

SMS
SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
Piracicaba

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SAÚDE DA MULHER

SMS
SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
Piracicaba

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SAÚDE DA MULHER – 3^a ED. REVISÃO 2022

**LUCIANO ALMEIDA
PREFEITO DE PIRACICABA**

**FILEMON DE LIMA SILVANO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRACICABA**

**TATIANA DO PRADO LIMA BONINI
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA**

**MARCELA ENEDINA FURLAN BUORO
COORDENADORA DA SAÚDE DA MULHER**

ELABORAÇÃO - 1^a edição 2015

Equipe Departamento da Atenção Básica

Elaine Regina Defavari

Karina Correa

Luciana Maria Pavan

Lucilene do Carmo Pereira Martins

Tatiana do Prado Lima Bonini

Apoiadoras Institucionais do Departamento de Atenção Básica - 2022

Ana Carolina Fuza Lunetta

Elaine Regina Defavari



Coordenação do Programa de Alimentação e Nutrição - 2022

Márcia Juliana Cardoso

Coordenação da Saúde Bucal - 2022

Fernanda Maria Rovai Bado

Centro de Atenção às Doenças Metabólicas (CADME)

REVISÃO - Maio 2019

Equipe Departamento da Atenção Básica

Bárbara de Paula Sena Pereira

Beatriz Helena Viduani Sopran

Denise Helena Fornazari

Juliana Luzia Grosso Firmino

REVISÃO - Outubro 2022

Ana Paula Vioto Ferraz

Bárbara de Paula Sena Pereira

Catia Elvira Ortiz Scarpari

Denise Helena Fornazari

Fernanda Maria Rovai Bado

Isabela Bonifácio Martins Nogueira

Karina Corrêa Contiero

Luciana Ovidio de Lima do Amaral

Marcela Enedina Furlan Buoro

Valeria Cristina de Oliveira Ferreira

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM foi elaborada em 2004, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado em 1983 no contexto da redemocratização do país e da Conferência de Alma-Ata (1978) e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista, mas ainda com raízes firmes no processo de medicalização dos nascimentos que consolida o campo da “saúde materno-infantil”, entendida como ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, que têm como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. Até hoje, grande parte das ações de saúde coletiva que ocorrem nas unidades básicas de saúde no Brasil são inspiradas na proposta de atenção materno-infantil.

A proposta de estudar a saúde sexual da mulher de forma mais abrangente, incluindo discussões sobre autoconhecimento, higiene, exames preventivos, planejamento familiar, sexo e sexualidade, violência de gênero dentre outros assuntos, em um contexto individual, familiar e dentro da comunidade onde ela vive e desempenha suas funções, busca incluir um elemento fundamental: a autonomia feminina. Demarca uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais para diferentes grupos, populações e períodos.

A proposta de atenção à saúde integral da mulher aponta para a ampla

objetivando proporcionar mais visibilidade à atuação da enfermagem na Atenção Primária à Saúde e sua importância para a democratização do acesso à saúde, como preconizam os pilares estruturantes do SUS. Neste contexto, 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 (nº 7498/86) estabelece a importância dos protocolos em programas de Saúde Pública, para atividades como prescrição de medicamentos; assim como a Portaria 2436/2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e também menciona os protocolos para práticas como consulta de enfermagem e solicitação de exames.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia mais efetiva para porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) visando a integralidade, universalidade, equidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado e consequente resolutividade (PEREIRA, 2017).

Esse Manual/Protocolo, desenvolvido a partir de um trabalho já realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, contribui na organização da Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção à Saúde, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais de Enfermagem na busca permanente da qualidade da atenção à saúde em todas as instituições que prestam atendimento para o usuário SUS municipal.

SUMÁRIO

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA A MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPERÍO	13
1.1. Atenção ao Pré-natal	13
1.2. Diagnóstico de gravidez	14
1.3. Acompanhamento da gestante durante o pré-natal	15
1.3.1. Cálculo da idade gestacional (IG)	15
1.3.2. Cálculo da Data provável do parto (DPP)	16
1.4. Roteiro da primeira consulta de enfermagem no pré-natal	18
1.5. Roteiro para consultas subsequentes no pré-natal	20
1.6. Solicitação de exames no pré-natal de risco habitual	22
1.7. Condutas mediante resultados dos exames	23
1.8. Prescrição de medicamentos e vitaminas para gestantes	29
1.9. Pré-Natal d@ parceir@	31
1.10. Calendário de vacinação para gestante e puérpera	31
1.11. Queixas mais comuns na gestação	32
1.11.1. Náuseas, êmese, azia e vertigens (comuns no início da gestação)	33
1.11.2. Sialorreia (salivação excessiva)	33
1.11.3. Fraquezas e Desmaios	33
1.11.4. Cólicas, flatulência e constipação intestinal (afastar contrações uterinas)	34
1.11.5. Hemorróidas	34
1.11.6. Queixas urinárias	34
1.11.7. Falta de ar e dificuldade para respirar	35
1.11.8. Dor nos mamilos	35

1.11.17.	Leucorreia	37
1.12.	Sinais de alerta na gestação	38
1.13.	Orientações nutricionais durante a gestação	38
1.14.	Guia de orientação à Saúde Bucal das gestantes na Atenção Primária em Saúde	42
1.15.	Plano de parto	43
1.16.	Atendimento à puérpera	44
1.16.1.	Cuidados de Enfermagem	44
1.16.2.	Ações recomendadas para a Puérpera	45
1.17.	Depressão puerperal	46
1.18.	Aleitamento Materno	49
1.18.1.	Vantagens do aleitamento materno	49
1.18.2.	Leite Materno: alimento forte	50
1.18.3.	Formulário de observação da mamada	52
1.18.4.	Duração e frequência das mamadas	53
1.18.5.	O Leite Posterior não é o final da mamada	54
1.18.6.	Recordando o ato psicossomático da lactação	54
1.18.7.	Por que o leite dito posterior é mais calórico?	55
1.18.8.	Aconselhamento em Amamentação	56
1.18.9.	Rede de apoio à mulher que amamenta	57
1.18.10.	O que fazer quando a amamentação está contraindicada?	58
1.18.11.	Conduta para as intercorrências durante o aleitamento materno	59
1.18.12.	Amamentação Para Reduzir Dor da Vacinação Em Crianças	61
1.18.13.	Banco de leite	61
1.19.	Atividade Física Para Gestantes E Mulheres No Pós-Parto	62

2.3. Recomendações prévias à mulher para a realização da coleta da de citologia oncotíca	74
2.4. Roteiro da consulta ginecológica / coleta de citologia oncotíca	75
2.5. Nomenclatura de resultado dos exames citopatológicos	76
2.6. Fluxograma para resultado normal e alterações benignas	78
2.7. Conduta inicial frente a resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica e secundária (CESM)	79
2.8. Conduta perante resultado de exames com alterações pré-malignas ou malignas	80
2.9. Conduta frente aos achados microbiológicos	80
2.10. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCAN)	80
2.11. Leucorréias e orientações de enfermagem na abordagem sindrômica	80
2.12. O Centro Especializado em Saúde da mulher (CESM) no diagnóstico do Câncer do Colo do útero	82
3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	86
3.1. Conceito	86
3.2. Magnitude	86
3.3. Fatores de risco	87
3.4. Diagnóstico precoce	88
3.4.1. Mamografia	88
3.4.2. O Centro especializado em Saúde da mulher (CESM) no diagnóstico do Câncer de Mama	91
3.5. Consulta de enfermagem para avaliação das mamas	92
3.5.1. Entrevista	92

4.1.2.3. Métodos contraceptivos disponíveis em Piracicaba: métodos irreversíveis	118
4.2. Recomendações para a atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva das pessoas que exercem o sexo como profissão	121
5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO	124
5.1. Alterações Frequentes No Climatério	126
5.2. Principais ações de enfermagem no atendimento à mulher no climatério ..	127
6. ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	130
6.1 Consulta de enfermagem	132
6.2 Abordagem dos parceiros sexuais	133
6.3 Manejo clínico das IST	133
6.3.1 Manejo da Síndrome do corrimento uretral	134
6.3.2 Manejo da Síndrome do corrimento vaginal e cervicite	135
6.3.3. Tratamento do corrimento vaginal e cervicite	137
6.3.4. Manejo da síndrome da úlcera genital.....	141
6.3.5. Tratamento da úlcera genital	143
6.3.6. Verrugas anogenitais.....	144
6.3.7. Sífilis Adquirida	145
7. ATENDIMENTO AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS	165
1. Diagnósticos de enfermagem (NANDA 2018/2019) sugeridos para consultas relacionadas à mulher	165

9. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina: Encaminhamento do casal/usuário para métodos contraceptivos cirúrgicos definitivos	179
10. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina: Guia para cirurgia ambulatorial	180
11. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina: Pedido de Prioridade para LAQUEADURA ou VASECTOMIA	181
12. Exames autorizados para solicitação d@ enfermeir@	182

SAÚDE DA MULHER

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA A MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA A MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

1.1. Atenção ao Pré-natal

Um dos indicadores mais importantes de avaliação da qualidade da Atenção Básica é o acesso ao cuidado, com a captação precoce da gestante e início do pré-natal até 12 semanas, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral (BRASIL, 2016).

As consultas de Pré-Natal devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro mas, de acordo com o Ministério da Saúde, o Pré-Natal de risco habitual pode ser acompanhado inteiramente pelo profissional enfermeiro (BRASIL, 2012; 2016), o que também é garantido pela Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e reforçado pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017) que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

As consultas de pré-natal deverão ser realizadas com as seguintes frequências:

- Até a 28^a semana mensalmente;
- Da 28^a a 36^a semana quinzenalmente;
- Da 36^a a 41^a semana semanalmente.

A Estratificação do Risco Gestacional deve ser feita na primeira consulta pelo profissional responsável pelo atendimento e reavaliada/registrada no prontuário a cada consulta de pré-natal (leitura recomendada: Protocolos de Obstetrícia - Assistência à Saúde das Gestantes - 2020).

Nas situações classificadas como alto risco obstétrico, tanto na

Após a 40^a semana de gestação a gestante deve ser avaliada na maternidade de referência a cada dois dias para avaliação do bem-estar fetal, mantendo acompanhamento conjunto na Atenção Básica (BRASIL, 2012).

ATENÇÃO:

Não existe alta de pré-natal! As consultas devem ser agendadas até a ocorrência do parto e também no puerpério

1.2. Diagnóstico de gravidez

Em toda mulher com histórico de atraso menstrual maior que 15 dias, deverá ser realizado o Teste Imunológico de Gravidez (TIG).

Se TIG Positivo	Se TIG Negativo
Agendar primeira consulta de Pré-Natal	<p>Repetir TIG em 15 dias.</p> <p>Se o novo teste for POSITIVO: agendar primeira consulta de pré-natal</p> <p>Se novo teste for NEGATIVO: agendar nova consulta para investigar outras causas para a irregularidade menstrual. Ainda neste momento, caso a mulher não deseje engravidar, ofertar método contraceptivo e avaliar risco de IST.</p>

1.3. Acompanhamento da gestante durante o pré-natal

O acompanhamento da gestante durante o pré-natal, abordado neste item, está baseado no Caderno de Atenção Básica nº 32: Pré-Natal de baixo risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A consulta pré-natal deverá ser periódica e contínua, visando à prevenção, o controle ou tratamento de intercorrências na gestação. A consulta pode ser dividida em: pré-consulta, consulta propriamente dita e pós-consulta, sendo:

- **Pré-consulta:** é o conjunto de ações que visam o preparo da gestante para a consulta. O técnico/auxiliar de enfermagem responsável pela pré-consulta deverá verificar dados antropométricos e aferir a pressão arterial, anotando-os em prontuário, além de preencher o marcador de consumo alimentar.
- **Consulta:** além da coleta de dados pessoais, investigação da história clínica, solicitação de exames, preenchimento do cartão da gestante, entre outros, são realizados o exame físico, o cálculo da idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP).
- **Pós-consulta:** corresponde às ações realizadas após o atendimento, como orientações e agendamentos de exames e retornos.

1.3.1. Cálculo da idade gestacional (IG)

O cálculo da IG tem o objetivo de estimar a idade da gestação em semanas e pode ser realizado a partir da data da última menstruação (DUM) ou de um gestograma. A duração da gestação, em média, é de 280 dias, 40

Utilizando-se o parâmetro DUM

Somar os dias entre o primeiro dia da última menstruação (DUM) e o dia atual (dia da consulta) e dividir o resultado por sete.

O resultado corresponde ao número de semanas e o resto ao número de dias além da referida semana.

Por exemplo: DUM = 02/06/2021

Data da consulta = 15/07/2021

28 dias de junho + 15 dias de julho = 43 dias

43 dias ÷ 7 (dias) = 6 semanas e 1 dia

Utilizando o disco gestacional ou gestograma

Colocar a seta sobre o dia e o mês correspondente à DUM e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

Se gestante não sabe referir a DUM, porém conhece o período do mês em que ela ocorreu, considerar as seguintes datas:

- Dia 05 (período mencionado foi no início do mês);
 - Dia 15 (período mencionado foi no meio do mês);
 - Dia 25 (período mencionado foi no final do mês).
-
- **Gestação de termo:** compreendida entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas.
 - **Gestação pré-termo:** aquela com duração inferior a 37 semanas completas.
 - **Gestação pós-termo:** aquela com duração igual ou superior a 42

constam no laudo. A partir destes dados, você deve contar até completar as 40 semanas.

Utilizando o disco gestacional ou gestograma

Colocar a seta sobre o dia e o mês correspondente à DUM e observar a seta na data (dia e mês) indicada como DPP.

Utilizando a Regra de Naegele

Acrescentar sete dias, ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses, ao mês em que ocorreu a última menstruação (caso corresponda aos meses de janeiro a março) ou subtrair três meses (caso corresponda aos meses de abril a dezembro).

Exemplo 1 – para meses de janeiro a março

DUM = 10/02/2022

Dia: $10 + 7 = 17$

Mês: $2 + 9 = 11$

Ano: Deixar o mesmo ano = 2022

DPP = 17/11/2022

Exemplo 2 – para meses de abril a dezembro

DUM = 13/09/2021

Dia: $13 + 7 = 20$

Mês: $9 - 3 = 6$

1.4. Roteiro da primeira consulta de enfermagem no pré-natal

É durante a primeira consulta de enfermagem no pré-natal que o profissional tem a oportunidade de acolher a gestante, bem como coletar informações importantes para o acompanhamento pré-natal e realizar ações educativas. De forma a auxiliar na anamnese, o Quadro 1 traz o roteiro para a primeira consulta de enfermagem.

Quadro 1. Roteiro para a realização de primeira consulta de enfermagem no pré-natal.

(continua)

Etapa anamnese	Informações/dados a serem levantados
Levantamento de dados socioeconômicos e demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Nome completo • Data de nascimento • Cor (autoreferida) • Naturalidade • Procedência e endereço atual • Cartão SUS • Estado civil • Ocupação • Dinâmica familiar e suporte social (identificar vulnerabilidades) • Preencher Cartão da Gestante e orientar sobre agenda do pré-natal • Verificar com ACS se mulher está cadastrada no Olostech como gestante.
Levantamento de histórico de saúde pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças crônicas e agudas • Uso de medicações • Internações e cirurgias realizadas • Histórico de alergias • Histórico de violência e/ou vulnerabilidade social • Hábitos nocivos: tabagismo e outras drogas, abuso de álcool

Quadro 1. Roteiro para a realização de primeira consulta de enfermagem no pré-natal.

(continua)

Etapa anamnese	Informações/dados a serem levantados
Levantamento de histórico ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> • Menarca e ciclos menstruais • Métodos anticoncepcionais utilizados • Pesquisar se houve tratamento para infertilidade e esterilidade; • Pesquisar IST • Identificar se realizou cirurgias ginecológicas – idade e motivo • Identificar patologias mamárias – quais e tratamento • Pesquisar a última citologia oncológica (Papanicolau) – data e resultado.
Levantamento de histórico obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestações e evolução • Verificar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e doença trofoblástica • Número de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações • Número de abortamentos: espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento • Número de filhos vivos Idade da primeira gestação Intervalo entre as gestações • Número de recém-nascidos: pré-termo ou pós-termo • Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g, • Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (número e motivos de óbitos) • Mortes neonatais tardias – entre 7 e 28 dias de vida (número e motivos de óbitos)

Quadro 1. Roteiro para a realização de primeira consulta de enfermagem no pré-natal.

(conclusão)

Etapa anamnese	Informações/dados a serem levantados
Levantamento de informações da gestação atual	<ul style="list-style-type: none"> • DUM e DPP (dúvida ou certeza) • Questionar se a gestação foi planejada/aceitabilidade • Levantar desejo de amamentar e experiência anterior com amamentação. • Identificar fatores de risco
Informações do exame físico	<ul style="list-style-type: none"> • Dados vitais: altura, peso e IMC • Verificar pressão arterial • Verificar FC e respiratória, temperatura axilar (SN) • Inspeção de pele e mucosas • Palpação de Tireóide • Exame das mamas e palpação obstétrica (se primeira consulta no 2º ou 3º trimestre) • Inspeção vaginal e coleta oportuna de citopatológico • Inspeção de edemas
Condutas	<ul style="list-style-type: none"> • Cartão da Gestante devidamente preenchido • Estratificação de risco gestacional • Cálculo da IG e DPP • Solicitação de exames de rotina (VER QUADRO NO ITEM 1.6.) para gestante e parceir@ • Solicitação de ultrassom obstétrico via transvaginal (entre 10 e 13 semanas e 6 dias para avaliação de translucência nucal – protocolo do Pacto) • Realização do Teste rápido para Sífilis e HIV • Orientações gerais: hábitos saudáveis de vida, alimentação e cessação/redução do tabagismo (quando houver relato) • Uso de repelentes contra insetos

4. Exame físico geral e gineco-obstétrico:
 - Avaliação do peso e cálculo de IMC (ganho ou perda do peso) – avaliar o estado nutricional;
 - Aferição da pressão arterial;
 - Inspeção da pele e das mucosas: ver sinais de melasma, exantemas;
 - Inspeção das mamas;
 - Palpação obstétrica e medida da altura uterina – avaliar o crescimento fetal e registrar no Cartão da Gestante;
 - Ausculta do BCF;
 - Pesquisa de edemas;
 - Toque vaginal: não é rotina habitual do Pré-natal. O toque é um exame para diagnóstico em caso de sangramentos e deve ser explicada a sua necessidade para a gestante;
 - Exame especular: se queixas ou para coleta de preventivo;
 - Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessário.
5. Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados.
6. Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupo.
7. Registro dos dados da consulta no cartão da gestante e no prontuário eletrônico (PEC).
8. Registro de dados no e-SUS (verificar com ACS se gestante está cadastrada e seu status atualizado).
9. Garantia do agendamento da consulta subsequente.

1.6. Solicitação de exames no pré-natal de risco habitual

Os exames para triagem na gestação devem ser solicitados pelos serviços de saúde logo após a descoberta da gravidez e início do pré-natal. Alguns exames serão repetidos no terceiro trimestre de gestação (Quadro 2).

Quadro 2. Exames solicitados no acompanhamento pré-natal de risco habitual

Período	Exames solicitados pelo profissional que realizar consulta
1ª Consulta de pré-natal ou 1º Trimestre gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Eletroforese de hemoglobina (se gestante negra e com antecedentes familiares de anemia falciforme ou histórico de anemia crônica) - Tipagem sanguínea e fator Rh - Glicemia em jejum - Teste rápido de triagem para Sifilis e/ou VDRL - Teste rápido diagnóstico anti-HIV - Anti HIV - Toxoplasmose IgM e IgG - Sorologia para hepatite B (HbsAg) e hepatite C - Urina 1 - Urocultura e antibiograma - Parasitológico de fezes - Ultrassonografia obstétrica via transvaginal - UTVO (a ser realizado entre 10 e 13 semanas e 6 dias) ou ultrassonografia obstétrica via abdominal - UOBS (a partir de 14 semanas)
2º Trimestre gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Citopatológico de colo de útero (se momento oportuno para rastreamento) - Se gestante (preferencialmente entre 24^a e a 28^a semana) apresentar <u>glicemia de jejum entre 85mg/dL a 92mg/dL</u> OU <u>apresentar fator de risco:</u> teste de tolerância para glicose com 75g (TOTG 75g – 3 tempos) - Se gestante for Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido: coombs indireto a partir da 24^a semana, sendo necessário repetir a cada 4 semanas

3º Trimestre gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Glicemia em Jejum - Se gestante for Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido: coombs indireto a partir da 24ª semana, sendo necessário repetir a cada 4 semanas - VDRL - Anti-HIV - Toxoplasmose IgM e IgG - Urina 1 - Urocultura - Cultura de secreção vaginal e anal para pesquisa de <i>Streptococcus</i> beta hemolítico do grupo B (a partir de 34 semanas de gestação)
--------------------------	---

Fonte: Brasil (2012)

1.7. Condutas mediante resultados dos exames

Quadro 3. Condutas a serem adotadas mediante resultados dos exames

(continua)

Exames	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina (hemograma completo)	Hemoglobina maior que 11g/dl (Ausência de Anemia)	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementação profilática de <u>sulfato ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar</u> desde o início do pré-natal, mantendo no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses. <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar usar preferencialmente 60 minutos antes do almoço junto ao consumo de fruta cítrica (laranja). <p>Permita ajustes caso a gestante não suporte desta forma, desde que consuma longe de refeições.</p>
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl (Anemia leve a moderada)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar exame parasitológico de fezes. As parasitoses, se presentes, deverão ser tratadas se indicado na vigência da gestação (conduta médica). • Orientar e possibilitar o tratamento indicado (oral/injetável). • Orientar sobre consumo de alimentos ricos em ferro e quanto à higiene alimentar.
	Hemoglobina menor que 8g/dl (Anemia grave)	Encaminhar para pré-natal de alto risco (PNAR).

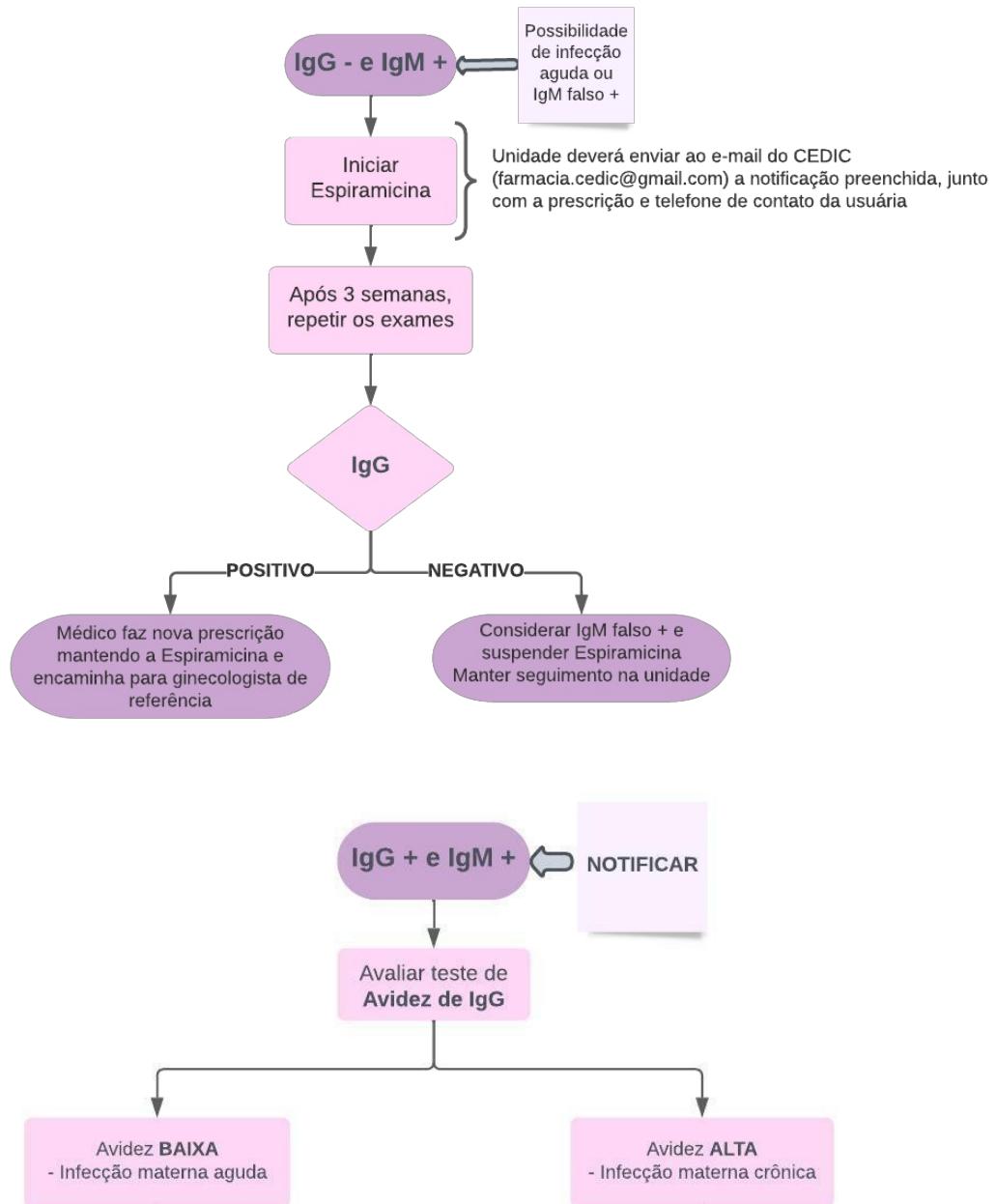
	Hemoglobina AS: traço falciforme	<ul style="list-style-type: none"> • Traço falciforme. • Orientar quanto ao resultado do exame e manter acompanhamento pré-natal na unidade de atenção básica.
	Hemoglobina SS, S β , SC, SD ou SE: doença falciforme	<ul style="list-style-type: none"> • Doença falciforme. • Encaminhar ao pré-natal de alto risco (PNAR), mantendo acompanhamento concomitante na unidade de atenção básica.
Glicemia em jejum	Se valor \leq 91 (rastreio negativo para diabetes).	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir o exame no 3º trimestre (segunda rotina pré-natal)
	Se valor \geq 92 até 125 mg/dL (Diabetes Mellitus Gestacional – DMG)	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar o glicosímetro; • Orientar automonitorização de glicemia capilar no domicílio; • Encaminhar ao CADME e ao PNAR; • Orientar alimentação; • Manter coordenação do cuidado.
	Se valor \geq 126 mg/dL (Diabetes Mellitus - DM)	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura recomendada: Protocolo de manejo de diabetes mellitus na gestação no município de Piracicaba – SP (CADME)
Sorologia para HIV	Reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Notificar agravo; • Orientar medidas de prevenção de IST; • Encaminhar ao CEDIC; • Monitorar o caso.
	Não reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir investigação com sorologia para HIV no 3º trimestre (segunda rotina pré-natal); • Orientar medidas de prevenção.
	Sorologia reagente	<ul style="list-style-type: none"> • Notificar o agravo; • Teste parceir@s sexuais; • Tratar a gestante e parceir@ com Penicilina Benzatina (seguir os esquemas terapêuticos específicos conforme a classificação clínica da sífilis. Vide quadro “Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestantes e seguimento ambulatorial pós-tratamento”, na página 149 deste manual).

