
Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Módulo 1: Saúde da Mulher



Coren^{SP}
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

MÓDULO 1: SAÚDE DA MULHER

Projeto gráfico, capa e editoração
Gerência de Comunicação - Coren-SP

Revisão ortográfica/gramatical
Gerência de Comunicação - Coren-SP

Foto da capa
Shutterstock manipuladas por Gecom - Coren-SP

Todos os direitos reservados. Reprodução e difusão desse conteúdo de qualquer forma, impressa ou eletrônica, é livre, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita
Novembro/2019

Rosana Aparecida Garcia
Luciana Patriota G. S. dos Santos
Marisa Beraldo
Patrícia Luna Torres
Roberta Melão

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Módulo 1: Saúde da Mulher

São Paulo
Coren-SP
2019

Gestão 2018-2020

Diretoria

Presidente:

Renata Andréa Pietro Pereira Viana

Vice-presidente:

Cláudio Silveira

Primeira-secretária:

Eduarda Ribeiro

Segundo-secretário:

Paulo Cobellis

Primeiro-tesoureiro:

Jefferson Caproni

Segundo-tesoureiro:

Edir Kleber Bôas Gonsaga

Conselheiros (as)

Quadro I - Titulares

Cláudio Silveira

Cléa Dometilde Soares Rodrigues

Demerson Gabriel Bussoni

Demétrio José Cleto

Eduarda Ribeiro

Érica Chagas Araújo

James Francisco Pedro dos Santos

Marcia Regina Costa Brito

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Paulina Kurcgant

Paulo Cobellis

Renata Andréa Pietro Pereira Viana

Quadros II e III - Titulares

Anderson Francisco de Meira da Silva

Dorly Fernanda Gonçalves

Edir Kleber Bôas Gonsaga

Emerson Roberto Santos

Erica França dos Santos

Gergezio Andrade Souza

Jefferson Caproni

Josileide Aparecida Bezerra

Regiane Amaro Teixeira

Quadro I - Suplentes

Alessandro Correia da Rocha

Cesar Augusto Guimarães Marcelino

Eduardo Fernando de Souza

Ivany Machado de Carvalho Baptista

Ivete Losada Alves Trotti

Janiquele Maria da Silva Ferreira

Marcia Regina Costa Brito

Rorinei dos Santos Leal

Rosemeire Aparecida de O. de Carvalho

Tania Heloisa Anderman da Silva Barison

Wilson Venâncio da Cunha

Wilza Carla Spiri

Quadros II e III - Suplentes

Adriana Nascimento Botelho

Claudete Rosa do Nascimento

David de Jesus Lima

Gilmar de Sousa Lima

Marcos Fernandes

Michel Bento dos Santos

Michelle Ferreira Madeira

Rebeca Canavezzi Rocha

Virginia Tavares Santos

APRESENTAÇÃO

A busca por uma assistência segura, tanto para os usuários dos serviços de saúde, quanto para os profissionais de enfermagem, é um dos principais focos da atuação do Coren-SP. Neste sentido, as Câmaras Técnicas vêm cumprindo um importante papel, ao subsidiar a atuação profissional por meio de pareceres, orientações fundamentadas e livros, abordando temas relativos aos diversos campos da prática de enfermagem.

A presente publicação: Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde – Módulo 1: Saúde da Mulher é resultado do trabalho Grupo de Trabalho da Atenção Básica (GT-AB) através dos Grupos de Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (GEPEAPS), integrantes das Câmaras Técnicas, a partir das diretrizes lançadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) para implantação de modelos de Protocolos de Enfermagem em todo os estados. O trabalho de elaboração no estado de São Paulo contou com o profundo envolvimento de gestores, das equipes de enfermagem de cidades de diversas regiões, universidades e, ainda, uma consulta pública realizada entre 23 de setembro e 04 de outubro de 2019. Essa dinâmica inaugurou um processo inédito de participação e protagonismo dos agentes que vivenciam a Atenção Primária à Saúde em seu cotidiano profissional.

Esta gestão do Coren-SP está trabalhando para 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, solicitação de exames, entre outras.

É um orgulho muito grande para o Conselho constituir em um processo democrático, com a atuação de diversos atores, esse livro, que certamente colocará a enfermagem paulista em um novo patamar na Atenção Primária, pois, com esse respaldo, a categoria terá a oportunidade de assumir novos papéis, expandindo sua atuação de forma segura e, conseqüentemente, contribuindo com a construção, dia a dia, de uma saúde pública universal.

Além de ser um poderoso instrumento de trabalho, essa publicação é uma contribuição para o reconhecimento e empoderamento da enfermagem, pois além de evidenciar as competências técnicas da categoria no cotidiano da assistência, é um legado constituído pelos próprios profissionais de enfermagem.

Boa leitura!

Renata Andréa Pietro Pereira Viana
Presidente do Coren-SP

ORGANIZADORES

Rosana Aparecida Garcia (org). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. DSC / Unicamp. Grupo de Trabalho Atenção Básica - Coren-SP.

Luciana Patriota G. S. dos Santos (org). Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Marisa Beraldo. Enfermeira. Mestre em Administração. Docente Centro Universitário São Camilo. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Patrícia Luna Torres. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Roberta Melão. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

LISTA DE AUTORES

CAPÍTULO 1: IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1.1 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rosana Aparecida Garcia (org). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. DSC / Unicamp. Grupo de Trabalho Atenção Básica - Coren-SP.

Patrícia Luna Torres. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Roberta Melão. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

1.2. ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Maria Inês Rosselli Puccia (org). Enfermeira, Doutora em Ciências. Docente FMABC.

Angelina Lettiere Viana. Enfermeira. Doutora em Ciências. EERP-USP.

Fátima Aparecida de Bonifácio Heck. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

1.3 ATENÇÃO ÀS ESPECIFICIDADES EM POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADES

Patrícia Lázara Serafim Campos Diegues (org). Enfermeira. Mestre em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Maria Alice de Freitas Colli Oliveira. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Silvia Matumoto. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada. EERP-USP.

CAPÍTULO 2: RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMAS

2.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Selônia Patrícia Oliveira Sousa Caballero (org). Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Jundiá.

Carolina de Azevedo Neves Severiano. Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde de Jundiá.

Carolina Marinho Lescano. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Cabreúva.

Cinthia Emico Iwayama. Enfermeira Secretaria Municipal de Saúde de Cabreúva.

Diogo de Castro Miranda. Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Vinhedo.

Letícia Caroline Rezende. Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Secretaria Municipal de Saúde de Vinhedo.

Luciana Marinho da Cunha. Enfermeira. Especialista em Gestão Clínica. Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí.

Maria Gabriela Bortotto Enfermeira. Especialista em UTI. Secretaria Municipal de Saúde de Jundiaí.

Samanta Dal Pozzo Miguel. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Cabreúva.

2.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO E MAMAS

Anie de Oliveira Silva Candella (org). Enfermeira Obstetra. Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba.

Ana Carolina Fuza Lunetta. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Denise Helena Fornazari. Enfermeira Obstetra. Mestre em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Fernanda de Cássia Tasso Aguiar. Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba.

Franciele de Oliveira Kaiser da Silva. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Salto.

Juliana Luzia Grosso Firmino. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Karin Cristina de Camargo Oliveira. Enfermeira. Mestre em Educação nas Profissões de Saúde. Secretaria Municipal de Sorocaba.

Leila Lobo de Oliveira Gomes dos Santos. Enfermeira. Especialista em Gestão em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Salto.

Lucas Vieira Jardim. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Salto.

Marcela Enedina Furlan Buoro. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Samantha Kelly Bernussi. Técnica de Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Salto.

CAPÍTULO 3: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Renata Cauzzo Zingra Mariano (org). Enfermeira. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Amanda Pistoni de Castro. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal Saúde de Votorantim.

Chaúla Vizelli. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Danielle Satie Kassada. Enfermeira. Doutora em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Elaine C. Domingos Rampazzo. Enfermeira. Especialista em Gestão em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Eléia de Assis Barbosa. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Fernanda Ribeiro Drumond. Enfermeira. Especialista em UTI. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Gelman Cristina Barros Benedito. Enfermeira Obstetra. Secretaria Municipal Saúde de Votorantim.

Juliana Davoli Sturaro. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia.

Laís Sousa Oliveira. Enfermeira. Licenciatura em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia.

Lídia Alves de Araújo. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Merian Munhoz Lopes. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Talita Carlos Rodrigues. Enfermeira. Especialista em Gestão Clínica. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

CAPÍTULO 4: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Luciana Patriota G. S. dos Santos (org). Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo. Grupo de Trabalho da Atenção Básica - Coren-SP.

Adriana Aparecida de Oliveira Ferre. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema.

Bruna Vanessa Reimberg de Medeiros. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

Kátia Cristina dos Santos Vieira. Enfermeira. Mestre em Gestão da Clínica. Secretaria Municipal de Saúde de Santo André.

Maria Inês Rosselli Puccia. Enfermeira. Doutora em Ciências. FMABC.

Michelle Ferreira Madeira. Auxiliar de Enfermagem. Conselheira do Coren-SP.

Nadilza Souza Cruz. Técnica de Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

Patrícia Amorim Júlio. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Santo André.

Raquel Pimentel Mota. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

CAPÍTULO 5: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O Pré-Natal

Patrícia Maria da Silva Crivelaro (org). Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Centro Universitário Católico Salesiano Auxílium UniSALESIANO - Lins.

Melissa Rochet da Silva Siviero. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Lins.

Fabiana Aparecida Monção Fidelis. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria de Estado da Saúde / Divisão Regional de Saúde VI - Bauru.

Jessica Eugênio Pessan dos Santos. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Lins.

Juliana Carvalho Bortoletto Gomes. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Marília.

CAPÍTULO 6 : ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O PUERPÉRIO

1. Parte Introdutória

Karina Domingues de Freitas. Enfermeira. Especialista em Processos Educacionais na Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Lauren Suemi Kawata. Enfermeira. Doutora em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Maria de Fátima Paiva Brito. Enfermeira. Doutora em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Cassandra de Fatima Almeida Oliveira. Auxiliar de Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Angela Tshikawa Oliveira. Auxiliar de Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

2. Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério

Mariangela Carletti Queluz. Enfermeira. Mestre em Ciências. Secretaria da Saúde de Serrana.

3. Transtornos Mentais Puerperais

Rafaela Azenha Teixeira de Oliveira. Enfermeira. Mestre. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Maria Alice de Freitas Colli Oliveira. Enfermeira. Mestre. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

4. Retorno ao trabalho (questões legais e trabalhistas)

Karina Domingues de Freitas. Enfermeira. Especialista em Processos Educacionais na Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Lauren Suemi Kawata. Enfermeira. Doutora em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Maria de Fátima Paiva Brito. Enfermeira. Doutora em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

5. Atenção a possíveis intercorrências durante o puerpério

Patrícia Lázara Serafim Campos Diegues. Enfermeira. Mestre em Ciências - Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Maria Alice de Freitas Colli Oliveira. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Silvia Matumoto. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada. EERP - USP.

6. Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido (RN)

Waldomiro Roberto Tavares. Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Carmelita Aparecida de Oliveira Zanin Felix. Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Sergia Cristina Haddad Mota. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal da Saúde de Araraquara.

CAPÍTULO 7 : ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Marisa Beraldo (org). Enfermeira. Mestre em Administração. Docente Centro Universitário São Camilo. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Monique Sobottka Cavenaghi (org). Enfermeira. Mestre em Ciências. Coren-SP.

Ana Clara Dantas Gomes de Castro. Enfermeira Obstetra. Secretaria Municipal de Saúde de Jandira.

Angela de Souza Oliveira. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Pediatria e UTI Pediátrica (UNIFMU). Secretaria Municipal de Saúde de Caieiras de SP.

Antônia Rosilhanha Rodrigues de Medeiros Beraldo. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Osasco.

Karolyne Dantas Souza. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Fetal. Secretaria Municipal de Saúde de Jandira.

Lucia Regina de Sousa Moiteiro. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Osasco.

Lucimeire Lima Vasconcelos. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de Osasco.

Vanderléia de Abreu Araújo Adriano. Enfermeira. Especialista em Cardiologia. Secretaria Municipal de Saúde de Osasco.

LISTA DE REVISORES

Adriana Dias. Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde. Secretaria Executiva do Comitê Estadual de Vigilância à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Ana Luiza Vilela Borges. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente. EEUSP.

Andréia Serrano Cayres Rapatão. Enfermeira Obstetra. Mestre em Educação Sexual. Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara.

Bruno Henrique Ximenes Rodrigues. Enfermeiro Obstetra. USP. Grupo de Trabalho de Práticas Assistenciais no Âmbito da Saúde da Mulher - Coren-SP.

Camilla Pontes Bezerra. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente. EPE - Unifesp.

Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi. Enfermeira Obstetra. Casa Ângela Centro de Parto Humanizado Extra Hospitalar. Grupo de Trabalho Práticas Assistenciais no Âmbito da Saúde da Mulher - Coren-SP.

Célia Regina Maganha e Melo. Enfermeira Obstetra. Doutora em Obstetrícia. Docente. EACH - USP

Danielle Castro Janzen. Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências. Docente. EPE - Unifesp.

Débora do Carmo. Enfermeira. Associação Saúde da Família. Câmara Técnica de Enfermagem – Coren-SP.

Glauce Cristine Ferreira Soares. Enfermeira Obstetriz. Doutora em Ciências. Hospital e Maternidade Amador Aguiar. Grupo de Trabalho de Práticas Assistenciais no Âmbito da Saúde da Mulher - Coren-SP.

Karen Mendes Jorge de Souza. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente. EPE-Unifesp

Maria Inês Rosselli Puccia. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente. Faculdade de Medicina do ABC. Grupo de Trabalho de Práticas Assistenciais no Âmbito da Saúde da Mulher - Coren-SP.

Marlise de Oliveira Pimentel Lima. Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências. Docente. EACH-USP. Grupo de Trabalho Práticas Assistenciais no Âmbito da Saúde da Mulher - Coren-SP.

Marisa Ferreira Lima. Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Grupo de Trabalho Práticas Assistenciais no Âmbito da Saúde da Mulher - Coren-SP.

Mônica Antar Gamba. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente. EPE-Unifesp.

Patrícia Luna Torres. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Grupo de Trabalho Atenção Básica - Coren-SP.

Roberta Melão. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Rosana Aparecida Garcia (org). Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. DSC / Unicamp. Grupo de Trabalho de Atenção Básica - Coren-SP.

Renata Cauzzo Zingra Mariano. Enfermeira. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Rosely Erlach Goldman. Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências da Saúde. Docente. EPE-Unifesp.

Simone Oliveira Sierra. Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo. Câmara Técnica Coren-SP.

AGRADECIMENTOS

Aparecida Linhares Pimenta. Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Secretária Executiva. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS-SP.

Alice Regina Felipe. Graduação do Curso de Enfermagem EERP-USP.

Brigina Kemp. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Assessora Técnica. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP.

Camila Takáo Lopes. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente. EPE-Unifesp.

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Visitante. EPE-Unifesp.

Cátia Martinez Minto. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente. UNIP.

Daiana Bonfim. Enfermeira. Doutora em Ciências. Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein.

Dalvani Marques. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente. FENF-UNICAMP.

Elias Teixeira de Oliveira. Graduação do Curso de Enfermagem EERP-USP.

Elizimara Ferreira Siqueira. Enfermeira Especialista em Obstetrícia. Conselheira do Coren-SC.

Fabiana Fernanda dos Santos. Enfermeira. Mestre em Educação e Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Marília.

Jane Aparecida Cristina. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Lanny Hino. Enfermeira. Especialização em Administração Hospitalar. Gerente de Fiscalização. Coren-SP.

Marcos Fernandes. Técnico de Enfermagem. Conselheiro do Coren-SP.

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo. Doutora em Enfermagem. Docente EEUSP. Conselheira do Coren-SP.

Michelle Ferreira Madeira. Auxiliar de Enfermagem. Conselheira do Coren-SP.

Natália do Castro Nascimento. Enfermeira. Doutoranda EEUSP.

Osmar Mikio Moriwaki. Enfermeiro Obstetra. Coordenadoria das Regiões de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho. Enfermeira. Mestre em Ciências. Hospital das Clínicas FMRP-USP. Conselheira do Coren-SP.

Talita Rewa. Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein.

Virginia Tavares Santos. Auxiliar de Enfermagem. Conselheira do Coren-SP.

Wilza Carla Spiri. Doutorado em Enfermagem. Docente. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselheira do Coren-SP.

SUBSEÇÕES

Ana Laura de Mendonça Beato. Enfermeira. Especialista em Cardiologia. Chefe Administrativa das Subseções Coren-SP.

César Bruno Pedroso. Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Chefe Técnico da Subseção Ribeirão Preto. Coren-SP.

Elizabeth Martins. Enfermeira. Especialista em Enfermagem de Saúde Pública. Chefe Técnica da Subseção Campinas. Coren-SP.

Lígia Rosa Suster. Enfermeira. Especialista em Educação Continuada. Fiscalização do Coren-SP. Subseção Santo André.

Marilene Wagner. Enfermeira. Subseção Campinas. Coren-SP.

Monique Sobottka Cavenaghi. Enfermeira. Mestre em Ciências. Chefe Técnica da Subseção Osasco. Coren-SP.

Silvia Helena de Oliveira Campos. Enfermeira. Mestre em Educação em Saúde. Chefe Técnica da Subseção Marília. Coren-SP.

AGRADECIMENTOS ÀS UNIDADES DE SAÚDE QUE LERAM E REVISARAM CAPÍTULOS DO PROTOCOLO (PERÍODO 30/08/2019 A 03/09/2019)

ARARAQUARA (SP)

Unidade de Saúde: Dr. Euclides Crocci - USF Vale do Sol - Araraquara

Gisele Trevizan Barbosa. Enfermeira.

CAMPINAS (SP)

Centro de Saúde Campina Grande

Grasielle Camisão Ribeiro. Enfermeira.

Clara Emily Alves. Mendonça. Técnica de Enfermagem.

Centro de Saúde Oziel

Maria Teresa Sala Corral. Enfermeira.

Renata Joyce Luiz. Enfermeira.

Liliana Lúcio. Técnica de Enfermagem.

Elza Alves de Almeida. Técnica de Enfermagem.

RIBEIRÃO PRETO (SP)

Unidade Básica de Saúde Vila Recreio

Unidade Básica Campos Elíseos

Fabiano Pelicani. Enfermeiro.

SÃO BERNARDO DO CAMPO (SP)

Unidade de Saúde Santa Cruz

SANTO ANDRÉ (SP)

Unidade de Saúde Palmares

Michele Galdino Camara. Enfermeira.

SOROCABA

Unidade Básica de Saúde Vila Angélica

Carla Maria Domingues de Gusmão. Enfermeira.

Cristina Maria Dias. Auxiliar de Enfermagem.

Márcia Pinto dos Santos.

