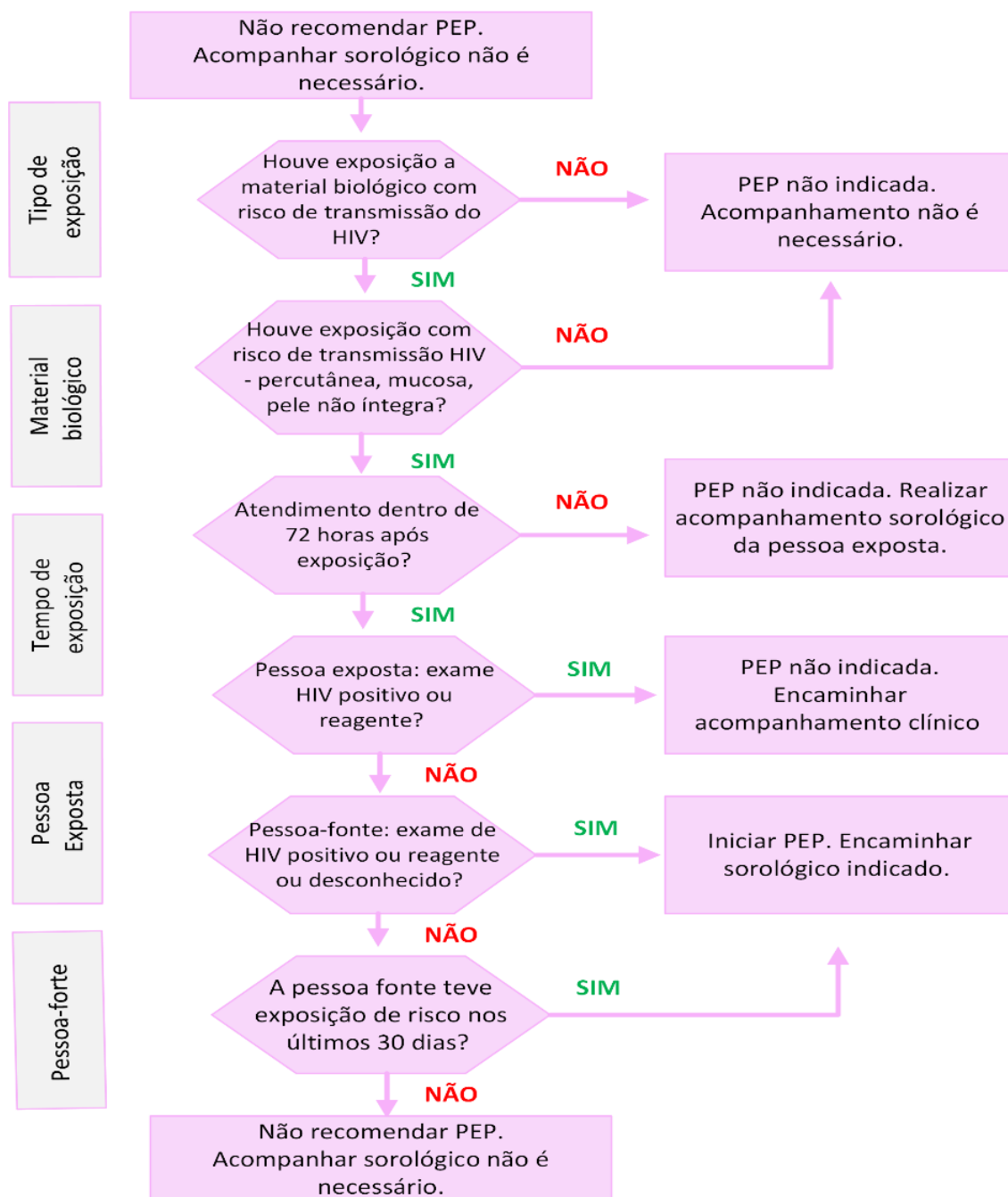
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?