Sorologias para Hepatite B e Hepatite C	Reagente	<ul style="list-style-type: none"> Notificar agravo; Verificar situação vacinal; Orientar medidas de prevenção de IST; Encaminhar ao CEDIC; Monitorar o caso.
	Não reagente	<ul style="list-style-type: none"> Verificar situação vacinal; Orientar medidas de prevenção de IST.
Teste de tolerância para glicose (TOTG) 75g (3 tempos) Realizar somente se, entre 24 ^a e 28 ^a semana, a glicemia de jejum estiver entre 85mg/dl e 92 mg/dl	Jejum: < 92mg/dL 1 ^a hora: <180mg/dL 2 ^a hora: <153mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> Teste negativo para DMG
	Ao menos 1 valor dos descritos abaixo: Jejum: 92 a 125 mg/dL 1 ^a hora: ≥180mg/dL 2 ^a hora: 153 a 199 mg/dL	<p>DMG</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar o glicosímetro; Orientar automonitorização de glicemia capilar no domicílio; Encaminhar ao CADME e ao PNAR; Manter coordenação do cuidado. Leitura recomendada: Protocolo de manejo de Diabetes Mellitus na gestação no município de Piracicaba – SP (CADME)
Teste rápido diagnóstico para HIV	Reagente	<ul style="list-style-type: none"> Realizar teste 2 (utilizando um teste de diferente laboratório). Se T1 e T2 reagentes: <ul style="list-style-type: none"> Notificar agravo; Orientar medidas de prevenção de IST; Encaminhar ao CEDIC; Monitorar o caso. Se testes com resultados divergentes, solicitar sorologia para HIV, monitorar o caso.
	Não reagente	<ul style="list-style-type: none"> Repetir investigação com sorologia para HIV no 3º trimestre (segunda rotina pré-natal); Orientar medidas de prevenção.
		<ul style="list-style-type: none"> Notificar o agravo; Teste parceir@s sexuais; Tratar a gestante e parceir@ com Penicilina Benzatina (seguir os esquemas terapêuticos

	Teste rápido não reagente	Solicitar o exame de sorologia para sífilis no 3º trimestre (segunda rotina pré-natal) ou em caso de abortamento.
Tipagem sanguínea e fator Rh	Gestante com fator Rh negativo E Parceiro Rh positivo	Solicitar o teste de Coombs indireto: Se Coombs NEGATIVO, repetí-lo a cada 4 semanas (a partir da 24ª semana). Se Coombs positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	IGG + IGM -	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante imunizada
	IGG - IGM -	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante suscetível. • Orientar cuidados ao consumir alimentos crus ou mal-passados, não manter contato direto com fezes de gatos.
Toxoplasmose (ver fluxograma**)	IGG + IGM +	<ul style="list-style-type: none"> • Se IG menor de 16 semanas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminhar para atendimento médico ○ TRATAR AGRAVO ○ Notificar a VE. • Se IG maior de 16 semanas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aguardar resultado de avidez (avidez alta = infecção anterior a gestação, avidez intermediária ou baixa encaminhar para atendimento médico, TRATAR AGRAVO, notificar a VE).
	IGG - IGM + ou	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para atendimento médico • TRATAR AGRAVO • Notificar a VE

	Leucócitos maior que 10.000/campo até 100.000/campo <u>sem sintomas de ITU</u>	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar urocultura + antibiograma URGENTE.
	Leucócitos maior que 10.000/campo e nitrito (+) e/ou presença de flora bacteriana homogênea, mesmo que assintomática	<ul style="list-style-type: none"> Orientar tratamento conforme Protocolos de Obstetrícia - Assistência à Saúde das Gestante de 2020 <ul style="list-style-type: none"> Prescrição médica – tratamento: cefalexina 500mg 1 cp de 6/6 horas por 7 dias) com prioridade; Solicitar urocultura + antibiograma que deverão ser colhidos no laboratório central 7 dias após o término do tratamento; Monitorar novos episódios de ITU.
	Leucócitos maior que 100.000/campo, mesmo que assintomática	<ul style="list-style-type: none"> Obs: Se antibiograma disponível, iniciar antibioticoterapia conforme resultado (conduta médica)
	Urocultura positiva	
	Hematúria	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar presença de piúria (indica ITU). Avaliar presença de sangramento vaginal e/ou anorretal. Em ambos os casos encaminhar para avaliação médica.
Urocultura + antibiograma	Negativa	<ul style="list-style-type: none"> Orientar importância de ingestão hídrica Orientar sobre sintomatologia da infecção de urina

**** Fluxograma Toxoplasmose - Resultados de IgG e IgM, conduta e seguimento**



1.8. Prescrição de medicamentos e vitaminas para gestantes

A prescrição de medicamentos por enfermeiros na APS desponta como importante elemento da prática avançada e na transformação do cuidado no contexto das equipes de saúde.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e estabelece, entre outras atribuições específicas do(a) enfermeiro(a), a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. A Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986 (BRASIL, 1986), que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece caber ao(a) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Em consonância com a legislação vigente, a fim de proporcionar atendimento integral, universal, com qualidade e equidade às mulheres na pré-concepção, gestação e puerpério, segue abaixo quadro 4:

Quadro 4. Medicamentos padronizados no município de Piracicaba na preconcepção, gravidez e puerpério, prescritos pelo enfermeiro

Medicação / Posologia	Permitido para	Indicação
Ácido fólico 5 mg, comprimido, dose única diária OU Ácido fólico 0,4 mg, comprimido, dose única diária	Mulheres no período de preconcepção e gestantes	Prevenção de defeitos do tubo neural. Iniciar pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar e manter até o final da gestação.
Dimenidrinato 50 mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg (comprimido), de 6/6 horas, se necessário, por até 30 dias (não exceder 400 mg/dia).	Gestantes	Náuseas e vômitos
Dipirona 500 mg/ml (gotas), de 6/6 horas, se necessário, por até 30 dias	Gestantes e lactantes Pessoas de todas as idades, exceto menores de 3 meses de idade	Cefaleia Dor lombar Dor pélvica Ingurgitamento mamário
Escopolamina 10 mg (comprimido), de 8/8 horas, se necessário, por até 30 dias	Gestantes	Cólicas e dor abdominal
Hidróxido de alumínio 40 mg/ml + Hidróxido de magnésio 30 mg/ml + Simeticona 3 mg/ml, suspensão oral, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se, se necessário, por até 30 dias	Gestantes	Pirose e azia
Paracetamol 500 mg (comprimido), de 6/6 horas, se necessário, por até 30 dias	Pessoas de todas as idades, exceto menores de 12 anos	Dor lombar Dor pélvica Cefaleia
Soro fisiológico 0,9% nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas	Gestantes Pessoas de todas as idades, incluindo crianças	Epistaxe ou sangramento nasal
		Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar, dose única diária via oral, desde o início do pré-natal, mantendo no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses. Recomenda-se ingerir a

		<p>comprimido ao dia).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se a hemoglobina (Hb) permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco.
--	--	--

Adaptado para o município. Fonte: COREN-SP (2019).

1.9. Pré-Natal d@ parceir@

Tem como objetivo preparar o companheir@ para paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal de acordo com as recomendações para a faixa etária e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

Quadro 5. Exames do Pré-Natal d@ Parceir@

1. Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da gestante ser RH negativo);
2. Teste rápido para Hepatite B OU pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
3. Teste treponêmico e/ou VDRL para detecção de Sífilis por meio de Tecnologia convencional ou rápida;
4. Teste rápido de HIV OU pesquisa de Anticorpos ELISA anti-HIV;
5. Teste rápido para Hepatite C OU pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
6. Hemograma;
7. Colesterol total e frações: dosagem de colesterol HDL, LDL, total e triglicerídeos;
8. Dosagem de glicemia em jejum;
9. Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
10. Aferição de Pressão Arterial;
11. Verificação de Peso e cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal).

gestação		
Em qualquer fase da gestação	Coronavírus*	Avaliar informe técnico
Puerpério	Influenza ⁷ , SCR ⁸	Dose única ⁹

Fonte: São Paulo (2021).

1. Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema iniciado.
2. Caso a gestante tenha recebido 3 ou mais doses das vacinas Pentavalente, Tetravalente, DTP, DTPa, dTpa, dT ou DT, aplicar uma dose de reforço com a vacina dTpa. Este reforço deve ser administrado a cada gestação.
3. O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose da vacina hepatite B é de 4 semanas.
4. A vacina dTpa deve ser administrada preferencialmente entre a 20^a e 36^a semana a cada gestação. Gestante com início de esquema de vacinação tardio deve receber a vacina dTpa na primeira ou segunda visita, se necessário completar o esquema com dT. Caso a vacina dTpa não tenha sido administrada na gestação, administrá-la no puerpério.
5. O intervalo para a terceira dose da vacina hepatite B pode ser de dois meses após a segunda, desde que o intervalo de tempo decorrido da primeira dose seja, no mínimo, de quatro meses.
6. Disponível na rede pública durante o período da campanha.
7. Administrar caso a vacina não tenha sido aplicada durante a gestação.
8. Caso a vacina não tenha sido aplicada na maternidade (puerpério imediato), administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde.

1.11.1. Náuseas, êmese, azia e vertigens (comuns no início da gestação)

- Fracionar as refeições (6 refeições leves ao dia);
- Ingerir alimentos sólidos ao levantar pela manhã;
- Não ingerir líquidos durante as refeições (estimular a ingestão de líquidos, de preferência gelados, no intervalo das refeições);
- Evitar alimentos com odores fortes ou desagradáveis;
- Evitar café, chá preto, refrigerantes, doces, alimentos gordurosos e condimentados;
- Para azia, além das orientações acima, não se deitar logo após as refeições e avaliar prescrição de Hidróxido de Alumínio + associações suspensão oral (vide quadro “Medicamentos padronizados no município de Piracicaba para prescrição do enfermeiro perante queixas na gravidez”);
- Caso haja refratariedade ao tratamento não farmacológico e/ou ao uso de Hidróxido de Alumínio suspensão, referenciar para avaliação médica;
- Para êmese, avaliar prescrição de Dimenidrato 50 mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg (vide quadro “Medicamentos padronizados no município de Piracicaba para prescrição do enfermeiro perante queixas na gravidez”). Na vigência de hiperêmese, encaminhar a gestante para consulta médica.

1.11.2. Sialorreia (salivação excessiva)

- Orientar para que a gestante, na presença dos sintomas, deite em decúbito lateral esquerdo ou abaixe a cabeça quando estiver sentada;
- Avaliar pressão arterial.

1.11.4. Cólicas, flatulência e constipação intestinal (afastar contrações uterinas)

- Alimentação rica em fibras (frutas laxativas, verduras cruas, cereais integrais);
- Evitar o consumo de alimentos de alta fermentação e que propiciem os gases, tais como: repolho, couve, ovo, feijão, refrigerante e açúcar;
- Ingestão abundante de água;
- Fazer caminhadas leves;
- Avaliar a solicitação de exame parasitológico de fezes em casos mais exuberantes;
- Encaminhar ao médico para avaliar necessidade de uso de medicamento para flatulência e dor (enfermeiro pode avaliar prescrição de Escopolamina 10 mg, conforme indicado no quadro “Medicamentos padronizados no município de Piracicaba para prescrição do enfermeiro perante queixas na gravidez”).

1.11.5. Hemorróidas

- Manter alimentação rica em fibras e ingestão abundante de água

- O aumento da frequência urinária é comum;
- Em caso de disúria (dor ao urinar) e oligúria (pouca urina), solicitar exame de urina tipo 1, urocultura e antibiograma;
- Em caso de dor ou febre encaminhar para avaliação médica;
- Atenção: alguns casos de ITU na gestação podem ser assintomáticos.

1.11.7. Falta de ar e dificuldade para respirar

- São sintomas frequentes e estão relacionados ao aumento do útero e ansiedade da gestante. Acolha suas angústias e tente acalmá-la;
- Fazer exame clínico detalhado e, caso alterado, encaminhar para avaliação médica.

1.11.8. Dor nas mamas

- Examinar clinicamente as mamas e descartar alterações;
- Orientar uso constante de sutiã com boa sustentação;
- Reforçar a importância do aleitamento materno;
- Orientar que a extração voluntária de colostro durante a gravidez é contraindicada;
- Atualmente não há recomendação do uso de cremes/óleos no mamilo e bucha vegetal.

1.11.9. Dor lombar

- Recomendar correção da postura ao andar, sentar e deitar;

- Verificar histórico prévio de enxaqueca;
- Conversar com a gestante/casal sobre suas dúvidas e angústias;
- Avaliar o uso de analgésicos por curto período (Paracetamol 500 mg ou Dipirona 500 mg), conforme indicado no quadro 1 “Medicamentos padronizados no município de Piracicaba para prescrição do enfermeiro perante queixas na gravidez”;
- Encaminhar para consulta médica em caso de persistência dos sintomas.

1.11.11. Sangramento nas gengivas

- Usar escova de dentes macia;
- Explicar sobre o aumento da “sensibilidade” da gengiva durante a gravidez;
- Encaminhar para avaliação odontológica, sempre que possível ou necessário.

1.11.12. Epistaxe

- Primeiramente, afastar síndrome hipertensiva na gestação;
- Realizar compressão local e aplicação de gelo;
- Encaminhar para avaliação médica em caso de recorrência.

1.11.13. Varizes de membros inferiores

- Evitar períodos prolongados em pé ou sentada;
- Repousar por 20 minutos, com as pernas elevadas, 4 a 5 vezes por

1.11.15. Melasma gravídico (manchas escuras na face)

- Evitar exposição excessiva ao sol;
- Usar protetor solar no rosto (pelo menos FPS 30 ou mais);
- Explicar que as manchas tendem a diminuir após o parto, em tempo variável.

1.11.16. Estrias

- Explicar que decorrem da distensão dos tecidos e que não existem meios comprovadamente eficazes de prevenção. Contudo, o uso de cremes e óleos hidratantes pode ajudar;
- A realização de massagens e uso de substâncias indicadas por profissionais capacitados podem ajudar, ainda que com eficácia controversa.

1.11.17. Leucorreia

A presença ou aumento de fluxo vaginal pode ser fisiológica (desde que sem odor desagradável e sem prurido) ou ainda estar relacionada a complicações consideráveis, como rotura prematura de membranas, parto prematuro ou endometrite pós-parto.

Deve-se realizar exame especular para avaliar os sinais de infecção vaginal e tratar conforme protocolo.

Os achados mais comuns são:

- Tricomoníase e/ou vaginose bacteriana: secreção vaginal abundante, cinza-acuendo, com odor fétido (vide capítulo 6 deste

ferro quente; desmotivar o uso de roupas jeans e lycra; usar sabonete íntimo no lugar de sabonete comum na genitália; observar alergias ao preservativo; encorajar higiene íntima diária e após relações sexuais; observar hábitos sexuais.

1.12. Sinais de alerta na gestação

Sinal	Conduta
Sangramento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • No 1º trimestre caracteriza risco de aborto. Encaminhar para avaliação na maternidade.
Dor pélvica forte	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeição de gravidez ectópica ou aborto se dor seguida de sangramento. • Encaminhar para maternidade.
Cefaleia / escotomas visuais	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar pressão arterial. • Se maior ou igual a 160X110 mmHg: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Iniciar propedêutica para Doença Hipertensiva na Gestação. ◦ Encaminhar para maternidade • Se abaixo de 160X110 mmHg: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Iniciar controle pressórico na atenção básica; ◦ Prescrever analgésico.
Epigastralgia intensa hiperêmese	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar hábitos alimentares. • Encaminhar para consulta médica e se necessário para a maternidade.
Febre	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para consulta médica.
Perda de líquido	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar, com ajuda da gestante, qual o aspecto, coloração e odor do líquido. • Verificar BCF e medida de altura uterina. • Encaminhar ao médico para avaliação e solicitação de US com justificativa. • Encaminhar para maternidade se diagnóstico ou suspeita de bolsa recta.

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gestação. A inadequação do estado nutricional tem grande impacto sobre o crescimento/desenvolvimento do feto e recém-nascido.

Desta forma, é importante que a gestante esteja consciente das implicações de seus hábitos alimentares no desenvolvimento fetal, por isso, devemos orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis durante o processo gravídico (BRASIL, 2012).

Abaixo estão listados os 10 passos para uma alimentação saudável na gestação:

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba muita água.
2. Faça as refeições em horários semelhantes e, sempre que possível, acompanhada de familiares e amigos. Evite “beliscar” nos intervalos, coma devagar e com atenção, desfrutando o que você está comendo.
3. Alimentos mais naturais de origem vegetal devem ser a maior parte de sua alimentação. Feijões, cereais, legumes, verduras, frutas, castanhas, leites, carnes e ovos tornam a refeição balanceada e saborosa. Prefira os cereais integrais.
4. Ao consumir carnes, retire a pele e a gordura aparente. Evite o consumo excessivo de carnes vermelhas, alternando, sempre que possível, com pescados, aves, ovos.
5. Utilize óleos, gorduras e açúcares em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos. Evite frituras e adicionar açúcar a bebidas. Retire o saleiro da mesa. Fique atenta aos rótulos dos

pães feitos com farinha e fermento devem ser consumidos com moderação.

8. Evite refrigerantes e sucos artificiais, macarrão instantâneo, embutidos (presunto, mortadela, salsicha, calabresa, linguiça, hambúrguer, nuggets), salgadinho de pacote, bebidas lácteas, chocolates, doces, biscoitos recheados e outras guloseimas em seu dia a dia.
9. Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma diariamente alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto com esses alimentos fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão e outras.
10. Todos esses cuidados ajudarão você a manter a saúde e o ganho de peso dentro de limites saudáveis. Pratique alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.
A gestante precisa comer todos os dias alimentos ricos em ferro, vitamina A e C, cálcio e ácido fólico para manter-se saudável e para que o bebê se desenvolva bem. Conheça as vitaminas e os minerais essenciais durante a gestação.

Vitamina A - É importante para:

Manutenção da placenta;

Prevenção de aborto espontâneo e parto prematuro;

Crescimento do feto;

Desenvolvimento da visão.

Ácido Fólico - É importante para:

- Crescimento do feto;
- Evitar hemorragia;
- Prevenção de aborto espontâneo e parto prematuro;
- Prevenção de anemia;
- Evitar má-formação do tubo neural;
- Reducir o risco de pressão alta;
- Evitar o baixo peso do bebê ao nascer.

Ferro - É importante para:

- Prevenção de anemia;
- Prevenção de parto prematuro;
- Manutenção da placenta.

O que comer para não faltar: carnes (boi, frango, porco), ovo, fígado, feijões e vegetais verde-escuros (couve, espinafre, brócolis e rúcula)

Cálcio - É importante para:

- Formação dos ossos e dentes do bebê;
- Prevenção da osteoporose materna;
- Reducir o risco de pressão alta;
- Evitar câimbras.

O que comer para não faltar: Leite, queijos, iogurte natural e gergelim

Além de todos os cuidados com a alimentação, é recomendável o uso de ácido fólico durante toda a gestação e de sulfato ferroso durante a

gestacional. Com o IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação (Quadro 6).

Quadro 6. Acompanhamento do ganho de peso durante a gestação.

IMC pré-gestacional (kg/m²)	Ganho de peso (kg) até a 13^a semana	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres (a partir da 14^a semana)	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (Abaixo de 18,5)	2,0	0,51	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9)	1,5	0,42	11,5 – 16,0
Sobre peso (25 – 29,9)	1,0	0,28	7,0 – 11,5
Obesidade (Igual ou acima de 30,0)	0,5	0,22	5,0 – 9,0

A medida do peso deverá ser realizada em toda consulta e o da estatura apenas na primeira consulta para maiores de 20 anos e trimestralmente para menores de 20 anos.

1.14. Guia de orientação à Saúde Bucal das gestantes na Atenção Primária em Saúde

O atendimento odontológico, além de proteger e promover a saúde da Gestante e do seu bebê, é um dos indicadores do Programa Previne Brasil, a atual forma de financiamento do Ministério da Saúde.

Para este indicador, é considerada a gestante que, durante o período

finalização do tratamento odontológico, recomenda-se a consulta de manutenção trimestralmente durante a gestação para que não ocorram intercorrências de origem dentária neste período (BRASIL, 2006).

O Cirurgião-dentista deve obter informações sobre o Pré-natal da gestante, junto ao enfermeiro/médico, de forma a realizar um atendimento interdisciplinar com segurança.

A equipe de Saúde Bucal deve realizar um dos encontros do Grupo de Gestantes abordando a Saúde Bucal da Gestante e do Bebê e apoiar o aleitamento materno para favorecer o desenvolvimento infantil.

Após o nascimento, agendar primeira consulta odontológica do Bebê antes do 6º mês de vida. As primeiras consultas odontológicas do bebê podem ser feitas em formato de grupo com posterior exame bucal de cada criança.

*** Para as Unidades que não possuam Equipe de Saúde Bucal:**

Após a primeira consulta do Pré-Natal, a gestante deverá ser encaminhada pelo enfermeiro/médico com guia de referência para consulta odontológica na unidade de referência estabelecida. Do mesmo modo, deve ser estimulada a primeira consulta odontológica do bebê antes do 6º mês de vida, para estimular hábitos saudáveis e prevenir agravos.

1.15. Plano de parto

Trata-se do planejamento do parto, realizado durante o pré-natal, contendo as escolhas e os itens da mulher para o seu pré-parto, parto e pós-parto. Deve ser apresentado na maternidade no momento do parto.

Ele é uma estratégia de humanização e contribui para a redução de

nas de risco habitual, é a melhor forma de parto tanto para mãe como para o bebê.

No plano de parto a gestante relaciona os itens sobre o parto e trabalho de parto, que ajuda a refletir e decidir sobre como ela quer ter seu bebê. São alguns exemplos desses itens:

Onde quer ter o parto, maternidade de referência;

Posição no parto, movimentação livre;

Quem vai estar junto com a mulher: conhecer o direito de ter um acompanhante de sua escolha em todas as fases do trabalho e parto;

Métodos para alívio da dor (farmacológicos e não-farmacológicos);

Luminosidade e som no ambiente;

Corte do cordão umbilical, aguardar momento oportuno (não fazer o corte enquanto o cordão umbilical estiver pulsando);

Favorecer contato pele a pele;

Presença ou não de doula;

A confecção do plano de parto ajuda a desmistificar o momento do parto e favorece o aleitamento materno. Deve ser realizada preferencialmente por volta da 28^a semana de gestação, durante consulta de enfermagem (podendo esta ser de pré-natal ou outro momento agendado para este objetivo). O anexo 2 traz o modelo de plano de parto a ser utilizado no município de Piracicaba.

Este deve ser anexado à carteira de pré-natal da gestante, ficando dessa forma disponível e acessível para a maternidade no momento do parto.

1.16. Atendimento à puérpera

Avaliar o estado de saúde da mulher e do seu filho;

Avaliar sinais e sintomas de depressão pós-parto;

Avaliar e apoiar a amamentação, atentar para risco de desmame precoce, orientar hábitos alimentares;

Verificar situação vacinal da mãe e do bebê e triagem neonatal realizada na maternidade;

Avaliar icterícia, cuidados com o coto umbilical do bebê;

Orientar sobre planejamento familiar;

Identificar situações de risco e intervir;

Avaliar vínculo da mãe com seu filho;

Completar ou realizar ações não executadas no pré-natal (como completar esquema vacinal, controles de pressão ou glicemia);

Avaliar rede de apoio da mulher (familiares, parceir@, comunidade);

Realizar visita domiciliar: agente de saúde, técnico de enfermagem;

Agendar a consulta puerperal (30 a 42 dias após o parto), sendo a primeira consulta preferencialmente com 7 a 10 dias (médico e/ou enfermeiro); OBS.: o registro da consulta de puerpério deverá ser inserido no e-SUS impreterivelmente até o 42º dia para o fechamento do cadastro da gestação atual.

Verificar com ACS se a atualização do cadastro está correta: retirar o vínculo “gestante”. OBS.: O não fechamento da gestação no e-SUS implicará na inviabilidade de novo cadastro de uma nova gestação, além de gerar relatório de acompanhamento.

1.16.2. Ações recomendadas para a Puérpera

1.17. Depressão puerperal

O puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade psíquica, em que há alteração emocional na mulher. Momento que permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas (BRASIL, 2012).

A mulher sente a perda do corpo gravídico e o não retorno imediato ao corpo original.

A puérpera pode apresentar ansiedades referentes à sensação de perda de partes importantes de si mesma, de algo valioso e de limitação pela necessidade em assumir novas tarefas bem como não poder realizar as atividades anteriores. Com tais ansiedades, elas buscam carinho e proteção;

Na relação inicial entre mãe e bebê predomina a comunicação não verbal, pois o bebê se comunica pelo corpo.

A chegada do bebê desperta ansiedades e angústias, por tal razão, os sintomas depressivos podem ser comuns na mãe.

A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como durante a gravidez.

Durante o puerpério, o companheiro pode se sentir participante ativo ou completamente excluído.

Além disso, algumas dificuldades iniciais referentes à amamentação podem ser sentidas como incapacidade. É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde esteja atento a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação “normal” e da característica do puerpério. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sinais, dos sintomas e do seu desenvolvimento, considerando o início no primeiro ano após o parto (ver quadro: diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais).

O quadro clínico da depressão pós-parto é bastante heterogêneo, sendo que sintomas de ansiedade são mais comuns nesta ocasião do que em outros períodos da vida. Também não é incomum encontrar sintomas de obsessão e compulsão na puérpera, inclusive com pensamentos de causar injúrias ao bebê, o que deve ser diferenciado da psicose pós-parto. Transtornos de ansiedade generalizada e de pânico são comorbidades frequentes na depressão pós-parto e pioram dramaticamente o prognóstico.

Os profissionais da Atenção Básica, conhecendo os fatores de risco para o sofrimento mental puerperal, as mulheres de seu território que realizaram o pré-natal e oferecendo a consulta de puerpério na primeira semana após o nascimento do bebê, podem atuar de forma preventiva e acompanhar as puérperas que desenvolvem transtornos mentais puerperais. O diagnóstico de sofrimento mental na puérpera representa a possibilidade da realização de

A atuação da equipe na depressão pós-parto e no transtorno psicótico puerperal deve ser voltada para abreviar o sofrimento materno e minimizar o impacto familiar. O apoio da família e de outras pessoas importantes para a mulher é fundamental para o amparo à puérpera e no cuidado com a criança. A sua terapêutica baseia-se, geralmente, na farmacologia e no acompanhamento de saúde.

Nestes casos, torna-se fundamental que as equipes de Atenção Básica solicitem o apoio matricial dos profissionais de saúde mental do município. Alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado intensivo, devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou outros serviços de referência em saúde mental do município. Os casos que apresentem riscos como de suicídio ou de infanticídio devem ser encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral. Ao encaminhar a puérpera para algum serviço da rede de saúde mental, a equipe de Atenção Básica permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado à mulher e à sua família. A equipe deve manter o contato com a puérpera e com a sua família, acompanhando todas as questões de saúde que surgirem neste processo de cuidado.

Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais

	Tristeza puerperal (também chamada de baby blues ou maternity blues)	Depressão puerperal (também chamada de depressão pós-parto)	Transtorno psicótico puerperal
Conceitos	Alteração psíquica leve e transitória.	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves.
Prevalência	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério.	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério.	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto.
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.

1.18. Aleitamento Materno

O aleitamento materno envolve diversas questões físicas, emocionais, sociais e culturais, por isso sua abordagem deve ser ampla. A puérpera precisa ser orientada, preparada e estimulada. Com apoio, a mulher se torna mais tranquila para realizar o processo da lactação junto com seu filho.

Previamente ao parto, sugere-se a construção do plano de amamentação (ver modelo no Anexo 3) em conjunto com a gestante.

Para a criança:

Aumenta o vínculo afetivo;

É um alimento completo, não necessitando de nenhum complemento até os 6 meses de idade (aleitamento exclusivo);

Facilita a eliminação do meconio e diminui a incidência de icterícia;

Protege contra infecções;

Diminui as chances de desenvolver alergias.

Para a família e a sociedade:

É limpo, pronto e na temperatura adequada;

Diminui as internações e seus custos;

É gratuito.

Confira na figura abaixo um resumo dos benefícios do leite humano e como promover, proteger e apoiar a amamentação:

O Leite Materno é completo por que:

- Tem todas as vitaminas, proteínas, minerais e outros nutrientes que garantem o melhor crescimento e desenvolvimento do bebê
- Protege contra doenças, principalmente diarreias, alergias e infecções
- Está sempre pronto e na temperatura certa
- Transmite amor e carinho, fortalecendo os laços entre a mãe e o bebê
- Após o parto, protege a mãe da perda de sangue em grande quantidade, diminuindo a possibilidade em desenvolver anemia
- Diminui as chances da mãe ter câncer de mama, ovário e útero
- Evita gastos da família com outros leites e remédios, garantindo mais saúde ao bebê

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

- Os benefícios da amamentação na primeira hora de vida.
- Que o bebê deve mamar sempre que quiser. Sem hora marcada (Livre Demanda).
- Que quanto mais o bebê mamar mais leite ela terá. E que o bebê pequeno vai querer mamar a toda hora.
- Que descanse sempre que puder. Lembrar sempre que amamentar a noite é essencial para manter a produção de leite.

gástrica. A apojadura (“descida do leite”) ocorre por volta do 3º ao 5º dia, podendo atrasar em algumas situações como DMG, obesidade e cesariana. Daí a importância de se estimular a amamentação desde a sala de parto, com o apoio do Plano de Amamentação elaborado durante o pré-natal.

Volume de produção de leite:

1º Dia: Tamanho de uma cereja (5-7 ml)

3º Dia: Tamanho de uma noz (22-27 ml)

Uma semana: Tamanho de uma ameixa (45-60 ml)

Um mês: Tamanho de um ovo grande (80-150 ml)

Para que a mãe consiga amamentar, é importante que o posicionamento do bebê esteja adequado. Desta forma, os profissionais de saúde precisam orientar e auxiliar as mães nos seguintes pontos:

Para que o bebê sugue bem, ele deve estar com o corpo virado para o corpo da mãe (“barriga com barriga”);

A mãe deve apoiar a cabeça do bebê em seu antebraço e sua mão deve sustentar o bumbum da criança;

O bebê deve abocanhar não só o mamilo (bico do peito), mas grande parte da aréola (parte escura do peito);

O queixo deve ficar encostado no peito e o lábio inferior virado para baixo (boca de peixinho);

Quando a criança pega o peito corretamente, e com a boca bem aberta, o leite sai em quantidade suficiente;

O bebê engole tranquilamente e a mãe não sentirá dor diminuindo o



1.18.3. Formulário de observação da mamada

Para que os profissionais de saúde possam ajudar a mãe a amamentar, um formulário de observação da mamada foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Neste formulário é possível avaliar sinais favoráveis à amamentação e sinais sugestivos de dificuldades, de modo a observar a posição corporal da mãe e do bebê, pega e succção, entre outros aspectos, que podem auxiliar o profissional da saúde na identificação de problemas, no planejamento do cuidado e direcionamento de intervenções.

Esse instrumento deve ser utilizado desde a primeira consulta da mãe com o bebê para identificar possíveis dificuldades da díade no estabelecimento da amamentação. Também deve ser utilizado por no mínimo 3 vezes antes de proceder o encaminhamento do bebê para o programa de fórmula infantil da

1.18.4. Duração e frequência das mamadas

A duração da mamada é diferente para cada bebê. Alguns sugam mais vigorosamente e mamam em menos tempo, já outros sugam de forma mais tranquila e demoradamente. Devemos deixar que cada bebê estabeleça seu próprio ritmo e mame em livre demanda, sempre que quiser, sem horário fixo. Nos primeiros dias as mamadas são frequentes e em horários irregulares, sendo esperado que o bebê mame de 8 a 12 vezes num intervalo de 24 horas.

É importante que a mãe aprenda a reconhecer e antecipar os sinais de fome do seu filho e amamentá-lo sempre que ele manifestar que deseja mamar. O choro é considerado um sinal tardio de fome, afeta emocionalmente a mãe e gera estresse, sendo assim é importante que a mãe se atente as manifestações do bebê:



Também é importante considerar que o choro nem sempre é sinal de fome. Bebês choram quando estão com fome, com sono ou irritados por algum

1.18.5. O Leite Posterior não é o final da mamada

Didaticamente, os profissionais de saúde começam explicando a função da sucção como desencadeadora da liberação de prolactina que age nas células alveolares produzindo a secreção láctea:

Sucção da mama => hipófise anterior => prolactina => células produtoras de leite.