Unidade de Saúde da Família Vitória Régia

Adriana Homero Lopes das Silva. Enfermeira.

Aline Aparecida de Souza Leão. Enfermeira.

Renata Campos Vieira. Enfermeira.

Edneia de Oliveira. Técnica de Enfermagem.

ORIENTAÇÃO PARA ADESÃO A ESTE PROTOCOLO

Importante!

Este protocolo não pretende concorrer com os municípios que já possuem protocolos instituídos. Confira a seguir como proceder de acordo com cada realidade:

- Municípios e instituições que já têm protocolos instituídos e atualizados: podem fazer adesão parcial a este protocolo;
- Municípios e instituições que não possuem protocolos de enfermagem instituídos: devem proceder com a elaboração e podem fazer a adesão total ou parcial a este protocolo.

Em ambos os casos, é importante avaliar as necessidades e especificidades regionais para definição do modelo de adesão. Também é indicado que os gestores, administradores e empregadores informem em seus meios de comunicação (site, imprensa digital, impressa, nota técnica, portaria, diário oficial, dentre outros) aos profissionais de enfermagem sobre essa definição, promovendo as devidas capacitações para o protocolo. A “adesão individual” de profissional não é permitida.

Nenhuma instituição ou município é obrigado a aderir, desde que possua protocolo instituído e atualizado.

Sumário

Lista de quadros	16
Lista de siglas e abreviaturas	19
Capítulo 1	
A importância da enfermagem para uma assistência integral na Atenção Primária.....	22
1.1. O processo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: um processo dinâmico e longitudinal	23
1.2. Assistência às mulheres em situação de violência.....	26
1.3. Atenção às especificidades em populações em situação de vulnerabilidades	39
Capítulo 2	
Rastreamento de câncer de colo de útero e mamas.....	47
2.1. Assistência de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero.....	47
2.2. Assistência de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas	65
Capítulo 3	
Assistência de enfermagem nas infecções sexualmente transmissíveis	88
Capítulo 4	
Assistência de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária	113
Capítulo 5	
Assistência de enfermagem à mulher durante o Pré-Natal.....	149
Capítulo 6	
Assistência de enfermagem à mulher durante o puerpério	210
Capítulo 7	
Assistência de enfermagem à mulher durante climatério e menopausa.....	240
Endereços e contatos do Coren-SP	257
Canais de diálogo e comunicação	258

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO 1

- Quadro 1 Formas de violência de gênero
- Quadro 2 Roteiro sugestivo para avaliação e identificação de situações de violência vivenciadas por mulheres
- Quadro 3 Planejamento das ações no atendimento às mulheres nos diferentes ciclos de vida, adolescentes e população LGBTQI+ em situação de violência doméstica
- Quadro 4 Planejamento das ações adicionais no atendimento às mulheres nos diferentes ciclos de vida, adolescentes e população LGBTQI+ em situação de violência sexual nos serviços de Atenção Básica
- Quadro 5 Outras especificidades e situações de vulnerabilidades durante o atendimento à mulher na Atenção Primária à Saúde

CAPÍTULO 2

- Quadro 1 Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária
- Quadro 2 Entrevista para rastreamento do câncer do colo do útero
- Quadro 3 Exame específico para rastreamento do câncer do colo do útero
- Quadro 4 Etapas da consulta ginecológica: a coleta de exame citopatológico
- Quadro 5 Recomendações para prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras) referente à coleta de material cervical
- Quadro 6 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero - *Nursing Interventions Classification* (Nanda-I e NIC)
- Quadro 7 Alguns diagnósticos e intervenções no rastreamento de câncer de colo de útero - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 8 Plano de cuidados
- Quadro 9 Recomendações diante das situações especiais
- Quadro 10 Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta
- Quadro 11 Recomendações diante dos resultados de exames normais
- Quadro 12 Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais
- Quadro 13 População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento
- Quadro 14 Fatores de Risco para o Câncer de Mama
- Quadro 15 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas – *Nursing Interventions Classification* (Nanda-I e NIC)
- Quadro 16 Alguns diagnósticos e intervenções no rastreamento de câncer de mamas (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 17 Recomendações diante dos problemas mais comuns durante avaliação das mamas
- Quadro 18 Interpretação, risco de câncer, recomendações e condutas mediante o resultado de mamografia
- Quadro 19 Métodos invasivos que auxiliam no diagnóstico final
- Quadro 20 Plano de cuidados quanto ao rastreamento de Câncer de mamas

CAPÍTULO 3

- Quadro 1 Exames solicitados para ISTs pelo enfermeiro
- Quadro 2 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem nas infecções sexualmente transmissíveis - *Nursing Interventions Classification* (Nanda-I e NIC)
- Quadro 3 Alguns diagnósticos e intervenções nas infecções sexualmente transmissíveis - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 4 Classificação clínica da sífilis, manifestações clínicas de sífilis adquirida
- Quadro 5 Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta
- Quadro 6 Tratamento e monitoramento de sífilis
- Quadro 7 infecções que causam corrimento vaginal e cervicite
- Quadro 8 Síntese para tratamento de lesões anogenitais
- Quadro 9 Síntese de tratamento de verrugas genitais
- Quadro 10 Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Quadro 11 Infecções mais comuns

CAPÍTULO 4

- Quadro 1 Estratégias de promoção em saúde
- Quadro 2 Avaliação de Enfermagem pré-concepcional
- Quadro 3 Anamnese, exame físico e intervenções
- Quadro 4 Alguns diagnósticos de enfermagem na área sexual e reprodutiva - Nanda-I e NIC
- Quadro 5 Alguns diagnósticos e intervenções na área saúde sexual e reprodutiva - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 6 Consulta de Enfermagem ao adolescente
- Quadro 7 Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos
- Quadro 8 Critérios de elegibilidade de contraceptivos por condições clínica
- Quadro 9 Métodos anticoncepcionais no Pós-Parto
- Quadro 10 Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS
- Quadro 11 Informações e orientações aos casais que desejam realizar o método definitivo de esterilização (laqueadura tubária).
- Quadro 12 Formas de anticoncepção de emergência
- Quadro 13 Queixas comuns no uso de contraceptivos

CAPÍTULO 5

- Quadro 1 Atribuições do Enfermeiro no Pré-Natal de risco habitual
- Quadro 2 Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem
- Quadro 3 Exames realizados conforme duração do atraso menstrual
- Quadro 4 Histórico de Enfermagem na primeira consulta
- Quadro 5 Exame Físico Geral e Específico
- Quadro 6 Diagnósticos de enfermagem *Nursing Interventions Classification* (Nanda-I e NIC) no atendimento Pré-Natal
- Quadro 7 Diagnóstico de enfermagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no atendimento Pré-Natal
- Quadro 8 Vulnerabilidades e fatores que determinam atenção redobrada durante o Pré-Natal de risco habitual
- Quadro 9 Fatores de risco para encaminhamentos da estante ao serviço de alto risco
- Quadro 10 Sinais indicativos de encaminhamento da gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica
- Quadro 11 Sugestão de plano de parto
- Quadro 12 Solicitação e interpretação de exames
- Quadro 13 Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico em gestantes
- Quadro 14 Prescrição farmacológica durante o Pré-Natal pelo Enfermeiro
- Quadro 15 Esquema vacinal para gestante
- Quadro 16 Apresentação das principais queixas durante a gestação e condutas de enfermagem
- Quadro 17 Tratamento da sífilis na gestante e no(a) parceiro(a)
- Quadro 18 Cuidados e orientações gerais à gestante com DMG
- Quadro 19 Classificação da SHG e condutas
- Quadro 20 Diagnóstico e conduta frente às arboviroses
- Quadro 21 Diagnóstico de anemia falciforme e conduta
- Quadro 22 Particularidades do atendimento Pré-Natal à gestante adolescente
- Quadro 23 Acompanhamento Pré-Natal das no(a) parceiro(a)
- Quadro 24 Calendário vacinal do(a) parceiro(a)
- Quadro 25 Temas para educação em saúde
- Quadro 26 Orientações alimentares: ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A, C e D

CAPÍTULO 6

- Quadro 1 Anamnese / coleta de dados para consulta de enfermagem no puerpério
- Quadro 2 Exame físico da puérpera
- Quadro 3 Plano de cuidados à puérpera
- Quadro 4 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério – NANDA-I e NIC (*Nursing Interventions Classification*)
- Quadro 5 Diagnóstico de enfermagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 6 Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério

- Quadro 7 Situações em que há restrições do aleitamento materno
- Quadro 8 Uso de drogas e período recomendado para a interrupção da amamentação
- Quadro 9 Retorno ao trabalho (questões legais e trabalhistas)
- Quadro 10 Classificação das complicações puerperais de acordo com o período puerperal de ocorrência
- Quadro 11 Intervenções de enfermagem na possibilidade de uma complicação puerperal
- Quadro 12 Consulta de Enfermagem ao recém-nascido
- Quadro 13 Cuidados gerais com o recém-nascido
- Quadro 14 Sugestões para a elaboração de grupos operativos
- Quadro 15 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério e RN - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 16 Alguns diagnósticos e intervenções na assistência ao puerpério e cuidado ao RN - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

CAPÍTULO 7

- Quadro 1 Manifestações associadas ao climatério
- Quadro 2 Roteiro para entrevista focada
- Quadro 3 Exame físico específico
- Quadro 4 Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no climatério e menopausa - *Nursing Interventions Classification* (Nanda-I e NIC)
- Quadro 5 Alguns diagnósticos e intervenções no climatério e menopausa - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- Quadro 6 Exames complementares que podem ser solicitados por enfermeiro
- Quadro 7 Abordagem farmacológica e não farmacológica
- Quadro 8 Contraindicações absolutas e relativas à terapia de reposição hormonal
- Quadro 9 Esquema de vacinação para adultos entre 20 - 59 anos
- Quadro 10 Esquema de vacinação para adultos com 60 anos ou mais de idade
- Quadro 11 Sugestão de temas para grupos educativos
- Quadro 12 (Anexo 1) Orientações para a realização dos exercícios de Kegel
- Quadro 13 (Anexo 2) Orientações sobre como realizar banho de assento

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACG	Anormalidades Celulares Glandulares Atípicas
AE	Anticoncepção de Emergência
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Adenocarcinoma <i>In Situ</i>
ALT	Alanina Aminotransferase
AM	Aleitamento Materno
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOC	Anticoncepcional Combinado
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Antirretrovirais
ASC-H	Células Escamosas Atípicas, Não Podendo Afastar Lesão de Alto Grau
ASC-US	Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
AST	Aspartato Aminotransferase
AU	Altura Uterina
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
BI-RADS	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i> – Sistema de Relatório de Dados sobre Imagem da Mama
BT	Bilirrubina Total
CA	Câncer
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CCU	Câncer do Colo do Útero
CE	Consulta de Enfermagem
CEE	Comissão de Ética de Enfermagem
CET	Certidão de Responsabilidade Técnica
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CML	Citologia em Meio Líquido
CNS	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CVV	Candidíase Vulvovaginal
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DM	Diabetes Mellitus
DNA	<i>Deoxyribonucleic Acid</i> – Ácido Desoxirribonucleico
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
dT	Vacina Composta pelo Toxóide Tetânico e Diftérico
dTpa	Vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto (contra difteria, tétano e coqueluche)
DUM	Data da Última Menstruação
DPP	Data Provável de Parto
eAB	Equipe de Atenção Básica
EaD	Educação a Distância
EAPV	Eventos Adversos Pós-vacinação
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG	Eletrocardiograma
ECM	Exame Clínico das Mamas

EPI	Equipamento de Proteção Individual
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EV	Endovenosa
FR	Frequência Respiratória
GJ	Glicemia de Jejum
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb	Hemoglobina
HBIg	Imunoglobulina Anti-hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i> – Lipoproteínas de Alta Densidade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSIL	Lesão Intraepitelial de Alto Grau
ID	Intradérmica
IG	Idade Gestacional
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa não Nucleosídeos
IVA	Inspeção Visual com Ácido Acético
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
ITU	Infecção do Trato Urinário
JEC	Junção Escamo Colunar
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros, Queer e Intersexo
LDL	<i>Low Density Lipoproteins</i> – Lipoproteínas de Baixa Densidade
LSIL	Lesão Intraepitelial de Baixo Grau
LAM	Método de Amenorreia Lactacional
MAC	Método Anticonceptivo
MF	Movimentos Fetais
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association – International</i> – Classificação de Diagnósticos de Enfermagem
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> – Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> – Classificação dos Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAE	Pílula Anticoncepcional de Emergência
PAG	Punção com Agulha Grossa
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAS	Profissionais de Assistência à Saúde
PC	Perímetro Cefálico
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Profilaxia Pós-exposição ao HIV
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMI	Programa Municipal de Imunização
PN	Pré-Natal

PNI	Programa Nacional de Imunização
PMSP	Política do Município de São Paulo
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
POP	Procedimento Operacional Padrão
PP	Precauções Padrão
PrEP	Profilaxia Pré-exposição ao HIV
PSE	Programa Saúde na Escola
PSO	Pesquisa de Sangue Oculto
PT	Perímetro Torácico
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RM	Ressonância Magnética
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RT	Responsável Técnico
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SC	Subcutânea
SCR	Vacina Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
SHG	Síndrome Hipertensiva da Gestação
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SIU	Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (ou DIU hormonal)
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SMS-G	Secretaria Municipal da Saúde – Gabinete
SpO2	Saturação de Oxigênio – Oximetria de Pulso
SRO	Sais de Reidratação Oral
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Soro Fisiológico
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SRO	Sais de Reidratação Oral
TR	Teste Rápido
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliária
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i> – Sorologia não Treponêmica para Identificação da Sífilis
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VPP	Valor Preditivo Positivo

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM PARA UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Introdução

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004). No contexto histórico das lutas por direitos, o Ministério da Saúde incorporou a atenção à saúde da mulher a partir do século XX, mas anteriormente adotava uma concepção mais restrita do tema, que se limitava à saúde materna ou à ausência de agravos associados à reprodução biológica (BRASIL, 2008).

O lançamento do documento “*Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*” em 1980, que serviu de apoio para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983 e publicação em 1984, incorporou as lutas do ideário feminista com a proposta de atenção integral à saúde da mulher, ou seja, uma ruptura ao modelo materno-infantil, até então adotado (BRASIL, 2008). Foram lutas árduas por não discriminação e preconceitos que também compõem e aumentam a vulnerabilidade dentro do processo saúde-doença a determinados agravos para esta população feminina.

Neste sentido, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e contemplando seus princípios, a equidade – princípio relacionado à justiça e igualdade social, somente será atingida quando pudermos garantir o acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com as suas necessidades, rompendo as barreiras da discriminação e das desigualdades (BRASIL, 2008).

A profissionalização feminina iniciada no século XIX ocorreu vinculada aos papéis sociais, ou seja, à subserviência e ao cuidar (MATOS, 2013, *et al*). A Enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, convive com os problemas desta população que sofre a discriminação e a violência de gênero, na divisão de papéis construídos socialmente, bem como na divisão do trabalho (BORDIGNON & MONTEIRO; 2016). Os vários papéis assumidos pela mulher nesta sociedade heteronormativa, além de fazer adoecer, também excluem populações vulneráveis e minoritárias – mulheres negras, imigrantes, indígenas, lésbicas, transgênero, dentre outras.

Nesse contexto de iniquidades sociais, é importante ressaltar as diretrizes da APS, considerada como porta preferencial do SUS:

I - [...] - Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses [...]

II - Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço [...]

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV - Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. [...]

V - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada [...]

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente [...]

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. [...]

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, [...]

IX - Participação da comunidade [...] (BRASIL, 2017)

A partir de tais diretrizes, a Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem¹), que compõe as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes da Atenção Básica (eAB), são profissionais importantes na atenção à saúde da população, e especificamente às mulheres.

A Estratégia de Saúde da Família exige do enfermeiro uma ampliação de suas práticas e a utilização de conhecimentos para lidar com a complexidade que é a APS, nos contextos pessoal, familiar e social, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, a reabilitação e a assistência de enfermagem de qualidade a saúde de seus usuários. Para tal, é necessário a prática assistencial e a educação em saúde que são importantes papéis de atuação da equipe de enfermagem.

A Política Nacional de Humanização (PNH), divulgada em 2004, tem como principais diretrizes o acolhimento, a gestão participativa, a ambiência e a clínica ampliada e compartilhada buscando atuar a partir de orientações clínicas e políticas que norteiam os arranjos de trabalho. Assim, no contexto da PNH, o acolhimento é tido como diretriz que orienta a construção de políticas de saúde que buscam ofertar atendimentos de qualidade e articular avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Neste protocolo, tomamos o cuidado para não banalizar o que foi conceitualmente concebido, não como um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo sendo uma ação que deve acontecer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (FRANCO, 1999; TEIXEIRA, 2003; COSTA, 2014).

Na Atenção Primária à Saúde, a equipe de enfermagem precisa sistematizar as suas atividades, e registrando e planejando as ações. Também a assistência de enfermagem deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), que é composto por cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução (COFEN, 2009).

É importante ressaltar que as cinco etapas são descritas separadamente para fins didáticos, mas na prática são interrelacionadas e interdependentes, além de constituir um processo contínuo dentro da Atenção Primária, principalmente devido à longitudinalidade da assistência (COREN-SP, 2015).

1.1. O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM PROCESSO DINÂMICO E LONGITUDINAL

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e está regulamentada pela Lei nº 7498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, e pela Resolução Cofen nº 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.

A consulta de enfermagem é considerada uma atividade na qual são utilizados componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

No contexto da Consulta de Enfermagem, também é importante lembrarmos que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames poderão ser atividades realizadas, de acordo com a necessidade do usuário, desde que incluídas na assistência integral à saúde e respeitando o Art. 11, inciso II, alínea c da Lei nº 7.498/1986, que dispõe que *“cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”*. Ressalta-se também o disposto no artigo 1º da Resolução Cofen nº 195/1997 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

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

1 A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) descreve as atribuições de enfermeiros generalistas, pois são os que atualmente estão inseridos nesta política. Cabe destaque, no entanto, que na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, artigo 6º, II, temos a(o)s Enfermeira(o)s obstetristas ou enfermeira(o)s obstétricas que exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetrícia, atuando na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. A(O) Enfermeira(o), Enfermeira(o) Obstetra e Obstetriz têm um papel relevante na sociedade, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência (Resolução Cofen nº 516/2016 – alterada pela Resolução Cofen nº 524/2016).

A consulta de enfermagem desenvolve-se a partir do Processo de Enfermagem, que nada mais é que um método de resolução de problemas organizado para ajudar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações relacionadas a um problema real ou potencial de saúde. Desta forma, através do raciocínio clínico, o enfermeiro é capaz de chegar a conclusões efetivas a respeito das necessidades humana afetada.