O primeiro atendimento após a exposição de risco ao HIV é uma **urgência**.

A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição de risco

4. A pessoa exposta é não reigente para o HIV no momento do atendimento?

Se houve exposição – Profilaxia – PEP HIV, seguir esquema abaixo:



Fonte: DCCI/SVSA/MS

Esquema antirretroviral para PEP

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir/lamivudina (TDF ^(a) /3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300 mg/ 3TC 300 mg) OU Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150 mg	1 Comprimido VO 1x/dia OU 1 comprimido TDF 300 mg VO 1X/dia + 2 Comprimidos 3TC 150 mg VO 1x/dia
Dolutegravir DTG ^(b)	Comprimido DTG 50mg	1 Comprimido VO 1x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS

(a) Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda;

(b) O dolutegravir 50 mg está indicado para pessoas com idade maior que 6 anos com peso maior que 20 kg.

Caso a pessoa exposta esteja em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, o dolutegravir deve ser utilizado em dose dobrada (50mg) de 12 /12 horas.

Esquema antirretroviral para PEP alternativo

Situação	Esquema alternativo
Impossibilidade de uso do tenofovir (TDF):	Zidovudina/lamivudina (AZT/3TC) + dolutegravir (DTG)
Impossibilidade de uso dolutegravir (DTG)	Tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) + darunavir (DRV) + ritonavir (RTV)
A duração da PEP é de 28 dias	

Fonte: DATHI/SVSA/MS

Medicamento	Apresentação	Posologia
Zidovudina/lamivudina (AZT/3TC)	Comprimido coformulado (AZT 300 mg/ 3TC 150 mg)	1 comprimido VO 2x/dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido 300 mg	1 comprimido VO 1x/dia
Darunavir + ritonavir (DRV+RTV)	Darunavir: comprimido 800 mg Ritonavir: Comprimido 100 mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS

NOTA: Para pessoas que fazem uso de dofetilida, pisicanilda e oxcarbazepina o uso de dolutegravir não está recomendado.

Esquema antirretroviral para PEP – Gestante

Esquema Preferencial	Medicamentos alternativos
Tenofovir/lamivudina + dolutegravir (TDF/3TC + DTG)	Impossibilidade de tenofovir: zidovudina (AZT) 300mg/ lamivudina (3DT) 150mg, 1 comprimido 2x/dia + dolutegravir (DTG) 50 mg 1x/dia Impossibilidade de dolutegravir: darunavir (DRV) 600 mg + ritonavir (RTV) 100 mg 2x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS

Considerações sobre amamentação.

*Pessoas que estejam amamentando e que tenham exposição de risco ao HIV devem interromper a amamentação até a definição diagnóstica em 12 semanas.

**Garantir fornecimento de leite para a criança e orientação para a mãe.

Investigação e prevenção da infecção pelo HPV

- O tempo de latência viral e os fatores associados não são plenamente conhecidos.
- Para as mulheres reforçar a importância de realizar periodicamente o exame preventivo de colo de útero (PPN).
- **A vacina de HPV** também é prevista para vítimas de violência sexual, homens e mulheres, de nove a 45 anos, que ainda não foram vacinados – 01 dose.

Profilaxia das Hepatites Virais – Hepatite A

Recomenda-se avaliar todo paciente com exposição sexual de risco ao HIV para um eventual episódio de infecção aguda pelo vírus da hepatite A.

Caso seja possível: verificar a suscetibilidade do paciente – anti-HAV IgG ou total.

- anti-HAV IgG (ou total) reagente da pessoa (nenhuma medida adicional)
- anti-HAV IgG (ou total) não reagente – observar a indicação de vacinação da pessoa exposta (CRIE) – eficaz (97,6% em menores de 40 anos) como PEP quando administrada dentro de duas semanas da exposição.
- Anti-HAV IgM reagente e indicativo de episódio agudo de infecção por esse vírus.