Depois, descrevem o processo de descida do leite ou ejeção láctea:

Emoção (pensar, olhar, tocar no bebê) => hipófise posterior => ocitocina => células mioepiteliais => leite “posterior”.

Reparam que para a liberação láctea ou descida do leite não é necessário muitas vezes o estímulo da sucção. Se a nutriz está bem, confiante, apoiada... sua psique libera ocitocina. É lógico que o contato com o bebê no seu peito, o olhar, a sucção são também fortes estímulos para a liberação do leite. Conclusão, o leite posterior não tem um tempo para aparecer e depende muito mais de estímulos psíquicos (emoções) do que mecânicos (sucção e contato físico) (CARVALHO; GOMES, 2017).

1.18.6. Recordando o ato psicossomático da lactação

1º. A mama materna não “esvazia” nunca, porque não é um depósito e sim uma fábrica que funciona sob demanda. A maior parte do leite é produzida no momento da mamada.

2º. As novas imagens das mamas reveladas por ultrassonografia demonstram que não há “depósitos” como supúnhamos. As ampolas lactíferas

sucção do lactente como a prolactina. A liberação da ocitocina depende mais da vontade/desejo/emoções maternas. Às vezes, pensar no bebê, ouví-lo chorar, se lembrar do seu rostinho por exemplo, podem fazer o leite descer. Em conclusão, o leite posterior pode vir antes do “anterior”. A nutriz pode liberar o leite posterior no trabalho, a quilômetros de distância do seu filho(a), ao pensar no seu bebê.

1.18.7. Por que o leite dito posterior é mais calórico?

As glândulas mamárias são compostas por células secretoras que perdem uma certa parte de seu citoplasma ao eliminarem sua secreção, por isso são chamadas de glândulas apócrinas. No interior dessas células há “glóbulos” de gorduras que saem das células quando essas são espremidas (por atuação da ocitocina) por minúsculas células musculares que as circundam.

Concluímos que não existem apenas 2 tipos de leite materno – chamamos de anterior e de posterior por efeitos didáticos. Durante uma mamada esses leites se misturam.

Orientações gerais

Desencorajar o uso de bicos, chupetas, chuquinhas ou mamadeiras: todos esses produtos prejudicam a amamentação. Os bebês que fazem uso de mamadeiras e chupetas acabam desmamando precocemente e diminuindo o contato entre mãe e filho. Além disso, prejudica a formação dos dentes, a fala, a respiração e aumenta o risco de contaminação do leite e de desenvolvimento de doenças. Os usos de bicos artificiais

Manter alimentação saudável e variada e evitar longos períodos em jejum;

Orientar a não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas ou fazer uso de outras drogas;

Orientar uso de medicamentos somente com prescrição;

Orientar uso de sutiã com boa sustentação, porém sem compressão excessiva durante a gravidez e puerpério;

Fortalecer rede de apoio familiar, comunitário;

Estimular descanso entre as mamadas, sempre que o bebê estiver dormindo;

Orientar a não deixar o bebê mamar em outra mãe, pelo risco de contrair doenças contagiosas, tais como: HIV e Hepatite;

Estimular a mãe a doar o excesso de leite para o Banco de Leite.

Observar eliminações do bebê, sinais de hidratação e estado geral do bebê. A figura abaixo ajuda a avaliar se a amamentação está sendo bem estabelecida:

DIA 1

- 1 fralda molhada
- 1 fralda (mec)

DIA 2

- 2 fraldas molhadas
- 2 fraldas (mec)

DIA 3

- 3 fraldas molhadas
- 3 fraldas (mec ou esverdeado)

DIA 4

- 4 fraldas molhadas
- 4 fraldas (esverdeado ou amarelado)

para que essa mulher seja acolhida, ouvida, respeitada, por isso ele não pode ser entendido como um mero “dar conselhos”, ou dizer para a mulher o que ela deve fazer. Deve-se tentar entender como essa mulher se sente, ouvir seus medos e dúvidas, valorizar suas queixas e compreender seus limites, para então propor orientações e ajudá-la a decidir o que é melhor para ela e seu filho.

Adiante, estão alguns passos de aconselhamento na amamentação que são propostos pela OMS:

- Estabeleça comunicação não verbal;
- Pergunte em aberto, evitando julgar;
- Mostre interesse e empatia;
- Aceite o que a mãe diz, cumprimentando-a pelo que está fazendo corretamente;
- Dar ajuda prática como: ajudá-la a encontrar uma posição confortável para amamentar; aliviar o ingurgitamento e auxiliá-la a colocar o bebê para mamar em posição adequada;
- Ofereça algumas sugestões, nunca ordens;
- Dê informação relevante e em linguagem simples.

1.18.9. Rede de apoio à mulher que amamenta

A existência de uma rede de apoio pode ser um fator determinante para a adoção e manutenção da prática da amamentação, pois amamentar envolve o apoio de familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde, instituições (de saúde, religiosas, comerciais) imprescindíveis para superar as dificuldades

ao aleitamento materno podem ser desenvolvidas pela equipe. Essas ações estão baseadas na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

O retorno ao trabalho é uma das principais causas de desmame. Nesse momento, é importante que a rede de apoio se fortaleça e que o profissional oriente a mulher que trabalha a conhecer seus direitos que garantem proteção à amamentação: licença maternidade de 120 dias, licença paternidade de 5 dias, 2 pausas de meia hora para amamentar quando retornar ao trabalho até o bebê completar 6 meses. Idealmente essa abordagem deve ser feita no pré-natal ou em tempo hábil para a mulher programar seu retorno ao trabalho, sem interromper o aleitamento materno. Consultar a cartilha de Apoio à mulher trabalhadora que amamenta (BRASIL, 2015a), disponível no link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_ama_menta.pdf e, em anexo (Anexo 4) estão disponibilizadas orientações de como orientar e estocar leite humano.

1.18.10. O que fazer quando a amamentação está contraindicada?

Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitar a autonomia da mulher, após decisão informada), oferecendo informações sobre alternativas seguras de alimentação complementar para o bebê (referenciar para os serviços de assistência social nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários);
Inibição da lactação;
Suspender estímulo de succão;

1.18.11. Conduta para as intercorrências durante o aleitamento materno

Quadro 7. Condutas mediante intercorrências durante o aleitamento materno
(continua)

Intercorrência	Manejo
Bebê que não suga ou tem sucção fraca Atentar para o ganho de peso do recém-nascido e eliminações.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a ordenha para garantir a continuidade da produção do leite e estimular sucção do bebê. Estimule o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole. • Suspender o uso de chupeta, mamadeira e bico de silicone. • Utilizar apoio para mamas muito grandes (“tipóias”). • Considerar algum grau de anquiloglossia • Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. Atenção: crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação.
Demora na apojadura ou “descida do leite”	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que normalmente ocorre em 30 a 72 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. Estimular a autoconfiança da mãe. • Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha. • A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama.
Dor nos mamilos/ fissuras *	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a mamada pela mama menos afetada, com o mamilo íntegro. • Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema. Usar diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas. • Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante. Passar o leite antes e ao final das mamadas nas lesões. • Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio. • Ordenhar manualmente um pouco de leite antes da mamada. • Uso de “rolinhos” de fralda nos mamilos para evitar aderência do mamilo lesionado no sutiã. • Contraindicar o uso de “conchas” no mamilo pois podem aumentar o

Quadro 7. Condutas mediante intercorrências durante o aleitamento materno

(continua)

Intercorrência	Manejo
Fenômeno de Raynaud (Isquemia intermitente causada por vaso espasmo)	<ul style="list-style-type: none"> O manejo consiste em tratar a causa básica, como ajustar a pega e verificar anquiloglossia que podem estar causando compressão excessiva do mamilo. Quando a dor é importante e não há melhora com as medidas já citadas, deve-se encaminhar para consulta médica ou de especialista em amamentação.
Mamilos planos ou invertidos	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico”. Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, com estímulo (toque) do mamilo. Com cautela e supervisão do profissional, pode-se orientar a técnica da seringa descartável para exteriorização antes da mamada. Promover a confiança para a mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola, mantendo a “pegra” em “C” com a ponta dos dedos próxima aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor.
Reflexo de ejeção do leite exagerado	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a ordenha antes de cada mamada. Estimular a doação de leite materno. Orientar diferentes posições de amamentação.
Candidíase (monilíase)	<ul style="list-style-type: none"> Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhantes, com fina descamação. Após as mamadas, enxaguar os mamilos, secá-los bem e mantê-los arejados; se possível, expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia; Não utilizar intermediários, conchas, protetores mamilares e absorventes de seio; Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário; As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção. Por isso, se utilizados, se não for possível eliminá-los, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos; Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase;

Quadro 7. Condutas mediante intercorrências durante o aleitamento materno
(conclusão)

Intercorrência	Manejo
Mastite	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a condição, geralmente caracterizada por mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada e instituir tratamento o mais precoce possível, pois pode evoluir para abscesso mamário. • Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmento da mama, que pode ou não progredir para infecção bacteriana. • A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. Amamentar normalmente. Não suspender o aleitamento. • Começar a amamentação pelo lado comprometido; garantir flexibilidade areolo-mamilar; realizar e orientar ordenha manual após mamada, para retirada do leite residual; • Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes. Encaminhar para consulta médica.

* *Mamilos curtos, planos ou invertidos; disfunções orais nos bebês; freio de língua excessivamente curto; sucção não nutritiva prolongada; uso impróprio de bombas de extração de leite; exposição prolongada a forros úmidos; uso de protetores de mamilos (intermediários); uso de cremes e óleos nas mamas e retirada abrupta ou incorreta do bebê da mama, são causas comuns que levam ao aparecimento de lesões nos mamilos.*

1.18.12. Amamentação Para Reduzir Dor da Vacinação Em Crianças

O Ministério da Saúde recomenda o incentivo à amamentação, antes e durante o uso de vacinas injetáveis em crianças, como medida não farmacológica para o manejo da dor.

A orientação é respaldada pela OMS e por diversos estudos que apontaram a eficácia da abordagem na redução do desconforto e do estresse durante o procedimento.

Se houver vacinas orais e injetáveis a serem administradas na mesma

Realizam captação de leite humano, contando ainda com coleta domiciliar das doações às terças-feiras. Também realizam controle de qualidade e processo de pasteurização para utilização desse leite aos prematuros da UTI Neonatal do HFC.

Tem equipe capacitada em aleitamento materno e estrutura adequada para atender a população com qualidade e segurança.

Para ser doadora é necessário realizar agendamento através do telefone abaixo. Será realizado o cadastro da puérpera para coleta de exames obrigatórios e orientações quanto a retirada do leite e Kit para ordenha composta por frascos estéreis, touca, avental e máscara.

O leite cru tem validade de 15 dias no congelador e após pasteurizado 6 meses.

Vide anexo 4 – Orientações para extração e armazenamento de leite humano.

INFORMAÇÕES – BANCO DE LEITE HFC

- | **Está localizado entre o 1º e 2º andar do hospital, com entrada pela portaria principal.**
- | **Telefone: (19) 3403-2820**
- | **Horário de funcionamento: das 07h30 às 16h30, de segunda-feira a sexta-feira, com agendamento de horário.**

1.19. Atividade Física Para Gestantes E Mulheres No Pós-Parto

A prática de atividade física durante a gestação e no período pós-parto é

- Reduz o risco do desenvolvimento de pré-eclâmpsia;
- Melhora a capacidade de fazer as atividades do dia a dia;
- Ajuda a diminuir a intensidade das dores nas costas;
- Reduz o risco de depressão;
- Ajuda na inclusão social e na criação e fortalecimento de laços sociais, vínculos e solidariedade;
- Reduz o risco do bebê nascer prematuro;
- Ajuda o bebê a nascer com peso adequado.

É importante salientar que a prática de atividade física durante a gestação:

- Não aumenta o risco de malformação do bebê;
- Não aumenta o risco de ruptura da bolsa;
- Não induz ao trabalho de parto;
- Não aumenta o risco de aborto;
- Não aumenta o risco de mortalidade do bebê após o nascimento;
- Não altera a composição, a quantidade e o gosto do leite materno;
- Não seca o leite.

Se a gestante não apresentar contraindicações e preferir as atividades físicas moderadas, deve praticar, no mínimo, 150 minutos de atividade física por semana.

Atividades para fortalecimento do assoalho pélvico são indicadas

televisão ou usando o celular, computador, tablet ou videogame. Por exemplo, a cada uma hora, movimente-se por pelo menos 5 minutos e aproveite para mudar de posição e ficar em pé, ir ao banheiro, beber água e alongar o corpo. São pequenas atitudes que podem ajudar a diminuir o comportamento sedentário e melhorar a qualidade de vida.

Se passar muito tempo sentada ao longo do dia, tente compensar esse comportamento incluindo mais tempo de atividade física no seu dia a dia.

Ter um dia a dia fisicamente ativo é bastante seguro para a maioria das gestantes e das mulheres no pós-parto. A preocupação com lesões ou problemas de saúde não deve impedir de praticar atividade física.

Se tiver alguma lesão ou sentir algum desconforto anormal, orientar a procurar a Unidade Básica de Saúde. Se sentir náuseas, falta de ar ou tonturas ao realizar atividades feitas na posição deitada (de barriga para cima), evitar realizar atividades nessa posição. O uso de bicicleta no tempo livre ou deslocamento não é contraindicado. Apenas ficar atenta ao risco de queda e procure transitar por locais seguros, se possível.

Se a gestante apresentar alguma das condições de saúde a seguir, a prática de exercício físico precisará ser indicada, acompanhada e orientada por um profissional de saúde capacitado:

- ✓ Doenças respiratórias leves controladas;
- ✓ Doenças leves do coração;
- ✓ Diabetes Mellitus do Tipo 1, desde que bem controlada;
- ✓ Pré-eclâmpsia leve;
- ✓ Ruptura prematura de membranas pré-termo (antes da 37º semana de gestação);

- ✓ Trabalho de parto prematuro ativo;
- ✓ Sangramento;
- ✓ Pré-eclâmpsia grave

1.20. Rede de apoio – atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto

Se a gestante apresentar dúvidas ou precisar de ajuda para incluir a atividade física na rotina, aí vão algumas sugestões:

Procure a Unidade Básica de Saúde, muitas oferecem programas e ações de atividade física;

Alguns programas públicos, como o Programa Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola, o Segundo Tempo e o Esporte e Lazer na Cidade, e ações como “ruas fechadas” ou “ruas de lazer” proporcionam a prática de atividade física. O município participa dessas ou de outras iniciativas;

Muitas universidades, faculdades e instituições do sistema S (SESC, SENAI, SEST/SENAT e SENAC) também oferecem programas de atividade física para a comunidade. Poderá verificar nessas instituições mais próximas de casa;

Local de trabalho ou estudo pode oferecer estruturas que incentivem o deslocamento ativo, tais como espaços para guardar a bicicleta, além de vestiários para tomar banho e trocar as roupas.

1.21. Um novo olhar sobre o grupo de gestantes: roda de conversa como ferramenta de trabalho

coletivos e concretos – de lugar e tempo – destinados à comunicação – escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade, – à elaboração – análise da escuta e das informações – e tomada de decisão – prioridades, projetos e contratos, construindo espaços de poder compartilhado. Dessa forma, amplia a capacidade de análise e de intervenção do sujeito e do grupo. A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. Possibilita ao indivíduo a capacidade de reflexão ou de crítica - para estranhá-lo, conhecê-lo e, às vezes, modificá-lo. A cada encontro se buscam informações, as interpretam e tomam-se decisões, armando-se com esse procedimento um método construtivo de conhecimento e de intervenção sobre a realidade. Nesse sentido, as evidências científicas devem ser utilizadas como ponto de partida na análise, reflexão e construção do grupo, criando-se ferramentas nesse espaço para aplicação destas, visto que se trata da temática saúde e esta deve estar alinhada com a ciência.

Essa prática reflexiva ajuda os participantes a encararem temas antes considerados tabus, ou desagradáveis, que perdem em acidez e efeito desagregador vindo à baila como objetivos pragmáticos.

A proposta da roda de conversa permite que venham à tona necessidades sociais, experiências pessoais, familiares e culturais, enfim, estímulos para que o grupo reconstrua a sua própria prática. É considerado um recurso importante para promover o atendimento integralizado das necessidades da mulher grávida, d@ parceir@ e demais pessoas envolvidas.

Além disso, os grupos se constituem de pessoas com histórias de vida

em que os encontros ocorrerão também deve ser realizada junto com @s usuári@s, pois eles podem ser feitos na unidade de saúde, no centro comunitário, na associação de bairro, na escola, entre outros.

- Alguns temas que podem ser abordados nos encontros:
- Paternidade e maternidade responsáveis, estimulando o protagonismo e empoderamento dos pais;
- Educação dos filhos: protagonismo dos pais na formação do caráter da criança estabelecendo limites (que não incapacitem o indivíduo para a vida); não terceirização do cuidado;
- Planejamento familiar sob o olhar do desejo da gravidez, não somente das técnicas propriamente ditas de como evitá-la;
- Manejo de desconfortos e dores na gestação e parto;
- Vínculo mãe bebê, inclusão da rede de apoio (familiares, amigos, irmãos, parceir@s, etc)
- Importância do pré-natal;
- Cuidados pessoais e de higiene;
- Prática de atividade física na gestação;
- Orientação nutricional (alimentação saudável, suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A, em áreas endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação (etapas);
- Modificações corporais e emocionais;
- Alterações de exames na gestação e manejo adequado (sífilis, HIV, toxoplasmose, RH negativo, entre outros);
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Prática de atividade sexual, incluindo prevenção das ISTs/AIDS e

- Orientações e incentivo para o parto vaginal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Orientações e incentivo para o aleitamento materno e orientações específicas para as mulheres que não poderão amamentar;
- Cuidados após o parto com a mulher e com o recém-nascido, estimulando o retorno aos serviços de saúde para consulta de puerpério e puericultura;
- Importância dos testes de triagem (teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e coraçãozinho) e das vacinas;
- Orientações sobre saúde mental e violência doméstica;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do acompanhante, políticas de transferência de renda, licença maternidade, entre outros.

Devemos ser persistentes e apostar nessa estratégia, porque o modelo de reuniões em grupos de gestantes com a participação dos casais, construindo os saberes no campo do coletivo, utilizando um espaço democrático que favoreça o protagonismo dos indivíduos para esclarecer dúvidas, tranquilizar os temores, orientar sobre as modificações fisiológicas da gravidez, sobre o processo da parturição e sobre os cuidados com o recém-nascido tem sido uma forma adequada de auxiliar na promoção da compreensão do processo de maternar e das modificações inerentes a chegada de um bebê no lar. A educação em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de bem-estar, de promover o autocuidado e de

**2. ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM À MULHER NA
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO**

2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O colo uterino é constituído pelo canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, o epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, a ectocérvice, é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, o epitélio escamoso estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a JEC - junção escamocolunar (BRASIL, 2013a).

Na fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse (ectopia ou eversão). É na zona de transformação que se localizam mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero (BRASIL, 2013a).

O câncer de colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos próximos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores, dependendo da origem do epitélio comprometido: carcinoma epidermóide (tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso) e o adenocarcinoma (tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular).

O câncer de colo uterino constitui um dos graves problemas de saúde pública que atinge as mulheres em todo o mundo, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente nas que vivem em regiões menos desenvolvidas do mundo. Em 2018, foram 570 mil novos casos (84% dos novos casos no mundo). Em 2018, aproximadamente 311 mil mulheres morreram de câncer do

HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero (INCA, 2016).

A infecção pelo HPV apresenta-se na maioria das vezes de maneira assintomática com lesões inaparentes visíveis apenas após aplicação de reagentes como o ácido acético e solução de Lugol, e através de técnicas de magnificação (colposcopia).

As lesões clínicas podem ser múltiplas ou únicas, sendo também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo e podem estar presentes na região perineal, mucosa vaginal e colo do útero. A presença destas lesões em áreas extra genitais é menos comum, mas pode ocorrer.

A infecção pelo HPV é muito comum, até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e apresenta regressão espontânea, entre 6 meses a 2 anos após a exposição (INCA, 2016).

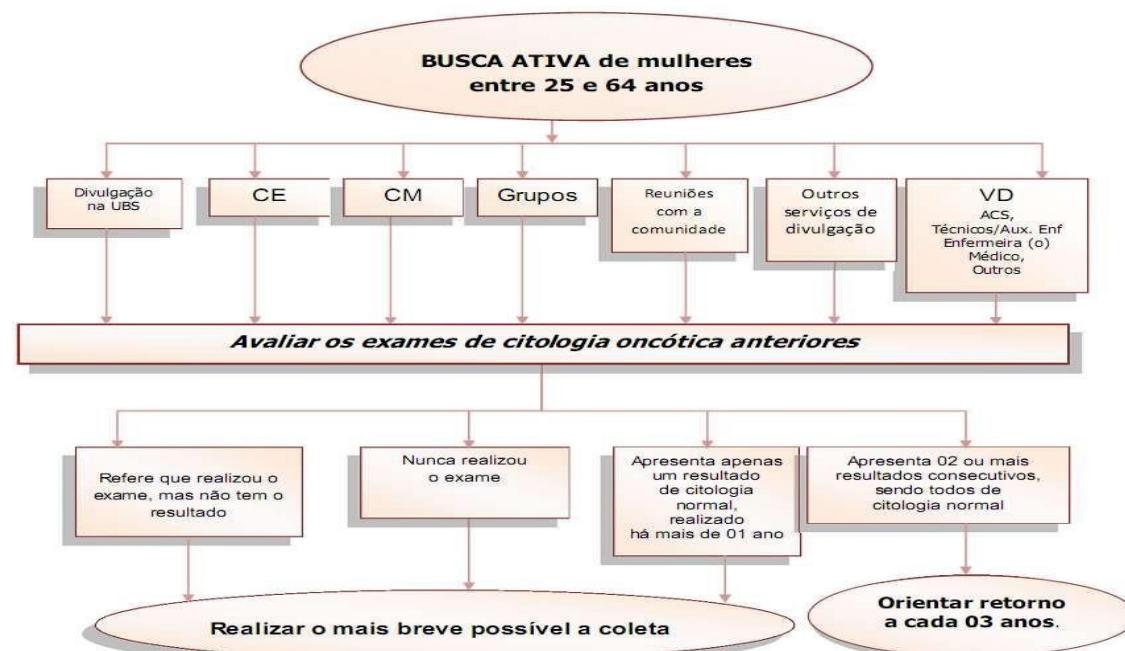
Há duas vacinas disponíveis no Brasil contra o HPV, a bivalente que oferece proteção contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18 e contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 (principais causadores de verrugas genitais). O Programa Nacional de Imunização disponibiliza a vacina quadrivalente.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais utilizada para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2016). O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já iniciaram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos,

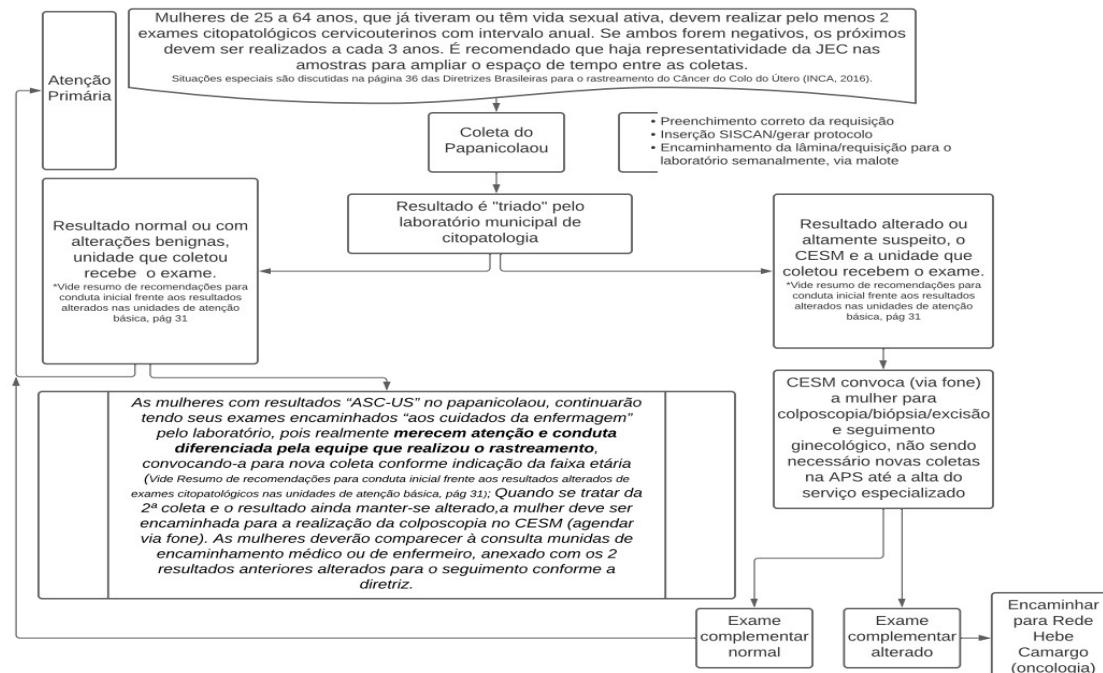
primária (vacinação contra o HPV), prevenção secundária (triagem e tratamento de lesões pré-cancerosas), prevenção terciária (diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero) e cuidados paliativos.

Diante deste quadro, os profissionais de saúde, devem atuar na sensibilização das mulheres para a realização do exame de citologia oncológica, além da busca ativa durante visitas domiciliares, consulta de enfermagem, consulta médica, grupos educativos, reuniões com a comunidade entre outros.

2.1. Oportunidades para coleta de citologia oncológica



Fluxograma de rastreamento, detecção, diagnóstico e tratamento da mulher acerca do câncer do colo do útero em Piracicaba.



*Referencial teórico "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2ª edição revista, ampliada e atualizada, INCA, 2016.

2.2. Situações especiais

Gestantes: Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente no segundo trimestre. Apesar de a JEC

Mulheres virgens: a coleta em virgens não deve ser realizada na rotina.

A ocorrência de condilomatose na genitália externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo este ser realizado pelo médico.

Mulheres submetidas a histerectomia total: mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora de câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada (BRASIL, 2013).

2.3. Recomendações prévias à mulher para a realização da coleta da de citologia oncotíca

Segundo o Ministério da Saúde, com a finalidade de garantir a qualidade dos resultados, para a realização da citologia oncotíca recomenda-se: não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais nas 48 horas que antecedem a coleta; evitar relações sexuais nas 48 horas que antecedem a coleta; não aplicar anticoncepcionais locais/espermicidas, nas 48 horas que antecedem a coleta; preferencialmente aguardar o 5º dia após o término da menstruação.

Atenção: O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Em algumas

2.4. Roteiro da consulta ginecológica / coleta de citologia oncológica

1) Queixa atual	
2) Data da última menstruação	
3) Início da atividade sexual	
4) Identificar, especificar e anotar:	<ul style="list-style-type: none"> a) Leucorreia: coloração, odor e prurido; b) Uso de método contraceptivo; c) Presença de dor e/ou sangramento após relação sexual; d) Sangramento fora do período menstrual.
5) Questionar:	<ul style="list-style-type: none"> a) Para a escolha do espéculo, observar: <ul style="list-style-type: none"> • Nº de partos normais; • Obesidade. b) Identificar fatores que interferem na coleta: <ul style="list-style-type: none"> • Gestação; • Histerectomia.
6) Observar e anotar após coleta	<ul style="list-style-type: none"> a) A presença de leucorréia, sangramento ou dor no procedimento; b) Avaliar a integridade do colo, utilizando as figuras abaixo para a descrição dos achados.
	