Para realizarmos o Processo de Enfermagem, é necessário que haja a fundamentação em uma teoria que dê sustentação para tal atividade e que funcione [...] *qual lente está utilizando para organizar sua coleta de dados e guiando seus julgamentos* (Coren-SP, 2015. p. 44).

O Histórico de Enfermagem é o momento da coleta de dados no qual se realiza a entrevista e o exame físico (dados objetivos e dados subjetivos). Na área da mulher, especificamente, é fundamental uma aproximação cuidadosa, com habilidade de relacionamento interpessoal, estando atento à comunicação não verbal (reações como postura, modo de andar, sentar-se, movimento das mãos, dentre outros, que expressam uma linguagem do corpo em relação a uma situação específica). Além disto, é necessário não impor os valores pessoais e não emitir juízos de valor sobre o que ouvir, tendo cuidado de não interromper as respostas durante a entrevista para coleta de dados e nem direcionar com perguntas fechadas (DOMINGUES, *et al.* 2016).

O diagnóstico de enfermagem envolve um processo de análise e interpretação das informações obtidas (inclusive de resultados de exames laboratoriais), visando desta forma a tomada de decisão sobre a avaliação de saúde da mulher de forma coerente e eficaz. Sendo assim, o enfermeiro poderá lançar mão da classificação de Enfermagem que mais se sentir habilitado a executar.

O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência. Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na APS, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado. Quanto às terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ROCHA et al., 2014, p. 20).

Neste protocolo, fizemos a opção de sugerir diagnósticos e intervenções oriundos da NANDA e CIPE devido ao reconhecimento mundial deles, mas isso não invalida o uso de outras Classificações de Enfermagem com as quais o enfermeiro sinte-se mais seguro para sua execução. Sugerimos apenas que a Classificação de Enfermagem escolhida possa ser a mesma para todos os enfermeiros, facilitando desta forma a comunicação e a continuidade de assistência por todos os profissionais de enfermagem.

Tendo em vista a importância de o enfermeiro realizar o raciocínio clínico e associar a coleta de dados, o exame físico e emitir um julgamento clínico para emitir o diagnóstico de enfermagem e decidir a tomada de decisão clínica e intervenção a ser tomada, não foi objetivo deste protocolo elaborar listas de glossário com diagnósticos e intervenções de enfermagem, pois:

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/ processo da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (NANDA-I, 2013).

Assim sendo, optamos por dar alguns exemplos de diagnóstico e intervenção de enfermagem em cada capítulo, para servir de exemplo para os enfermeiros pensarem em qual classificação desejam utilizar (NANDA ou CIPE).

Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 19 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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. Publicado em 22/09/2017. Edição 183. Seção 1. Página 68. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

BORDIGNON M, MONTEIRO M.I. Rev Bras Enfermagem .set-out;69(5):996-9.2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei do Exercício Profissional nº 7.498/ 1986**. Rio Janeiro (Brasil). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2712002-revogada-pela-resoluo-cofen-3172007_4308.html>. Acesso em: 19 set. 2019.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 19 set. 2019.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros. Rio Janeiro (Brasil): COFEN, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 19 set. 2019.

_____. Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo. Processo de Enfermagem: guia para a prática. 2015.

COSTA, P.C.P. **A experiência do enfermeiro no acolhimento: estudo com enfoque na fenomenologia social** [Dissertação]. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2014.

DOMINGUES, *et al.* Entrevista. In: LUCIA, A. BARROS, B.L. de. **Anamnese e Exame Físico**. Cap. 4. 3º ed. Artmed. pág. 76 – 92.

FRANCO TB, BUENO WS, MERHY EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim**, Minas Gerais , Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345–53.

MATOS, I, OLIVEIRA, R. F. C. A, Maria Conceição de. **Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações**. In: Athenea Digital. (13) 2. 239 – 244. Julho, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. 1ª Ed. Brasília; 2004.

NANDA international. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**.11. ed. Porto Alegre Artmed.2018

ROCHA, B.S. *et al.* Protocolo de Enfermagem na Atenção à saúde da Família. In: ROSSO, C. F. W. *et al.* (Org.). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.336 p.

TEIXEIRA R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R, MATTOS R.A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 49–61.

1.2. ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A violência de gênero é reconhecida como um problema de saúde pública, apreendido em sua gênese sob o enfoque das desigualdades de gênero e que representa, no Brasil e no mundo, uma violação dos direitos humanos (KRUG *et al.*, 2002).

De acordo com a Convenção Interamericana de Belém do Pará, a violência contra a mulher é definida como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996, p. 2).

Segundo Krug *et al.* (2002), a violência então, assume classificações distintas segundo a sua tipologia (auto infligida, interpessoal e coletiva) e a natureza dos atos perpetrados (violência, física, sexual e psicológica). No entanto, para fins do presente protocolo, optou-se pela classificação adotada pela Lei Maria da Penha (Quadro 1), que circunscreve a violência de gênero em contexto mais amplo das injúrias vivenciadas, tais como física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (BRASIL, 2006).

Quadro 1: Formas de violência de gênero.

Violência física	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.
Violência psicológica	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação
Violência sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
Violência patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
Violência moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: BRASIL, 2006, p. 1. Art. 7º. Lei Maria da Penha.

As mulheres e a população LGBTQI+ estão vulneráveis à violência de gênero nos diferentes ciclos de vida, como a adolescência, a idade reprodutiva, durante a gestação, assim como as idosas. Embora as ocorrências sejam mais frequentes no âmbito doméstico, também são perpetradas por pessoas sem laços de parentesco, a exemplo da violência sexual e estupro por estranhos. Sofrem assédio na vida pública em geral, na rua, nos espaços de trabalho, lazer, estudo e nas instituições, incluindo os serviços de saúde, a exemplo da violência obstétrica. As manifestações abusivas direcionadas às mulheres, variam desde insultos verbais até a morte, denominada femicídio ou feminicídio (ROA, 2019, p. 2).

A violência contra a mulher (ou violência de gênero) ainda é invisível do ponto de vista da atenção à saúde nos diversos cenários da prática assistencial. Embora a temática tenha sido alvo de muitos estudos científicos e discussões técnicas no âmbito dos serviços, trata-se de um problema para o qual o arsenal convencional, baseado na sintomatologia e queixa-conduta ainda não reproduz a efetividade desejada (PORTO *et al.*, 2014).

Os profissionais se sentem impotentes diante das situações de violência trazidas pelas mulheres (KIND *et al.*, 2013). Medo, insegurança na abordagem, de envolvimento em processos jurídicos ou com relação ao agressor, além de sobrecarga de atribuições e formação inadequada, representam barreiras para o atendimento aos casos de violência doméstica e sexual no âmbito da ESF, segundo Porto *et al.* (2014).

Segundo Kind *et al.* (2013), a percepção da violência contra a mulher na Atenção Primária à Saúde se manifesta de diversas formas, permeando-se ora pela visibilidade, ora pela invisibilidade, associando-se ao não reconhecimento do problema como parte das ações dos profissionais, assim como a recusa em reconhecê-lo no contexto das demandas apresentadas pelas mulheres. “Alguns recortes dos dados demonstram que esse problema é sistematicamente colocado - fora do alcance dos olhos” (KIND *et al.*, 2013, p. 1808).

Por outro lado, as violências doméstica e sexual representam um agravamento de notificação compulsória desde 2003 (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014) e, no entanto, ainda representam eventos subnotificados, em parte porque os profissionais de saúde compreendem a notificação como denúncia, dificultando a análise epidemiológica do problema, as ações de prevenção e a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual (KIND *et al.*, 2013).

As violências física e sexual apresentam alta magnitude entre as mulheres da Atenção Básica de saúde. Os principais agressores são os parceiros íntimos e outros familiares. A proporção identificada varia entre 38,9% a 49,8% em se tratando de violência física e de 8,0% a 14,9% de violência sexual, entre mulheres adultas. A proporção de casos de violência doméstica foi de 34,1% nos casos de agressões físicas e de 7,1% entre as agressões sexuais (SCHRAIBER *et al.*, 2007a; SCHRAIBER *et al.*, 2007b; OSIS *et al.*, 2012). “Dentre essas mulheres, 6,5% disseram ter procurado ajuda em um posto/unidade de saúde” (OSIS *et al.*, 2012, p. 354).

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2017 foram registrados 452.988 novos casos de violência doméstica contra a mulher nos tribunais de justiça estaduais do país. Este número é 12% maior que o verificado no anterior. “O TJSP apresentou o maior volume de registros, com 67.541 casos novos” (CNJ, 2018 p.12-13).

Segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), durante o decênio de 2007 e 2017, a taxa nacional de homicídios de mulheres aumentou em 20,7%. Ou seja, de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil mulheres. Cabe destacar que o Estado de São Paulo apresentou taxa de homicídios femininos de 2,2 por 100 mil mulheres, sendo a menor taxa observada no país em 2017 (IPEA, 2019).

O IPEA (2019) ainda destaca que não se sabe ao certo se estes números indicam aumento real do feminicídio ou diminuição da subnotificação junto às delegacias de polícia. Por outro lado, verificou-se, a partir dos dados agregados de saúde disponíveis no sistema de informação de mortalidade (SIM), que cerca de 30% dos homicídios de mulheres ocorreram dentro das residências. Dentre estes crimes, o uso da arma de fogo aumentou 30% nos últimos dez anos (IPEA, 2019).

Em relação à violência no ciclo gravídico-puerperal, em especial a fase puerperal, estudos demonstram a continuidade das agressões e, no Brasil, a prevalência variou de 9,3% em um estudo na região nordeste (SILVA *et al.*, 2015) a 25,6% em um estudo na região sudeste (MARCACINE *et al.*, 2013). A literatura evidencia algumas repercussões da violência nesse período, tais como: os transtornos psicológicos na mulher, a dificuldade no estabelecimento da maternidade e da paternidade, além de dificuldades no contato com a rede de apoio social, assim como as consequências para a saúde do recém-nascido, e a diminuição na prática do aleitamento materno (SILVERMAN *et al.*, 2006; KENDALL-TACKETT, 2007; LAU; CHAN, 2007; LOURENÇO, DESLANDES, 2008; AVERBUCH; SPATZ, 2009; CERULLI *et al.*, 2010; JAMES *et al.*, 2014; MEZZAVILLA *et al.*, 2018; MILLER-GRAFF; AHMED; PAULSON, 2018; MARCACINE *et al.*, 2018; BARALDI *et al.*, 2019). A maior parte dos estudos se dedica ao fenômeno da amamentação, no entanto, fazem-se necessários mais estudos para desvelar outras repercussões.

No que se refere à forma como ocorre a prática do aleitamento materno, as evidências científicas demonstram que as mulheres que vivenciaram violência no período puerperal tiveram uma diminuição na intenção de amamentar, menor chance de iniciar o aleitamento materno, bem como mantê-lo exclusivo por seis meses, fato este que mostrou o aumento da possibilidade de complementação precoce (BARALDI *et al.*, 2019).

A violência doméstica ou sexual – entendida como a violência interpessoal e comunitária, perpetrada por desconhecido ou pessoa não pertencente ao núcleo familiar –, está associada a diversos problemas de saúde (MILLER & MCCAW, 2019). A literatura apresenta desde queixas ginecológicas comuns, infecções sexualmente transmissíveis, corrimentos vaginais, gravidez indesejada, complicações obstétricas, distúrbios gastrointestinais, síndrome do cólon irritável, depressão, dependência química, até ocorrências fatais como homicídio, suicídio, morte materna e deficiências. (HEISE *et al.*, 1994; SCHRAIBER *et al.*, 2007b; MOREIRA *et al.*, 2008; WHO, 2013).

Os serviços de saúde representam o locus privilegiado para identificar e referir as vítimas de violência, tendo em vista as condições propícias para a revelação do problema: privacidade, sigilo, escuta e abordagem de sinais e sintomas relacionados a agressões (HEISE, 1994; MILLER & MCCAW, 2019).

A reorganização do modelo assistencial, por meio da Estratégia de Saúde da Família, possibilita a longitudinalidade do cuidado e o desenvolvimento de vínculos entre usuários e profissionais, o que potencializa a identificação e a intervenção sobre as diversas formas de violência (PORTO *et al.*, 2014, p. 790).

A equipe de enfermagem desempenha ações importantes na identificação e acolhimento dos casos que buscam os diversos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde. O enfermeiro é o profissional de referência para a equipe, pois a Sistematização da Assistência representa a ferramenta essencial para estabelecer um plano de cuidados continuado das mulheres vitimadas (MOURA *et al.*, 2011). O estabelecimento de vínculo de confiança com a mulher em situação de violência é o primeiro passo para que seja iniciado o processo de cuidado que incluirá um protocolo de atenção em rede.

A atenção em rede pressupõe a articulação de atendimentos entre a equipe da Unidade Básica de Saúde e os demais serviços de proteção social disponíveis no território que se fizerem necessários dentro da linha de cuidado integral, de acordo com as necessidades individuais de cada caso. As ações intersetoriais incluem as áreas de assistência social, centros de referência da mulher, casas-abrigo, serviços de apoio jurídico, delegacias de defesa da mulher, serviços de educação, entre outros que contribuem para o fortalecimento da autonomia e independência da mulher na superação da situação vivenciada (SÃO PAULO, 2015).

Destaca-se que as ações propostas não se resumem à identificação e encaminhamento dos casos. A Unidade Básica de Saúde desempenhará papel central na articulação do cuidado em rede, contando com todos os fundamentos e diretrizes estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). É esperado que o profissional de referência da UBS, com o apoio da equipe, realize o acompanhamento da mulher em situação de violência até a alta (SÃO PAULO, 2015).

Em se tratando de violência sexual, embora seja proposto fluxo de encaminhamento específico para os serviços de referência, ainda assim é importante destacar a importância do acompanhamento longitudinal do caso, que é proposto para a equipe técnica da UBS, pois é essencial que a mulher ou adolescente mantenha a adesão às medidas profiláticas contra a infecção pelo HIV, hepatites e demais infecções sexualmente transmissíveis, além do controle sorológico, prevenção da gravidez, monitoramento de infecções sexualmente transmissíveis de origem viral e atenção à saúde mental (MOURA *et al.*, 2011; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; SÃO PAULO, 2015).

Entrevista e exame físico

A Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilitará a organização do cuidado às mulheres em situação de violência, com abordagem integral e centrada nas necessidades individuais e singulares de cada uma delas. Por se tratar de um problema sensível, que envolve a complexidade de fatores de natureza física, psicológica, sexual, social, cognitiva, afetiva e familiar, determinados pelas desigualdades de gênero que repercutem de forma significativa no sistema de crenças das usuárias e dos próprios profissionais, o acolhimento ético, digno e solidário é fundamental para o estabelecimento de vínculo de confiança com o profissional e cuidado efetivo.

Entende-se que as desigualdades de gênero historicamente construídas a partir do sentido social dado ao masculino e ao feminino, determinam relações assimétricas de poder associadas à gênese do ciclo de violência contra as mulheres. Portanto, a compreensão do referencial de gênero pela equipe técnica de saúde no contexto dos atendimentos, pode contribuir para a ruptura dessas relações em contextos de grande desigualdade e impossibilidades de comunicação / interação (SCHRAIBER, 2001).

Propõe-se o rastreamento de rotina para violência, que poderá ser feito pelos auxiliares ou técnicos de enfermagem e pelos enfermeiros na abordagem inicial dos atendimentos em saúde da mulher, além dos grupos educativos e visitas domiciliares, dentre outras portas de entrada existentes nos serviços de Atenção Primária.

Trata-se de uma conversa introduzida durante a entrevista quando são questionados os antecedentes pessoais e/ou a história sexual e reprodutiva da mulher, destituída de caráter interrogatório. Determinadas situações não são percebidas pelas mulheres como violência. Ou seja, fatos ocorridos, comportamentos, atitudes por parte do(a) companheiro(a), marido, namorado(a) ou de alguém da própria família podem ser mencionados pela mulher durante a entrevista ou do atendimento como um todo e, portanto, os profissionais devem estar atentos, assim como a sinais e sintomas sugestivos de exposição a situações de violência (quadro 2).

Quadro 2: Roteiro sugestivo para avaliação e identificação de situações de violência vivenciadas por mulheres.

Critérios de avaliação	Atribuição profissional
Perguntas sugeridas	
<p>Sabe-se que mulheres que apresentam problemas de saúde ou queixas como as suas muitas vezes têm problemas de outra ordem em casa. Por isto, temos abordado este assunto no serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"> • E o seu companheiro(a), marido, namorado(a), vocês estão ou se dão bem? • Você está com problemas no relacionamento familiar? • (nome da mulher), alguma vez na vida ou recentemente você foi insultada, se sentiu humilhada por alguém da sua própria família? Por quem? • Você acha que estes problemas afetaram ou estão afetando sua saúde? • Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? • Quando vocês discutem, ele fica agressivo? • (nome da mulher), me conte... você sente medo de alguém? • Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você? • Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você? • Alguém lhe bate? Você gostaria de me dizer quem? • (nome da mulher), alguma vez, o seu atual marido/companheiro(a), ou qualquer outro companheiro(a), ou alguma pessoa conhecida ou estranha, a forçou fisicamente ou mediante ameaça, a manter relações sexuais quando você não queria? 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares de Enfermagem • Técnicos de Enfermagem • Enfermeiros
Ocorrências, comportamentos e atitudes	
<ul style="list-style-type: none"> • Ataques a entes queridos, objetos pessoais ou animais de estimação; • Restrição de liberdades individuais: impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas; privação de dinheiro para necessidades básicas; • Humilhação; maus tratos, desqualificações públicas ou privadas; xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares; • Discussões, ameaças de agressão; ameaças com armas ou instrumentos de agressão física e brigas verbais frequentes; • Agressão física de qualquer espécie (incluindo atos como bater, empurrar, puxar cabelos, beliscar, estapear, espancar, agredir com objetos, queimar, tentar estrangular, ameaçar, o uso de, ou efetivamente usar, armas de qualquer tipo); • Relações sexuais forçadas ou submissão a práticas sexuais indesejadas • Companheiro demasiadamente atento, controlador e que reage se for separado da mulher durante os atendimentos nos serviços de saúde; • Dificuldade no estabelecimento da maternidade e da paternidade; • Dificuldade no contato com a rede de apoio social; • Dificuldade para cuidar do recém-nascido; • Diminuição na prática do aleitamento materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares de Enfermagem • Técnicos de Enfermagem • Enfermeiros

Sinais e sintomas	
<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos crônicos, vagos e repetitivos; • Depressão; • Ansiedade; • Nervosismo; • Insônia; • Transtorno do estresse pós-traumático; • História de tentativa de suicídio ou ideação suicida; • Entrada tardia no Pré-Natal; Complicações em gestações anteriores; • Abortos de repetição; • Lesões físicas que não se explicam como acidentes; • Síndrome do intestino irritável; • Transtornos na sexualidade; • Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); • Dor pélvica crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros
Exame físico	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame físico geral, segundo sistemas, seguimentos corporais ou de acordo com as necessidades humanas básicas; • Ofertar o exame ginecológico mediante aconselhamento prévio; • Atentar para recusa ou dificuldade no exame, principalmente ginecológico de rotina; • Atentar para lesões físicas que não se explicam como acidentes; • Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros
Testes e exames laboratoriais	
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); • Testes rápidos positivos para HIV, sífilis e hepatites; • Teste de gravidez positivo; • Exames laboratoriais confirmatórios para HIV, sífilis e hepatites, outras ISTs e gravidez; • Demais exames compatíveis com alterações identificadas no exame físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros

Fonte: Adaptado de D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; SCHRAIBER *et al.*, 2007a; GEROMINI, 2019; SCHRAIBER *et al.*, 2012; GARCIA-MORENO *et al.*, 2015; BRASIL, 2016.