Profilaxia das Hepatites Virais – Hepatite B

IGHAHB contra hepatite B no máximo, até 14 dias, são recomendadas como profilaxia para pessoas suscetíveis, expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus da hepatite B por violência sexual.

Seguimento da pessoa quando fonte for reagente para hepatite C:

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	TESTAGEM LABORATORIAL			COMENTÁRIO
	ANTI-HCV	HCV-RNA	ALT	
Fonte				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim	Testar se anti-HCV reagente	Não	Pode-se avaliara a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pacientes com imunossupressão grave
Exposto				
Imediatamente (≤48 horas)	Sim	Testar se anti - HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal do exposto é aconselhável
4-6 semanas	Sim	Sim	Considerar	Não utilizar o teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas
4-6 meses	Sim	Sim	Sim	-

Anticoncepção de Emergência e Abordagem na Concepção

Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. No entanto, a gravidez decorrente de violência sexual, representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade dessa situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção

de Emergência (AE).

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente o método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência. Obviamente também, só se aplica se houve ejaculação vaginal.

Exame	Pessoa exposta	
	1º atendimento	4 a 6 semanas após exposição
Teste de gravidez	Sim, se atraso menstrual ou presença de sinais e sintomas de gravidez	Sim, se primeiro teste negativo ou não realizado

Fonte: DCCI/SVS/MS

Apresentação	Posologia
Comprimidos de 0,75 mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5 mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	1ª opção – 1 comprimido de 1,5 mg VO ou 2 comprimidos de 0,75 mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual
	2ª opção - 1 comprimido de 0,75 mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual

Fonte: DCCI/SVS/MS

Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento > 72 horas

- Não está mais indicada a PEP;
- Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- Oferecer testagem para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*;
- Orientar vacinação para HPV e hepatites virais A e B, anti tetânica, quando indicado;
- Diagnosticar e tratar IST e hepatites virais, quando presentes;
- Ofertar anticoncepção de emergência, quando indicada;
- Orientar o uso de preservativos;
- Encaminhar para acompanhamento ambulatorial.

Prevenção da gravidez não planejada

De acordo com o Decreto –Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual.

Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de interrupção da gravidez.

Da mesma forma devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-las na família, ou proceder com os mecanismos legais de adoção. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo de adoção.