	<p>→ Sempre realizar as anotações na REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO e no PRONTUÁRIO da Unidade de Saúde.</p>
7) Orientar o retorno para avaliação do resultado do exame, de acordo com a rotina do serviço; deve-se convocar as mulheres cujo os exames estão alterados ou faltosos.	
8) Humanização do atendimento	<ul style="list-style-type: none"> a) Criar um ambiente acolhedor e comportar-se com cortesia; b) Respeitar a privacidade; c) Saber ouvir a mulher e esclarecer possíveis dúvidas ou angústias.
9) Descrever para a mulher, em grupo ou individualmente, como será realizada a coleta do exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espéculo, escova, espátula e lâmina)	

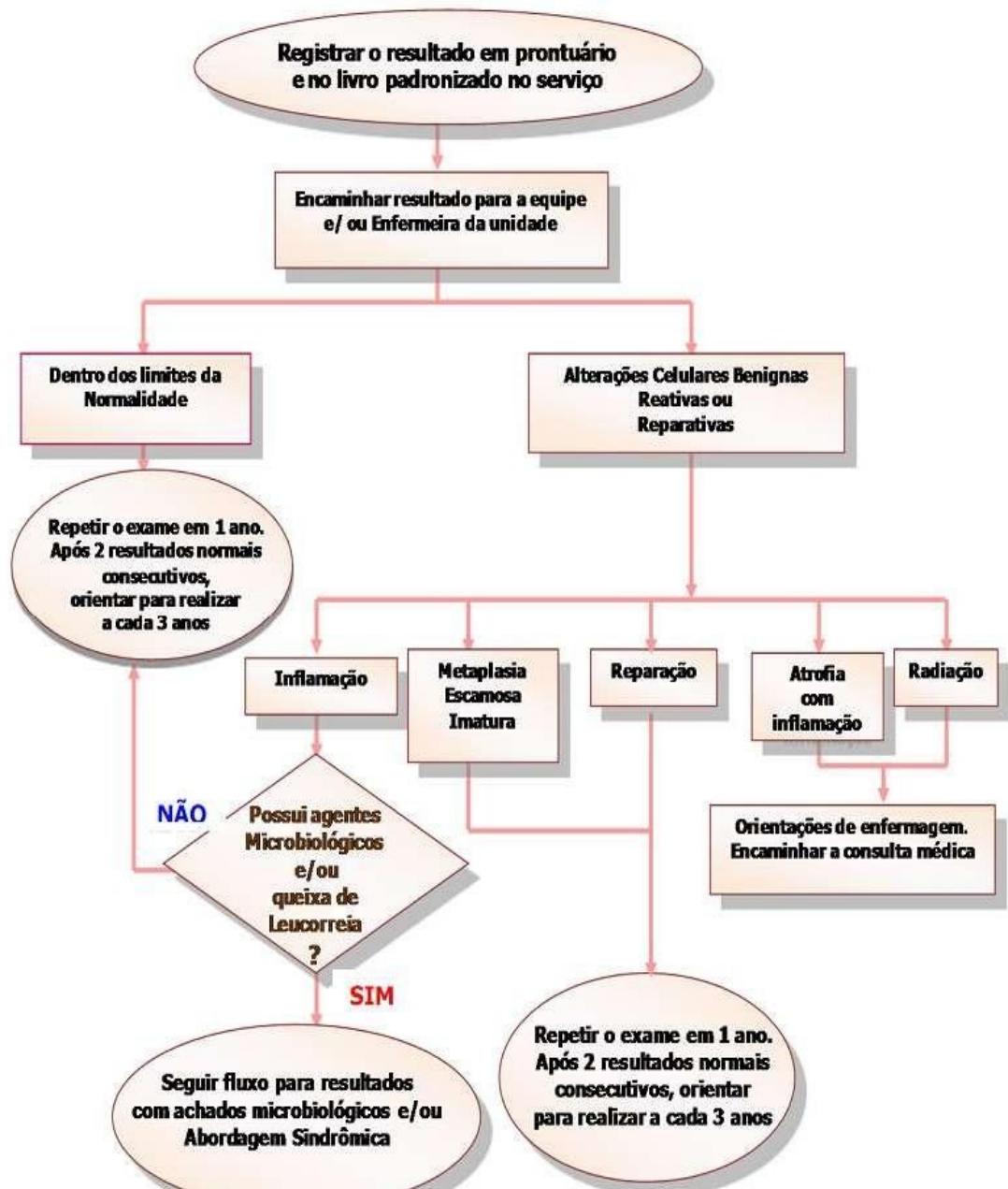
2.5. Nomenclatura de resultado dos exames citopatológicos

- Dentro dos limites da normalidade, no material examinado: diagnóstico completamente normal (INCA, 2016).
- Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas): caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações em decorrência do uso do dispositivo intrauterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo exsudato linfocitário ou reações alérgicas, representadas pela presença de eosinófilos, são observados.
- Resultado indicando metaplasia escamosa imatura: a palavra imatura, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira, buscando caracterizar que essa apresentação é considerada como do tipo inflamatório, entretanto o epitélio, nessa fase, está vulnerável à ação de agentes microbianos e, em especial, do HPV.
- Resultado indicando reparação: decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que indicam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e, em especial, do HPV.
- Resultado indicando atrofia com inflamação: na ausência de atipias, é um achado normal no período climatérico.
- Resultado indicando radiacão: nos casos de câncer do colo do útero, o

Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências

Classificação citiológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema Bethesda (2001)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve Displasia moderada e acentuada	NIC I NIC II e NICIII	LSIL HSIL	LSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

2.6. Fluxograma para resultado normal e alterações benignas



2.7. Conduta inicial frente a resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica e secundária (CESM)

Diagnóstico citopatológico	Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Qualquer	Repetir citologia em 6 meses na atenção básica, se na segunda coleta mantiver ASC-US ou evoluir, deve-se encaminhar ao CESM para colposcopia. Se regredir, colher nova amostra em 1 ano dando sequência ao rastreio.
Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Qualquer	Encaminhar para colposcopia (CESM)
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Qualquer	Encaminhar para colposcopia (CESM)
Células atípicas de origem indefinida (AOI) Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Qualquer	Encaminhar para colposcopia (CESM)
Lesão de Baixo Grau (LSIL)	Menor que 25 anos	Repetir em 3 anos no CESM
	Maior ou igual 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses no CESM

2.8. Conduta perante resultado de exames com alterações pré-malignas ou malignas

O laboratório municipal de citopatologia de Piracicaba deverá encaminhar o resultado do Papanicolaou à unidade de saúde de origem aos cuidados da equipe de enfermagem com cópia ao CESM. A equipe de enfermagem deverá entrar em contato com o CESM, a fim de verificar se foi realizado o agendamento para consulta médica especializada. Após confirmação da consulta no CESM, a mulher deverá ser convocada para retirar o exame e receber orientações cabíveis.

2.9. Conduta frente aos achados microbiológicos

Lactobacillus sp, cocos e outros bacilos são achados normais e fazem parte da microbiota vaginal. Na ausência de sinais avaliados no exame especulas e/ou sintomas referidos pela mulher, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento.

2.10. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCAN)

O sistema de informação é uma ferramenta importante para o profissional de saúde e para o gestor avaliar e planejar as ações pertinentes ao bom desempenho do programa de controle do câncer do colo do útero.

Após a coleta, a unidade de saúde deverá registrar a citologia através do site <http://siscan.saude.gov.br>.

2.11. Leucorréias e orientações de enfermagem na abordagem

contraceptivos hormonais, de diafragmas, uso de gel espermicida, lubrificantes, sabonetes íntimos, alimentação, dentre outros (FEBRASGO, 2010).

Os agentes etiológicos mais frequentes nas vulvovaginites e vaginoses são os fungos, as bactérias anaeróbicas em número significativamente aumentado, o tricomonas, que é um protozoário, ou até mesmo um aumento exacerbado da flora normal de lactobacilos. Lembrando que o capítulo 6 deste manual refere-se especificamente à abordagem sindrômica e tratamento das leucorréias.

- a. **Candidíase Vulvovaginal:** é uma infecção causada por fungos na região genital, provocando secreção vaginal branca sem odor, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero, prurido vaginal intenso, edema vulvar, hiperemia de mucosa e dispareunia de introito.
- b. **Vaginose Bacteriana:** é uma infecção do trato genital causada pela desordem do trato genital inferior e perda da flora vaginal de lactobacilos, causando secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, sendo este último mais acentuado após o coito e durante o período menstrual.
- c. **Tricomoníase:** é uma infecção do trato vaginal inferior causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. A secreção é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida, ocorrem prurido e edema em vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”, disúria (menos frequente). Sua transmissão ocorre essencialmente pelo contato sexual e é considerada IST.

Orientações de enfermagem à mulher com queixa e presença de leucorréia

1. Aconselhar a não utilização de sabonetes e cremes vulvovaginais que não respeitem o pH, evitando perfumados e irritantes;
2. Evitar o uso de roupas sintéticas e apertadas, pois acredita-se que o fato de não permitir a aeração da genitália feminina altere a flora vaginal facilitando as infecções;
3. Orientar o uso de roupas mais folgadas e de algodão que facilitem a ventilação e a diminuição da umidade local;
4. Verificar habilidade no manuseio do preservativo e estimular o seu uso em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro único;
5. Informar sobre preservativo feminino, viabilizando o seu uso;
6. Esclarecer os riscos de se ter vários parceiros sem o uso de preservativos;
7. Explicar os mecanismos de transmissão;
8. Enfatizar a importância de convocar e tratar o parceiro e o uso correto da medicação, se indicado;
9. Evitar a relação sexual no período de tratamento;
10. Manter o tratamento se a mulher menstruar;
11. Orientar higiene pessoal mais frequente durante o fluxo menstrual;
12. Orientar a não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento e até 3 dias após a sua conclusão;
13. Orientar o modo correto da higiene dos genitais;
14. Evitar o uso do papel higiênico perfumado, áspero e colorido;

de útero no município de Piracicaba. A enfermagem tem especial atuação neste sentido, sendo acolhedora e olhando a mulher com competência e equidade.

A equipe do CESM realiza matriciamento para as equipes da Atenção Básica a fim de agilizar procedimentos e garantir à mulher o acesso mais precoce aos serviços disponíveis na rede.

A Atenção Básica realiza ações para rastreio das mulheres, principalmente entre 25 a 64 anos de idade, realizando busca ativa desse público e ofertando o exame de citologia oncológica (papanicolaou) se momento oportuno para a coleta.

As lâminas devem ser enviadas ao laboratório municipal no máximo semanalmente (ou em menos tempo, a depender do número de lâminas colhidas no período). Os resultados não devem ultrapassar 60 dias para serem recebidos pelas equipes. Assim que os resultados retornam às unidades coletadoras, devem ser registrados no prontuário a fim de garantir o sequenciamento correto das coletas (após 2 resultados normais com representatividade da JEC colhidos com intervalo de 1 ano, a mulher pode ser submetida a coletas a cada 3 anos).

O sistema de informação ministerial (SISCAN) deve ser alimentado para que haja um registro nacional do rastreio. A cada exame colhido é gerado um protocolo que deve estar preenchido no canto superior direito da ficha de requisição de exame citopatológico – colo de útero.

Os exames “alterados”, com lesão suspeita para câncer, são encaminhados “aos cuidados da enfermagem” e destes, o CESM recebe uma cópia. O seguimento deve obedecer ao quadro **“Conduta inicial frente a**

Ao diagnosticar uma lesão cancerígena, a mulher é inserida na REDE HEBE CAMARGO, e recebe um agendamento de consulta oncológica em um dos hospitais de referência no município (CECAN no Hospital Santa Casa e CEON no Hospital dos Fornecedores de Cana) onde dará seguimento ao tratamento necessário (conização, radioterapia, quimioterapia ou braquiterapia).

Os agendamentos de consultas para ginecologia oncológica no CESM são realizados por telefone, e-mail ou aplicativo whatsapp. Faz-se necessário encaminhamento (médico ou enfermeiro) e o resultado do exame papanicolaou alterado. Não é necessário encaminhar no sistema Olostech. Mantemos agenda local no intuito de discutirmos os casos com quem entra em contato, a fim de agilizar os casos prioritários.

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

3.1. Conceito

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, formando um tumor com potencial de invadir outros órgãos.

Há vários tipos de câncer de mama. Alguns têm desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem lentamente. A maioria dos casos, quando tratados adequadamente e em tempo oportuno, apresentam bom prognóstico.

O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença (INCA, 2022).

O surgimento de nódulo é o sintoma mais comum de câncer de mama. Geralmente o nódulo é indolor, duro e irregular, mas existem tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. O edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar, especialmente quando esta é unilateral e espontânea, também são outros sinais de câncer de mama. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem aparecer ainda linfonodos palpáveis na axila (INCA, 2022).

3.2. Magnitude

Entre todas as neoplasias diagnosticadas em mulheres brasileiras, o câncer de mama é o que mais leva à mortalidade com uma taxa de 16,4%. O câncer de mama é uma doença rara em mulheres jovens e sua incidência começa a ser mais expressiva a partir dos 40 anos. A maior parte dos casos ocorrem acima dos 50 anos de idade (INCA, 2021b).

3.3. Fatores de risco

O câncer de mama não tem somente uma causa. A idade é um dos mais importantes fatores de risco para a doença (cerca de quatro em cada cinco casos ocorrem após os 50 anos). Outros fatores que aumentam o risco da doença são:

Fatores ambientais e comportamentais	Fatores da história reprodutiva e hormonal	Fatores genéticos e hereditários**
Obesidade e sobrepeso	Primeira menstruação antes de 12 anos	História familiar de câncer de ovário
Inatividade física*	Não ter tido filhos	Casos de câncer de mama na família, principalmente antes dos 50 anos
Consumo de bebida alcoólica	Primeira gravidez após os 30 anos	História familiar de câncer de mama em homens
Exposição frequente a radiações ionizantes para tratamento (radioterapia) ou exames diagnósticos (tomografia, Raio-X, mamografia, etc)	Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos	Alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2
Tabagismo - há evidências sugestivas de aumento de risco	Uso de contraceptivos hormonais (estrogênio-progesterona)	
	Ter feito reposição hormonal pós-	

3.4. Diagnóstico precoce

A estratégia de diagnosticar precocemente contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, destacando-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

A orientação é que a mulher realize a auto palpação e observação das mamas sempre que se sentir confortável, em qualquer momento, seja no banho, na troca de roupa ou em outra situação cotidiana, sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta de pequenas alterações mamárias, procurando esclarecimento profissional sempre que perceber alguma alteração suspeita nas mamas, além de participar das ações de detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2022).

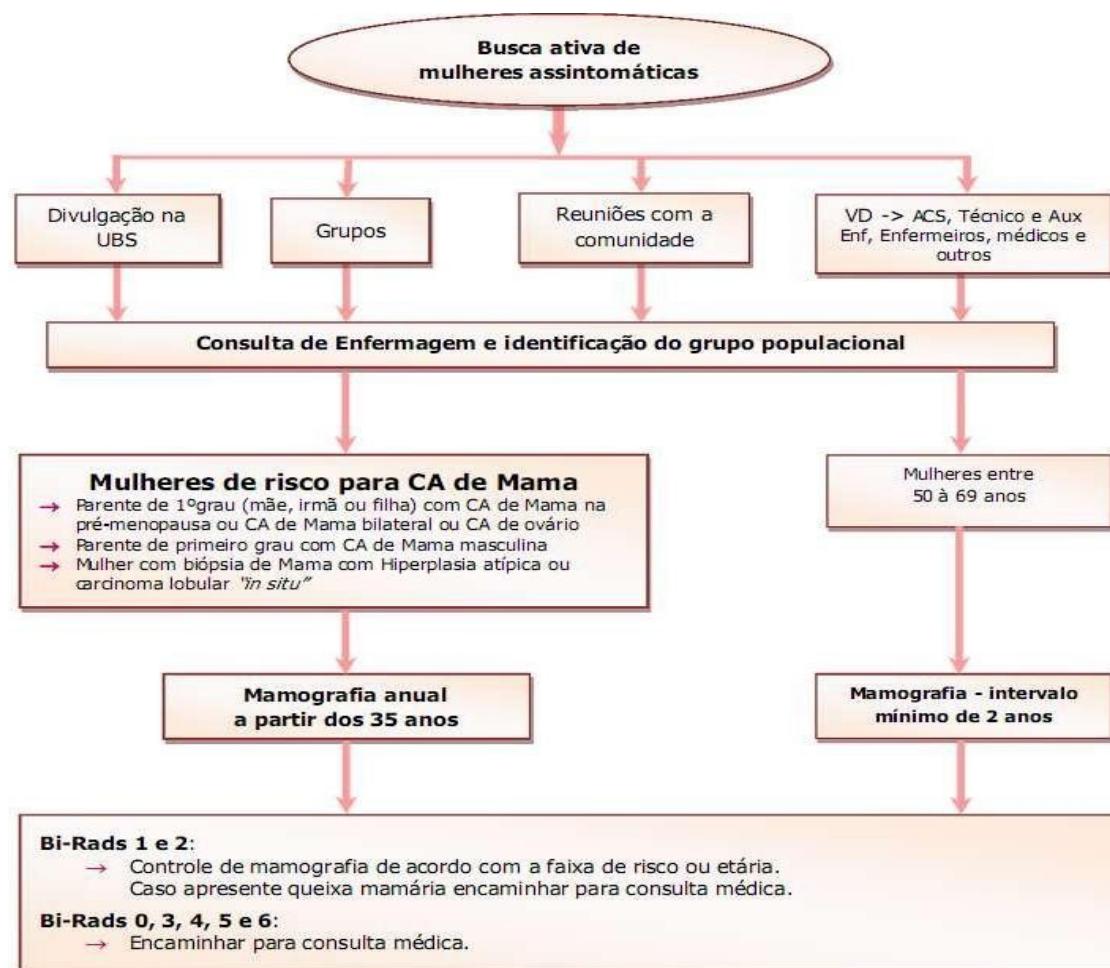
3.4.1. Mamografia

O câncer de mama pode ser detectado em fases iniciais em grande parte dos casos, aumentando assim a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias. A maior parte dos cânceres de mama é descoberta pelas próprias mulheres. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda que a mamografia de rastreamento (exame realizado quando não há sinais nem sintomas suspeitos) seja oferecida para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos.

A recomendação brasileira segue a orientação da Organização Mundial da Saúde e de países que adotam o rastreamento mamográfico. A mamografia é uma radiografia das mamas feita por um equipamento de raios X chamado

não apresenta uma boa sensibilidade em mulheres jovens, pois nessa idade as mamas são mais densas, e o exame apresenta muitos resultados incorretos (INCA, 2021b).

Fluxograma para rastreio do Câncer de Mama



Fluxograma de Rastreamento, Detecção, Diagnóstico, Tratamento da Mulher acerca do Câncer de Mama em Piracicaba

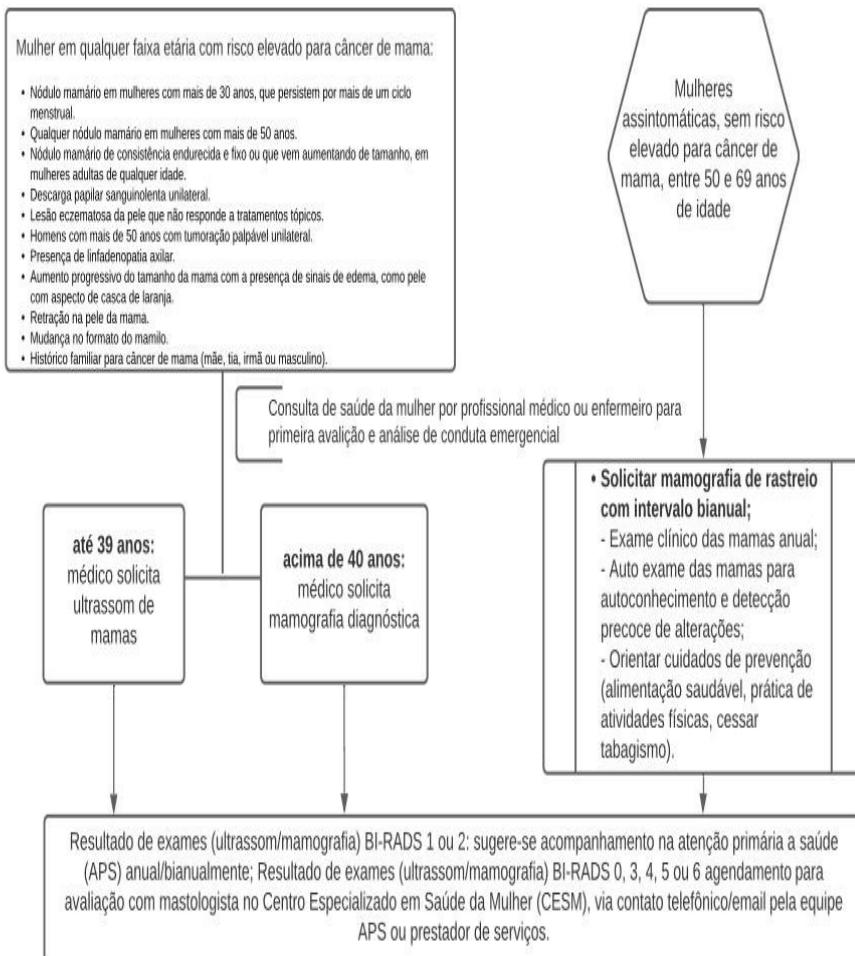


Tabela 1. Categorias do BI-RADS, recomendações e risco de câncer

CATEGORIA	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	RECOMENDAÇÃO	RISCO DE CÂNCER (%)
0	Exame inconclusivo	Complementar o estudo	Exame incompleto

Para mamografias: A Equipe da Unidade Básica de saúde insere o pedido no Sistema de Informação (QLOSTECH) e encaminha para o **DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA**.

3.4.2. O Centro especializado em Saúde da mulher (CESM) no diagnóstico do Câncer de Mama

Há uma grande preocupação com os rastreios, busca ativa e regularização de situações acerca das lesões suspeitas de câncer de mama no município de Piracicaba. A enfermagem tem especial atuação neste sentido, sendo acolhedora e olhando a mulher com competência e equidade.

A equipe do CESM realiza matriciamento para as equipes da Atenção Básica a fim de agilizar procedimentos e garantir à mulher o acesso mais precoce aos serviços disponíveis na rede.

Foi estipulado que os prestadores de serviços municipais, ao detectarem alterações nos exames realizados na rede de atenção a saúde (mamografias e ultrassom), deverão efetuar agendamento para avaliação do mastologista do CESM, a depender da urgência do caso, para avaliação e providências necessárias: solicitação de novos exames, biopsia ou seguimento mais detalhado do caso.

Ao diagnosticar uma lesão cancerígena, a mulher é inserida na REDE HEBE CAMARGO e recebe um agendamento de consulta oncológica em um dos hospitais de referência no município (CECAN no Hospital Santa Casa e CEON no Hospital dos Fornecedores de Cana), onde dará seguimento ao tratamento necessário.

O agendamento de consultas para mastologia no CESM é realizado por telefone, e-mail ou aplicativo whatsapp. Faz-se necessário encaminhamento (médico ou enfermeiro) e resultado de exames (mamografia para mulheres com mais de 40 anos e/ou ultrassom com alguma alteração suspeita para câncer de mama ou que necessitem acompanhamento com o especialista)

3.5. Consulta de enfermagem para avaliação das mamas

3.5.1. Entrevista

Dados de identificação, aspectos sociais e emocionais, história familiar, antecedentes pessoais, história obstétrica, método contraceptivo utilizado (encaminhar para planejamento familiar se necessário), informações sobre os diversos aparelhos e estado geral da saúde.

Antes de qualquer exame físico a mulher deve ser orientada e questionada, oferecendo autorização verbal para a realização.

3.5.2. Exame físico das mamas

3.5.2.1. Inspeção estática

Colocar a mulher sentada, com o tronco desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça.

Observar simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, saída espontânea de secreção e características da pele: presença de achatamento, abaulamento ou espessamento da pele da mama e/ou retrações. Observar também, diferenças na cor, temperatura, textura e padrão de circulação venosa.

3.5.2.2. Inspeção dinâmica

A mulher permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços em direção do segmento cefálico. Em seguida, solicitar que a mulher coloque as mãos atrás da nuca e faça movimentos de abrir e fechar os braços.

3.5.2.4. Palpação da região supra e infraclavicular

A mulher permanece sentada. Palpar a região à procura de linfonodos palpáveis.

3.5.2.5. Palpação das mamas

Colocar a mulher em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar.

Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada.

3.5.2.6. Expressão da aréola e papila mamária

É realizada após a palpação da mama, com a mulher deitada. Observar presença de fluxo papilar.

**4. ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM À MULHER NA
ATENÇÃO AO DIREITO
REPRODUTIVO**

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA ATENÇÃO AO DIREITO REPRODUTIVO

“O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”

(Constituição Brasileira, 1988).

O objetivo maior da assistência de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva é a humanização do atendimento e a qualificação da atenção ao planejamento familiar da pré-concepção à anticoncepção, com avaliação e assistência priorizada ao risco reprodutivo, visando a redução da morbimortalidade materna e neonatal, da gravidez precoce e das gestações indesejadas.

Os elementos fundamentais para a qualidade de atenção são: escolha livre de métodos contraceptivos, informação completa para os usuários, competência técnica de quem dispensa os métodos, boa relação usuário-serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva. As atividades clínicas, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da

opções de anticoncepcionais, de maneira que a cliente seja capaz de realizar uma escolha livre e informada.

Devem ser fornecidas as informações de maneira clara e completa sobre mecanismo de ação dos anticoncepcionais, modo de uso, eficácia, efeitos colaterais e efeitos não contraceptivos (OMS, 2007).

4.1. Assistência de enfermagem no Planejamento Familiar (PF)

O PF deve ser um elemento essencial na prevenção primária de saúde, auxiliando as pessoas que procuram os serviços, oferecendo-lhes informações necessárias para a escolha e o uso efetivo dos métodos anticoncepcionais (MAC) que melhor se adaptem às condições atuais de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter em relação ao direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.

4.1.1. Assistência de Enfermagem na Pré-concepção

A assistência de enfermagem à pré-concepção tem o objetivo de orientar e assistir às mulheres/casais em idade fértil, que desejam engravidar, com o intuito de prevenir eventos que possam alterar a evolução saudável de uma futura gestação.

Sendo assim, durante todas as consultas de enfermagem referentes à

3. Realizar a coleta de citologia oncológica e testes rápidos IST/HIV, tratar alterações conforme Manual de Saúde da Mulher e do Adulto;
4. Verificar a presença de fatores de risco genético, tais como: idade materna e/ou paterna avançada, filhos afetados em gestações anteriores, antecedentes de familiares com doença;
5. Verificar a presença de risco reprodutivo, tais como presença de doenças crônicas;
6. Verificar a presença de risco para agentes químicos e outros produtos tóxicos sobre a concepção;
7. Abordar cessação do fumo, álcool e outras drogas antes da gravidez, se necessário;
8. Verificar e atualizar esquema vacinal do casal (em caso de necessidade de aplicação das vacinas tríplice viral e febre amarela na mulher, esta deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado);
9. Se mulher expressar desejo iminente de engravidar, prescrever ácido fólico 5 mg/dia por 3 meses antes da concepção.

4.1.2. Assistência de Enfermagem na Contracepção

4.1.2.1 Primeira Consulta da Mulher/Casal

Durante a consulta o enfermeiro deve fornecer informações claras e adequadas a respeito de cada opção – vantagens, desvantagens, custo, eficácia (Conforme Tabela 1), riscos, efeitos adversos e retorno à fertilidade a fim de que a paciente possa participar ativamente do processo de escolha e

eficácia, efeitos colaterais e contra-indicações, procurando sempre um linguajar que seja compreensível ao (à) usuário(a).

É importante destacar ainda que nenhum método é isento de falhas e que o uso correto minimiza as falhas. Em cada contraceptivo há a taxa de falha inerente ao método (uso perfeito ou teórico do método) e a taxa de falha associada ao uso típico do método.

Além disso, é importante levantar o histórico ginecológico e obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário.

A consulta de enfermagem deve considerar:

- ✓ Levantamento de dados: identificar as necessidades individuais e/ou do casal;
- ✓ Exame físico geral;
- ✓ Exame de mamas;
- ✓ Exame ginecológico e realização de coleta de citologia oncológica, se for necessário;
- ✓ Orientação para prevenção de IST/HIV, com incentivo ao uso de preservativo. Oferecer testes rápidos;
- ✓ Encaminhar à consulta médica para prescrição de métodos hormonais orais ou injetáveis disponíveis na rede de Atenção Básica;
- ✓ Orientação sobre método contraceptivo definitivo (laqueadura tubárea ou vasectomia) quando for pertinente (critérios e desejo do casal/indivíduo),

A tabela 1 mostra as taxas de falha e de continuidade de cada método em um ano de uso do mesmo.

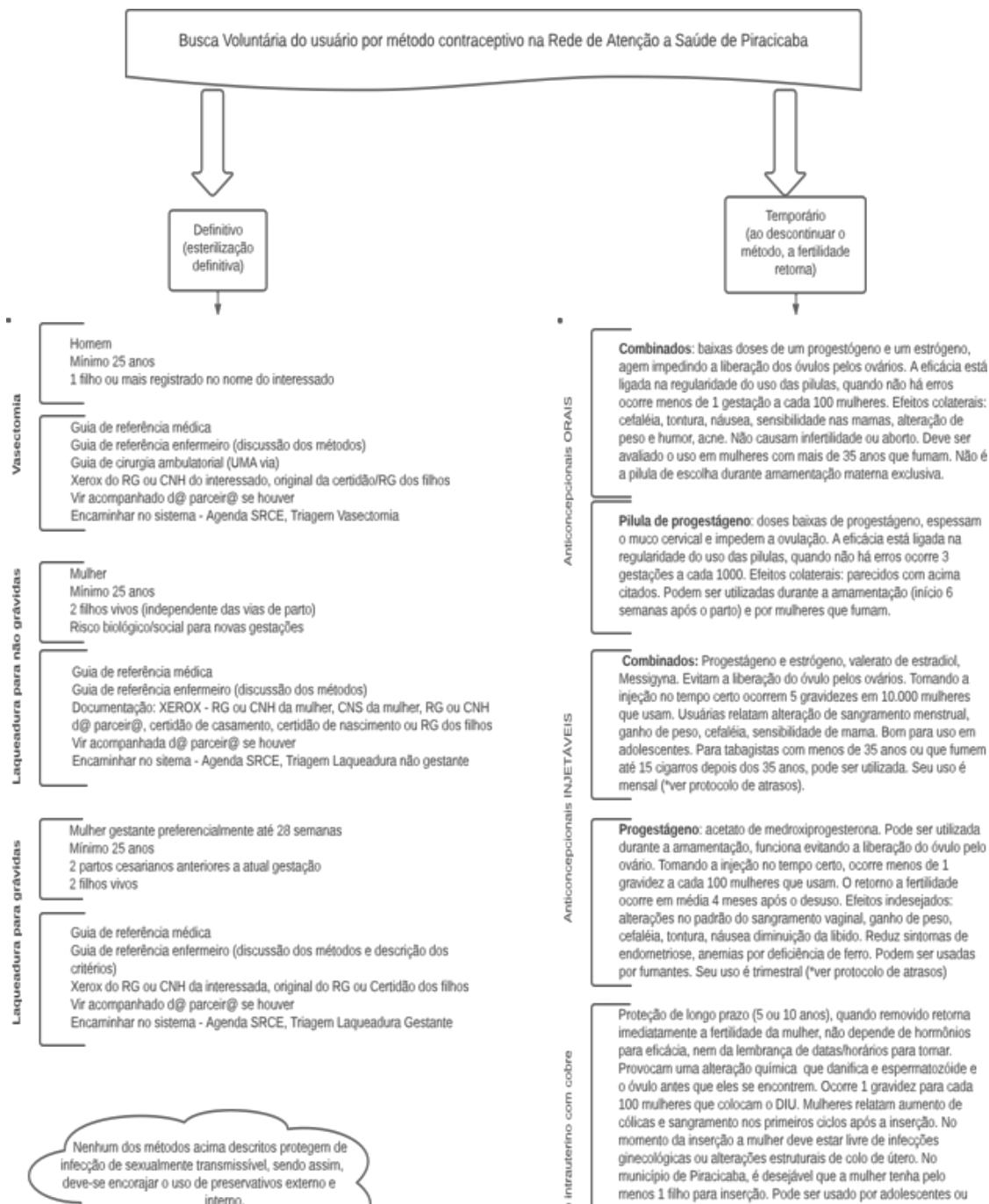
Tabela 1: Percentual de mulheres que apresentam falha do método contraceptivo durante o primeiro ano de uso (típico ou perfeito) e percentual de continuidade do uso ao final do primeiro ano

MÉTODO	Taxa de falha (%) em 100 mulheres em 1 ano de uso		
	Uso típico	Uso perfeito	Taxa de continuidade (%) após 1 ano
Nenhum	85	85	N/A
Espermicida	29	18	42
Coito interrompido	27	4	43
Abstinência periódica	29	1-9	51
Diafragma	16	6	57
Preservativo			
Feminino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Pílula (combinada ou apenas de progestagênio)	8	0,3	68
Adesivo / Anel	8	0,3	68
Injetável trimestral	3	0,3	56
Injetável mensal	3	0,05	56
DIU			
Cobre (T380A)	0,8	0,6	78
SIU-LNG	0,1	0,1	81
Implante liberador de etonogestrel	0,05	0,05	84
Cirúrgicos			
Vasectomia	0,15	0,1	100
LT	0,5	0,5	100

Adaptada de Trussell (2007).