Acesse o Formulário Frida em:
http://www.cncmp.mp.br/portal/images/noticias/2019/maio/Proposta_de_kit.REV.pdf

É necessário destacar que a revelação da situação de violência vivida pela mulher, mediante atitude empática, compreensiva, sigilosa, privada, não coercitiva e não julgadora por parte do profissional, geralmente proporciona alívio do sofrimento e a abertura de possibilidades de apoio e superação, a partir do planejamento das ações de enfermagem descritas nos quadros 3 e 4.

Quadro 3: Planejamento das ações no atendimento às mulheres nos diferentes ciclos de vida, adolescentes e população LGBTQI+ em situação de violência doméstica.

<p>Como realizar a abordagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por responsabilidade e ética profissional, a abordagem da violência só deve ser conduzida quando e se o profissional tiver ciência de quais condutas adotar nas situações de violência, tanto em relação ao pronto-acolhimento das necessidades de saúde da mulher, quanto no conhecimento da rede intersetorial necessária para a produção do cuidado e, principalmente, para evitar vitimização da mulher; • O atendimento deve ser descrito em prontuário, com dados sobre a entrevista, do exame físico, orientações, condutas e construção do plano de cuidados; • Compreender que nesta situação é esperado que a mulher sinta dificuldade de se expressar verbalmente e para tanto, necessitará de um tempo particular para conseguir relatar as vivências de violência; • Respeitar o tempo da mulher para tomar decisões sobre seu itinerário terapêutico e para construção conjunta do seu plano de cuidados, caso ela aceite; • Sugere-se durante as consultas de enfermagem a construção do plano de cuidado com a utilização de algumas ferramentas, tais como: ecomapa para e identificação das relações com pessoas ou instituições que poderiam funcionar como apoio; o mapa mínimo da rede social pessoal ou institucional e o Projeto Terapêutico Singular.
<p>Plano de cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar consulta médica imediata e/ou acionar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para remoção à Unidade de Urgência do Território, em caso de suscetibilidade a lesão física de início e gravidade súbitos que exija atenção imediata; • Providenciar coleta de exames laboratoriais, testagens conforme as necessidades individuais; • Estabelecimento de plano de segurança para mulheres com risco de vida (quadro 7); • Avaliar risco de violência, segundo Formulário Frida (Anexo 2); • Administrar medicamentos prescritos e orientar sobre possíveis efeitos e cuidados pós uso; • Notificar caso ao Sinan (Anexo 1); • Acionar Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude em situações de violência envolvendo menores de 18 anos; • Proceder registros em prontuário. <p>Intervenções Opcionais Adicionais - Síndrome de abstinência de substâncias aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acionar psicólogo / assistente social da UBS ou Nasf; • Efetuar o preenchimento das fichas de notificação violência e intoxicação exógena; • Referenciar ao CAPS-AD; • Nos casos de síndrome de abstinência de substâncias aguda (00258) que apresentem sinais de confusão aguda (00128); náusea (00134); risco de desequilíbrio eletrolítico (00195) ou risco de lesão (00035), solicitar avaliação médica e/ou acionar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência para remoção à Unidade de Urgência do Território; • Acionar o centro de controle de intoxicações (CCI); • Orientação antecipada; • Prevenção do suicídio; • Supervisão: segurança.
	<p>Intervenções opcionais adicionais risco de suicídio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar atendimento médico imediato; • Acionar equipe de saúde mental do Nasf e/ou CAPS; • Notificar caso ao Sinan (Anexo 1); • Acionar conselho tutelar e/ou vara da Infância e da juventude em situações de violência envolvendo menores de 18 anos; • Avaliar risco de violência, segundo formulário Frida (Anexo 2); • Proceder registros em prontuário.

Mapear risco e estabelecer o plano de segurança:

- Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos com algum(a) vizinho(a) em quem possa confiar para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda” ou “Quando eu apitar, chame ajuda”;
- Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher se certifique de estar em um lugar onde possa fugir e tente não discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas.
- Orientar que a mulher tenha um plano de fuga seguro, e o local para onde ela poderia ir nesse caso;
- Orientar que a mulher tenha um lugar seguro para manter um pacote com cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.

- Acompanhar e monitorar o itinerário terapêutico das usuárias por meio da vigilância em saúde, da consulta de enfermagem, da visita domiciliar e / ou outras formas de acompanhamento das usuárias;
- A resolução Cofen 564/2017, no capítulo dos deveres profissionais (artigo 52, alíneas 4 e 5) coloca a obrigatoriedade da comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independente de autorização nos seguintes casos: violência contra as adolescentes e pessoas incapacitadas e em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Na Atenção Básica uma ação importante é a orientação individual ou coletivamente aos usuários acerca dos direitos das mulheres, em prol do fortalecimento da cidadania e de uma cultura de valorização da paz.

Fonte: D'OLIVEIRA et al., 2009; SCHRAIBER et al., 2012; GARCIA-MORENO et al., 2015; BRASIL, 2016

Em cumprimento às disposições da Portaria Ministerial nº 485, de 1º de abril de 2014, que redefiniu competências e fluxos de funcionamento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, compete às unidades básicas de saúde, na qualidade de serviços integrantes da respectiva rede de cuidado e em conformidade às suas especificidades e atribuições, o rol de ações sistematizados no quadro 4.

Quadro 4: Planejamento das ações adicionais no atendimento às mulheres nos diferentes ciclos de vida, adolescentes e população LGBTQI+ em situação de violência sexual nos serviços de Atenção Básica.

- Acolhimento;
- Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito à dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- Escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;
- Informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Atendimento clínico;
- Atendimento psicológico;
- Realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações: data e hora do atendimento; história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;
- Realizar testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites, mediante orientações e aconselhamento pré e pós teste;
- Realizar teste de gravidez;
- Providenciar consulta médica imediata para avaliação, solicitação de exames necessários, indicação de profilaxia contra ISTs e HIV/AIDS, e referenciamento ao serviço de emergência 24h;
- Realizar imunização contra a hepatite B.
- Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
- Exames laboratoriais necessários;
- Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;
- Orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial;
- Orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual;
- Notificação ao Sinan.

Fonte: Portaria Nº 485, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014. p.2-3.)

Referências

AVERBUCH, T.; SPATZ, D. *Breastfeeding mothers and violence: what nurses need to know*. *MNC American Journal of Maternal and Child Nursing*, v. 34, n. 5, p. 284-9, 2009.

BARALDI, N. G.; VIANA, A. L.; PIMENTEL, D. T R.; STEFANELLO, J. Violência por parceiro íntimo e a prática do aleitamento materno. *Rev enferm UFPE on line*. v. 13, p. e239360. 2019.

BRASIL. Decreto n. º 1.973/1996 de 01/08/1996. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. D.O. de 02/08/1996, p. 14471.

_____. **Lei No 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 24 nov.

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências. *Diário oficial da união* 2006; 07 ago.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2014; 01 abr.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1ª Edição. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

_____. 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, 2017; 21 set.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER H.K., DOCHTERMAN J.M; WAGNER C.M. Classificação das intervenções de enfermagem NIC. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016

CERULLI, C.; CHIN, N.; TALBOT, N.; CHAUDRON, L. *Exploring the Impact of Intimate Partner Violence on Breastfeeding Initiation: Does It Matter? Breastfeed Med.*, v. 5, n. 5, p. 225–26, 2010.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. CIPE® Versão 2017. Português do Brasil.[online]. Disponível em: <<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, DF, 06 dez. 2017. Seção 1. p. 233.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358 de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. COFEN, 2019; 15 out.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. O poder judiciário na aplicação da lei Maria da Penha. Brasília (DF): CNJ, 2018. 24p.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. UNIÃO EUROPÉIA. Orientações para o Uso do Formulário de Avaliação de Risco: FRIDA. Brasília: CNMP, 2019.

D'OLIVEIRA Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER Lilia Blima; HANADA Heloísa; DURAND Julia G. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a Atenção Primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 4, p.1037-1050, 2009.

GARCÍA-MORENO, C.; HEGARTY, K.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; KOZIOL-MACLAIN, J.; COLOMBINI, M.; FEDER, G. *The health-systems response to violence against women*. Lancet, v. 385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015.

GEROMINI Paula Rafaela Pegorer. **Detecção da violência contra mulher na consulta médica com o uso do instrumento “Conflitos Familiares Difíceis”: uma sistematização de experiência**. 2019. 59f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019.

HEISE Lori. *Gender-Based Abuse: The Global Epidemic*. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.10 (suplemento 1), p.135-145. 1994.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019. 116p.

KENDALL-TACKETT, K. A. *Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding*. *Trauma, Violence & Abuse*, v. 8, n. 3, p. 344-53, 2007.

JAMES, J. P.; TAFT, A.; AMIR, L. H.; AGIUS, P. *Does intimate partner violence impact on women's initiation and duration of breastfeeding?* *Breastfeed Rev.*, v. 22, n. 2, p. 11-9, 2014.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Sept. 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>

KRUG Etienne G; DAHLBERG Linda; MERCY James A; ZWI Anthony. **World report on violence and health**. Geneva: *World Health Organization*, 2002.

LAU, Y.; CHAN, K. S. *Influence of Intimate Partner Violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong*. *Journal Midwifery Womens Health*, v. 52, n. 2, p. 15-20, 2007.

LOURENÇO, M. A.; DESLANDES, S. F. *Maternal care and breastfeeding experience of women suffering intimate partner violence*. *Rev Saúde Pública.*, v. 42, n. 4, p. 615-21, 2008.

MARCACINE, K. O.; ABUCHAIM, E. S. V.; JARDINI, L.; COCA, K. P.; ABRÃO, A. C. F. V. *Intimate partner violence among postpartum women: associated factors*. *Rev Bras Enferm.*, v. 71, Suppl 3, p. 1306-12. 2018.

MARCACINE, K. O.; ABUCHAIM, E. S. V.; ABRAHÃO, A. R.; MICHELONE, C. S. L.; ABRÃO, A. C. F. V. *Prevalence of intimate partner violence reported by puerperal women*. *Acta Paul Enferm*, v. 26, n. 4, p. 395-400, 2013.

MEZZAVILLA, R. S.; FERREIRA, M. F.; CURIONI, C. C.; LINDSAY, A. C.; HASSELMANN, M. H. *Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies*. *J Pediatr*. v. 94, n. 3, p. 226-37, 2018.

MILLER-GRAFF, L. E.; AHMED, A. H.; PAULSON, J. L. *Intimate Partner Violence and Breastfeeding Outcomes in a Sample of Low-Income Women*. *J Hum Lact*, v. 34, n. 3, p. 494-502, 2018.

MILLER, Elizabeth; MCCAW, Brigid. *Intimate Partner Violence*. **N Engl J Med**, n.380, e47, 13 Jun., 2019. DOI: 10.1056/NEJMc1904412

MOREIRA SNT, GALVÃO LLLF, MELO COM, AZEVEDO GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1053-9, 2008.

MOURA, M. P. B. de; GUIMARÃES, NÚBIA, C. F.; CRISPIM, Z. da M. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Minas Gerais, v.1, n.4, p.571-582, out/dez., 2011.

NANDA international. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*.11. ed. Porto Alegre Artmed.2018

OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; FAÚNDES Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, Abr 2012, vol.46, no.2, p.351-358.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis**, vol. 24, n. 3, Jul-Sep, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300007>

ROA, Monica Caicedo, et al. Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00110718, Jun. 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/776/femicidios-na-cidade-de-campinas-so-paulo-brasil>. acesso em 17 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00110718>.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde**. 2. ed. São Paulo: SMS, 2012. 67 p. (Série Enfermagem).

_____. (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência**. São Paulo: SMS, 2015. 148p.

SCHRAIBER Lilia B, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA-JUNIOR I, DINIZ SG, PORTELLA AP, LUDERMIR AB e col. Violência contra a mulher e saúde no Brasil: estudo multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. **Relatório**. São Paulo; 2002.

_____. Lilia Blima, D'OLIVEIRA Ana Flávia Pires Lucas, COUTO Marcia Tereza, HANADA Heloísa, KISS Ligia B, DURAND Julia G e col. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.3, p.359-367, 2007(a).

_____. Lilia Blima *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n. 5, p. 797-807, Oct. 2007(b). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>.

_____. Lilia Blima. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Rev. USP**. São Paulo, n.51, p. 104-113, setembro/novembro 2001.

SRINIVASAN Sonia, MARINO Jennifer, HEGARTY Kelsey & TARZIA Laura. (2019) *Women's expectations of healthcare providers in the context of reproductive abuse in Australia*. **Cult Health Sex**, London, p.1-15, May 25, 2019. DOI: 10.1080/13691058.2019.1612094

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital Rev Pensam e Investig Soc*, v, 12, n. 3, p. 237-254, 2012

SILVA, E. P.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B.; LUDERMIR, A. B. *Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period*. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, n. 46, p. 1-9, 2015.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; REED, E.; RAJ, A. *Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior*. *J Womens Health.*, v, 15, n. 8, p. 934-40, 2006.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Prevention of violence: public health priority (WHA 49,25)**. Geneva: World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence**. Geneva: WHO Library Cataloguing, 2013.

Anexo: Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença		Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Notificação de Surto	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito		19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____		
	18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos				
Dados de Residência	20 UF	21 Município de Residência	Código (IBGE)	22 Distrito	
	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida,...)		
	25 Número		26 Complemento (apto., casa, ...)		
	27 Geo campo 1		28 Geo campo 2		
	29 Ponto de Referência		30 CEP		
	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)	
Notificante	Município/Unidade de Saúde				
	Nome		Função	Assinatura	

Notificação

Sinan NET

SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia _____	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra _____	03 Especificar tipo de exame : _____		
	04 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		07 Data do início do exatema _____	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	09 Foi realizado líquido ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		10 Resultado da bacterioscopia : _____		
	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		12 Data da última dose tomada _____	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	14 Data da hospitalização _____
	15 UF _____	16 Município do hospital _____	Código (IBGE) _____	17 Nome do hospital _____	
	Código _____				
Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____				
	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF _____ Município: _____ Distrito : _____ Bairro: _____				

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006

Fonte: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>

1.3. ATENÇÃO ÀS ESPECIFICIDADES EM POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADES

O enfoque deste item se dirige à mulher em situação de vulnerabilidade, busca estabelecer parâmetros para o trabalho de enfermagem de garantir a saúde como direito, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde, sem qualquer tipo de exclusão a indivíduos e grupos, relativas a idade, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, condição socioeconômica, escolaridade, estado de saúde, limitação física, intelectual, funcional e outras (BRASIL, 2017a).

Há concepções diversas acerca da vulnerabilidade, tendo em vista seu caráter interdisciplinar aplicável a diferentes áreas de conhecimento, vinculada à ideia de fragilidade (SEVALHO, 2018), apontando também para a relevância das ações colaborativas interprofissionais para abordar os problemas e necessidades de saúde das mulheres (PEDUZZI, AGRELI, 2018).

A perspectiva de vulnerabilidade se refere aos potenciais de adoecimento ou não, bem como de enfrentamento, tendo em vista a exposição a agravos à saúde resultante das condições de vida individual e coletiva e as possibilidades de acesso aos recursos necessários, expressando assim, um indicador de iniquidade e desigualdade social (BERTOLOZZI et al., 2009).

Ayres *et al.* (2006) propõem dimensões analíticas que auxiliem a compreender a vulnerabilidade de indivíduos e grupos de indivíduos expostos a agravos à saúde. A dimensão individual envolve aspectos biológicos, comportamentais e afetivos que levam à exposição e suscetibilidade ao agravo; a social, dimensão relacionada às características do contexto e das relações sociais às quais esses indivíduos constroem socialmente; e, programática, dimensão relativa às respostas tecnológicas capazes de interferir nos agravos, podendo ser políticas, governamentais de programas, serviços e ações.

Algumas mulheres apresentam especificidades e vivem situações de vulnerabilidades, nas quais as dimensões referidas podem se sobrepor e se intensificar na dinâmica processual da vida em seus diferentes períodos, em um processo de construção histórica, social, cultural e subjetiva, que constrói também essas mulheres como sujeito e seus lugares na sociedade (XAVIER, ROCHA, 2017). Assim, necessitam de atenção específica, em que as ações de enfermagem podem ser determinantes para a qualidade de vida, segundo Quadro 6.

Quadro 5: Outras especificidades e situações de vulnerabilidades durante o atendimento à mulher na Atenção Primária à Saúde. Coren-SP, São Paulo-SP, 2019.

Especificidade	Conceito/contexto	O que fazer?
Mulher negra	Como forma de promoção da equidade e integralidade em saúde, o trabalho de enfermagem de atenção à mulher negra não deve sofrer quebra de continuidade das ações de acompanhamento pré-natal e trabalhar para redução das desigualdades sociais.	Conhecer: <ul style="list-style-type: none">• História pregressa, hábitos de vida (alimentação, sedentarismo, uso de substâncias psicoativas, tabagismo), paridade, comorbidades; uso de medicamentos; sinais e sintomas (início e duração);• Atentar-se para a presença de anemia falciforme (doença mais relevante que acomete mulheres negras);• Hipertensão arterial e níveis glicêmicos, tendo em vista a incidência de doenças hipertensivas e diabetes mellitus na população negra;• Risco aumentado de tromboembolismo (histórico). Orientar/realizar: <ul style="list-style-type: none">• Exame físico, sinais vitais;• Importância da deambulação;• Alternar atividade física e descanso, respeitando limites de condicionamento físico;

- Importância da alimentação saudável (causa-efeito) com foco na prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes;
- Acolhimento conforme suas necessidades priorizando consultas se necessário.

Estimular:

- Necessidade de acompanhamento e continuidade no aconselhamento genético;
- Deambulação precoce;
- Atividade física se possível sob orientação de um profissional capacitado;
- Alimentação fracionada de acordo com suas possibilidades;
- Ingestão de líquidos no mínimo de 2 litros diários e no caso de amamentação aumentar para 3 litros;
- Verbalização de queixas e necessidades de qualquer ordem.