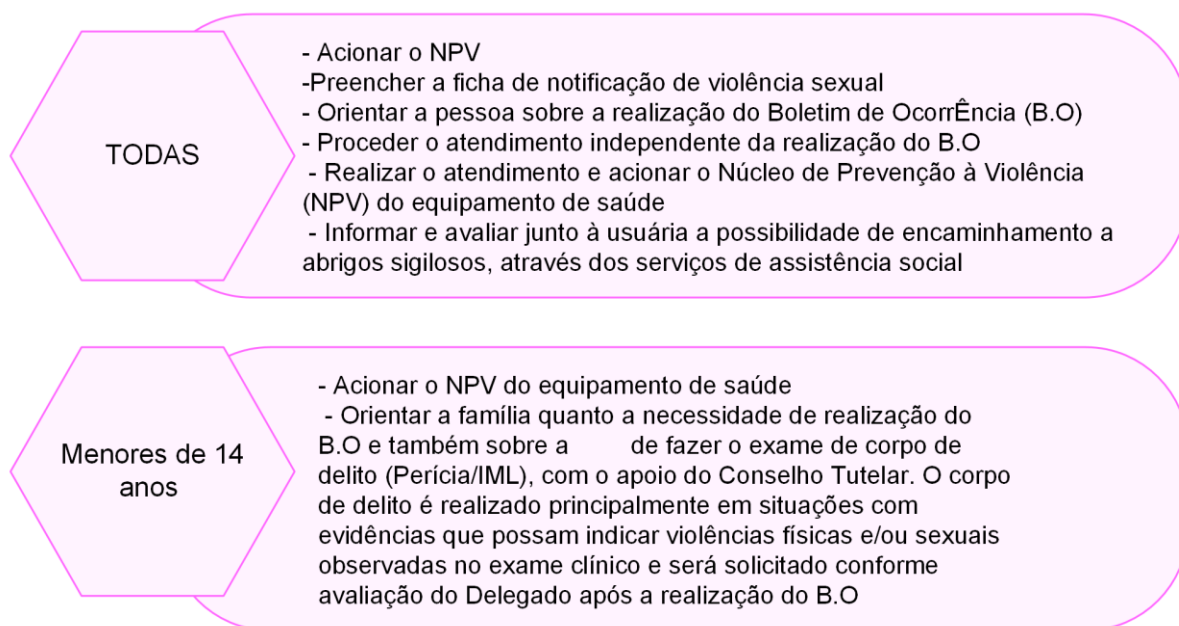
Aspectos legais

De acordo com o Decreto Lei nº 2.848/1940 o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro e constitui um direito da mulher, pois tem esse direito garantido pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos p, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Capítulo I: do Direito à Vida e à Saúde, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher.

É de suma importância que as unidades de saúde frente à uma suspeita de gravidez decorrente de violência sexual, façam o encaminhamento o mais rápido possível para um dos serviços que realizem a interrupção da gravidez prevista em Lei (Aborto Legal).

CONDUTAS DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL



Em âmbito nacional, vale destacar a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, e ainda as leis de notificação compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas, atendidas em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10.778/2003, Lei nº 8.069/1990, Lei nº 10.741/2003).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) igualmente exerce um papel fundamental na garantia dos direitos das mulheres.

O atendimento à vítima de estupro é complexo e deve ser considerado como uma prioridade, necessitando idealmente de cuidados de uma equipe multidisciplinar. Quando praticada durante a gravidez representa fator de risco para saúde da mulher e do feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e de RN de baixo peso.

8.7. Encaminhamento para Rede Intersetorial

A violência é um agravo que necessita de uma combinação de diferentes tipos de serviços e de diversos setores, de acordo com a necessidade de cada caso. São exemplos de serviços no município:

- Serviços de saúde: CAPS, Hospitais (referência em aborto legal), entre outros;
- Centro de Referência da Mulher (CRM);

- Centro de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM);
- Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS);
- Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Fórum);
- Delegacia (comum ou da mulher);
- Defensoria Pública;
- Ministério Público;
- Pontos de economia solidária;
- ONGs feministas ou ligadas à saúde da mulher e aos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
2. Brasil. Presidência da República. Lei Federal n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
3. Brasil. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência. São Paulo: 2015.
4. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 Aug [cited 2020 Sep 25]; 14(4): 1037-1050.
5. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Pereira S, Bonin RG, Aguiar JM, Sousa PC, Guida C. Atenção Primária a Saúde: Protocolo de atendimento a mulheres em situação de violência. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. University of Bristol (UK). 2019 [Disponível em: <https://sites.usp.br/generovienciaesaude/protocolo-de-atendimento-geral/>] WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. World Health Organization. Issue Date: 2014.
6. MARTINI, Talu Andréa Dartora De; PICCININI, Cesar Augusto; GONCALVES, Tonantzin Ribeiro. Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação. Aletheia, Canoas, n. 31, p. 121-136, abr. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942010000100011&lng=pt&nrm=iso. acessos em 27 nov. 2024.
7. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1037-1050, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400011>.

8. D'OLIVEIRA AFPL, SCHRAIBER LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção / Violence against women: between critical path and assistance multisectoral networks. Rev Med (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):134-40. (D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013)
9. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2024.
10. BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei nº11.340 de 7 de Agosto de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
11. Linha de Cuidado de Atenção Integral em Saúde da Pessoa em Situação de Violência [baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](#)