DIU: Dispositivo intrauterino, SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, LT: Laqueadura tubárea.

Segue abaixo compilado de informações quando da busca voluntária do usuário por método contraceptivo na rede de atenção à saúde de Piracicaba:



4.1.2.2. Métodos contraceptivos disponíveis em Piracicaba: métodos reversíveis

A. Métodos naturais (muco cervical, tabela e coito interrompido):

- Métodos associados ao maior número de falhas (NÃO RECOMENDADOS);
- Deve-se oferecer um aconselhamento especial para assegurar que o método seja utilizado corretamente;
- Observar as condições e circunstâncias que possam afetar a função ovariana ou a regularidade dos ciclos menstruais;
- Esclarecer que o método não protege contra IST.

B. Métodos de barreira (preservativo masculino ou feminino):

- Deverão ser **sempre** recomendados para a prevenção de ISTs/AIDS (não existem contraindicações, exceto a rara ocorrência de alergia ao látex e/ou poliuretano);
- Disponibilizar preservativo em livre demanda;
- Orientar uso correto e seguro;
- Falha de 2% podendo chegar a 15% se uso inadequado.

C. Métodos hormonais:

- **Contraceptivo oral combinado**

- ✓ Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, sempre no mesmo horário, dar 7 dias de intervalo e reiniciar uma nova cartela;
- ✓ Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela;
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.

Em caso de esquecimento:

- ✓ Até 12 horas: Orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar;
- ✓ Acima de 12 horas: Orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar, mesmo que isso signifique tomar 2 comprimidos num único dia e ainda utilizar preservativo por 07 dias;
- ✓ Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: Utilizar preservativo até o término da cartela.

Efeitos colaterais mais frequentes:

- ✓ Ganho de peso;
- ✓ Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;
- ✓ Alteração de humor: geralmente a melhora é espontânea;
- ✓ Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses;
- ✓ Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: Encaminhe para avaliação médica.

Contraindicações:

- ✓ História prévia de TEP e TVP
- ✓ Câncer de mama diagnosticado ou suspeito
- ✓ AVC
- ✓ Tabagistas acima de 35 anos

➤ **Contraceptivo oral simples**

Padronização: Noretisterona 0,35 mg, 28 comprimidos

Uso contínuo e sem interrupção

Prescrição: Médico (validade 1 ano)

Renovação: Médico

Orientações quanto ao uso:

- ✓ Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto;
- ✓ Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 28 dias, sempre no mesmo horário;
- ✓ Ao término, iniciar nova cartela no dia seguinte (sem pausa);
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.

Em caso de esquecimento:

- ✓ Até 12 horas: Orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar;
- ✓ Acima de 12 horas: Orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar, mesmo que isso signifique tomar 2 comprimidos num

- ✓ Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses;
- ✓ Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: Encaminhe para avaliação médica.

Contraindicações:

- ✓ História de cirurgia bariátrica
- ✓ Suspeita ou confirmação de gravidez
- ✓ Suspeita ou confirmação de câncer de mama
- ✓ Sangramento vaginal anormal não diagnosticado
- ✓ Hipersensibilidade a algum dos componentes da formulação
- ✓ Tumor benigno ou maligno do fígado
- ✓ Doença hepática aguda ou crônica com função hepática anormal

➤ **Contraceptivo injetável mensal**

Padronização: Enantato de noretisterona 50 mg/ml / Valerato de

Estradiol 5mg/ml

Prescrição: Médico (validade 1 ano)

Renovação: Médico

Orientações quanto ao uso:

- ✓ Injeção IM a cada 4 semanas (no mínimo 23 e no máximo 37 dias);
- ✓ Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual);
- ✓ Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do

Efeitos colaterais mais frequentes:

- ✓ Ganho de peso;
- ✓ Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: Tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;
- ✓ Alteração de humor: Geralmente melhora espontânea;
- ✓ Sangramento anormal: Comum nos 3 primeiros meses;
- ✓ Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: Encaminhe para avaliação médica.

Contraindicações:

- ✓ História de cirurgia bariátrica
- ✓ Doença tromboembólica
- ✓ Amamentação com < 6 meses do parto
- ✓ Sangramento uterino anormal não diagnosticado
- ✓ Enxaqueca com ou sem áurea
- ✓ Gravidez confirmada ou suspeita
- ✓ Obesidade com IMC > 35
- ✓ HAS descompensada: PA > 160x100 mmHg
- ✓ Lactação (primeiros 6 meses pós-parto)
- ✓ História prévia de TEP e TVP
- ✓ Câncer de mama diagnosticado ou suspeito
- ✓ AVC
- ✓ Tabagistas acima de 35 anos

➤ **Contraceptivo injetável trimestral:**

- Intervalo máximo de aplicação: 13 semanas
- ✓ Pode iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia) ou nos 5 primeiros dias pós-parto se a paciente não estiver mantendo aleitamento materno;
- ✓ Caso a paciente esteja mantendo a criança em aleitamento materno exclusivo, a administração deve ser realizada somente a partir da 6^a semana pós-parto (45 dias);
- ✓ Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação;
- ✓ Esclarecer que o método não protege contra IST.;
- ✓ Método injetável de escolha durante a amamentação.

Em caso de esquecimento:

- ✓ Acima de 13 semanas (acima de 91 dias) da última aplicação: seguir Fluxograma de manejo do atraso da aplicação de anticoncepcional injetável trimestral.

Efeitos colaterais mais frequentes:

- ✓ Amenorreia (comum);
- ✓ Ganho de peso;
- ✓ Sangramento anormal: Comum nos 3 primeiros meses;
- ✓ Demora no retorno da fertilidade;
- ✓ Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.

Contraindicações:

- ✓ História prévia de TEP e TVP
- ✓ Câncer de mama diagnosticado ou suspeito
- ✓ AVC
- ✓ Tabagistas acima de 35 anos

**Instrumentos norteadores da aplicação de contraceptivos injetáveis
disponíveis na rede municipal de saúde de Piracicaba:**

Calendário perpétuo para aplicação do acetato de medroxiprogesterona

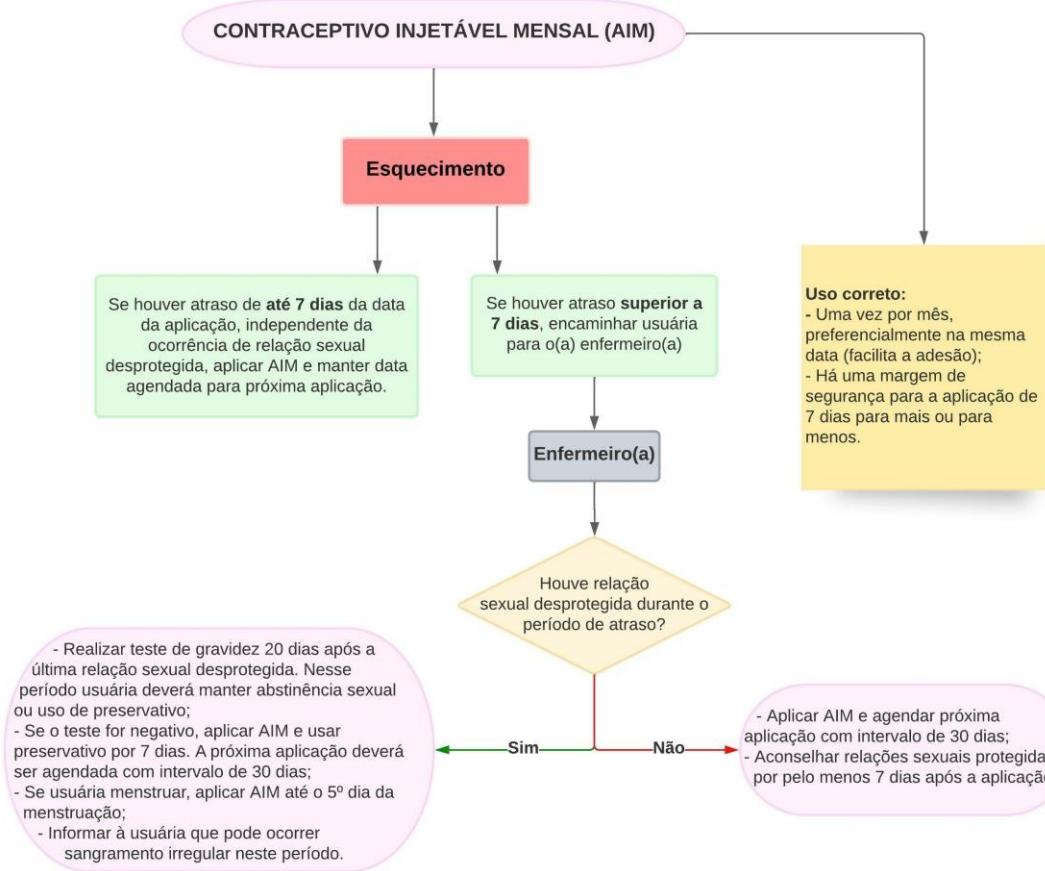
150 mg/ml, considerando intervalos mínimos e máximos

Calendário Perpétuo							
Depo-Provera CONTRACEPTIVE INJECTION MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTABLE SUSPENSION							
APLICAÇÃO	PRÓXIMA	APLICAÇÃO	PRÓXIMA	APLICAÇÃO	PRÓXIMA	APLICAÇÃO	PRÓXIMA
Jan 1	Mar 19- Abr 2	Fev 16	Maio 4- Maio 18	Abr 3	Jun 19- Jul 3	Maio 19	Ago 4- Ago 18
Jan 2	Mar 20- Abr 3	Fev 17	Maio 5- Maio 19	Abr 4	Jun 20- Jul 4	Maio 20	Ago 5- Ago 19
Jan 3	Mar 21- Abr 4	Fev 18	Maio 6- Maio 20	Abr 5	Jun 21- Jul 5	Maio 21	Ago 6- Ago 20
Jan 4	Mar 22- Abr 5	Fev 19	Maio 7- Maio 21	Abr 6	Jun 22- Jul 6	Maio 22	Ago 7- Ago 21
Jan 5	Mar 23- Abr 6	Fev 20	Maio 8- Maio 22	Abr 7	Jun 23- Jul 7	Maio 23	Ago 8- Ago 22
Jan 6	Mar 24- Abr 7	Fev 21	Maio 9- Maio 23	Abr 8	Jun 24- Jul 8	Maio 24	Ago 9- Ago 23
Jan 7	Mar 25- Abr 8	Fev 22	Maio 10- Maio 24	Abr 9	Jun 25- Jul 9	Maio 25	Ago 10- Ago 24
Jan 8	Mar 26- Abr 9	Fev 23	Maio 11- Maio 25	Abr 10	Jun 26- Jul 10	Maio 26	Ago 11- Ago 25
Jan 9	Mar 27- Abr 10	Fev 24	Maio 12- Maio 26	Abr 11	Jun 27- Jul 11	Maio 27	Ago 12- Ago 26
Jan 10	Mar 28- Abr 11	Fev 25	Maio 13- Maio 27	Abr 12	Jun 28- Jul 12	Maio 28	Ago 13- Ago 27
Jan 11	Mar 29- Abr 12	Fev 26	Maio 14- Maio 28	Abr 13	Jun 29- Jul 13	Maio 29	Ago 14- Ago 28
Jan 12	Mar 30- Abr 13	Fev 27	Maio 15- Maio 29	Abr 14	Jun 30- Jul 14	Maio 30	Ago 15- Ago 29
Jan 13	Mar 31- Abr 14	Fev 28	Maio 16- Maio 30	Abr 15	Jul 1- Jul 15	Maio 31	Ago 16- Ago 30
Jan 14	Abr 1- Abr 15	Mar 1	Maio 17- Maio 31	Abr 16	Jul 2- Jul 16	Jun 1	Ago 17- Ago 31
Jan 15	Abr 2- Abr 16	Mar 2	Maio 18- Jun 1	Abr 17	Jul 3- Jul 17	Jun 2	Ago 18- Set 1
Jan 16	Abr 3- Abr 17	Mar 3	Maio 19- Jun 2	Abr 18	Jul 4- Jul 18	Jun 3	Ago 19- Set 2
Jan 17	Abr 4- Abr 18	Mar 4	Maio 20- Jun 3	Abr 19	Jul 5- Jul 19	Jun 4	Ago 20- Set 3
Jan 18	Abr 5- Abr 19	Mar 5	Maio 21- Jun 4	Abr 20	Jul 6- Jul 20	Jun 5	Ago 21- Set 4
Jan 19	Abr 6- Abr 20	Mar 6	Maio 22- Jun 5	Abr 21	Jul 7- Jul 21	Jun 6	Ago 22- Set 5
Jan 20	Abr 7- Abr 21	Mar 7	Maio 23- Jun 6	Abr 22	Jul 8- Jul 22	Jun 7	Ago 23- Set 6
Jan 21	Abr 8- Abr 22	Mar 8	Maio 24- Jun 7	Abr 23	Jul 9- Jul 23	Jun 8	Ago 24- Set 7
Jan 22	Abr 9- Abr 23	Mar 9	Maio 25- Jun 8	Abr 24	Jul 10- Jul 24	Jun 9	Ago 25- Set 8
Jan 23	Abr 10- Abr 24	Mar 10	Maio 26- Jun 9	Abr 25	Jul 11- Jul 25	Jun 10	Ago 26- Set 9
Jan 24	Abr 11- Abr 25	Mar 11	Maio 27- Jun 10	Abr 26	Jul 12- Jul 26	Jun 11	Ago 27- Set 10
Jan 25	Abr 12- Abr 26	Mar 12	Maio 28- Jun 11	Abr 27	Jul 13- Jul 27	Jun 12	Ago 28- Set 11
Jan 26	Abr 13- Abr 27	Mar 13	Maio 29- Jun 12	Abr 28	Jul 14- Jul 28	Jun 13	Ago 29- Set 12
Jan 27	Abr 14- Abr 28	Mar 14	Maio 30- Jun 13	Abr 29	Jul 15- Jul 29	Jun 14	Ago 30- Set 13
Jan 28	Abr 15- Abr 29	Mar 15	Maio 31- Jun 14	Abr 30	Jul 16- Jul 30	Jun 15	Ago 31- Set 14
Jan 29	Abr 16- Abr 30	Mar 16	Jun 1- Jun 15	Maio 1	Jul 17- Jul 31	Jun 16	Set 1- Set 15
Jan 30	Abr 17- Maio 1	Mar 17	Jun 2- Jun 16	Maio 2	Jul 18- Ago 1	Jun 17	Set 2- Set 16
Jan 31	Abr 18- Maio 2	Mar 18	Jun 3- Jun 17	Maio 3	Jul 19- Ago 2	Jun 18	Set 3- Set 17
Fev 1	Abr 19- Maio 3	Mar 19	Jun 4- Jun 18	Maio 4	Jul 20- Ago 3	Jun 19	Set 4- Set 18
Fev 2	Abr 20- Maio 4	Mar 20	Jun 5- Jun 19	Maio 5	Jul 21- Ago 4	Jun 20	Set 5- Set 19
Fev 3	Abr 21- Maio 5	Mar 21	Jun 6- Jun 20	Maio 6	Jul 22- Ago 5	Jun 21	Set 6- Set 20
Fev 4	Abr 22- Maio 6	Mar 22	Jun 7- Jun 21	Maio 7	Jul 23- Ago 6	Jun 22	Set 7- Set 21
Fev 5	Abr 23- Maio 7	Mar 23	Jun 8- Jun 22	Maio 8	Jul 24- Ago 7	Jun 23	Set 8- Set 22
Fev 6	Abr 24- Maio 8	Mar 24	Jun 9- Jun 23	Maio 9	Jul 25- Ago 8	Jun 24	Set 9- Set 23
Fev 7	Abr 25- Maio 9	Mar 25	Jun 10- Jun 24	Maio 10	Jul 26- Ago 9	Jun 25	Set 10- Set 24
Fev 8	Abr 26- Maio 10	Mar 26	Jun 11- Jun 25	Maio 11	Jul 27- Ago 10	Jun 26	Set 11- Set 25

Depo-Provera
CONTRACEPTIVE INJECTION
 MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTABLE SUSPENSION

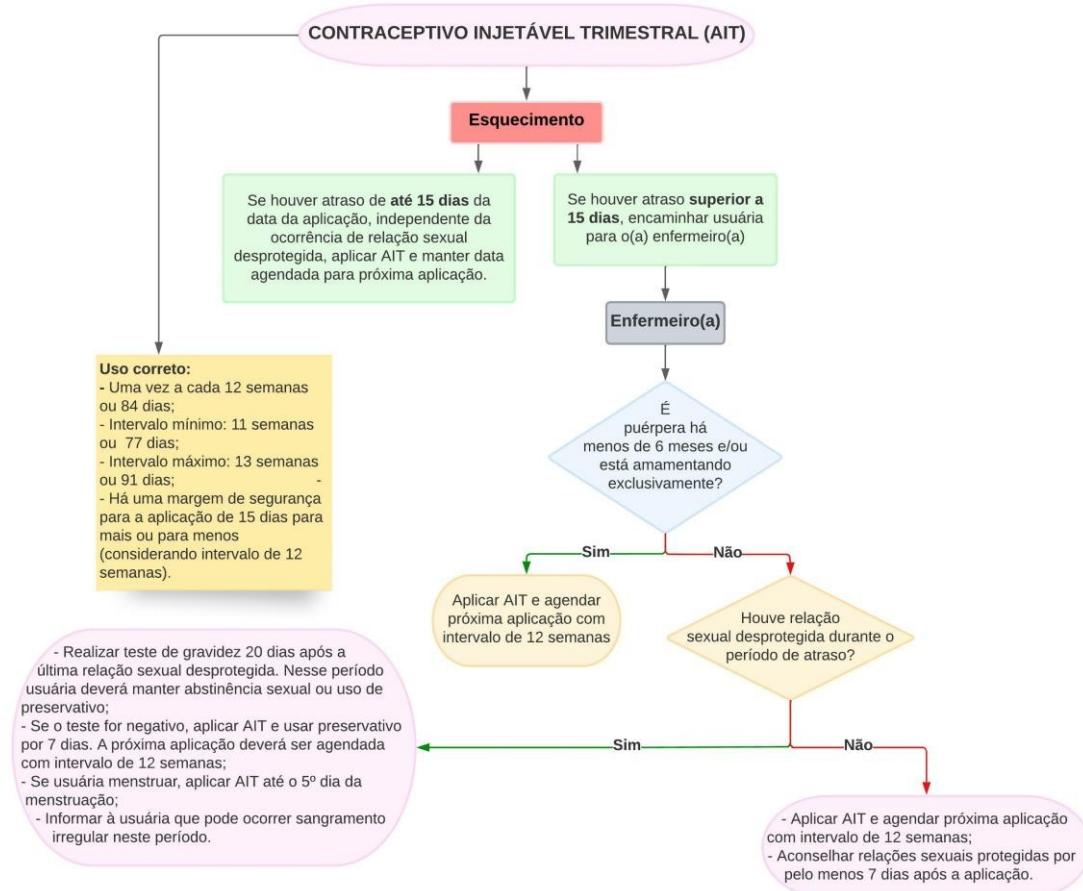
APLICAÇÃO	PRÓXIMA	APLICAÇÃO	PRÓXIMA	APLICAÇÃO	PRÓXIMA	APLICAÇÃO	PRÓXIMA
Jul 4	Set 19- Out 3	Ago 19	Nov 4- Nov 18	Out 4	Dez 20- Jan 3	Nov 19	Fev 4- Feb 18
Jul 5	Set 20- Out 4	Ago 20	Nov 5- Nov 19	Out 5	Dez 21- Jan 4	Nov 20	Fev 5- Feb 19
Jul 6	Set 21- Out 5	Ago 21	Nov 6- Nov 20	Out 6	Dez 22- Jan 5	Nov 21	Fev 6- Feb 20
Jul 7	Set 22- Out 6	Ago 22	Nov 7- Nov 21	Out 7	Dez 23- Jan 6	Nov 22	Fev 7- Feb 21
Jul 8	Set 23- Out 7	Ago 23	Nov 8- Nov 22	Out 8	Dez 24- Jan 7	Nov 23	Fev 8- Feb 22
Jul 9	Set 24- Out 8	Ago 24	Nov 9- Nov 23	Out 9	Dez 25- Jan 8	Nov 24	Fev 9- Feb 23
Jul 10	Set 25- Out 9	Ago 25	Nov 10- Nov 24	Out 10	Dez 26- Jan 9	Nov 25	Fev 10- Feb 24
Jul 11	Set 26- Out 10	Ago 26	Nov 11- Nov 25	Out 11	Dez 27- Jan 10	Nov 26	Fev 11- Feb 25
Jul 12	Set 27- Out 11	Ago 27	Nov 12- Nov 26	Out 12	Dez 28- Jan 11	Nov 27	Fev 12- Feb 26
Jul 13	Set 28- Out 12	Ago 28	Nov 13- Nov 27	Out 13	Dez 29- Jan 12	Nov 28	Fev 13- Feb 27
Jul 14	Set 29- Out 13	Ago 29	Nov 14- Nov 28	Out 14	Dez 30- Jan 13	Nov 29	Fev 14- Feb 28
Jul 15	Set 30- Out 14	Ago 30	Nov 15- Nov 29	Out 15	Dez 31- Jan 14	Nov 30	Fev 15- Mar 1
Jul 16	Out 1- Out 15	Ago 31	Nov 16- Nov 30	Out 16	Jan 1- Jan 15	Dec 1	Fev 16- Mar 2
Jul 17	Out 2- Out 16	Set 1	Nov 17- Dez 1	Out 17	Jan 2- Jan 16	Dez 2	Fev 17- Mar 3
Jul 18	Out 3- Out 17	Set 2	Nov 18- Dez 2	Out 18	Jan 3- Jan 17	Dez 3	Fev 18- Mar 4
Jul 19	Out 4- Out 18	Set 3	Nov 19- Dez 3	Out 19	Jan 4- Jan 18	Dez 4	Fev 19- Mar 5
Jul 20	Out 5- Out 19	Set 4	Nov 20- Dez 4	Out 20	Jan 5- Jan 19	Dez 5	Fev 20- Mar 6
Jul 21	Out 6- Out 20	Set 5	Nov 21- Dez 5	Out 21	Jan 6- Jan 20	Dez 6	Fev 21- Mar 7
Jul 22	Out 7- Out 21	Set 6	Nov 22- Dez 6	Out 22	Jan 7- Jan 21	Dez 7	Fev 22- Mar 8
Jul 23	Out 8- Out 22	Set 7	Nov 23- Dez 7	Out 23	Jan 8- Jan 22	Dez 8	Fev 23- Mar 9
Jul 24	Out 9- Out 23	Set 8	Nov 24- Dez 8	Out 24	Jan 9- Jan 23	Dez 9	Fev 24- Mar 10
Jul 25	Out 10- Out 24	Set 9	Nov 25- Dez 9	Out 25	Jan 10- Jan 24	Dez 10	Fev 25- Mar 11
Jul 26	Out 11- Out 25	Set 10	Nov 26- Dez 10	Out 26	Jan 11- Jan 25	Dez 11	Fev 26- Mar 12
Jul 27	Out 12- Out 26	Set 11	Nov 27- Dez 11	Out 27	Jan 12- Jan 26	Dez 12	Fev 27- Mar 13
Jul 28	Out 13- Out 27	Set 12	Nov 28- Dez 12	Out 28	Jan 13- Jan 27	Dez 13	Fev 28- Mar 14
Jul 29	Out 14- Out 28	Set 13	Nov 29- Dez 13	Out 29	Jan 14- Jan 28	Dez 14	Mar 1- Mar 15
Jul 30	Out 15- Out 29	Set 14	Nov 30- Dez 14	Out 30	Jan 15- Jan 29	Dez 15	Mar 2- Mar 16
Jul 31	Out 16- Out 30	Set 15	Dez 1- Dez 15	Out 31	Jan 16- Jan 30	Dez 16	Mar 3- Mar 17
Ago 1	Out 17- Out 31	Set 16	Dez 2- Dez 16	Nov 1	Jan 17- Jan 31	Dec 17	Mar 4- Mar 18
Ago 2	Out 18- Nov 1	Set 17	Dez 3- Dez 17	Nov 2	Jan 18- Fev 1	Dez 18	Mar 5- Mar 19
Ago 3	Out 19- Nov 2	Set 18	Dez 4- Dez 18	Nov 3	Jan 19- Fev 2	Dez 19	Mar 6- Mar 20
Ago 4	Out 20- Nov 3	Set 19	Dez 5- Dez 19	Nov 4	Jan 20- Fev 3	Dez 20	Mar 7- Mar 21
Ago 5	Out 21- Nov 4	Set 20	Dez 6- Dez 20	Nov 5	Jan 21- Fev 4	Dez 21	Mar 8- Mar 22
Ago 6	Out 22- Nov 5	Set 21	Dez 7- Dez 21	Nov 6	Jan 22- Fev 5	Dez 22	Mar 9- Mar 23
Ago 7	Out 23- Nov 6	Set 22	Dez 8- Dez 22	Nov 7	Jan 23- Fev 6	Dez 23	Mar 10- Mar 24
Ago 8	Out 24- Nov 7	Set 23	Dez 9- Dez 23	Nov 8	Jan 24- Fev 7	Dez 24	Mar 11- Mar 25
Ago 9	Out 25- Nov 8	Set 24	Dez 10- Dez 24	Nov 9	Jan 25- Fev 8	Dez 25	Mar 12- Mar 26
Ago 10	Out 26- Nov 9	Set 25	Dez 11- Dez 25	Nov 10	Jan 26- Fev 9	Dez 26	Mar 13- Mar 27
Ago 11	Out 27- Nov 10	Set 26	Dez 12- Dez 26	Nov 11	Jan 27- Fev 10	Dez 27	Mar 14- Mar 28
Ago 12	Out 28- Nov 11	Set 27	Dez 13- Dez 27	Nov 12	Jan 28- Fev 11	Dez 28	Mar 15- Mar 29
Ago 13	Out 29- Nov 12	Set 28	Dez 14- Dez 28	Nov 13	Jan 29- Fev 12	Dez 29	Mar 16- Mar 30

Fluxograma de manejo do atraso da aplicação de anticoncepcional injetável mensal



Fonte: Ribeirão Preto, 2022 (adaptado para o município).

Fluxograma de manejo do atraso da aplicação de anticoncepcional injetável trimestral



Fonte: Ribeirão Preto, 2022 (adaptado para o município).

➤ Protocolo para utilização do levonorgestrel na anticoncepção hormonal de emergência (contracepção de emergência)

Padronização: Comprimidos de 0,75 mg (02 comprimidos em dose única) e 1,5 mg de Levonorgestrel (cartela com 1 comprimido dose única)

Prescrição: Médico / Enfermeiro

O medicamento Levonorgestrel usado para a anticoncepção hormonal de emergência se insere no contexto da Rede Cegonha como insumo eficaz para evitar a gravidez indesejada e, consequentemente, o abortamento inseguro, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna.

O método mais adequado para a anticoncepção de emergência utiliza o Levonorgestrel.

Apresentação: Comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5mg de Levonorgestrel (cartela com 1 comprimido).

Mecanismo de Ação: Quando administrado na primeira fase do ciclo menstrual, altera os folículos e impede ou retarda a ovulação por vários dias. Quando administrado na segunda fase do ciclo, altera o transporte dos espermatozoides e do óvulo nas trompas, modifica o muco cervical e interfere na mobilidade dos espermatozoides. De um modo ou de outro, impede o encontro entre óvulo e espermatozoide, não ocorrendo a fecundação.

Cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal;

Casos de violência sexual, quando a mulher ou adolescente são privadas de escolha e submetidas à gravidez indesejada;

Relação sexual desprotegida sem uso de nenhum método contraceptivo e preservativos (masculino ou feminino).

Modo de usar Levonorgestrel na Anticoncepção de Emergência

1^a opção – Utilizar 1 comprimido de 1,5mg via oral ou 2 comprimidos de 0,75mg de uma só vez, até 5 dias após a relação sexual.

2^a opção – Utilizar 1 comprimido de 0,75mg via oral de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos até 5 dias após a relação sexual.