Respeitar:

- Especificidades e limites, considerando seus hábitos rotineiros e/ou culturais.

Mulher em situação de rua

As mulheres em situação de rua vivem em permanente vulnerabilidade, exposição a riscos, barreiras de acesso e dificuldade de se vincular a serviços de saúde.

Conhecer:

- História pregressa, hábitos de vida (alimentação, sedentarismo, uso de substâncias psicoativas, tabagismo), paridade, comorbidades; uso de medicamentos; sinais e sintomas (início e duração);
- Tipo/contexto de situação de rua;
- Sentimentos em relação à situação de rua;
- No caso de mulheres grávidas, sentimento em relação à maternidade;
- Possíveis redes de socialização e/ou suporte;
- Utilização de substâncias psicoativas;
- Se há vinculação à Estratégia do Consultório de Rua;
- Tipos de parcerias;
- Possíveis situações de violências (parcerias, práticas sexuais, institucionais);
- Consumo alimentar e ingestão de líquidos;
- Possibilidades de inclusão social e saída de condição de rua;
- A existência ou possibilidade de alguma fonte de renda;
- Perspectivas de organização do cotidiano e de planos futuros.

		<p>Orientar/realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importância da alimentação e hidratação saudáveis de acordo com a possibilidade; • Importância da higiene corporal, íntima e cuidados com a saúde de acordo com sua condição do momento (adolescente, gestante, puérpera, climatério) de acordo com as possibilidades; • Ofertar e orientar sobre preservativo (interno e externo) e outras estratégias de contracepção e de prevenção combinada das ISTs para estímulo a práticas sexuais segura, saudável e consensual; • Levantamento de possíveis dispositivos para acolhimento da mulher, ou se for o caso, do binômio mãe-bebê, visando o atendimento das necessidades de saúde e a manutenção do vínculo e permanência da guarda do RN com a mãe; • Encaminhamento para serviços específicos de acordo com as necessidades; • Acolhimento conforme necessidade de forma prioritária. <p>Estimular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de acompanhamento e continuidade no cuidado; • Alimentação fracionada de acordo com suas possibilidades; • Consumo e ingestão de líquidos de acordo com as possibilidades; • Verbalização de queixas e necessidades de qualquer ordem. <p>Respeitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especificidades, limites e vontades impostas pela mulher mediante sua situação, hábitos e cultura.
<p>Mulher usuária de substâncias psicoativas</p>	<p>Os grandes desafios a serem considerados para promover uma assistência diante de um usuário de substância psicoativa são a compreensão e intervenção no campo dos usos dessas substâncias e a separação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam, simultaneamente, a tendência de alguma pessoa vir a utilizá-las.</p>	<p>Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História pregressa, hábitos de vida (alimentação, sedentarismo, uso de substâncias psicoativas, tabagismo), paridade, comorbidades; uso de medicamentos; sinais e sintomas (início e duração); • Tipos de substâncias utilizadas e os padrões/vias de utilização; • Significado da utilização das substâncias (motivação, prazeres, analgesia, mecanismo de fuga em situações dolorosas/díficeis); • Significado da maternidade; • Redes sociais de apoio; • Contexto de convivência. <p>Orientar/realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre efeitos das substâncias utilizadas; • Importância da alimentação saudável e hidratação como forma de redução dos efeitos nocivos das substâncias;

- Acordo sobre tentativa de manejo e redução na utilização das substâncias mediante especificidades;
- Estratégias de redução de danos;
- Encaminhamento da mulher para serviços especializados para este tipo de atendimento ou de acordo com a necessidade;
- Acolhimento conforme necessidade da mulher de forma prioritária.

Estimular:

- Necessidade de acompanhamento e continuidade do cuidado;
- Atividade física se possível sob orientação de um profissional capacitado, para auxiliar no processo de redução do padrão da utilização de substâncias;
- Alimentação fracionada de acordo com suas possibilidades;
- Ingestão de líquidos de, no mínimo, 2 litros diários e no caso de amamentação, aumentar para 3 litros;
- Sobre restrições na amamentação de acordo com a(s) substância(s) utilizada(s);
- Verbalização de queixas e necessidades de qualquer ordem.

Respeitar:

- Acolhimento conforme as necessidades da mulher, priorizando consultas, se necessário.

Adolescente

A adolescência abrange: a pré-adolescência (faixa etária de 10 a 14 anos); e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19 anos). Deve ser entendida como uma fase marcada pela busca de identidade e mudanças tanto fisiológicas quanto psicológicas, fatores esses que possibilitam a geração de conflitos internos e relacionais.

Conhecer:

- História pregressa, hábitos de vida (alimentação, sedentarismo, uso de substâncias psicoativas, tabagismo), paridade, comorbidades; uso de medicamentos; sinais e sintomas (início e duração);
- Nível de maturidade física e psíquica da adolescente;
- Relações familiares, sociais e conjugais;
- Aspectos biológicos inerentes à adolescência;
- Apoio emocional (relacionado ao afeto, amor, empatia e respeito), informativo (relacionado às sugestões, conselhos e opiniões) e instrumental (financeiro, tempo dedicado, disponibilização e recursos) prejudicados;
- Significado do papel da maternidade para adolescente;
- Práticas sexuais e tipos de parcerias.

Orientar/realizar:

- Promoção de vínculo (familiar e afetivo com pessoas de confiança do adolescente);
- Acolhimento conforme necessidade da adolescente de forma prioritária.

Profissionais do sexo	Profissional do sexo é considerada uma atividade comercial. Constitui-se em relação sexual remunerada na qual o vínculo mais importante não é o afeto ou o desejo recíproco, mas a mediação de prazeres sexuais por bens materiais, na qual a mulher vende uma experiência sexual.		<p>Conhecer/valorizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os comportamentos sexuais (oral vagina/pênis/ânus, penetração anal/vaginal, utilização de dedos/brinquedos sexuais, tipos de parcerias). <p>Orientar/realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso de estratégias de prevenção das ISTs: preservativos (interno e externo), profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP), profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), testes rápidos, imunização para hepatites A e B, assim como ofertá-los; • No caso das mulheres cisgênero e homens transexuais, sobre o uso de métodos contraceptivos, assim como ofertá-los; • Manutenção das unhas aparadas e higienizadas; • No caso das mulheres cisgênero e homens transexuais, susceptibilidade às infecções durante o período menstrual; • A importância da verbalização de dúvidas relacionadas a medidas de prevenção. <p>Estimular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação da parceria, quando houver, durante as consultas/acolhimento. <p>Respeitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação sexual e identidade de gênero tanto de quem passa pelo atendimento como das referentes parcerias.
Mulheres lésbicas, transexuais, transgêneros	Lésbicas Transexuais (trans) Cirurgiadas	Mulheres que nasceram com o sexo biológico masculino, se identificam como mulheres, realizaram cirurgia de transgenitalização (construção de neovagina) e se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres.	
	Bisexuais	Mulheres cis ou trans que se relacionam sexual e afetivamente com homens e mulheres	
	Homens Transexuais	Homens que nasceram com o sexo biológico feminino e se identificam como homem. Obs: Esta identidade foi incluída, pois homens transexuais podem menstruar e engravidar.	
	Transexuais	Pessoas que nasceram com um determinado sexo biológico, se identificam com o gênero oposto a ele – que realizaram ou não procedimentos cirúrgicos.	
	Transgêneros	Pessoas que se identificam com qualquer identidade não cisgênera	

<p>População feminina privada de liberdade e demais mulheres institucionalizadas</p>	<p>A população feminina privada de liberdade é aquela que vive em condições de confinamento (prisão). As demais institucionalizadas são todas aquelas que vivem em instituições, sejam de apoio social ou para fins terapêuticos (temporários ou permanentes).</p>	<p>Conhecer/valorizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As limitações, anseios, particularidades e condições do cenário em que se encontra (moradia, residência, instituições), bem como os costumes, culturas, hábitos e limitações físicas e de acesso. <p>Orientar/realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso de estratégias que facilitem sua adaptação em comunidade e/ ou no ambiente de convivência; • Orientar cuidados ao RN de maneira segura; • A importância da verbalização de dúvidas relacionadas a cuidados pessoais e com o RN, se for o caso; • Quanto ao comparecimento na unidade de acordo com suas necessidades (acolhimento com atendimento prioritário). <p>Estimular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação da parceria, quando houver, durante as consultas /acolhimento e cuidados indicados; • Estabelecer rede de apoio com familiares e demais serviços de saúde, bem como parceria com serviço social e outras organizações da sociedade civil. <p>Respeitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limites e vontades impostas pela mulher mediante a situação em que se encontra e hábitos rotineiros e/ou culturais.
<p>Mulheres com deficiência</p>	<p>Considera-se a deficiência como consequência de uma doença ou acidente, que deve ser objeto de tratamento para a habilitação ou a reabilitação do máximo de capacidades, aproximando-se da cura. Este paradigma tem como foco as limitações funcionais que se encontram na pessoa, desconsiderando as condições do contexto social.</p>	

Fonte: Adaptado de: Brasil (2012a, 2012b, 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2014; 2015; 2016; 2017a; 2017b; 2017c; 2017d); Santos, Alves, Pereira, Rodrigues, Marchiori, Guerra (2017); Carvalho, Brito (2016); Brito, Belém, Oliveira, Albuquerque, Quirino (2019).

Referências

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: SOUZA, G. W.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. T. U.; PEREIRA, É. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, p. 1326-1330, dez. 2009. Número Especial 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: atenção integral à saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2436 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, DF, 22 set. 2017a. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS**. 3. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017c.

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. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d.

BRITO, N. S.; BELÉM, J. M.; OLIVEIRA, T. M.; ALBUQUERQUE, G. A.; QUIRINO, G. S. Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, p. 1-9, 2019.

CARVALHO, C. F. S.; BRITO, R. S. Rede de apoio no ciclo gravídico-puerperal: concepções de mulheres com deficiência física. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e0600015, 2016.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária em saúde. **Interface**, Botucatu, v.22, suppl.2, p. 1525-1534, 2018.

SANTOS, M. V.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; MARCHIORI, G. R. S.; GUERRA, J. V. V. Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do estado do Rio de Janeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e5980015, 2017.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p.177-188, 2018.

XAVIER, E. C.; ROCHA, K. B. Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá

Capítulo 2

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMAS

2.1. Assistência de Enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero

Introdução

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papiloma vírus humano (HPV) (chamados de tipos oncogênicos) (INCA, 2019).

Sabe-se que o câncer de colo uterino é a quarta forma de neoplasia mais frequente no mundo na população feminina. No Brasil, ele ocupa o terceiro lugar, sendo responsável pela morte de 6.385 mulheres em 2017, assumindo a quarta posição no número de mortes ocasionadas por câncer em pessoas do sexo feminino (INCA, 2019).

Em todo o mundo, estima-se que o número de casos de câncer de colo uterino chegue a 527.600 e ocorram 265.000 mortes por esta doença. No Brasil, os dados revelam que, anualmente, são diagnosticados 15.590 novos casos, o que representa um risco estimado de incidência de 15,33/100.000 habitantes. Além disso, estima-se que dos casos confirmados para a doença, 5.160 implicam em mortes (INCA, 2014).

Tendo em vista que o câncer cervical é uma doença totalmente previsível e, em muitos casos, insidiosa, as ações de rastreamento são primordiais para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero. O enfermeiro tem papel fundamental para a consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino, pois é um dos responsáveis pela realização deste durante as consultas ginecológicas que realiza.

Atribuições do enfermeiro durante o rastreamento de câncer de colo de útero (na assistência, nos grupos educativos e em domicílio) (BRASIL, 2013):

- Realizar consulta de enfermagem e registrar sistematicamente os dados coletados;
- Solicitar exames de acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde/Inca;
- Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas;
- Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, conforme protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou normas técnicas estabelecidas em protocolos;
- Realizar cuidado paliativo, na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Estimular ações de prevenção dos fatores de risco, encorajando a prática de sexo seguro por meio de abordagem da prevenção combinada (múltiplos parceiros aumentam o risco da doença);
- Monitorar as coberturas de vacinação contra o HPV na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde;
- Incentivar hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo (a doença está diretamente relacionada ao número de cigarros fumados) e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente para todos os membros da equipe;
- Supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem no preparo e esterilização de materiais para assistência à mulher;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a realização da coleta de material para exame do rastreamento do câncer de colo;
- Realizar a coleta do exame citopatológico do colo pelo método de Papanicolaou, atividade privativa do enfermeiro;
- Monitorar população feminina na faixa etária para rastreamento no território;
- Acompanhar fluxos com os laboratórios de referência atentando-se para o prazo dos laudos, a necessidade de recoleta, a inserção nos sistemas de produção e acompanhamento (SISCOLO ou SISCAN);
- Supervisionar equipe na busca de casos avaliados de risco que não comparecerem à Unidade, e realizar visita domiciliar a usuária quando necessário.

Atribuições comuns a Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem durante o rastreamento de câncer de colo de útero (na assistência, nos grupos educativos e em domicílio):

- Participar das ações de prevenção dos fatores de risco;
- Incentivar hábitos de vida mais saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo (a doença está diretamente relacionada aos números de cigarros fumados) e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares;
- Realizar cuidado norteado por um plano assistencial elaborado pelo enfermeiro na Unidade de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame citopatológico;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação em saúde;
- Auxiliar no encaminhamento dos exames (logística da unidade).

Faixa etária para o rastreamento do câncer de colo de útero e das lesões precursoras

Quadro 1: Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária.

Idade	Início: 25 anos para mulheres que já tiveram atividade sexual a até 64 anos para mulheres com ao menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos.
Intervalo entre os exames	Após dois exames negativos com intervalos anuais, o exame deverá ser feito a cada 3 anos. Mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico: realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Fonte: BRASIL, 2016.

Para que seja conferida a cobertura do rastreamento da população definida como alvo e sua efetividade, é necessário que haja uma taxa de cobertura de, no mínimo, 80% da população. Isso pode interferir diretamente na mortalidade por câncer de colo do útero, reduzindo pela metade a ocorrência de óbito por esta causa. (PADILHA; ARAÚJO; SOUZA, 2017).

2.1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro tem um papel singular no processo de promoção à saúde, prevenção e acompanhamento do câncer de colo uterino, sendo a consulta de enfermagem uma ferramenta importante para adesão a acompanhamento à saúde da mulher.

É necessário que as barreiras entre as mulheres pertencentes às populações vulneráveis como as em situação de rua, privadas de liberdade, população lésbica, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros, *queers* e intersex (LGBTQI+), dentre outras, sejam minimizadas, para que elas tenham um acolhimento integral e resolutivo levando em conta suas particularidades (BRASIL, 2016).

Desta forma, a equipe de enfermagem tem papel fundamental neste atendimento.

2.1.2. ANAMNESE: ENTREVISTA

Na entrevista focada, devemos coletar os dados pessoais, como o nome completo ou nome social, idade, peso, altura, raça/cor, escolaridade, estado civil e ocupação atual (vide quadro 2).

Com relação aos antecedentes pessoais, se possui alguma doença crônica, ou se já teve algum tipo de câncer, se já fez alguma cirurgia, se faz uso de algum medicamento de uso contínuo, se possui alergias, se a situação vacinal está atualizada, os antecedentes ginecológicos, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, se já teve alguma IST, data da última menstruação, tipo de fluxo, regular ou não, se utiliza algum método contraceptivo, orientação sexual, se tem vida sexual ativa, o tipo de parceria sexual, o número de parceiros nos últimos 12 meses, avaliar se a usuária se encaixa em algum quadro de vulnerabilidade, seja ela por violência psicológica, econômica, física, sexual, emocional, abandono familiar ou do parceiro, se vive em situação de rua, se faz uso de algum tipo de substância química como álcool, drogas ilícitas, tabagismo, qual a queixa dela naquele momento e qual a duração, os antecedentes obstétricos, e familiares.

Quadro 2: Entrevista para rastreamento do câncer do colo do útero

Data: ___/___/___	Horário: _____
Nome completo: _____	
Nome social: _____	
Idade: _____	Raça/cor: _____ Estado civil: _____
Escolaridade: _____	Ocupação atual: _____
Coleta de dados	
Antecedentes pessoais: (HAS, DM, CA, etc.): _____	
Antecedentes ginecológicos: (IST, etc.): _____	
Antecedentes obstétricos: G___ PV___ C___ A___ Gemelaridade () Nulípara ()	
Antecedentes familiares: (HAS, DM, CA, etc.)	
Orientação sexual: heterossexual () homossexual () bissexual ()	
Menarca: _____ anos	Coitarca: _____ anos Atividade sexual: sim () não ()
Parcerias sexuais: homem () mulher () travesti/transsexual ()	
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: _____	
DUM: _____	MAC: _____ Há quanto tempo? _____
Uso de preservativo? feminino () masculino ()	
Não, por quê? _____	
Ciclo menstrual: regular () irregular ()	
Fluxo menstrual/quantidade: pequena () média () grande ()	
Vulnerabilidades: _____	
Violências: psicológica () física () econômica () sexual () emocional ()	
Abandono familiar/parceiro ()	
Situação de rua: sim () não ()	
Uso de substâncias químicas: álcool () maconha () cocaína () crack () anfetaminas () tabagismo () não ()	
Sim, há quanto tempo? _____	Quantidade/dia: _____
Drogas ilícitas injetáveis ()	Tempo de uso: _____
Drogas ilícitas inaláveis ()	Tempo de uso: _____ Outros () _____
Cirurgias: _____	
Terapia medicamentosa: _____	
Alergia: _____	
Imunização: _____	
Queixas comuns: _____	
duração: _____	
Carimbo, assinatura e nº Coren _____	

Fonte: elaboração dos autores.

2.1.3. Exame físico específico:

O exame físico deve focar na investigação de sinais e sintomas que possam ser detectados e tratados precocemente, na própria unidade ou através de encaminhamento a serviços de referência (vide quadro 3).