Observação

A eficácia da anticoncepção de emergência com o Levonorgestrel é muito grande até o 5º dia após a relação desprotegida, entretanto esta eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação for utilizada.

O uso repetitivo da contracepção de emergência diminui a sua eficácia, não sendo, portanto, um método a ser adotado como de rotina.

Efeitos Colaterais: Os efeitos secundários mais frequentes são náuseas e vômitos de pequena intensidade e que podem ser minimizados com o uso de antieméticos uma hora antes do uso do medicamento. A anticoncepção hormonal de emergência com Levonorgestrel não provoca sangramento nem altera significativamente o ciclo menstrual.

Aconselhamento

Não utilizar este método de forma planejada, previamente programada, substituindo o anticonceptivo de rotina.

Este método não protege a usuária das doenças sexualmente transmissíveis (aids, sífilis, hepatite B, HPV, gonorreia).

Quando acontecer vômitos nas duas primeiras horas após a administração do Levonorgestrel, é recomendável que a dose seja repetida. Caso haja repetição dos vômitos após segunda tomada, orienta-se nova administração, agora por via vaginal, que tem boa absorção e, portanto, mesma efetividade.

Disponibilidade

Nas farmácias da rede de atenção à saúde do município de Piracicaba, mediante prescrição do médico ou enfermeiro, bem como nas UPA's (nestas últimas apenas para casos de violência sexual, conforme fluxograma "Violência Sexual", disponível neste manual) – está disponível gratuitamente o Levonorgestrel de 0,75mg.

A dispensação segue o seguinte fluxo:

- Acolhimento e oferta de informações como prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional. É fundamental ouvir e analisar a história da usuária, com atenção especial a adolescentes, realizar aconselhamento e orientação sobre o uso do Levonorgestrel.
- Caso se trate de relação sexual em que houve falha no uso de método contraceptivo, deve ser prescrito pelo médico ou enfermeiro, uma cartela com dois comprimidos de 0,75mg de Levonorgestrel, além de

- Caso se trate de relação sexual desprotegida decorrida de situação de violência sexual, encaminhar à UPA (conforme fluxograma “Violência Sexual”, neste manual).
- Esse atendimento deve ocorrer, de preferência, nas primeiras 72 horas após a violência para que se alcance a eficácia desejada. Fazem parte do protocolo a contracepção de emergência e a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis. A mulher agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial na UPA, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em uma unidade de atenção primária à saúde, ou outro serviço da rede de atenção à saúde conforme a necessidade apresentada. Nesse contexto é importante o atendimento individual e familiar.
- Para a dispensação do Levonorgestrel @s enfermeir@s poderão prescrever a contracepção de emergência, a ser retirada nas farmácias da rede de atenção à saúde do município de Piracicaba, com posterior encaminhamento da usuária às ações de planejamento reprodutivo.

D. Contracepção reversível de longa ação

➤ **Dispositivo Intrauterino – DIU**

Padronização: DIU de Cobre

Prescrição: Médico / Enfermeiro

Inserção/retirada: Médico

de hormônios. Toda mulher, adolescente ou adulta, que não se enquadre nas contra-indicações (vide abaixo), é elegível para o método.

Contraindicações para uso do DIU:

- ✓ Nuliparidade;
- ✓ Gravidez confirmada ou suspeita;
- ✓ Infecção pós-parto ou pós-aborto;
- ✓ Doença Inflamatória Pélvica (DIP) atual ou nos últimos 3 meses;
- ✓ Cervicite purulenta;
- ✓ Sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico;
- ✓ Tuberculose pélvica;
- ✓ Antecedente pessoal de DIP por duas ou mais vezes;
- ✓ Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário e coriocarcinoma;
- ✓ Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU;
- ✓ Sangramento menstrual aumentado (aumento da quantidade ou do número de dias);
- ✓ Risco aumentado de IST (parceiros múltiplos ou parceiro com múltiplas parceiras);
- ✓ Doença trofoblástica benigna.

Avaliar risco benefício da inserção do DIU nos seguintes casos:

- ✓ Anemia ferropriva, talassemia, anemia falciforme;
- ✓ Pós-parto e pós-aberto do segundo trimestre (inserção antes da

- ✓ Doença cardíaca valvar complicada (fibrilação com risco de tromboembolismo).

Orientações gerais e efeitos colaterais mais comuns:

- ✓ Alertar sobre sinais de febre, nos primeiros 20 dias após a inserção (pode ser indicativo de pelveperitonite, encaminhar para avaliação médica);
- ✓ Cólicas menstruais fortes podem ser mais frequentes nas usuárias do DIU. Se necessário, encaminhar para avaliação médica;
- ✓ Hemorragia: encaminhar para avaliação médica;
- ✓ Atraso menstrual: Realizar o teste rápido de gravidez ou solicitar BHCG. Exames negativos: repetir em 15 dias. Se persistir negativo, solicitar avaliação médica;
- ✓ Em caso de gravidez com DIU: sugerir avaliação do ginecologista de referência.

Seguimento da mulher após inserção:

Retorno com o profissional que realizou a inserção, apresentando ultrassonografia transvaginal - USTV (o profissional médico deverá fornecer a guia para a realização da USTV logo após a inserção).

Em caso de inserção pós-parto, o acompanhamento deverá ser realizado na unidade de referência.

Para acompanhamento das mulheres já em uso de DIU, solicitação de USTV a critério médico para confirmação do bom posicionamento do dispositivo. A solicitação também se faz necessária para identificar a presença

Fluxo para inserção do DIU

- ✓ Acolhimento com consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;
- ✓ Entregar encaminhamento d@ enfermeir@ em 2 vias, dizendo que a mulher participou do programa de planejamento familiar na unidade e optou pela inserção do DIU (vide anexo 7 - Termo de Consentimento Informado para Colocação de Dispositivo Intrauterino DIU);
- ✓ Prover a realização do preventivo antes da inserção, caso esteja com rastreamento em atraso; se CO em dia, ou não estiver na idade de rastreio, realizar exame especular para avaliação de infecções ginecológicas ou alterações estruturais que impossibilitem a inserção do dispositivo;
- ✓ Encaminhar no sistema Olostech – Ginecologia DIU – Agendar agora.

4.1.2.3. Métodos contraceptivos disponíveis em Piracicaba: métodos irreversíveis

O município de Piracicaba disponibiliza os métodos definitivos de esterilização feminina e masculina, sendo eles laqueadura e vasectomia, conforme critérios e orientações abaixo:

Laqueadura de mulheres grávidas

- Idade mínima 25 anos;

É obrigatório a presença do casal na entrevista tanto no CESM como na unidade de saúde da paciente. Caso a mulher não tenha companheiro, poderá vir sozinha.

Trazer no dia da entrevista no CESM:

- ✓ Guia de referência – contrarreferência preenchida pelo médico indicando o procedimento de laqueadura (vide anexo 8);
- ✓ Encaminhamento da enfermeira, dizendo que o casal participou do programa de planejamento familiar na unidade e optou pela laqueadura (vide anexo 9);
- ✓ Cartão do pré-natal;
- ✓ Xerox do R.G. (ou CNH) da mulher;
- ✓ Apresentar as certidões de nascimento dos filhos (somente os originais, que serão conferidos e devolvidos).

Após a entrevista no CESM a mulher receberá uma carta de indicação para o procedimento da realização da laqueadura tubária (que deverá ser anexada ao cartão de gestante durante o pré-natal e apresentada ao médico que realizará o parto no hospital).

Laqueadura de mulheres não grávidas

- Idade mínima 25 anos;
- Ter dois filhos vivos;
- Independe do tipo de parto anterior;
- Ter necessariamente um fator de risco biológico acompanhado ou não de risco social/psicológico (vide anexo 11 - Pedido de Prioridade para

- ✓ Encaminhamento da Enfermeira informando a participação do casal/paciente no programa de planejamento familiar local e da opção feita (vide anexo 9);
- ✓ Xerox do RG (ou CNH) da mulher;
- ✓ Xerox das certidões de nascimento ou RG dos filhos.

O casal/mulher passará pelo processo de entrevistas do CESM, serão solicitados exames pré-operatórios, quando estes estiverem prontos deverão ser trazidos ao CESM para avaliação médica e conduta. Caso mulher estiver apta para realização da cirurgia, será encaminhada ao serviço social do Centro Médico de Especialidades (sala 24 para agendamento do procedimento).

Vasectomia

- Idade mínima 25 anos;
- Ter um ou mais filhos vivos registrados no nome do interessado.

É obrigatória a presença do casal tanto no dia da entrevista no CESM quanto no dia da entrevista na unidade de saúde. Caso o homem não tenha companheira, poderá vir sozinho.

Trazer no dia da entrevista no CESM:

- ✓ Guia de referência - contrarreferência preenchida pelo médico, indicando a vasectomia (vide anexo 8);
- ✓ Encaminhamento da enfermeira responsável pela unidade dizendo que o casal participou do programa de planejamento familiar na unidade e optaram pela vasectomia (vide anexo 9);
- ✓ Xerox do RG (ou CNH) do homem;

Observações:

- 1 – A triagem dos pacientes deve ser feita na unidade de saúde, seguindo os critérios acima preconizados pelo Ministério da Saúde;
- 2 – Os pacientes que estiverem fora desses critérios deverão ser orientados a utilizar outros métodos contraceptivos alternativos disponíveis na rede;
- 3 – A data que deve constar no encaminhamento médico e da enfermagem é a de quando a/o paciente procurou a unidade, manifestando o desejo de realizar o procedimento de esterilização definitiva, garantindo assim os 60 dias entre a manifestação do desejo pela esterilização definitiva e o procedimento.

4.1.2.4. Consulta de retorno da mulher/casal

Reavaliação da indicação e da aceitabilidade do método, de acordo com a presença ou não de reações adversas e efeitos colaterais, dificuldades na aplicação do método e participação do parceiro;

Avaliação do ciclo menstrual;

Orientação de retornos e acompanhamentos necessários.

4.2. Recomendações para a atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva das pessoas que exercem o sexo como profissão

Uma primeira recomendação muito importante quanto à atenção integral à saúde das pessoas que exercem o sexo como profissão, é que possamos contribuir para a superação do estigma e da discriminação que existe na sociedade e nas instituições em geral. Esse é um passo fundamental para a

Na abordagem sobre a saúde sexual, considerá-la tanto na dimensão da vida privada como na do exercício profissional.

Promover o respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida, na unidade de saúde e junto às famílias e à comunidade.

Abordar o tema da violência às pessoas que exercem o sexo como profissão na unidade de saúde e junto às famílias, instituições e à comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la.

Promover o diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas.

Nos casos de consumo de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos, inclusive com a integração de redutores de danos, onde for possível.

Desenvolver ações de promoção à saúde das pessoas que exercem o sexo como profissão buscando, sempre que possível, a articulação com outros setores.

Buscar articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que realizem trabalhos direcionados às pessoas que exercem o sexo como profissão.

Realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e saúde reprodutiva, adequadas à realidade e especificidades desse grupo.

Adequar, na medida do possível, horários de atendimento e a quantidade de insumos (preservativos, lubrificantes e outros) disponibilizados, considerando as necessidades das pessoas que exercem o sexo como profissão.

Quando for necessário e indicado, realizar encaminhamento a unidades

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO

O climatério ocorre habitualmente entre os 40 e 65 anos e corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive (BRASIL, 2016).

A menopausa geralmente ocorre entre os 48 e 50 anos de idade, e é caracterizada pela interrupção permanente da menstruação. O diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia. Denomina-se menopausa precoce ou falência ovariana precoce quando ocorre antes dos 40 anos (BRASIL, 2016).

A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes, sendo transitórias ou permanentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde estão descritas no quadro abaixo.

Podemos dividir o climatério em 3 fases:

1ª fase: 40 aos 45 anos – É a fase de transição menopausal, período esse em que surgem os primeiros sinais de esgotamento folicular do ovário, com aumento da incidência de ciclos anovulatórios e consequentemente aparecimento de ciclos irregulares que podem ser tanto oligomenorreicos como polimenorreicos. Nessa situação podemos encontrar níveis de FSH altos no início do ciclo e a diminuição da

dispareunia por hipotrofia ou atrofia genital, cistite, incontinência urinária, ITU de repetição, ressecamento da pele, osteoporose entre outros.

Após 65 anos - Senescência: é uma fase normal da vida de um indivíduo sadio; geralmente inicia-se depois dos 65 anos e não é manifestação doentia; na senescência não ocorrem distúrbios de condutas, amnésias ou perda do controle de si mesmo; em outras palavras, é o idoso sadio.

A assistência ao climatério compreenderá o tratamento das irregularidades menstruais e hemorragias disfuncionais, tratamento dos sintomas climatéricos, ações de prevenção e rastreamento de doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer ginecológico e mamário e apoio às alterações psicológicas próprias do período, além de orientações às medidas de manutenção geral de saúde como dieta, exercícios físicos e apoio para superação de hábitos como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e outros.

Tal abrangência é conseguida através de ações educativas, orientações higiênico-dietéticas, estímulo a atividades físicas e mentais, exames clínicos e laboratoriais periódicos, conforme o preconizado pelas últimas evidências científicas voltadas para a atenção primária, e Terapia Hormonal quando indicado (realizada com acompanhamento médico).

5.1. Alterações Frequentes No Climatério

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 no tegumento:

- 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 bucal:

- Doença inflamatória periodontal
- Perda de elementos dentários

Alterações do aparelho cardiovascular:

- Episódios taquicárdicos
 - Doença cardiovascular: anginas, insuficiência coronariana, IAM (Infarto agudo do miocárdio)
- Pode haver alterações no trânsito sanguíneo (varicosidades em glândulas e/ou tuberculitos).

É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva. Recomenda-se abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção farmacológica, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado. O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2016).

5.2. Principais ações de enfermagem no atendimento à mulher no climatério

O enfermeiro deve manter uma escuta qualificada, atentando para o perfil emocional e como a cliente está enfrentando esse período de mudanças. Observar e avaliar, preventivamente, sinais e sintomas de risco que podem surgir no período do climatério (neoplasias, doenças cardiovasculares, alterações neurológicas, motoras, entre outras).

A prática da anticoncepção no climatério pode ser de grande valia, visto que há possibilidade de complicações maternas em uma gravidez nessa fase da vida, além de maior ocorrência de anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos (BURITIZAL, 2021). A anticoncepção, quando requerida, deve ser avaliada pelo médico.

Durante o atendimento de enfermagem à mulher no climatério, o

- Orientar e oferecer testagem rápida de sorologias IST/HIV;
- Solicitar exames laboratoriais sempre que julgar necessário;
- Orientar e estimular atividade física regular;
- Estimular a participação em atividades sociais;
- Estimular o autocuidado;
- Orientar evitar cafeína próximo ao horário de dormir;
- Orientar sobre a necessidade de uma dieta equilibrada: rica em cálcio e o consumo reduzido de álcool, sal e cafeína.
- Considerar a orientação para uso de lubrificantes vaginais, se necessário.

6. ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

6. ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas pelo contato sexual e, mais raramente, pela corrente sanguínea; também podem ocorrer transmissão da mãe para o feto durante a gravidez, parto ou amamentação.

Atualmente, as estratégias e ações para o combate às IST são guiadas pelo conceito de prevenção combinada, que preconiza uma oferta conjugada e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, centrada na necessidade e concordância de cada pessoa. Essa estratégia abrange o uso de preservativo masculino e feminino, uso de gel lubrificante, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, profilaxia pós-exposição (PEP) e pré+exposição (PrEP) ao HIV, imunização para HPV e hepatite B, prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B, tratamento antirretroviral para todas as PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS), redução de danos, entre outros. (BRASIL, 2018).



É importante lembrar que essas infecções também podem apresentar-se de forma assintomática e, portanto, a atenção integral às pessoas com IST deve idealmente incluir o rastreamento das mesmas. Já o manejo das infecções sintomáticas segue condutas baseadas em fluxogramas, que abrangem a detecção e o tratamento das IST que se apresentam sob a forma de úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e verrugas anogenitais (LONDRINA, 2016). Assim sendo, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção primária, tenham amplo conhecimento sobre uma abordagem fácil, rápida e efetiva no tratamento e seguimento aos portadores dessas doenças (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Assim sendo, a abordagem sindrômica consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios (LONDRINA, 2016). Seus principais objetivos são classificar os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causadas; utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de síndromes; indicar o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes; incluir a atenção dos parceiros e o aconselhamento (EVANGELISTA et al., 2012).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem ganha destaque, uma vez que desempenha atividades de naturezas diversas, incluindo aquelas relacionadas às IST. Frequentemente é este profissional quem identifica as infecções sexualmente transmissíveis nas consultas realizadas, além de desempenhar importante função no acolhimento à demanda espontânea nas unidades de Atenção Primária à Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2017).

gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(à) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

6.1 Consulta de enfermagem

Anamnese: O uso da abordagem centrada na pessoa e de habilidades na comunicação para este momento tanto na abordagem dos portadores de IST como com seus (suas) parceiros(as) é fundamental, pois deve focar no aconselhamento com oferecimento de testes rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis, assim como na percepção dos indivíduos sobre a necessidade do cuidado e proteção não somente individual, mas de seus(suas) parceiros(as), prevenindo assim a transmissão e reincidência da IST, estimulando a adesão ao tratamento. Além disto, é fundamental que se discuta a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, também suscetíveis a graves complicações (COREN-SP, 2019).

Como falar em IST implica lidar com questões de foro íntimo, decorrentes do exercício da sexualidade, uma anamnese consistente e precisa implica a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o (a) usuário em atendimento. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitadas, garantindo o diálogo, apesar das diferenças. As equipes da Atenção Básica têm permanentemente a oportunidade de conversar sobre aspectos da intimidade da vida dos pacientes

circinada etc.) deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão. A sífilis é uma doença sistêmica, manifestando-se nos genitais e em outros locais, tais como orofaringe, couro cabeludo, sistema nervoso central etc. A gonorreia pode apresentar formas diferentes da enfermidade, abrangendo regiões não-genitais (faringite, osteoartrite, conjuntivite, periepatite etc.). O eritema multiforme e a cefaleia podem acompanhar o linfogranuloma venéreo. Assim, as IST não devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico (LONDRINA, 2016).

6.2 Abordagem dos parceiros sexuais

Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento das IST é a quebra da cadeia de transmissão, a qual ocorre principalmente através do tratamento dos parceiros. Contudo, sabemos que devido a questões de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, o tratamento de parceiros acaba ficando muito abaixo do ideal, de modo que a reinfecção da pessoa que procura o serviço de saúde é algo recorrente. Nesse quesito, o vínculo com os usuários adscritos e os profissionais de saúde são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia.

O tratamento para os parceiros deve ser prioritariamente orientado mediante consulta presencial com o mesmo, já que este pode ter dúvidas e necessidades diferentes do usuário que procurou a consulta inicialmente. Orientações e tratamentos fornecidos através de outrem podem gerar adesão menor do que o esperado, além de desconfortos entre as pessoas que poderiam ser evitados mediante orientações adequadas presencialmente.

ocasião do retorno da paciente para resultado de exames ou controle de cura o problema persistir, avaliar a necessidade de consulta médica e/ou encaminhamento da paciente para o ginecologista de referência.

Em todos os casos, se houver relato ou registro de que a paciente possui algum tipo de imunossupressão (HIV/AIDS, diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outro tipo de terapia imunossupressora), o enfermeiro deverá referenciar para atendimento médico, auxiliando, como membro da equipe de saúde, nas condições pertinentes à sua prática.

A seguir apresentaremos os fluxogramas de diagnóstico de manejo clínico das principais manifestações clínicas das IST.

6.3.1 Manejo da Síndrome do corrimento uretral

As uretrites são caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Excetuando-se os casos em que podem ter origem traumática, são IST transmitidas através da relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral). A infecção uretral no homem costuma ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral, eritema de meato uretral e corrimento, sendo este último presente na ampla maioria dos casos cerca de dois (2) a cinco (5) dias após o contágio. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente e a maior indicação de complicações e deve-se a ascensão da infecção, a qual pode causar prostatite, orquiepididimite e/ou infertilidade (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhoeae* e

podendo gerar consequências mais graves, além de oneração do serviço de saúde.

Estes mesmos agentes podem infectar a mulher, gerando cervicites, e não uretrites como nos homens (uma vez que apenas no homem a uretra compõe parte do sistema reprodutor). Assim, ainda que a cervicite costume ser assintomática na maioria dos casos, apresenta como principal sintoma na mulher a presença de mucopus endocervical. Por esse motivo, a abordagem a este tipo de problema está descrita nos fluxogramas do item 6.3.2 deste capítulo (Manejo da Síndrome do corrimento vaginal e cervicite).

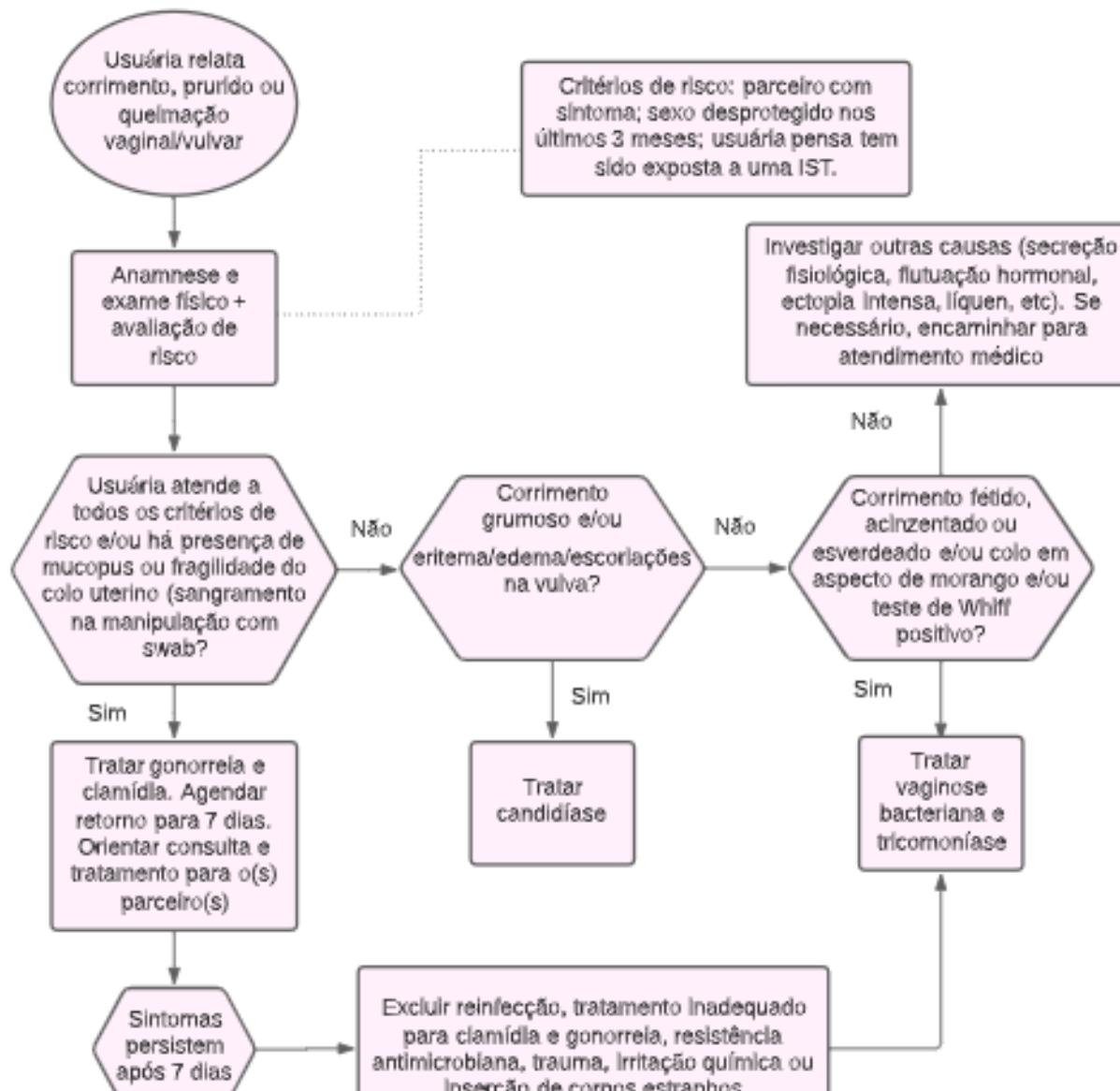
6.3.2 Manejo da Síndrome do corrimento vaginal e cervicite

O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consultas de enfermagem na atenção primária, tendo o profissional enfermeiro um importante papel no diagnóstico e tratamento do mesmo. É fundamental diferenciar o corrimento vaginal fisiológico do causado por agentes infecciosos. Uma boa coleta de dados e o exame físico criterioso devem ser capazes de definir a melhor conduta em cada situação.

Pode-se classificar o corrimento vaginal em infecções endógenas (candidíase e vaginose bacteriana) e em infecções sexualmente transmissíveis (ex. tricomoniasis, gonorreia, clamídia). Esta classificação torna-se importante pelo fato que no primeiro caso não há necessidade de tratamento dos parceiros (exceto se os mesmos estiverem sintomáticos), enquanto na outra situação o tratamento é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão.

O fluxograma abaixo apresenta de forma resumida as condutas para o tratamento de corrimento vaginal associando ainda a possibilidade de

Fluxograma para manejo da Síndrome do corrimiento vaginal e cervicite



6.3.3. Tratamento do corrimento vaginal e cervicite

Quadro 8. Causa, agente etiológico, manifestações clínicas e tratamento para corrimentos vaginais e cervicite

(continua)

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso (1ª opção)	Gestantes e nutrizes	Tratamento para o parceiro	Observações
Candidíase vulvovaginal*	<i>Candida albicans</i> (mais frequente)	Secreção vaginal branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo uterino; sem odor; prurido vaginal intenso; edema de vulva; dispareunia de introito; disúria	Miconazol creme a 20 mg/g - um aplicador (5g) à noite, via vaginal ao deitar-se, por 7 noites OU Fluconazol, 150mg, VO, dose única (casos resistentes ao tratamento tópico) No caso de Candidíase recorrente (mais de 4 episódios em um ano): Fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1,4 e 7 OU Miconazol creme vaginal 20 mg/g tópico diário por 10-14 dias + Fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses	Miconazol creme a 20 mg/g - um aplicador (5g) à noite, via vaginal ao deitar-se, por 7 noites O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação	Mesmo não sendo uma IST, na minoria dos casos pode manifestar sintomas no homem, como prurido e irritação na glande. Orientar lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando adequadamente. Se o incômodo persistir, pode ser necessário o tratamento medicamentoso: Fluconazol, 150mg, VO, dose única No caso de parceira (feminina) que compartilhe objetos de uso vaginal, o tratamento deverá ser o de primeira opção	Orientar: <ul style="list-style-type: none">• Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar ventilação e diminuir umidade na região vaginal);• Evitar calças apertadas;• Retirar roupa íntima para dormir.• É comum durante a gestação, apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.

Quadro 8. Causa, agente etiológico, manifestações clínicas e tratamento para corrimentos vaginais e cervicite

(continua)

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso (1ª opção)	Gestantes e nutrizes	Tratamento para o parceiro(a)	Observações
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	As cervicites são frequentemente assintomáticas, mas podem apresentar corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, disparesia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Ao exame físico podem apresentar dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab.	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única** MAIS Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única** MAIS Ceftriaxona 500mg, IM, dose única**	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única** MAIS Ceftriaxona 500mg, IM, dose única ** Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados	Devido à possibilidade de coinfecção e desenvolvimento de doença inflamatória pélvica (DIP), justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em todos os casos • Fornecer informações sobre as IST e suas formas de prevenção; • ofertar testes para HIV, sifilis e hepatite B; • ofertar preservativos e gel lubrificante; • ofertar vacinação contra hepatite B se esquema incompleto ou inexistente; • ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; • convocar e tratar as parcerias sexuais; • Notificar as IST conforme portaria nº1.271, de 6 de junho de 2014 ou as que sobrevierem. Principais complicações da cervicite por clamídia ou gonorreia não tratadas: DIP, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica
Gonorreia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Se ao exame especular for constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou teste do cotonete positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia.				

Quadro 8. Causa, agente etiológico, manifestações clínicas e tratamento para corrimientos vaginais e cervicite

(conclusão)

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso (1ª opção)	Gestantes e nutrizes	Tratamento para o parceiro(a)***	Observações
Vaginose bacteriana*	<i>Gardnerella vaginalis</i> ; <i>Mobiluncus</i> ssp.; <i>Bacteroides</i> ssp.; <i>Mycoplasma hominis</i> ; <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbio	Secreção vaginal acinzentada, cremosa, odor fétido, mais acentuada após o coito e durante o período menstrual; dispareunia	Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 a 10 dias (<u>apenas para vaginose bacteriana</u>) <u>Ou</u> Metronidazol 250mg, 02 comprimidos, VO, a cada 12 horas por 7 dias (<u>para abordagem sindrômica de tricomoníase e vaginose bacteriana</u>)	Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 a 10 dias (<u>apenas para vaginose bacteriana</u>) <u>Ou</u> Metronidazol 250mg, 02 comprimidos, VO, a cada 12 horas por 7 dias (<u>para abordagem sindrômica de tricomoníase e vaginose bacteriana</u>)	Metronidazol 250 mg, 8 comprimidos VO (dose total 2 g), dose única***	<ul style="list-style-type: none"> Orientar quanto ao efeito antabuse (palpitação, sudorese, cefaleia, náusea e vômitos) – Não fazer uso de bebida alcoólica ou alimentos /medicamentos que contenham álcool durante e 24 horas após o tratamento. Durante o tratamento, suspender as relações sexuais. Manter o tratamento durante a menstruação. O tratamento do parceiro deve ser feito preferencialmente de forma presencial, com a devida orientação, Solicitar exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificar, captar e tratar outras parcerias性uais, buscando interromper a cadeia de transmissão.
Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Corrimento abundante, amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso; prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica (ocasionalmente); sintomas urinários (disúria, polaciúria); hiperemia das mucosas com placas avermelhadas, inclusive no colo uterino, com aspecto de framboesa	 <u>Ou</u> Metronidazol, 250mg, VO, 08 comprimidos em dose única, dose total 2g (<u>para abordagem sindrômica de tricomoníase e vaginose bacteriana</u>)	 <u>Ou</u> Metronidazol, 250mg, VO, 08 comprimidos em dose única, dose total 2g (<u>para abordagem sindrômica de tricomoníase e vaginose bacteriana</u>)		

*Candidíase e vaginose bacteriana não são consideradas IST;

** O paciente deverá ser encaminhado para retirada e aplicação da Ceftriaxona no CEDIC, de 2ª a 6ª feira, das 09:00 às 15:00h, onde também será dispensada a azitromicina;

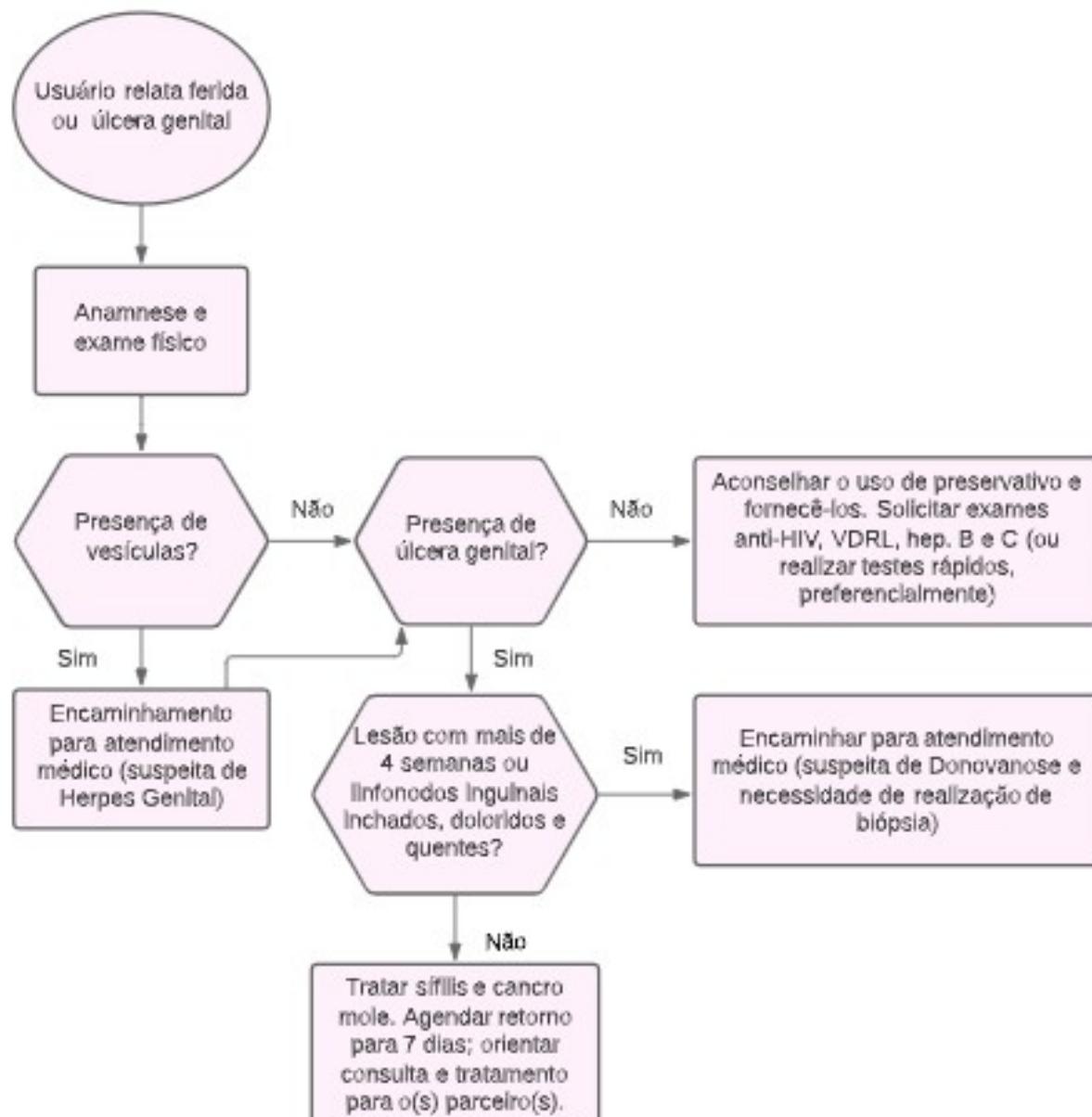
**A diferenciação clínica entre vaginose bacteriana e tricomoníase pode ser difícil, sendo recomendada a abordagem sindrômica com tratamento comum a ambos os problemas, de acordo com o quadro acima, incluindo tratamento do parceiro. Caso seja realizada diferenciação clínica com diagnóstico de vaginose bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.

6.3.4. Manejo da síndrome da úlcera genital

As úlceras genitais representam síndrome clínica, muitas vezes produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional (FLORIANÓPOLIS, 2017). A presença de úlcera genital está associada a elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade, portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constituem medidas de prevenção e controle da epidemia de HIV.

Nos casos em que a úlcera genital for claramente diagnosticada como uma IST, a paciente deve ser assistida adequadamente, de acordo com o fluxograma abaixo, que apresenta de forma resumida as condutas para o tratamento de úlceras genitais.

Fluxograma para manejo da Síndrome da úlcera genital



6.3.5. Tratamento da úlcera genital

Quadro 9. Causa, agente etiológico, manifestações clínicas e tratamento para úlcera genital

(conclusão)

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso (1ª opção)	Gestantes e nutrizes	Tratamento para o(a) parceiro(a)	Observações	Quem pode tratar
Cancro mole	<i>Haemophilus ducrey</i>	Lesões geralmente múltiplas em região genital, dolorosas, com contornos hiperemiacados e edemaciados e fundo irregular, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido e que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.	Enfermeiro/Médico
Sífilis (cancro duro)	<i>Treponema pallidum</i>	Lesão genital indolor, geralmente única, com fundo limpo, base endurecida, aumento de linfonodos inguinais	VER SÍFILIS			A primeira manifestação é caracterizada por úlcera, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento). No caso de tratamento para úlcera genital, deverá ser solicitado VDRL para parceiro(a), mesmo que este(a) não tenha evidência de lesão genital, prosseguindo ao tratamento caso necessário. Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada doxiciclina (exceto nas gestantes e nutrizes).	Enfermeiro/Médico

6.3.6. Verrugas anogenitais

O HPV é um DNA-vírus que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital. O HPV pode se apresentar latente, quando as pessoas infectadas não apresentam qualquer lesão; de forma subclínica, diagnosticadas por meio de exame de Papanicolau e/ou colposcopia com biópsia; e clínica, sendo a forma mais comum conhecida como verruga genital ou condiloma acuminado. Os tipos de HPV que causam verrugas genitais são quase sempre diferentes daqueles que causam câncer. A infecção por um determinado tipo viral não impede a infecção por outros tipos de HPV, podendo ocorrer infecção múltipla.

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas, sendo as lesões pontiagudas denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes (BRASIL, 2020).

A vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações. A partir de 2014, o MS ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV tipos 6 e 11 (de baixo risco oncogênico, responsáveis por lesões verrucosas) e 16 e 18 (de alto risco oncogênico).

O objetivo do tratamento das verrugas anogenitais é a destruição das lesões identificáveis. Apesar de haver recomendação de tratamento, não há

6.3.7. Sífilis Adquirida

A sífilis é uma IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. A transmissão ocorre principalmente por via sexual (oral, vaginal ou anal). Pode ser transmitida também verticalmente, com uma taxa de mortalidade fetal superior a 40% (FREITAS et al., 2021).

A maioria das pessoas com sífilis é assintomática, o que contribui para manter a cadeia de transmissão. Se não tratada, a doença pode evoluir para complicações sistêmicas graves, após vários anos da infecção inicial. Sem o tratamento adequado da gestante com sífilis, consequências graves são esperadas no feto ou conceito, tais como abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer, natimortalidade e manifestações clínicas precoces ou tardias da sífilis congênita.

Os treponemas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões da pele. A transmissão é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária) da infecção, diminuindo gradativamente com o tempo.

Para orientar o tratamento e o seguimento clínico-laboratorial, a infecção sifilítica é dividida nos estágios sífilis recente (primária, secundária e latente recente) com até um ano de evolução, e sífilis tardia (latente tardia e terciária), com mais de um ano.

Nas fases iniciais a sintomatologia é variável e desaparece, independentemente de tratamento. As manifestações clínicas propiciam a suspeição clínica, mas não há sinal ou sintoma exclusivo, o que pode gerar confusão com outras patologias e dificultar o diagnóstico.

Estágios e manifestações clínicas da sífilis adquirida

Estágios	Manifestações clínicas
Primária	Cancro duro (úlcera genital) rico em treponemas, geralmente único e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, localizado no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento)
	Linfonodos regionais aumentados em tamanho e número
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sifilides papulosas, sifilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão)
	Micropoliadenopatia
	Linfadenopatia generalizada
	Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteite 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, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais, como o da paralisia geral

Fonte: adaptado de Brasil (2020).

6.3.7.1. Diagnóstico da Sífilis Adquirida

Para o diagnóstico da sífilis, é necessário combinar dados clínicos, resultados de testes diagnósticos, histórico de infecções anteriores e investigação de recente exposição sexual de risco (BRASIL, 2016).

Os testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos) são os mais comuns na prática clínica para rastreamento de pessoas assintomáticas e diagnóstico de sintomáticas. Caracterizam-se pela pesquisa de anticorpos

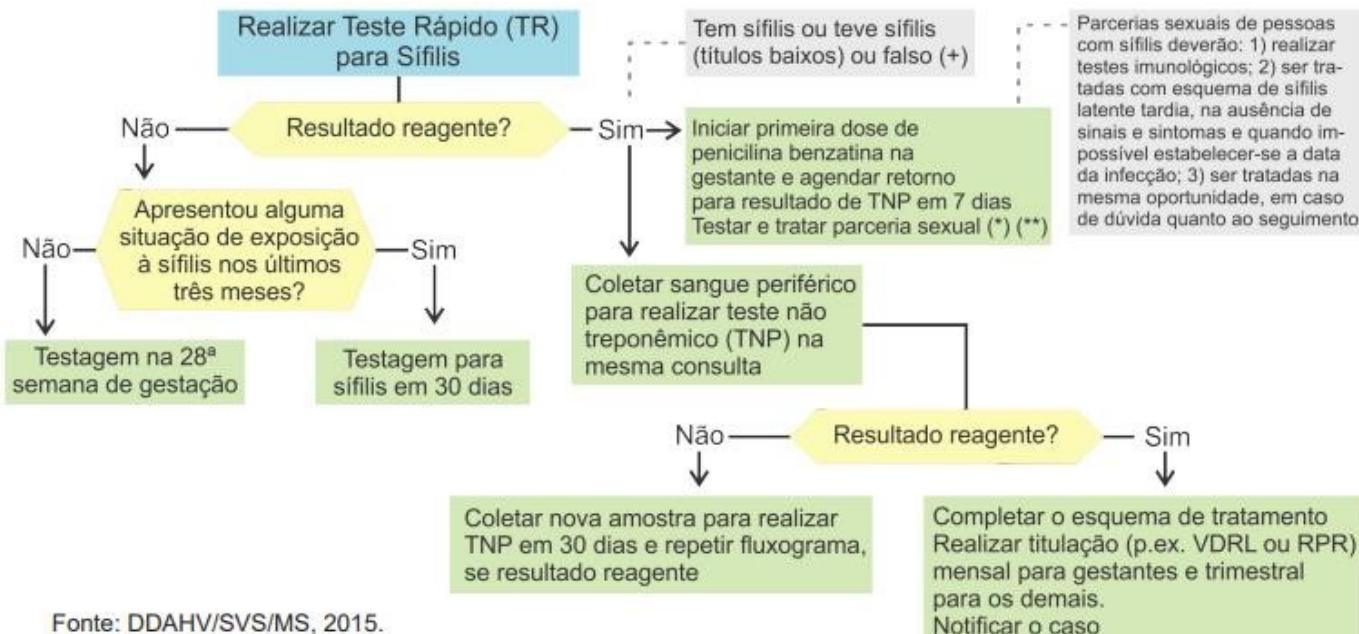
mas não estão indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (FREITAS et al., 2021).

Os testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os抗ígenos do *T. pallidum* e tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Caracterizam-se por serem testes semiquantitativos, pois, nos casos de resultado reagente, realiza-se a diluição da amostra para titulação desses anticorpos. Esses testes são importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento. Chama-se cicatriz sorológica a não negativação dos testes não treponêmicos após o tratamento. Esse evento pode ser temporário ou persistente, e apresentar desde títulos baixos até elevados, a depender do título inicial encontrado no momento do diagnóstico (FREITAS et al., 2021).

Possíveis interpretações e conduta frente ao resultado dos testes imunológicos

Primeiro teste ^a + teste complementar	Possíveis interpretações		Conduta
Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico reagente ou Teste não treponêmico reagente + teste treponêmico reagente	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de sífilis 	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quando for sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. - Quando for confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. - Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatriz sorológica^b 		
Teste não treponêmico reagente + teste treponêmico não reagente ou Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico não reagente	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do treponêmico realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para sífilis.
	<ul style="list-style-type: none"> - Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para sífilis. 		

Fluxograma para diagnóstico da sífilis com a utilização de testes rápidos treponêmicos



6.3.7.2. Tratamento

O profissional deve seguir os esquemas terapêuticos específicos conforme a classificação clínica da sífilis.

A benzilpenicilina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação.

Deve ser administrada por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é o local preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes e constituir tecido subcutâneo de menor espessura, o que implica poucos efeitos adversos e menor dor local. A região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo são outras

desse evento benigno e autolimitado, e, especialmente, sobre a distinção em relação aos quadros de alergia à penicilina (BRASIL, 2020).

O receio de profissionais de saúde relacionado às reações adversas decorrentes da penicilina, sobretudo à raríssima reação anafilática, contribui para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas com sífilis; além disso, mantém a cadeia de transmissão da infecção e a ocorrência de sífilis congênita. Estima-se que 80% a 90% dos autorrelatos de alergia à penicilina são considerados equivocados, na sua maioria em decorrência da dificuldade em diferenciar o que é reação ou sintoma da doença. Algumas situações isoladamente não configuram alergia, como sintomas gastrointestinais, cefaleia, prurido, história familiar e reações suspeitas há mais de dez anos (BRASIL, 2020).

6.3.7.3. Monitoramento / Controle de cura

Deve ser realizado o monitoramento pós-tratamento com teste não treponêmico (VDRL – Controle) para determinar a resposta imunológica adequada (SÃO PAULO, 2016):

- Gestantes: VDRL “controle” mensal;
- Não gestantes: VDRL “controle” trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano.

Resultado esperado: VDRL não reagente ou a queda na titulação em, pelo menos, duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em, pelo menos, duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

São critérios de retratamento com benzilpenicilina benzatina: ausência

**Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em indivíduos
não gestantes ou não nutrizes e seguimento ambulatorial pós-tratamento**

Fase clínica	Esquema terapêutico preferencial	Alternativa: alérgicos à penicilina	Seguimento
1. Sífilis primária 2. Sífilis secundária 3. Sífilis latente recente (até um ano do contato)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões UI em cada glúteo), dose única Dose total: 2,4 milhões UI	Doxiciclina 100mg (comprimido), 12/12h, VO, por 15 dias**	Seguimento trimestral, com testes não treponêmicos (VDRL Controle)
Fase clínica	Esquema terapêutico preferencial	Alternativa: alérgicos à penicilina	Seguimento
1. Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) 2. Sífilis latente com duração ignorada 3. Sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada glúteo), IM, semanal, por 3 semanas* Dose total: 7,2 milhões UI	Doxiciclina 100mg (comprimido), 12/12h, VO, por 30 dias**	Seguimento trimestral, com testes não treponêmicos (VDRL Controle)

*O intervalo entre as doses não deve ultrapassar 07 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

**Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada a doxiciclina 100 mg (exceto nas gestantes e nutrizes).

Fonte: Nota Informativa Conjunta Nº 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP

**Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestantes e
seguimento ambulatorial pós-tratamento**

Fase clínica	Esquema terapêutico	Seguimento
1. Sífilis primária 2. Sífilis secundária 3. Sífilis latente recente (até um ano do contato)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões UI em cada glúteo), semanal, por 2 semanas* Dose total: 4,8 milhões UI	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos (VDRL Controle)
Fase clínica	Esquema terapêutico	Seguimento

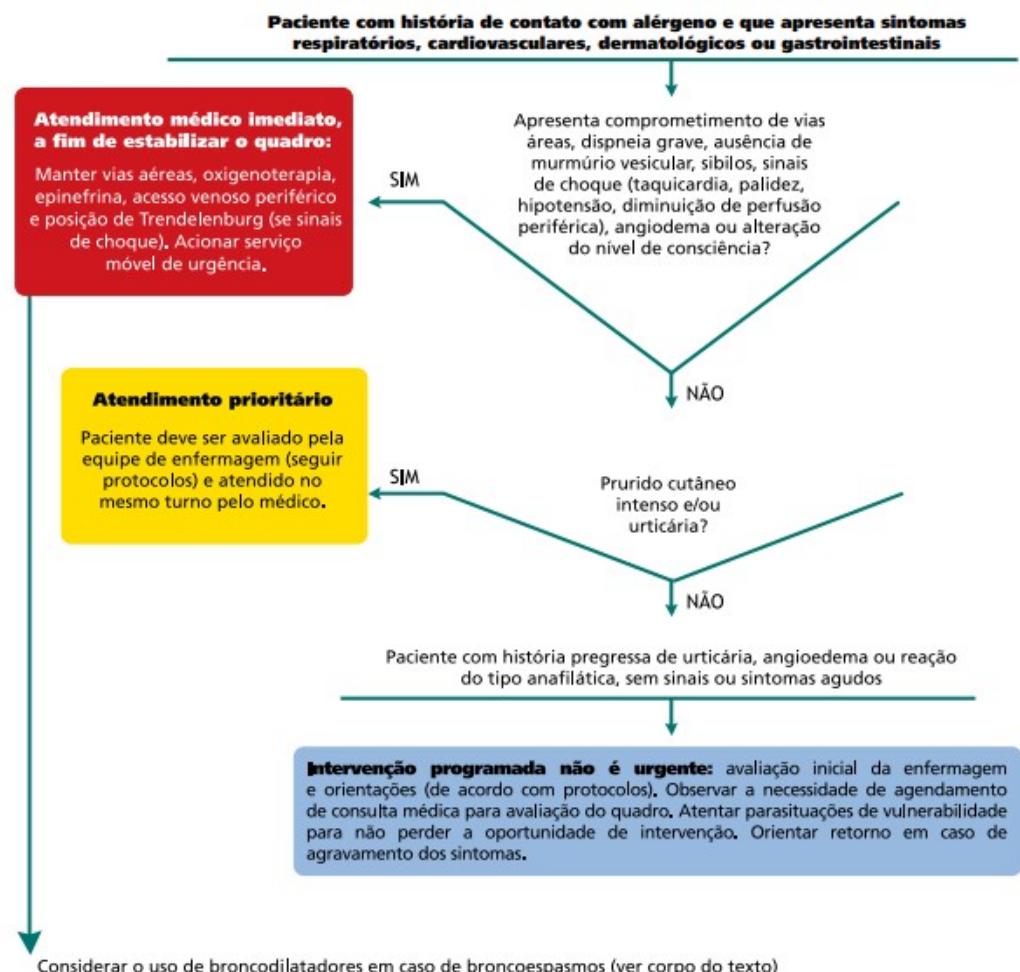
6.3.7.4. Respaldo legal para prescrição e administração da Penicilina G benzatina por profissionais de enfermagem

- Ofício 157/18 da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, autorizando a realização da prescrição de Enfermeiro do Município de Piracicaba para os casos de sífilis adquirida e sífilis na gestação, de acordo com protocolo do Departamento de Atenção Básica;
- Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da Penicilina G Benzatina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), diz que: “Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado”. Portanto, a administração da penicilina nas UBS é segura, desde que estes sigam protocolos de identificação precoce de casos suspeitos de anafilaxia, de tratamento imediato e de encaminhamento para unidades de referência, como tal temos o Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde, que apresenta um fluxograma de atendimento para os casos de reações anafiláticas;
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao enfermeiro a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da

complementares, a prescrição de medicamentos e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços;

- Nota Técnica do COFEN/CTLN Nº 03/2017 (ou as que sobrevierem), reafirma que: a) A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem; b) Os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde. c) A ausência do médico na Unidade Básica de Saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Bezantina por profissionais de enfermagem.

Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática



Droga	Dose criança	Dose adultos
Epinefrina 1:1.000 (1mg/ml)	0,01mg/kg/dia IM	0,3ml-0,5ml IM ou SC até 3 doses a cada 15 minutos
Prometazina injetável 25mg/ml (pode ser repetida em 2 horas, se necessário)	Não deve ser usado em menores de 2 anos 5 a 10 anos: 6,25mg a 12,5mg IM Dose máxima 0,5mg/kg/dose	25mg IM

7. ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

7. ATENDIMENTO AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

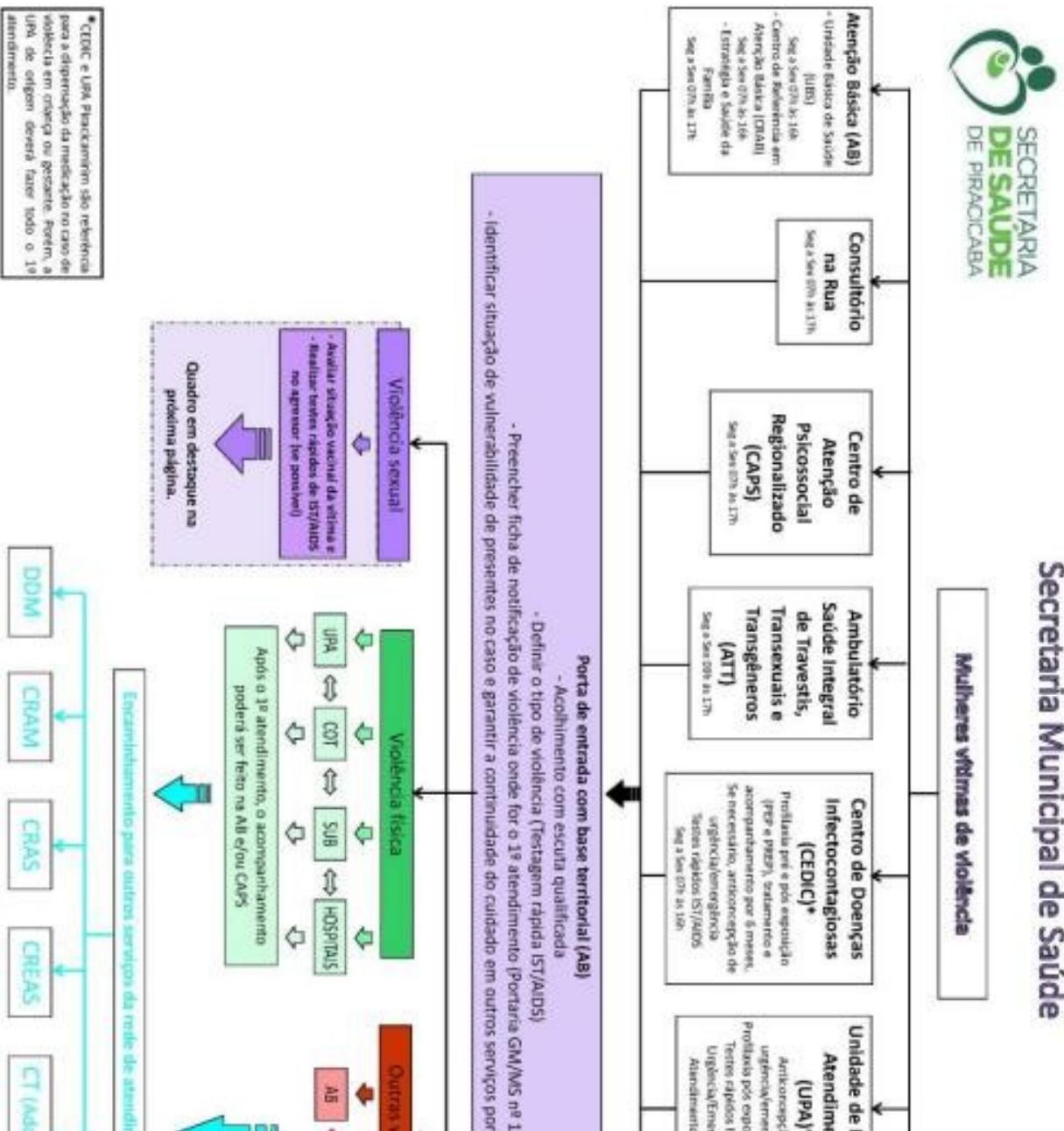
No Brasil e no mundo, a violência contra as mulheres constitui um sério problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade feminina. Todo e qualquer ato de violência contra a mulher configura-se como violação de seus direitos, sendo necessário esforço da sociedade para garantir a prevenção e seu efetivo enfrentamento. (PIRACICABA, 2020).

No setor da saúde, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento. A mulher agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial na UPA ou no hospital, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em uma unidade de atenção primária à saúde, ou outro serviço da rede de atenção à saúde conforme a necessidade, de acordo com os fluxogramas apresentados nesse capítulo, sendo importante o atendimento individual e familiar. (PIRACICABA, 2020).

O atendimento dessas mulheres inclui a contracepção de emergência e a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (deve-se iniciar a Profilaxia Pós Exposição ao HIV em até 72 horas), além do abortamento legal se for o caso e se solicitado pela mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente. A pessoa que procura atendimento após 72 horas do abuso deverá ser atendida pela Unidade de Atenção Primária em Saúde e realizar os exames de investigação de ISTs/HIV e atualização do estado vacinal no primeiro atendimento, independentemente do tempo decorrido, além do encaminhamento para aborto legal se for o caso, desde que manifestado o

Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Delegacia da Mulher (DDM), Conselho Tutelar, ONGS e Coletivos e Associações Civis, entre outros (PIRACICABA, 2020).

A notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada pela Portaria nº 104/2011. Em 2014, essa portaria foi substituída pela Portaria nº 1.271, que estabeleceu também a notificação imediata dos casos de violência sexual em âmbito municipal. (PIRACICABA, 2020).



Secretaria Municipal de Saúde



**DE SAÚDE
DE PRACICABA**

ATÉ 72 horas da violência sexual

100

- Anticoncepção de urgência/emergência
 - Prófilaxia Pós-Exposição (pEP)
 - Teste rápido de HIV e gravidez.
 - Sorologia para ISTs e exames bioquímicos

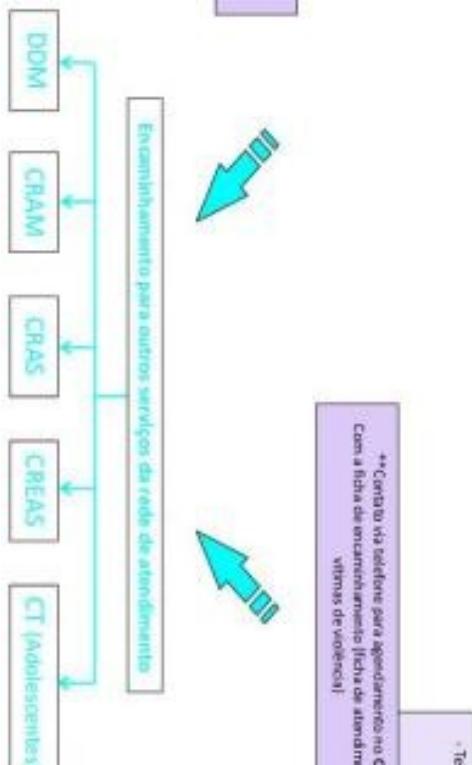
*Em caso de gastos com os serviços da UPA, a despesa não é cobrada na UPA. Previdenciária e CEDIC. O reembolso do pré-sesão será realizado na AB.

Profilaxis Pós-Exposição (PPE): tratamento acompanhamento, se necessário
Anticoncepção de urgência/emergência:
- Testes rápidos de HIV e gonorreia
Sorologia para ISTs e exames bioquímicos:
(Ajustamento 24 h - 28 a 60 - 7h às 16h)

**Contato sia telefone para atendimento no GECIC
Com o fóco de encaminhamento (ficha de atendimento para
vídeos de violência)

PROBLEMS

Ligações:
SUS - Secretaria de Estado da Saúde;
UVA - Unidade de Atenção à Atenção ao
AB - Associação Brasileira
CENIC - Centro de Estudos Interdisciplinares
DCEC - Dicionário de Debates Móveis
CRAV - Centro de Referência da Assistência Social
CERAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT - Conselho Tutelar



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 3/2022-SAPS/MS**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_3_2022.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 39/2021 COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt392021-cocam-cgpni-amamentacao-alivio-dor.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, edição 183, seção 1, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_ama>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Cadernos de Atenção Básica, n° 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, n° 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n° 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b. Cadernos de Atenção Básica, n° 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2018.

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, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Fluxograma de mesa para diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres no pré-natal, parto e**

providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 198.

COREN-GO. Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás. 3. ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017. 395 p. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/protocolo-final.pdf>. Acesso em: 10 maio de 2022.

COREN-SP. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Módulo 1 Saúde da Mulher. 2019. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2022.