Quadro 3: Exame específico para rastreamento do câncer do colo do útero

- **Exame das mamas:** inspeção e palpação, seguindo procedimentos descritos no RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA;
- **Exame do abdome:** inspeção e palpação em busca de sinais de peritonite, massas abdominais, sinais dolorosos;
- **Exame da genitália externa:** inspeção da distribuição dos pelos pubianos, grandes lábios, monte pubiano e períneo; com as mãos enluvadas, separar os grandes lábios e inspecionar clitóris, meato uretral e abertura vaginal, observando cor da pele, se há ulcerações, nódulos labiais, secreção, prolapso uterino. Observar a área das glândulas de skene (estão localizadas adjacentes à uretra distal, com função de secreção mucóide para lubrificação do meato uretral – vide infográfico na sequência);
- **Exame vaginal e de colo uterino:** observar características do colo e parede vaginal, presença de secreção ou lesões, conforme descrição na técnica de coleta de exame citopatológico (vide infográfico na figura 1);
- **Toque vaginal bi manual:** não deve ser realizado rotineiramente pelo enfermeiro, tendo sua execução restrita quando houver suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP), sangramentos disfuncionais, presença de massas ou alterações detectadas à palpação de abdome (FLORIANÓPOLIS, 2017). Quando recomendado, deve ser realizado após exame especular. Deve-se afastar lábios maiores e menores, introduzindo os dedos médio e indicador no canal vaginal, explorando as paredes vaginais, cérvix e fundo de saco, pesquisando alterações e tumorações. A outra mão é posicionada sobre o baixo ventre da mulher, realizando leve compressão, a fim de delimitar útero para posterior descrição de sua forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. A dor à mobilização do útero pode ser sugestiva de DIP ou endometrite/pelviperitonite;
- **Por fim, avaliar o tônus e a capacidade contrátil da musculatura do assoalho pélvico.**

Fonte: elaboração dos autores

2.1.4. Exame citopatológico do colo uterino

As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas e podem ser detectadas através da realização periódica do exame citopatológico, principal estratégia de rastreamento utilizada no Brasil, e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico (BRASIL, 2013).

O exame citopatológico é composto pela citologia cervical associado a outras técnicas, tais como: exame clínico especular, inspeção visual com ácido acético (IVA) e teste de Schiller. Além disso, faz-se necessário que sejam acrescidos a esses exames outros testes complementares para aumentar a precisão do diagnóstico das lesões apresentadas pelas usuárias, tais como: colposcopia, cervicografia digital, citologia em meio líquido (CML) e teste do DNA do HPV. Tal fato se justifica pela baixa sensibilidade que a citologia oncótica possui, quando executada de forma isolada, chegando a apresentar 58% de amostras falso-positivo.

Além disso, este exame é dependente do processamento clínico-laboratorial, que envolve a coleta inadequada, preparação defeituosa da lâmina ou em erros de rastreamento microscópico e variação na interpretação das amostras coletadas pelos patologistas, que prejudicam as ações de rastreamento na população (vide quadro 4) (RODRIGUES; FRANCO; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

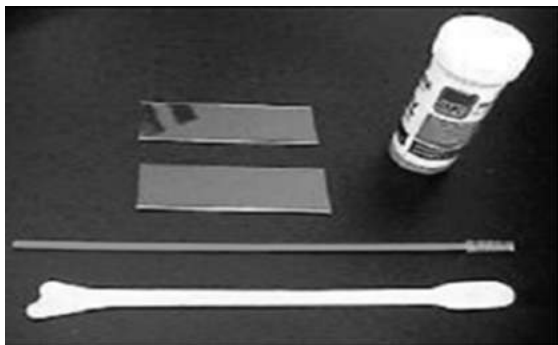
Cuidados iniciais: atentar para o tamanho do espéculo (considerar: mulheres sem práticas sexuais introdutivas, pós quimioterapia local) (vide quadro 4).

Quadro 4: Etapas da consulta ginecológica: a coleta de exame citopatológico.

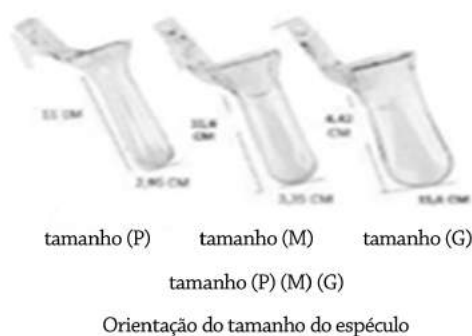
1º - Preparar o ambiente e material para o exame de prevenção

- Organizar o ambiente e checar o material necessário:

Mesa ginecológica, escada de dois degraus, mesa auxiliar, banqueta, foco de luz com cabo flexível, biombo, cesto de lixo, espéculos de tamanhos variados, lâminas de vidro com extremidade fosca, frasco porta-lâmina contendo álcool a 96%, ácido acético a 5%, lugol, espátula de Ayre, escova Campos da Paz (endocervical), pinça de Sharon, algodão, gaze, avental para a paciente, lençóis (preferência que sejam descartáveis), luvas de procedimento, óculos de proteção e máscara cirúrgica.



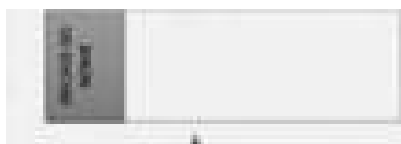
Espátula de Ayre, escova endocervical, lâmina e meio úmido - Fonte: Brasil, 2013



Espéculos de vários tamanhos

2º - Realizar as etapas necessárias que antecedem a coleta

- Lavar as mãos antes do atendimento;
- Chamar a usuária pelo nome, confirmar dados pessoais, orientar sobre os procedimentos que serão realizados;
- Orientar a mulher (na padronização, orientamos não usar o termo paciente, pois indica subserviência sobre o procedimento).
- Esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade e medo;
- Preencher os dados no formulário de requisição do exame citopatológico durante a consulta de enfermagem;
- Descrição do histórico familiar, histórico ginecológico e histórico obstétrico;
- Identificar a lâmina na parte fosca com lápis (iniciais do nome da mulher, nº do prontuário e data da coleta);

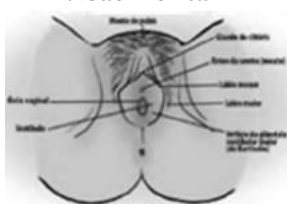


- Solicitar à mulher que esvazie a bexiga e vista o avental com abertura para frente;
- Orientar para que ela sente na beira da mesa ginecológica, fique relaxada;
- Realizar o exame clínico das mamas – vide rastreamento câncer de mamas.

3º - Realizar a coleta do exame citopatológico



Visão frontal



- Colocar a mulher na posição litotômica (decúbito dorsal, com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados, coxas bem flexionadas sobre o abdome, afastadas uma da outra e as pernas sobre as coxas) na mesa ginecológica, o mais confortável possível;
- Cobrir parcialmente o abdome e os membros inferiores da paciente com um lençol;
- Posicionar o foco de luz;
- Calçar as luvas, pôr os óculos de proteção, a máscara e se posicionar de modo que permita uma adequada visualização;
- Realizar a inspeção da genitália externa (vulva, períneo e monte púbico ou de Vênus).
- Separar os grandes lábios e observar:
 - Clitóris: tamanho e forma
 - Meato uretral: presença de secreção.
 - Grandes e pequenos lábios: simetria, coloração, integridade do tecido, presença de secreção.

- Introito vaginal: Em mulheres que não tiveram relações sexuais, está recoberto pelo hímen; e em mulheres que já tiveram relações sexuais, encontra-se entreaberto.

Obs.: Neste introito vaginal podem ser observadas anormalidades ou ter:

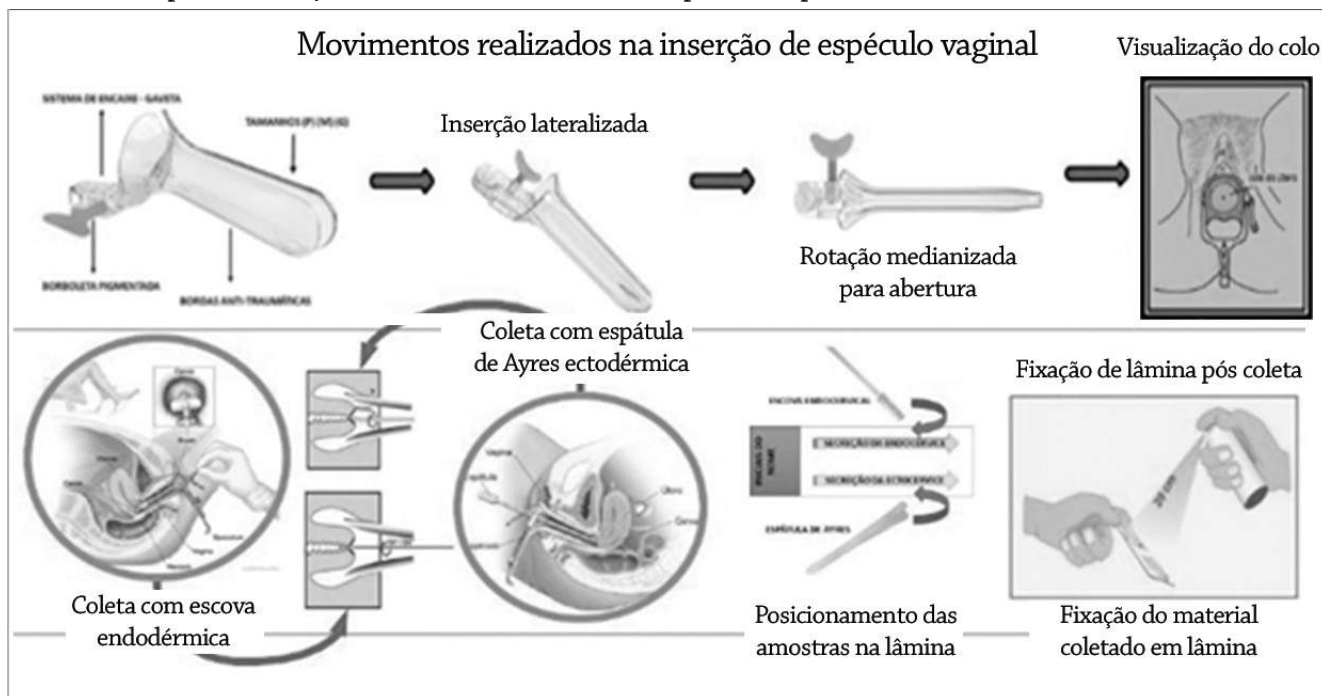
- Colpocele anterior: protusão da parede anterior vaginal, sugestiva de deslocamento de bexiga (cistocele);
- Colpocele posterior: protusão da parede posterior vaginal, sugestiva de deslocamento do reto (retocele)
- Colpocele anterior e posterior.
- Condições do períneo: integridade, lacerações, cicatrizes de parto ou cicatrizes.

(BARROS; BARBIERI; GERK, 2016: p. 272-73)

4º - Realizar a inspeção visual do colo uterino com o ácido acético (IVA)



- Avisar a mulher que irá introduzir o espéculo;
- Existem vários tamanhos de espéculos (pequeno, médio e grande e o espéculo de virgem);
- Abrir o espéculo (rotação da borboleta no sentido da paciente) procurando individualizar o colo.



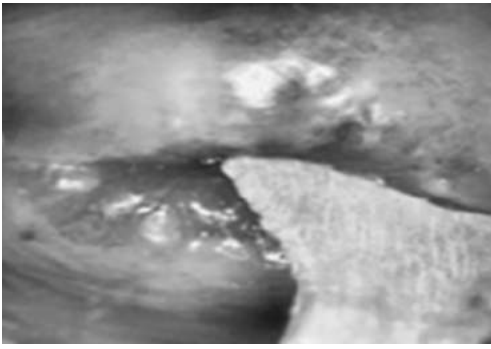
- Introduzir o espéculo;
- Expor o introito vaginal afastando as formações labiais com dois dedos da mão esquerda;
- Introduzir, com a mão direita, o espéculo suavemente na vagina no sentido longitudinal-obliquo (obliquo), tomando cuidado com o meato urinário, girando para o sentido transversal.

ATENÇÃO! Não se deve lubrificar.

- **A borboleta do espéculo deve estar posicionada à esquerda do profissional;**
- **Observar o canal vaginal e o colo uterino.**

5º - Realização das coletas

Coleta Ectocervical



Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no canal endocervical, apoiando-a firmemente. Fazer rotação completa (360°) para a coleta de células da ectocérvice pela raspagem com a parte côncava da espátula.

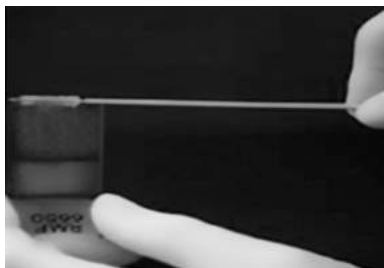


Dispor o esfregaço de maneira uniforme, com fina espessura no sentido transversal, na metade superior da lâmina, no lado onde fica a região fosca. Desprezar a espátula.

Coleta Endocervical



Inserir a escova Campos da Paz por completo na endocérvice e fazer movimento giratório de 360°.



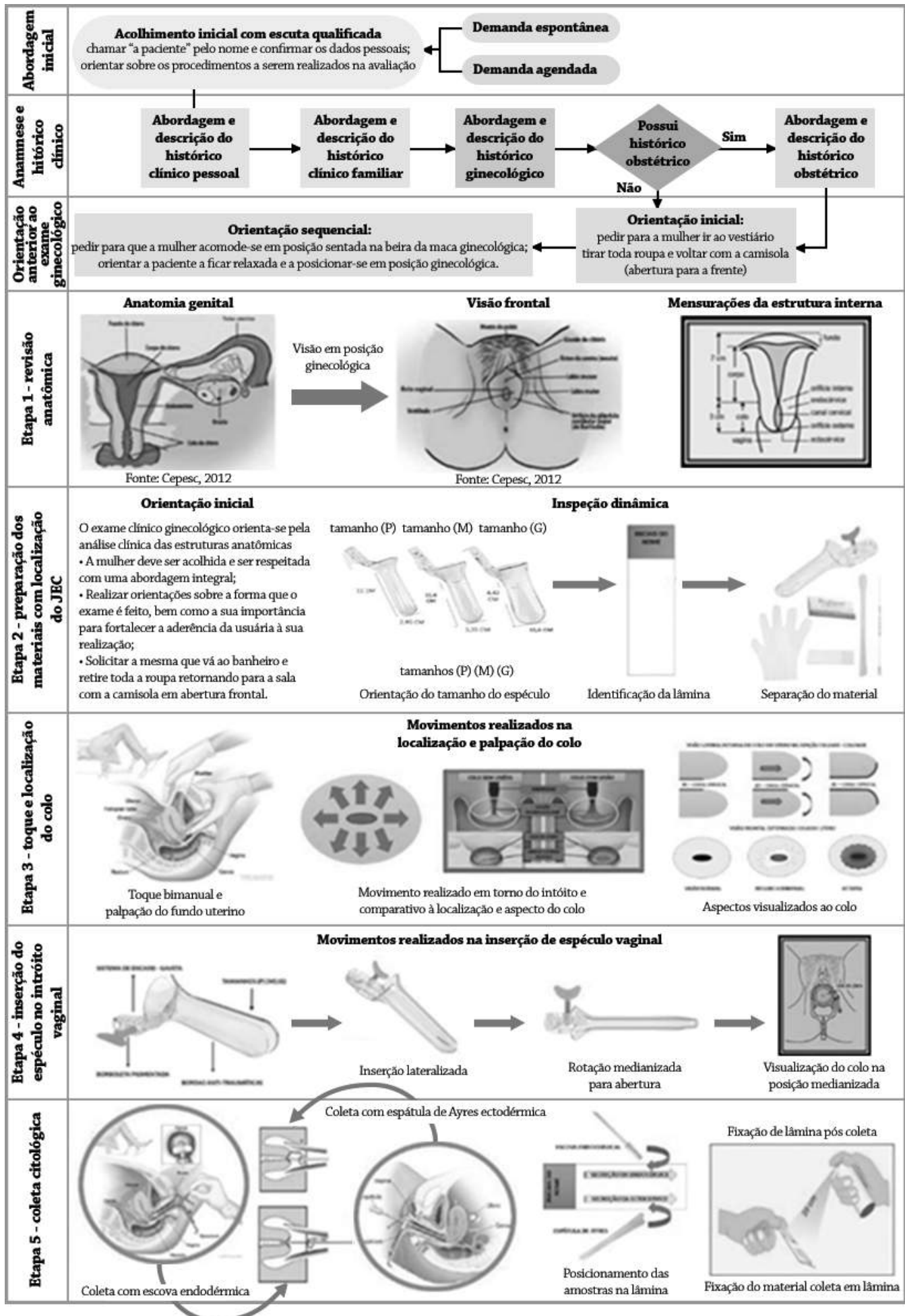
Dispor o material no sentido longitudinal da lâmina da metade para o final, fazendo movimento giratório da escovinha, especialmente da ponta da escova. Depois desprezá-la.

- Armazenar a lâmina do frasco porta-lâmina com álcool a 96%;
- Com o auxílio de uma a pinça de Cheron, embeber uma bolinha de algodão com ácido acético a 5%;
- Pincelar o colo uterino, vagina e fundo de saco vaginal;
- Esperar dois minutos e pesquisar atentamente a presença de lesões aceto-brancas.

6º - Realizar a finalização do exame preventivo

- Avisar que o exame terminou e que irá retirar o espéculo;
- Fechar cuidadosamente o espéculo evitando pinçar o colo, retirando delicadamente, inclinando levemente para cima;
- Desprezar o espéculo em local adequado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa ginecológica orientando a troca de roupa;
- Explicar os achados visuais do exame e orientar as condutas necessárias;
- Enfatizar a data do retorno para o recebimento do resultado do exame.

Figura 1: Etapas da coleta da citopatológica oncológica.



Fonte: ARBYN; HERBERT; SCHENK *et al.* 2007; INCA, 2016, OPAS, 2016, COREN-MG, 2018, INCA, 2019.

2.1.5. Prevenção de infecção durante o procedimento do exame citopatológico do colo do útero

Durante o procedimento do exame citopatológico do colo do útero, a coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice do colo do útero. Contudo, apresenta-se risco de exposição a material biológico que contenha micro-organismos patogênicos. Os artigos semicríticos são os destinados ao contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras e requerem, no mínimo, desinfecção de médio ou de alto nível.

Para o referido procedimento não há necessidade de que o espéculo vaginal ou os demais itens estejam esterilizados, exceto se o espéculo de metal for utilizado, devendo assegurar que o mesmo será devidamente processado entre as pacientes, com no mínimo, limpeza e desinfecção de alto nível.

A desinfecção de alto nível, no entanto, pode ser um procedimento custoso e com maior risco ocupacional pela manipulação de germicidas químicos. Assim sendo, nos locais onde uma autoclave a vapor esteja disponível, a opção pela esterilização após a limpeza pode ser mais efetiva e econômica (GRYSCHER *et al.*, 2019).

Para minimizar o risco de infecção, recomenda-se a observação das medidas de precauções padrão (PP). A limpeza e a desinfecção de superfícies são fundamentais para a prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde. Há evidências da existência da transmissão de infecções por *Candida spp.* pelo meio ambiente, pois o período de sobrevivência desse micro-organismo é de horas (GRYSCHER *et al.*, 2019).

Quadro 5: Recomendações para prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) referentes à coleta de material cervical

- Higienizar superfícies como maca, mesa auxiliar e foco de luz com álcool a 70%;
- Não utilizar adornos;
- Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
- Utilizar avental de proteção de respingos no torso. A depender da avaliação de risco pelo Profissionais de Assistência à Saúde (PAS), este avental poderá ser de manga longa;
- Utilizar máscara descartável;
- Utilizar luvas de procedimentos e tocar somente os materiais do exame. Não tocar outros objetos com mãos enluvadas;
- Trocar lençol e camisolas a cada paciente;
- Utilizar espéculos descartáveis ou esterilizar espéculos de metal estéreis;
- Descartar materiais em lixeira com pedal;
- Após a saída da usuária, desinfetar a superfície da mesa de exame e da mesa auxiliar com álcool a 70%.

Fonte: GRYSCHER *et al.*, 2019

2.1.6. Rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero

A incidência do câncer de colo uterino está intimamente relacionada à infecção viral persistente causada pelo HPV, transmitido por via sexual. As células infectadas pelo *deoxyribonucleic acid* (DNA) deste micro-organismo oncogênico estão propensas a sofrer lesões no epitélio cervical, que variam entre alto e baixo grau, fenômeno que é considerado um processo dinâmico, podendo ocorrer regressão espontânea, estagnação da lesão ou evolução da mesma até que haja o estabelecimento da neoplasia na cérvice do útero. Vale ressaltar que a taxa de progressão para a doença maligna varia de 35 a 74% dos casos (MENDONÇA; GUIMARÃES; LIMA-FILHO *et al.*, 2010).

No Brasil, o sistema de classificação adotado para determinar a descrição da citologia cervical é uma adaptação do sistema de Bethesda de 2001, que descreve as anormalidades de células epiteliais escamosas (*atypical squamous cells of undetermined significance* – ASC-US), anormalidade intraepitelial de baixo ou alto grau (*low-grade/high-grade squamous intraepithelial lesion* – LSIL/HSIL), anormalidades celulares glandulares atípicas (*atypical glandular cells* – ACG) e *adenocarcinoma in situ* (AIS) (GALÃO; RAMOS-LIMA; VETTORAZZI *et al.*, 2012).

O manejo adequado, no âmbito da Unidade Básica de Saúde, da citologia cervical segundo a classificação das lesões, faz-se necessário a fim de se alcançar de forma efetiva a redução da incidência e mortalidade por CCU. Em relação as atípias de significado indeterminado em células escamosas, pode-se revelar ao exame citológico: Células escamosas atípicas de significado indeterminado; células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode

excluir lesão intraepitelial de alto grau; células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas; e células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (BRASIL, 2011).

Diante de cada achado diagnóstico, faz-se necessário seguir as seguintes recomendações: no caso de células escamosas atípicas de significado indeterminado, que possivelmente não são neoplásicas, deve-se encaminhar a mulher para realizar a repetição da citologia em 6 e 12 meses, levando em consideração o tratamento de possíveis infecções. Se o resultado se mantiver, fazer a colposcopia (BRASIL, 2011).

Em casos de maior complexidade, quando a conduta clínica não for realizada na APS, as mulheres serão encaminhadas para unidades de atendimento especializado para realização de condutas específicas.

2.1.7. Colposcopia

A colposcopia é uma técnica complementar diagnóstica utilizada para detectar lesões no colo uterino. Para realização deste exame, é necessário um equipamento específico, chamado colposcópio, que pode ser fixo ou móvel e que tem a capacidade de ampliar visualmente o tamanho e a extensão das lesões cervicais.

Constitui-se em uma tecnologia de baixo custo e acurácia comprovada para determinar o grau da neoplasia intraepitelial cervical, que contribui para o tratamento precoce das lesões detectadas. Por conta disso, é amplamente utilizado em programas de rastreamento do câncer do colo do útero (CCU), como ferramenta que possibilita o profissional de saúde implementar uma terapêutica preventiva contra formas graves das lesões e, assim, evitar a incidência do CCU (NESSA; ROY, CHOWDHUR *et al.*, 2014).

Sua realização é indicada nos seguintes casos: depois de dois resultados insatisfatórios após citologia oncótica; na maioria dos casos HPV-positivos após teste de DNA do HPV; resultados consecutivos de Ascus, ASC-H, HSIL, LSIL após citologia e outros resultados glandulares anormais (MASSAD; EINSTEIN; HUH *et al.*, 2010).

Diante das evidências encontradas, infere-se que todas as mulheres que realizaram o exame Papanicolaou e obtiveram um resultado de anormalidade, tais como Ascus e LSIL com testagem para HPV positiva ou negativa, devem ser submetidas à colposcopia, a fim de se confirmar precocemente as lesões na cérvix uterina e iniciar o tratamento adequado para resolução destas o mais rápido possível (AJAH; CHIGBU; ONAH *et al.*, 2014).

2.1.8. Cervicografia Digital

A cervicografia é um exame complementar que foi introduzido na prática clínica com o objetivo de aprimorar os achados da colposcopia em meados da década de 80, por Adolf Snafl. Atualmente, é um método que utiliza uma câmera fotográfica reflex de 35 mm especialmente desenvolvida para tirar fotografias do colo do útero, identificando anormalidades neste órgão. O colo do útero é visualizado com um espécuro vaginal e ácido acético 5% que é aplicado na cérvix. As imagens capturadas após aplicação do ácido acético são processadas em um filme e projetadas em uma tela branca para análise, gerando a fotografia.

Na Coreia, são instrumentos amplamente empregados em diversas clínicas de ginecologia com o objetivo de documentar os achados diagnósticos de cada paciente (BAE; KIM; LEE C, SONG *et al*, 2012).

As fotografias advindas desse exame se constituem como uma forma de acompanhar a evolução das lesões cervicais uterinas, que deverão estar anexadas ao prontuário de cada cliente. Isso permite que seja realizada uma avaliação do aspecto lesional no decorrer do tempo, principalmente se a paciente for submetida a qualquer tipo de tratamento.

2.1.9. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Quadro 6: Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero - Nanda-I e NIC (*Nursing Interventions Classification*).

Nanda 2018-2020	
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Comportamento de saúde propenso a risco	<ul style="list-style-type: none">• Discutir as experiências com intervenções similares e a receptividade a elas;• Estabelecer a finalidade e as metas;• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito;• Facilitar a aprendizagem.
Controle ineficaz da saúde	<ul style="list-style-type: none">• Orientar sobre as razões e a finalidade das avaliações e do auto monitoramento da saúde;• Oferecer as informações adequadas para auto monitoramento durante a avaliação.
Disposição para controle de saúde melhorado	<ul style="list-style-type: none">• Encorajar relacionamentos com pessoas que têm interesses e metas comuns;• Encorajar atividades sociais e comunitárias;• Promover situações que encorajem a autonomia do paciente.
Risco para baixa autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none">• Monitorar as declarações de autovalorização do paciente;• Determinar a confiança do paciente no próprio julgamento;• Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes;• Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente.
Enfrentamento ineficaz	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações;• Encorajar o paciente a identificar uma descrição realista da mudança de papel;• Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença;• Avaliar e discutir respostas alternativas à situação;

Fonte: NIC, 2016; Nanda-I, 2018-2020.

Quadro 7: Alguns diagnósticos e intervenções no rastreamento do colo do útero - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

CIPE 2018	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Aceitação da condição de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e aconselhar a paciente; • Avaliar satisfação com atenção à saúde; • Colaborar com a paciente; • Promover comportamento de procura de saúde.
Adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e aconselhar a paciente; • Obter dados sobre adesão ao regime terapêutico; • Avaliar plano de cuidado; • Contratualizar adesão.
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a paciente sobre ansiedade; • Orientar sobre manejo da ansiedade; • Gerenciar ansiedade.
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocuidado; • Avaliar comportamento sexual; • Avaliar uso de contraceptivo.
Autoestima positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e aconselhar a paciente; • Apoiar autoestima positiva; • Reforçar comportamento positivo.

Fonte: CIPE, 2018 (revisado).

2.1.10. Plano de cuidados

Quadro 8: Plano de cuidados

Encaminhamento para serviços de referência	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência, de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, estadual e/ou federal. • Seguir as recomendações dispostas nos quadros 4 e 5. <p>Encaminhar para a ginecologia/colposcopia: } <ul style="list-style-type: none"> • Lesão suspeita ao exame especular; • Resultado de um colpocitológico com: ASC-H; LIE ou SIL de alto grau ou carcinoma <i>in situ</i>; • Resultado de dois colpocitológicos consecutivos com: ASC-US; LIE ou SIL de baixo grau. <p>Encaminhar para a oncoginecologia: } <ul style="list-style-type: none"> Resultado de biópsia de colo com: <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adenocarcinoma); carcinoma microinvasor; • Displasia cervical grave, LIE alto grau (NIC 2/3). Resultado de colpocitologia com: <ul style="list-style-type: none"> • células malignas ou carcinoma invasor; AGC (células glandulares atípicas de significado indeterminado). </p></p>
Acompanhamento de usuárias pós-exame	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na Atenção Básica, quando contrarreferenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento. • Contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas.

Estímulo às ações de prevenção primária	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 13 anos, sendo o esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses) e um reforço após cinco anos da segunda dose; • Não há evidências suficientes da prevenção primária do câncer propriamente dito, mas sim das lesões precursoras (que podem ou não evoluir para câncer, a depender de diversos fatores), conforme disponível no relatório de recomendação da comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS; • Orientações sobre o uso de preservativo; • Combate ao tabagismo (o tabagismo é fortemente associado ao desenvolvimento do câncer cervical e ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas).
Ações de vigilância em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso; • Seguimento de casos alterados.
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância; • Orientação individual e coletiva de mulheres sobre os fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infecção por HPV; • Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero; • Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.

Fonte: BRASIL, 2016.

2.1.11. Recomendações para coleta do exame citopatológico de colo uterino em situações especiais



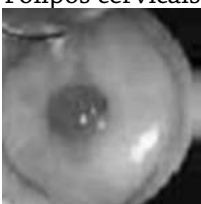
Quadro 9: Recomendações diante das situações especiais

Sem história de atividade sexual	Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres
Gestantes	<p>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 da unidade de saúde para a realização do Pré-Natal.</p> <p>Verificar indicações do protocolo Pré-Natal.</p>
Histerectomizadas	<p>Recomenda-se que em caso de histerectomia subtotal, seguir com o rastreamento de rotina.</p> <p>Em caso de histerectomia total por condições benignas, não se recomenda o rastreamento, desde que apresente exames anteriores normais.</p> <p>Exceção: se a histerectomia foi realizada devido a uma lesão precursora ou câncer de colo do útero, seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais. • Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. <p>Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).</p>

Imunossuprimidas	<p>Recomenda-se o exame citopatológico após o início da atividade sexual a cada seis meses no primeiro ano; se normais anualmente, enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.</p> <p>Em casos de mulheres HIV positivas, deve ser realizado o rastreamento a cada seis meses até a correção dos níveis de CD4+ > 200 células /mm³. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.</p>
------------------	--

Fonte: BRASIL, 2016.

Quadro 10: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta

Situação	O que fazer
Vaginismo	<p>Caracterizada pela contração involuntária dos músculos próximos da vagina durante a penetração, podendo dificultar a coleta.</p> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adiar a coleta, para evitar desconfortos ou mesmo lesões à mulher. Buscar tranquilizar e apoiar a mulher, reagendando a avaliação; • Considerar o encaminhamento ao ginecologista, caso seja identificado causa orgânica que necessite tratamento na atenção especializada ou quando necessário, o apoio psicológico.
Ressecamento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres em menopausa: o exame deve ser cuidadoso para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias, pois o resultado pode levar a falsos positivos. • Mulheres no climatério: caso haja esta queixa, o enfermeiro poderá prescrever o tratamento específico (estrogenização), se houver dificuldade na coleta ou o laudo mencionar dificuldade diagnóstica causada por atrofia; • Tratamento: Prescrever a administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses, preferencialmente à noite, durante 21 dias com pausa de 7 dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). Suspender o uso no mínimo de 48 horas antes da coleta. (BRASIL, 2016); • Mulheres que fazem uso dos inibidores de aromatase a terapia com estrógeno está contraindicada.
<p>Ectopia</p>  <p>Fonte: Brasil, 2016.</p>	<p>Presente no período de atividade menstrual e fase reprodutiva da mulher. Geralmente a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, sendo uma situação fisiológica.</p> <p>Intervenções: não há.</p>
<p>Cisto de Naboth</p>  <p>Fonte: Brasil, 2016</p>	<p>É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes.</p> <p>Intervenções: não há.</p>
<p>Pólipos cervicais</p>  <p>Fonte: Brasil, 2016</p>	<p>São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramentos vaginais fora do período menstrual e, principalmente, após relação sexual.</p> <p>Intervenções: encaminhar para avaliação do ginecologista.</p>

Fonte: BRASIL, 2016.

2.1.12 . Adequabilidade da amostra

Uma amostra satisfatória deve apresentar células em quantidade representativa dos epitélios presentes em endocérvice e ectocérvice (representativa da JEC), bem distribuídas e fixadas adequadamente.

A amostra insatisfatória tem a avaliação prejudicada por material acelular ou hipocelular e por leitura prejudicada por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Devendo ser coletada uma nova amostra em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório (INCA, 2016).

Quadro 11: Recomendações diante dos resultados de exames normais

Diagnóstico citopatológico	Conduta inicial
Dentro dos limites da normalidade	Seguir rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
<p>Inflamação sem identificação do agente; Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas).</p> <p>Achados microbiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus sp</i>; • Cocos; • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Molihuncus</i>); • <i>Candida sp</i>. 	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico;</p> <p>Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal segundo capítulo de ISTs.</p>
<p>Achados microbiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clamidia sp</i>; • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes; • <i>Trichomonas vaginalis</i>; • <i>Actinomyces sp</i>. 	<p>A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs;</p> <p>No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados:</p> <p>Herpes Vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital conforme capítulo de ISTs;</p> <p>Clamidia, Gonococo e Trichomonas: Mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos por <i>Clamidia</i> e <i>Gonococo</i>) seguir esquema de tratamento de mulher e parceiro, além das orientações e sorologias conforme capítulo de ISTs;</p> <p>Actinomyces: Bactéria encontrada no trato genital de usuárias de DIU (cerca de 10% a 20%); raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata e não se retira o DIU (Dispositivo Intrauterino).</p>
<p>Atrofia com inflamação</p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico;</p> <p>Se o resultado discriminar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, proceder com a estrogenização conforme esquema sugerido no quadro de ressecamento vaginal.</p>
<p>Indicando radiação</p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico;</p> <p>O tratamento radioterápico deve ser mencionado na requisição do exame.</p>
<p>Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa</p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico;</p> <p>Avaliar cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Encaminhar ao ginecologista.</p> <p>Nota: Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a este método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.</p>

Fonte: BRASIL, 2016.

Quadro 12: Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (Ascus)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir citologia em 12 meses
	≥30 anos	Repetir citologia em 6 meses	
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Todas as idades	Encaminhar para a colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se pode afastar lesão de alto grau	Todas as idades	Encaminhar para a colposcopia
Lesão de baixo grau		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia	
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			
Carcinoma escamoso invasor			
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			

Fonte: BRASIL, 2016.

Referências

ARBYN .M; HERBERT A; SCHENCK U *et al.* *European guidelines for quality assurance in cervical cancer recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology.* *Cytopathology.* 2007; 18: 133-9

AJAH LO, CHIGBU CO, ONAH HE *et al.* *Cytologic surveillance versus immediate colposcopy for women with a cervical smear diagnosis of low-grade squamous intraepithelial lesion in a poor setting in Nigeria.* ***Onco Targets and Therapy.*** 2014; 7 2169–73.

BAE S, KIM J, LEE C, SONG M *et al.* *Correlation between the Digital Cervicography and Pathological Diagnosis Performed at Private Clinics in Korea.* ***Int J Med Sci.*** 2012;9(8):698- 703.

BARROS SMO; BARBIERI M; GERK MAS. Exame dos genitais. In: LÚCIA A; BARROS BL. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.* 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. Cap. 13. P.272-3.

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

BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

CIPE- Classificação internacional para práticas de enfermagem: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. *Atenção integral à saúde das mulheres: controle dos cânceres do colo de útero e mama.* Belo Horizonte-MG: COREN-MG, 2018.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem: Acolhimento às demandas da saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida.** v. 3. 2017.

GALÃO AO, RAMOS-LIMA LF, VETTORAZZI J *et al.* Prevalência e seguimento de exame citopatológico de colo uterino com atipias em células escamosas de origem indeterminada em um hospital universitário brasileiro. **Revista HCPA.** 2012;32(3):296- 302.

GRYSCHKEK ALFPL *et al.*, Prevenção de infecção nos procedimentos mais frequentes na Atenção Primária à Saúde. In: Figueredo RM; Padoveze MC. **Prevenção e controle de infecções associadas à assistência extra-hospitalar: Atenção Primária, ambulatórios, serviços diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência.** 2 ed. ampl. e rev. São Paulo: APECIH, 2019. cap. 2.4, p.191-192.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MASSAD LS, EINSTEIN MH, HUH WK *et al.* 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. **Obstet Gynecol,** 2010; 121: 829-46.

MENDONÇA VG, GUIMARÃES MJB, LIMA-FILHO JL *et al.* Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2010; 32(10): 476-85.

NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NESSA A, ROY JS, CHOWDHURY MA *et al.* Evaluation of the accuracy in detecting cervical lesions by nurses versus doctors using a stationary colposcope and Gynocular in a low-resource setting. **BMJ Open.** 2014; 4: e005313.

NIC – **Classificação das intervenções de enfermagem.** 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS, 2016.

PADILHA CML, ARAÚJO, MLC, SOUZA SAL. Cytopathologic evaluation of patients submitted to radiotherapy for uterine cervix cancer. **Rev Assoc Med Bras.** 2017. Apr; 63(4): 379-85.

RODRIGUES MPF, FRANCO RGFM, OLIVEIRA EKF *et al.* Acceptance of digital cervicography complementary to Papanicolaou cytology: a descriptive-exploratory study. **Online braz j nurs** [Internet]. 2013 December [Cited 2014 Jan 6]; 12 (4): 923-30.

2.2. Assistência de Enfermagem no rastreamento de câncer de mamas

Introdução

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), o câncer de mama é hoje um relevante problema de saúde pública, sendo a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. As estimativas de incidência de câncer de mamas no Brasil, para o ano de 2019 são de 59.700 casos novos, o que representa 29,5% dos cânceres em mulheres (Inca, 2019).

O câncer de mama é o câncer que mais acomete as mulheres brasileiras, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Em 2014, o sistema de informações sobre mortalidade (SIM) registrou 14.622 casos de óbitos em mulheres por câncer de mama, sendo a principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil (Inca, 2017).