DOMINGUES, F.; PINTO, F. S.; PEREIRA, V. M. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 20, n. 3, p. 150-154, 2018.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. Abordagem Sindrômica das doenças sexualmente Transmissíveis: Uma Pesquisa Documental. In: **Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem**. 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Amamentação** - (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6. Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno). São Paulo, 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia**. 1ª Reunião de Consenso da FEBRASGO sobre Prevenção do Câncer do Colo Uterino. São Paulo, 2010.

PANISSET, K. et al. **Contracepção injetável trimestral**. Rev. Femina, v 43, Suppl. 1, 2015. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4852.pdf> >. Acesso em: 28 outubro 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de colo de útero: conceito e magnitude.** 2021a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 10 junho 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama: conceito e magnitude.** 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/en/node/1200>>. Acesso em: 10 junho 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Detecção precoce do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer> Acesso em: 12 maio 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2020:** incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-da-mama-feminina-e-colo-do-uterio>>. Acesso em: 12 maio 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Perguntas frequentes:** HPV. 2016. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/hpv#:~:text=Dentre%20os%20HPV%20de%20alto,lar%C3%ADngeos%2C%20s%C3%A3o%20considerados%20n%C3%A3o%20oncog%C3%A3icos](https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/hpv#:~:text=Dentre%20os%20HPV%20de%20alto,lar%C3%ADngeos%2C%20s%C3%A3o%20considerados%20n%C3%A3o%20oncog%C3%A3icos.)>. Acesso em 10 jun. 2022.

LONDRINA. **Abordagem do HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Básica (AB).** Londrina: UEL/CCS, 2016. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/prot_ist.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

Disponível em: <<http://saude.piracicaba.sp.gov.br/daf/remume/>>. Acesso em: 3 junho 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Fluxograma de manejo do atraso da aplicação de anticoncepcional injetável mensal**. 2022. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude558202202.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Fluxograma de manejo do atraso da aplicação de anticoncepcional injetável trimestral**. 2022. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude558202202.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. **Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno**. 2020. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude10b202104.pdf>>. Acesso em: 07 junho 2022.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Norma técnica do Programa de Imunização**. São Paulo: CVE, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilanciaepidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2021/norma_de_imunizacao_2021_2.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Doenças maternas infecciosas e amamentação**. 2017. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-DoencMat_Infec_e_Amam.pdf>. Acesso em: 20 junho 2022.

ANEXOS

ANEXOS**1. Diagnósticos de enfermagem (NANDA 2018/2019) sugeridos para consultas relacionadas à mulher**

- Estilo de vida sedentário
- Disposição para letramento em saúde melhorado
- Comportamento de saúde propenso a risco
- Controle ineficaz da saúde
- Disposição para controle da saúde melhorado
- Manutenção ineficaz da saúde
- Produção insuficiente de leite materno
- Amamentação ineficaz
- Amamentação interrompida
- Disposição para amamentação melhorada
- Padrão ineficaz de alimentação do lactente
- Obesidade
- Sobrepeso
- Risco de sobrepeso
- Risco de glicemia instável
- Hiperbilirrubinemia neonatal
- Risco de hiperbilirrubinemia neonatal
- Incontinência urinária de esforço
- Constipação
- Risco de constipação
- Fadiga
- Risco de baixa autoestima situacional

2. Modelo de plano de parto

() Com relação à placenta, eu tenho um pedido especial:

Sobre os cuidados com o bebê

1. Quanto à higiene do bebê:
 () Gostaria que fossem realizados os cuidados, a higiene e o banho do bebê nas primeiras 24h conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível), salvo em situações especiais (HIV, Hepatite, COVID)
 () Eu gostaria de dar o 1º banho do bebê após as primeiras 24h
 () Não tenho preferência

2. Quanto à aplicação de colírio de Nitrato de Prata (usado para prevenção de conjuntivite por gonococo e clamídia):
 () Não me oponho à aplicação do colírio, nos casos recomendados pelo Ministério da Saúde (após parto vaginal e nas bolsas rotas)
 () Não gostaria que fosse aplicado colírio. Para que isso seja possível, sei que é obrigatório que eu já tenha coletado exame vaginal para clamídia e gonococo no final da gestação, e que esses exames sejam negativos
 () Não tenho preferência

3. Quanto à administração de vitamina K (para prevenção de hemorragia):
 () Não me oponho à administração de vitamina K intramuscular, como recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria
 () Não gostaria que fosse aplicado vitamina K intramuscular. Nesse caso, existe a obrigatoriedade do preenchimento do Termo de Recusa à aplicação da vitamina K via intramuscular

4. Quanto à amamentação:
 () Quero amamentar o bebê sob livre demanda e exclusiva
 () Não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente
 () Não quero ou não vou amamentar o bebê

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Listei minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível.

Data: ____/____/____

Assinatura da gestante

Assinatura do profissional

Lei federal 11.108/2005 – Garante à gestante o direito a acompanhante durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada.

Lei Estadual 15.759/2015 – Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências.

Se você não se sentiu bem assistida no seu parto, denuncie através do Disque Violência contra a Mulher (180).



Preservar a natureza e manter a cidade limpa. RECICLE. Cozinhe, não jogue no chão. CCS - 2022 - Corte unilâneo 850,80x700



Adaptado de <http://www.hcmriopreto.com.br/files/pub/1876/plano-de-parto.pdf>.

Durante o trabalho de parto o que você deve saber?

Você tem direito a um ambiente sossegado com a presença do seu acompanhante; poderá mudar de posição, buscando maior conforto em cada momento. Porém existem vários procedimentos que NÃO devem ser realizados de rotina, como: lavagem intestinal (enema), raspagem dos pelos (tricotomia), romper a bolsa das águas (amniotomia), soro com oxitocina e episiotomia.

1. Quanto à alimentação:

- () Gostaria de ter liberdade para ingerir alimentos
- () Prefiro ficar em jejum
- () Prefiro ver como me sentirei na hora

2. Quanto à deambulação (andar):

- () Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar
- () Prefiro ficar mais deitada
- () Prefiro ver como me sentirei na hora

3. Quanto ao exame de toque vaginal:

- () Gostaria que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e se necessário
- () Não me oponho à realização do toque vaginal
- () Gostaria de saber o motivo quando for necessário

4. Se eu sentir dor:

- () Gostaria de usar apenas métodos não-farmacológicos para seu controle (banho, bola de pilates, massagens)
- () Gostaria que me oferecessem analgésicos
- () Gostaria de fazer analgesia obstétrica raquíperidural se eu solicitar
- () Prefiro ver como me sentirei na hora

5. Sobre ter uma veia "pega" (punção venosa) ou sobre infusão contínua de soro, durante o trabalho de parto:

- () Prefiro não ter
- () Prefiro ter

6. Sobre ter infusão de soro com oxitocina (hormônio que facilita contrações):

- () Não tenho preferência
- () Prefiro não ter
- () Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem
- () Não tenho preferência

7. Sobre ter a bolsa das águas rompida artificialmente (amniotomia):

- () Prefiro não ter
- () Não tenho preferência
- () Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

8. Se a minha bolsa das águas romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):

- () Gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação
- () Prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto, se não houver contraindicação
- () Não tenho preferência

O parto

É importante saber que essa dor varia de mulher para mulher e se torna maior se você está tensa e com medo.

As posições de cócoras, sentada ou de joelhos são as melhores para favorecer a saída do bebê.

O Ministério da Saúde contra-indica a manobra Kristeler (profissional empurrar com a mão/braço a barriga da gestante na hora do parto).

1. Quanto à posição:

- () Acho que vou preferir ficar na seguinte posição:

- () Prefiro ver como me sentirei na hora
- () Não tenho preferências especiais sobre a posição na hora do parto

2. Quanto à episiotomia (corte no períneo):

- () Prefiro que não seja realizada a episiotomia como rotina, somente se muito necessário
- () Não tenho nenhuma oposição à episiotomia

3. Se for necessário realizar parto cesárea:

- () Gostaria que me expliquem o motivo
- () Ter a presença do meu acompanhante

Nome: _____

Observações:

Quando ocorrer a participação da Doula, esta deverá estar devidamente cadastrada no Hospital da Criança e Maternidade. Caso a Doula não tenha cadastro prévio, ela não poderá atuar e deve aguardar o próximo período determinado pelo hospital para cadastramento. Sua participação como acompanhante para conforto materno deverá ser acordado diretamente com a paciente.

Após o nascimento do bebê imediatamente

1. Assim que nascer o bebê (não importa se por parto vaginal ou cesariana):



- () Gostaria que ele fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem
- () Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora, se estiver tudo bem
- () Não gostaria de (ou sei que não posso) amamentar
- () Não tenho preferência

2. Quanto à placenta e cordão umbilical:

- () Prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração do cordão ou massagens
- () Prefiro que sejam feitas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração do cordão e massagens), como recomenda a Organização Mundial de Saúde
- () Prefiro aguardar a cessação dos batimentos do cordão para o seu clampeamento

Adaptado de <http://www.hcmriopreto.com.br/files/pub/1876/plano-de-parto.pdf>.

3. Modelo de plano de amamentação

INFORMAÇÕES – BANCO DE LEITE HFC

Você sabia que é possível doar o seu leite materno? Em um frasco de vidro cabe muita coisa, inclusive milhares de vidas. Cada gota faz a diferença!

Está localizado entre o 1º e 2º andar do hospital, com entrada pela portaria principal. Telefone: (19) 3403-2820

Horário de funcionamento:
7h30 às 16h30,
de segunda-feira à sexta-feira,
com agendamento de horário

Referências Bibliográficas
SES - Secretaria de Estado de Saúde, governo do Mato Grosso e Universidade Federal do Mato Grosso. Direitos da Mulher que amamenta.

Australian Breastfeeding Association. Plano de Amamentação Australiano. Dezembro de 2020.

Plano de Amamentação: já pensou em elaborar o seu?
Disponível em:
<https://aleitamento.com.br/secoes/amamentacao/plano-de-amamentacao-ja-pensou-em-elaborar-o-seu/5520/>



Preserve a natureza e mantenha a cidade limpa! RECICLE. Colabore, não jogue no chão.

plano de Amamentação

Meu nome: _____
Como quero ser chamada: _____

"Ter um plano de amamentação pode ajudá-la não apenas a descobrir quais são suas preferências sobre a alimentação do seu bebê, mas também a identificar as pessoas que apoiarão seus desejos".

1. Sobre os cuidados com minhas mamas**DESEJO:**

() não passar hidratantes, tomar banho de sol, passar bucha ou utilizar outros acessórios como conchas e bicos de silicone

() que minhas mamas sejam tratadas com cuidado, de forma delicada e que só sejam tocadas após minha autorização.

**2. Durante o pré-natal****DESEJO:**

() que o profissional que me acompanha esclareça as minhas dúvidas em relação aos cuidados com as mamas
 () conversar com meu (minha) parceiro (a) e minha rede de apoio sobre a importância da amamentação para mim e para nosso bebê

3. Logo após o nascimento (Golden Hour/Hora ouro)**DESEJO:**

() que o bebê seja colocado em meu colo imediatamente após o nascimento, se não houver restrições médicas
 () permanecer em alojamento conjunto

() que sejam realizadas todas as avaliações pediátricas pertinentes e fundamentais com o bebê em contato pele a pele, se não houver contra indicação médica
 () caso não seja possível realizar o contato pele a pele imediatamente após o nascimento devido a alguma intercorrência com o bebê, realizá-lo tão logo seja possível

() caso não seja possível realizar o contato pele a pele após o nascimento devido a alguma intercorrência comigo desejo que meu (minha) parceiro (a) realize o contato pele a pele com o bebê

() caso o bebê esteja impossibilitado de mamar na primeira hora de vida, desejo auxílio para retirada do meu colostro para estimular a produção de leite
 () não desejo realizar contato pele a pele logo após o nascimento



"O contato pele a pele logo após o nascimento ajuda seu bebê a estabilizar a temperatura, respiração, frequência cardíaca e níveis de açúcar no sangue. O contato pele a pele precoce incentiva a amamentação bem sucedida, e o contato da mão e da boca do bebê com a barriga e os seios estimula a ocitocina materna para aumentar as contrações uterinas, a produção do leite e a ligação mãe-bebê"

4. Sobre o uso de fórmulas e bicos artificiais**DESEJO:**

() que o bebê não receba bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) em nenhum momento. Caso seja necessária alguma forma alternativa de alimentação do leite ordenhado, que ele seja oferecido com seringa, copo ou colher
 () que o bebê não receba outro alimento que não seja o leite materno, apenas em situações em que haja necessidade. Neste caso, desejo discutir primeiro sobre essa prescrição com o pediatra

() não me oponho à utilização de bicos artificiais "A mamadeira requer movimentos de língua e mandíbula muito diferentes e tem um fluxo de leite muito diferente da amamentação. A alimentação com copo mostrou-se segura para bebês a termo e pré-termos e pode ajudar a preservar a amamentação para bebês que necessitam de formas alternativas de alimentação".

**4. Em relação à livre demanda:**

() informo que desejo amamentar exclusivamente em livre demanda
 () Não quero ou não posso amamentar

"Extrair leite dá ao seu corpo o sinal para continuar produzindo leite (oferta = demanda). O colostro é produzido nas quantidades certas para se adequar ao tamanho do estômago de um recém-nascido e contém importantes fatores anti-infecciosos, como anticorpos que ajudam a proteger seu bebê contra infecções."

5. Leis que protegem a amamentação:

Direito à estabilidade do emprego

Tribunal Superior do Trabalho - súmula 244/2012: direito à estabilidade no emprego desde o momento da concepção até cinco meses do pós-parto.

Direito à licença maternidade

Licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário com duração de 120 dias, inclusive p/ mães adotantes. Licença paternidade, nos termos fixados em lei (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – 5 dias). Prorrogação da licença maternidade p/ 180 dias (Programa Empresa Cidadã)

Direito das mães estudantes

Lei n. 6.202/1979 permite que mães estudantes obtenham suas notas com trabalhos realizados em casa (regime domiciliar).

No retorno ao trabalho

Art. 396 – CLT: dois descansos especiais de meia hora cada para amamentar o filho, até que ele complete 6 meses. § único - período de 6 meses poderá ser dilatado, se assim exigir a saúde do filho. Horários de descanso deverão ser acordados entre empregada e empregador.



Se precisar de mais informações ou suporte procure sua Unidade de Básica de Saúde

Nome da UBS: _____

Telefone da UBS: _____

Piracicaba, ____ de ____ de ____.

Assinatura da gestante

Assinatura do profissional

4. Orientações para extração e armazenamento de leite humano

Como ordenhar o Leite Humano

Faça massagens suaves em toda mama;

Coloque o polegar e o indicador (“mão em C”) na linha que divide a aréola do restante do peito;

Apertar suavemente um dedo contra o outro;

O leite inicialmente sai em gotas e em seguida em pequenos jatos;

Estimular a mulher a dar somente o peito, sem qualquer outro líquido durante os primeiros 6 meses/retorno ao trabalho;

Ao voltar ao trabalho, oriente que a mulher ofereça o peito antes de sair para o trabalho e imediatamente quando retornar;

No trabalho, se possível, retirar o leite tantas vezes quanto o bebê mamaria se es tivesse com a mãe;

Nos dias de folga, oferecer o peito à vontade;

Na ausência da mãe, o leite estocado deve ser dado em xícara ou copinho. Evitar dar mamadeiras, chucras e chupetas.

Como estocar o Leite Humano

Estimule a mulher a começar a tirar o leite e guardá-lo para fazer um estoque, idealmente duas semanas antes de voltar a trabalhar. Para retirar e guardar o leite humano a mãe deve:

Lavar as mãos;

Retirar e guardar seu leite em um frasco de vidro, com tampa plástica e

Para ser dado ao bebê, o leite deve ser descongelado e aquecido no próprio frasco, em banho-maria. O leite materno não pode ser descongelado em forno microondas e não deve ser fervido.

O leite aquecido que não foi usado deve ser jogado fora.

Como alimentar o bebê com o copo:

Lavar as mãos;

Segurar o bebê sentado ou semi-sentado;

Despejar a quantidade de leite estimada para a refeição;

Segurar o copo ou xícara de leite junto aos lábios do bebê. Incline um pouco a xícara para que o leite apenas toque os lábios do bebê. A xícara deve repousar suavemente no lábio inferior e as bordas tocam a parte externa do lábio superior do bebê;

O bebê fica alerta e abre a boca e os olhos. Um recém-nascido a termo ou um bebê mais velho sugará o leite cuspindo um pouco. Ele faz movimentos com a boca e a face e começa a sorver o leite com a língua para dentro da boca;

Não derrame o leite na boca. Apenas segure a xícara próxima ao seu lábio e deixe- o tomar por si mesmo;

Pode acontecer de escorrer leite;

Quando o bebê tiver recebido o suficiente, ele fechará a boca e não tomará mais. Se ele não tomou a quantidade calculada, poderá tomar mais na próxima vez ou precisaremos alimentá-lo mais frequentemente;

Calcule a ingestão durante 24 horas, não apenas em cada refeição (BRASIL, 2009).

5. Formulário de Observação da Mamada



Prefeitura do Município de Piracicaba
 Secretaria Municipal de Saúde
 Estado de São Paulo – Brasil

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____
 Nome do bebê _____ Idade do bebê _____

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
OBSERVAÇÃO GERAL	
<i>Mãe</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mãe parece saudável <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre mãe e bebê <input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Sem contato visual com o bebê 	
<i>Bebê</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bebê parece saudável <input type="checkbox"/> Bebê calmo e relaxado <input type="checkbox"/> O bebê busca ou alcança a mama se fome <input type="checkbox"/> Bebê parece sonolento ou doente <input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança o peito 	
<i>MAMA</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis <input type="checkbox"/> Sem dor ou desconforto <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada com dedos fora do mamilo <input type="checkbox"/> Mamas parecem vermelhas, inchadas ou doloridas <input type="checkbox"/> Mamas ou mamilos doloridos <input type="checkbox"/> Mama apoiada com dedos na areola 	
POSIÇÃO DO BEBÊ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê com todo o corpo apoiado <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> PESCOÇO e cabeça do bebê girados durante mamada <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê apoiado apenas pela cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Bebê próximo a mama, lábio inferior e queixo para mamilo 	
PEGA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mais areola é vista acima do lábio superior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama <input type="checkbox"/> Mais areola é vista abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/> A boca do bebê está pouco aberta <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama 	
SUCÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Bochechas redondas durante sucção <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Esforço da bochecha durante sucção 	

6. Aplicação do Formulário de Observação da Mamada

Este formulário irá ajudá-lo a lembrar os pontos que devem ser avaliados durante a amamentação e está organizado em 5 sessões: informações gerais sobre mãe e bebê, sobre a mama, posicionamento do bebê durante a mamada, pega e sucção, organizados em duas colunas, a primeira são de sinais avaliados que indicam se a amamentação está evoluindo bem e, a segunda, de sinais que avaliam possíveis dificuldades com a amamentação.

Ao lado de cada item a se observar, há uma caixa para assinalar com um “x” se o mesmo foi observado. Quando o sinal não for observado não se deve assinalar.

Ao terminar os registros e aplicação do formulário, se todos os “x” estiverem na primeira coluna, significa provavelmente que a amamentação está indo bem. Se houver alguns “x” na segunda coluna, significa que a amamentação pode não estar indo bem, concluindo que a mãe pode ter uma dificuldade e que precisa de ajuda.

a. Duas primeiras sessões: Avaliação Geral Mãe e Bebê e das Mamas

Como aplicar:

Olhe para a mãe para ver se ela está bem. Sua expressão pode lhe dizer algo sobre como ela se sente - por exemplo, se ela mostra sofrimento.

Observe se a mãe parece relaxada e confortável. Se segura seu bebê de forma segura e se sente confiante, isto faz com que seja mais fácil

quanto a amamentação, isso fará com que o reflexo de ocitocina funcione bem, e isso ajudará o leite a fluir.

Se a amamentar é confortável e agradável para a mãe, seu bebê provavelmente terá um bom vínculo. Pergunte para a mãe como se sente amamentando

Observar se o bebê procura ao peito para mamar, tenta abocanhá-lo.

Tenha atenção para a saúde geral, a nutrição e o estado de alerta do bebê. Procure situações que podem interferir com a amamentação: um nariz bloqueado ou uma respiração difícil.

Observe se as mamas parecem saudáveis. Você pode notar um mamilo rachado, ou pode visualizar uma mama inflamada, ingurgitada.

Observe como a mãe está segurando a mama, este é um ponto importante a se avaliar na amamentação.

Ela segura o peito com a mão próxima da areola? Isso torna mais difícil para o bebê sugar e ainda, pode bloquear os ductos de leite de modo que seja mais difícil para o bebê extrair o leite materno.

A mãe afasta a região do peito ao redor do nariz do bebê com o dedo?

Isso não é necessário.

A mãe posiciona a mão, na mama, em forma de "tesoura"? Quando ela segura o mamilo e a aréola com o dedo indicador acima e o dedo médio abaixo, isso pode tornar mais difícil para que o bebê faça a pega correta.

Observar se a mãe apoia sua mama de forma apropriada:

- com os dedos contra a parede do tórax;
- com o primeiro dedo apoiando a mama;
- com o polegar acima, longe do mamilo.

sucção. Se a mãe segurar o bebê superficialmente, não o apoiar “barriga com barriga” ou afastar seu pescoço deixando-o torcido, será mais difícil que o bebê sugue eficazmente.

Observar se bebê está próximo a mama, com nariz altura do mamilo e não queixo e lábio inferior na altura do mamilo.

c. Quarta sessão: Pega do bebê

Observar se na pega do bebê é visualizada mais areola acima do lábio superior do bebê. Se mais areola for observada abaixo do lábio inferior, isto pode ser problema, pois o lábio pode estar para dentro.

Observar se a boca se encontra bem aberta abocanhando bico e areola e com os lábios evertidos e queixo apoiado a mama. Se bebê estiver com lábio invertido ou abocanhando somente bico, boca pouca aberta, fazer a correção da pega.

d. Quinta sessão: Sucção do bebê

Observe e escute se o bebê tem sucção lenta, profundo e com pausas. Este é um sinal importante de que o bebê está recebendo o leite materno e está amamentando efetivamente, ou seja, está com boa sucção.

Se o bebê está mamando rapidamente, superficialmente o tempo todo, isso é um sinal de que o bebê não está amamentando efetivamente. Se o bebê emite sons na sucção, isso é um sinal de que ele não está com boa sucção.

Observe se o bebê libera o próprio peito após a mamada e parece com

a expressão manual o leite espirra. A reposta de que a mãe tem leite o suficiente para seu bebê, é a avaliação deste na curva de crescimento.

Após a aplicação do formulário, faz-se as orientações pertinentes, seguindo as informações sobre manejo da amamentação que constatam neste manual, reforçando as mães para a importância da amamentação, e agenda-se retorno para seguimento do caso, conforme o risco para o desmame, que se dará segundo os sinais de possíveis dificuldades que se apresentaram na avaliação e não foram totalmente sanadas.

Outras informações

Se uma mãe diz que a amamentação está indo bem, mas o profissional visualiza, através do instrumento de observação da mamada, sinais que indicam uma possível dificuldade, este deve fazer uma intervenção.

Nos dias logo após o parto, enquanto a mãe ainda está aprendendo e se adaptando, é importante oferecer apoio. Mesmo que ela não tenha conhecimento de nenhuma dificuldade naquele momento. O profissional poderá evitar que uma dificuldade ocorra mais tarde, com as orientações que faz.

Se a amamentação parece estar bem estabelecida, o profissional provavelmente não necessitará intervir. Geralmente é mais útil revê-la num outro momento breve, e acompanhar o crescimento do bebê, para garantir que a amamentação continua bem. Deve-se intervir apenas se surgir uma dificuldade.

Este formulário de avaliação da mamada pode ser aplicado em outros momentos com a mesma diáde mãe/bebê.

7. Termo de Consentimento Informado para Colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Eu, _____, RG _____, residente à _____, telefone _____, manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter sido orientada sobre os demais métodos anticoncepcionais para o meu caso.

Declaro que recebi as seguintes informações:

O DIU é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem-estar.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo.

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado.

Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com prevení-las.

Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as dúvidas esclarecidas. Declaro que estou de acordo com o termo de consentimento informado.

8. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina: Guia de referência – contrarreferência

 SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE	 SECRETARIA DE SAÚDE DE PIRACICABA	GUIA DE CONTRARREFERÊNCIA
---	--	----------------------------------

**9. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina:
Encaminhamento do casal/usuário para métodos contraceptivos
cirúrgicos definitivos**

SMS
SECRETARIA
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
Piracicaba

Unidade: _____

**Encaminhamento do casal/usuário para métodos contraceptivos cirúrgicos
definitivos - CESM**

Declaro para os devidos fins que os usuários:

1: _____

2: _____

**Participaram de ação educativa sobre Planejamento Familiar e receberam
orientações quanto aos métodos contraceptivos alternativos e quanto às suas
respectivas vantagens e desvantagens, assim como todos os disponíveis na rede
municipal.**

**Também foram informados a respeito dos métodos definitivos e os riscos das
cirurgias de laqueadura e vasectomia, possíveis efeitos colaterais e dificuldades
de reversão.**

Os mesmos optaram, por vontade própria, pelo método:

_____ e expressam manifestação de vontade no
presente documento.

Assinatura:

**10. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina: Guia
para cirurgia ambulatorial**

Nº 1-14

 <p>Prefeitura do Município de Piracicaba Estado de São Paulo - Brasil SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	GUIA PARA CIRURGIA AMBULATORIAL	<input type="text"/> 1 N.º DA GUIA <input type="text"/> 2 AUTORIZAÇÃO - UAC _____
<input type="text"/> 3 DA UNIDADE _____ <input type="text"/> 4 ENDEREÇO _____ <input type="text"/> 5 TELEFONE _____	<input type="text"/> 6 PARA _____ <input type="text"/> 7 ESPECIALIDADE _____ <input type="text"/> 8 END. _____ <input type="text"/> 9 DATA _____ / _____ / _____	
<input type="text"/> 10 NOME DO PACIENTE _____ <input type="text"/> 11 NOME DO CONJUGE _____ ENDEREÇO _____ BAIRRO _____ TEL _____ N.º DE FILHOS _____ SALÁRIO \$ _____ RESIDE NO MUNICÍPIO HÁ _____ ANOS	IDADE _____ RG: _____ IDADE _____ RG: _____	
<p>(12) TERMO DE CONCORDÂNCIA: DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE TIVEMOS ORIENTAÇÃO À RESPEITO DO MÉTODO DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA COMO MÉTODO IRREVERSÍVEL, A QUE ME PROPOONHO SER SUBMETIDO E COM CONCORDÂNCIA DE MEU CONJUGE, CONFORME ASSINATURAS ABAIXO.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> ASSINATURA DO PACIENTE ASSINATURA DO CONJUGE </div>		
<p>(13) AVALIAÇÃO PSICO-SOCIAL :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL</div>		
<p>(14) INDICAÇÃO CIRÚRGICA :</p> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p>(15) CIRURGIA REALIZADA :</p> <hr/> <hr/> <hr/>		

11. Métodos Definitivos de Esterilização Feminina e Masculina: Pedido de Prioridade para LAQUEADURA ou VASECTOMIA

Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde

Pedido de Prioridade para LAQUEADURA ou VASECTOMIA

Unidade de Saúde _____
Encaminhar para Centro de Atenção a Saúde da Mulher (CESM)
Via malote ou por e-mail

Dados do interessado no método VASECTOMIA LAQUEADURA

Nome _____
Idade _____ Matrícula _____ Filhos vivos _____

(SE MULHER, PREENCHER DADOS ABAIXO)

Gestante: Não Sim DUM _____ DPP _____ IG US _____

Gestação _____ Paridade _____ Cesárea _____ Parto Vaginal _____ Abortos _____ Síndromes genéticas _____

Local do PN: Unidade de Saúde Santa Casa HFC Outros _____

HISTÓRICO

RISCO OBSTÉTRICO

HAS crônica <input type="checkbox"/>	Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/>
Eclâmpsia <input type="checkbox"/>	Hemodiálise <input type="checkbox"/>
SÍNDROME HELLP <input type="checkbox"/>	Doença Auto Imune <input type="checkbox"/>
Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Prematuridade <input type="checkbox"/>
Uso Anticoagulantes <input type="checkbox"/>	TEP ou TVP <input type="checkbox"/>
Neoplasia <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

(DADOS A SEREM PREENCHIDOS PARA HOMENS OU MULHERES)

RISCO SOCIAL

Situação de rua <input type="checkbox"/>	Violência doméstica <input type="checkbox"/>	Filhos acolhidos <input type="checkbox"/>	Adição <input type="checkbox"/>	Rede identifica dificuldades com crianças <input type="checkbox"/>	Fumante <input type="checkbox"/>
--	--	---	---------------------------------	--	----------------------------------

OUTROS RISCOS

TB Resistente IMC >33 Outros

Outras informações: _____

Parceiro/a _____

Idade _____

Matrícula _____

12. Exames autorizados para solicitação d@ enfermeir@

PROTOCOLO DE EXAMES AUTORIZADOS PARA SOLICITAÇÃO DO ENFERMEIRO
Ácido Úrico
Citologia oncocítica
Colesterol total e frações
Creatinina
Cultura para Streptococcus Grupo B via anal e via vaginal para gestantes
Eletrocardiograma (se DM e HAS)
Eletroforese de Hemoglobina (gestantes)
Fundoscopia (rastreamento de Retinopatias e HAS)
Glicemia de jejum
Hemoglobina glicada (se DM)
Hemograma completo
Mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos
Microalbuminúria (se DM e HAS)
Potássio
PPF
PPF com Kato/ Hoffman
Sódio
Sorologias (Anti HIV, VDRL, Anti HCV, HBsAg)
Tipagem sanguínea + RH
TOTG 75 g (3 tempos) para gestantes, conforme protocolo de DMG