A rede de atenção oncológica propõe a implementação de linha de cuidado para o câncer de mama por meio de ações de prevenção, detecção precoce e tratamento em tempo oportuno e, para o câncer de colo do útero, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras. Neste contexto, a atenção de enfermagem nos serviços da APS consiste na avaliação e acompanhamento sistemático da saúde da mulher com enfoque nas linhas de cuidados prioritários e ações de promoção da saúde, redução de risco ou manutenção de baixo risco, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, considerando-se a individualidade, necessidades e direitos da mulher (Inca, 2015).

Atribuições do enfermeiro no rastreamento de câncer das mamas

Nas ações previstas pelas políticas públicas de saúde para o controle de câncer de mamas na APS, o enfermeiro tem papel fundamental e encontra amplo espaço para as atividades, pois mantém considerável autonomia nas suas práticas. Ao Enfermeiro cabe, além das atribuições gerais da equipe de enfermagem (CAVALCANTE, 2013):

- Coordenar o trabalho da equipe de enfermagem acerca da saúde da mulher;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades da mulher em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo;
- Planejar e coordenar a busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando o exame físico das mamas e as mulheres com indicação de rastreamento do câncer de mama;
- Realizar consulta de enfermagem com exame clínico das mamas; investigar outras patologias pessoal e/ou familiar; solicitar exames complementares e prescrever medicamentos conforme protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; e encaminhar para atendimento médico, caso necessário;
- Solicitar mamografia de rastreamento dentro das faixas etárias preconizadas neste protocolo;
- Realizar a visita e promover cuidados no domicílio, frente a saúde da mulher, quando necessário;
- Prever a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo;
- Promover ações de educação em saúde para a comunidade;
- Planejar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe e parceiros;
- Acompanhar anualmente as mulheres que possuem alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama;
- Orientar as mulheres de sua área de abrangência sobre a forma correta de realização do autoexame das mamas;
- Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informações vigentes.

Atribuições comuns de auxiliares e técnicos de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas

- Realizar cuidados diretos de enfermagem à mulher sob a supervisão do enfermeiro;
- Atender as mulheres de maneira integral através de uma postura acolhedora e humanizada, viabilizando a construção de vínculos;
- Participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo;
- Orientar a usuária para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos;
- Realizar e participar de ações de educação em saúde para a comunidade;
- Participar de capacitação e educação permanentes;
- Realizar visita domiciliar e procedimentos em domicílio, à saúde da mulher, quando necessário e norteado pelo enfermeiro;

- Realizar busca ativa das mulheres com indicação de rastreamento do câncer de mama;
- Realizar a convocação de pacientes para consulta de enfermagem, com histórico de alteração em exames previamente avaliados pelo enfermeiro.

Faixa etária para rastreamento

Nas últimas três décadas, a mortalidade por câncer de mama aumentou no Brasil e esse crescimento é decorrente, em parte, do aumento da incidência devido a uma maior exposição das mulheres a fatores de risco consequentes do processo de urbanização e de mudanças no estilo de vida, agravados pelo envelhecimento populacional que ocorreu no Brasil de forma intensa (MIGOWSKI, 2018).

Quadro 13: População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento

Recomendações do ministério da saúde para o rastreamento do câncer de mama		
Mamografia	< 50 Anos	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)
	50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)
	60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
	70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
	75 anos ou mais	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
	Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).
Ultrassonografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Autoexame das mamas	Contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Exame clínico das mamas	Ausência de recomendação: O balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.	
Ressonância nuclear magnética	Contra o rastreamento do câncer de mama com ressonância nuclear magnética em mulheres, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Termografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Tomossíntese	Contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	

Fonte: Inca, 2015 e MIGOWSKI, 2018.

O foco das diretrizes é direcionado a avaliar a efetividade das intervenções/tecnologias (possíveis benefícios) e os riscos associados a elas (direta ou indiretamente). Pois a avaliação da existência de benefícios e do balanço entre riscos e benefícios envolvidos em determinada estratégia de detecção precoce precede qualquer consideração sobre custo (MIGOWSKI, 2018).

A mamografia é o principal recurso capaz de diagnosticar o câncer de mama, pois detecta as lesões no estado subclínico, antecipando a descoberta em pelo menos 20 meses, em relação ao diagnóstico clínico. O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva, pois apresenta taxa significativa de falsos-positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não altera o desfecho de mortalidade por câncer de mamas (PRIMO, 2017).

No atual momento está sendo bastante questionada a eficácia dos métodos diagnósticos e de rastreio *versus* seus benefícios para a redução da mortalidade por câncer de mama conforme demonstrado no quadro 12. E em muitos desses têm se concluído que o malefício causado pelo método frente ao diagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce. E publicações que demonstram que o uso acentuado de muitos desses recursos tem favorecido à indução de cânceres de mama em função da exposição inadvertida à radiação ionizante (exemplo: como nas mulheres com menos de 50 anos que se submetem periodicamente ao exame de mamografia) (Florianópolis, 2016).

Fatores de risco para o câncer de mama

Diversos fatores estão relacionados ao câncer de mama. O risco de desenvolver a doença aumenta com a idade, sendo maior a partir dos 50 anos. Estando eles abaixo dispostos no quadro 14.

Quadro 14: Fatores de risco para o câncer de mama

Comportamentais/ambientais
Obesidade e sobrepeso após a menopausa. Sedentarismo (não fazer exercícios); Consumo de bebida alcoólica; Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).
História reprodutiva/hormonais
Primeira menstruação (menarca) antes de 12 anos; Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos; Não ter tido filhos. Primeira gravidez após os 30 anos. Não ter amamentado; Ter feito uso de contraceptivos orais por tempo prolongado. Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.
Hereditários/genéticos
História familiar de: <ul style="list-style-type: none">• Câncer de ovário;• Câncer de mama em homens;• Câncer de mama em mulheres, principalmente antes dos 50 anos.

Fonte: Inca, 2016.

A mulher que possui alterações genéticas herdadas na família, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2, tem risco elevado de câncer de mama.

Recomendações de indicação da mamografia

São fatores que favorecem a investigação mamária com o uso da mamografia fora das indicações habituais de rastreamento:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade, ou câncer de mama bilateral em qualquer faixa etária (Inca, 2019);
- Mulheres com história familiar de câncer de ovário ou de câncer de mama masculino (Inca, 2019);
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (Inca, 2009).

Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com exame clínico das mamas e mamografia anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas conforme os seguintes critérios (Inca, 2009).

Recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem a mulher a ter uma postura de alerta, sendo orientada sobre as mudanças habituais das mamas e quais são os principais sinais da doença. A palpação ocasional da mama pode ser realizada sempre que a mulher se sentir confortável, porém não é recomendada a necessidade de orientação para que a mulher realize sistematicamente o autoexame da mama, pois ensaios clínicos não demonstraram a redução da mortalidade e há um aumento acentuado do número de solicitação de biópsias com achados benignos (Inca, 2019).

Fluxo da demanda de atendimento na Atenção Básica

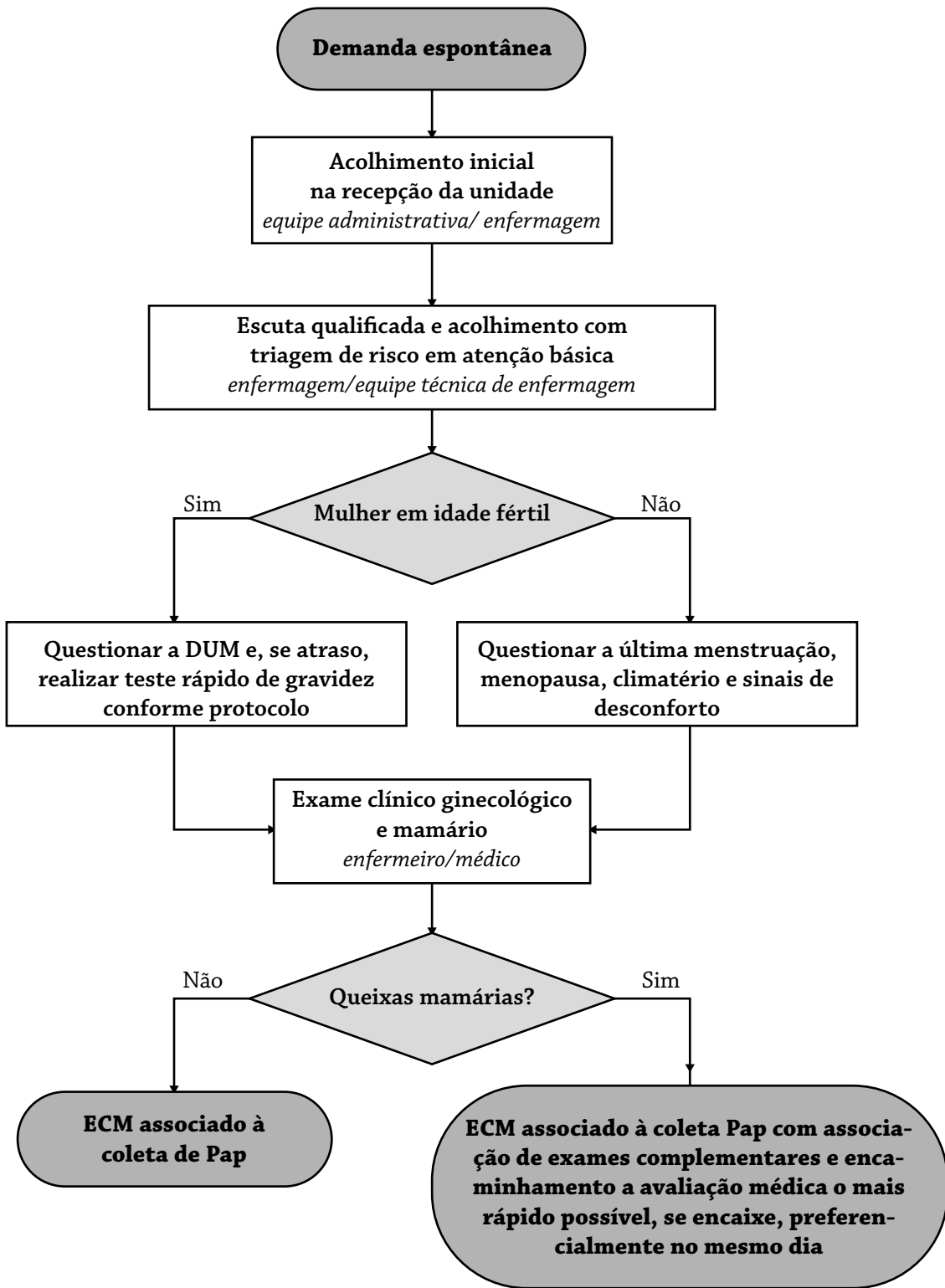
É importante destacar a necessidade de facilitar o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento nos serviços de saúde. Com esse objetivo, cada localidade deve planejar seu processo de trabalho, incluindo estratégias que envolvam a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa e a solicitação de mamografia de rastreamento.

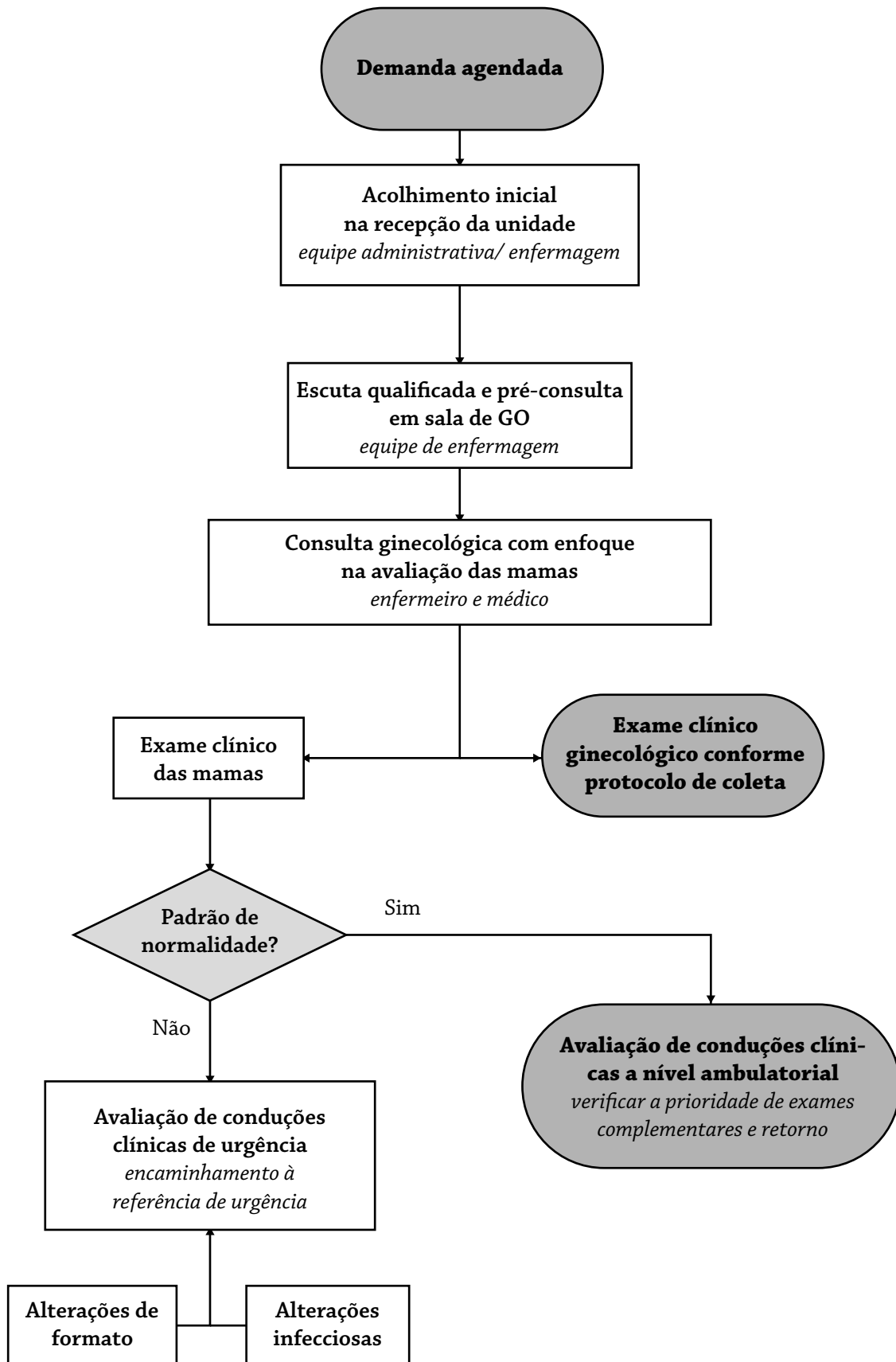
Essas estratégias tornam-se ainda mais relevantes para grupos que historicamente apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade. E neste contexto faz-se primordial o desenvolvimento de fluxos de atenção com foco na atenção integral e no desenvolvimento das políticas públicas de atenção à mulher (Ministério da saúde, 2016).

Segue abaixo, representado no fluxograma 1, a condução da clínica interligada com as referências na Rede de Atenção à Saúde.

Fluxograma 1: Atendimento da demanda na Atenção Básica

Pré-consulta em sala ginecológica
• Averiguar os dados pessoais (CNS, endereço, nome, idade e dados pessoais gerais);
• Conferir a data da última menstruação;
• Atender a queixas referêntes à saúde da mulher;
• Separar resultados anteriores para comparativo;
• Orientar o preparatório e uso correto de camisola no curso do exame;
• Orientar e direcionar o posicionamento para o exame clínico;
• Auxiliar as manobras de coleta.





FONTE: Elaborado pelas autoras com base em diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil – Inca, 2015 – páginas 20 a 22.

Consulta de enfermagem

A atenção de enfermagem no que tange ao acompanhamento sistemático da saúde da mulher, com enfoque nas linhas de cuidados prioritários na APS, culmina na consulta de enfermagem, considerando-se a individualidade, as necessidades e os direitos da mulher (Piracicaba, 2019). A partir de então, elaborou-se um modelo de instrumento, contendo um exemplo para a realização da consulta de enfermagem, que contempla uma estrutura em *check list* e engloba anamnese, exame físico, diagnósticos e intervenções de enfermagem específicos aos cuidados com as mamas e exame ginecológico (Anexo 1).

Anamnese

Nessa primeira etapa da consulta, é primordial realizar uma coleta de dados completa e relacionada aos fatores que podem predispor ao maior risco da doença e atentar-se para:

- Identificação do usuário (sexo, gênero, idade, identificação social, vulnerabilidades, estado civil, etnia, dados socioeconômicos, ocupação, escolaridade, moradia, lazer e religião);
- Antecedentes familiares e pessoais (histórico gineco-obstétrico e de doenças crônicas, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, cirurgias pregressas);
- Medicamentos em uso (prescrições, uso regular ou não, auto administrado, conhecimento sobre dificuldades e reações adversas);
- Queixa principal e história da doença atual (com determinação do tempo de duração e sintomas associados (Goiânia, 2017));
- Presença de dor ou sensibilidade nas mamas (caracterizar localização, tipo de dor, início do surgimento dos sintomas e se há relação com o ciclo menstrual);
- Presença de nódulos ou espessamento (tempo de percepção, relação com o ciclo menstrual e se há alterações de pele sobrejacentes);
- Identificar se há secreção proveniente do mamilo (tempo de percepção, caracterização de cor, consistência e odor da secreção);
- Presença de lesões cutâneas e/ou tumefação nas mamas (Tempo de percepção, aumento na numeração do sutiã e relação com o ciclo menstrual);
- Identificar histórico de trauma na mama;
- Presença de nódulos, tumefação, erupção cutânea ou alteração da sensibilidade nas axilas;
- Verificar a realização do último exame citológico de colo, conforme protocolo de rastreamento do colo uterino, mamografia e outros exames complementares;
- Orientar e reforçar a rotina de imunização.

Autoexame das mamas

Nesta etapa, questionar à usuária a realização e periodicidade do autoexame das mamas. Este procedimento foi amplamente estimulado no passado, e apesar de todas as controvérsias sobre a realização e periodicidade dele, todas as mulheres, independentemente da idade, podem e tem o direito a conhecer seu corpo para saber o que é e o que não é normal em suas mamas (Inca, 2016).

Em geral, embora existam variações nas técnicas de realização e controvérsias sobre a periodicidade de realização dele, normalmente as orientações sobre como fazer o exame são palpar as mamas, nas posições deitada e em pé, e observar a aparência e o contorno das mamas na frente do espelho. A baixa sensibilidade do exame acarreta um percentual alto de exames falso-negativos. O valor preditivo positivo (VPP) também é muito baixo, o que acarreta um número alto de mulheres com exames positivos que não necessariamente têm câncer (Inca, 2016).

Exame físico geral

O exame físico geral deve ser direcionado às queixas referidas, e/ou rastreamento, e é de extrema importância para a identificação de situações, que vão desde àquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica, até quadros de maior complexidade, que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional (Goiânia, 2017). Sugere-se, portanto:

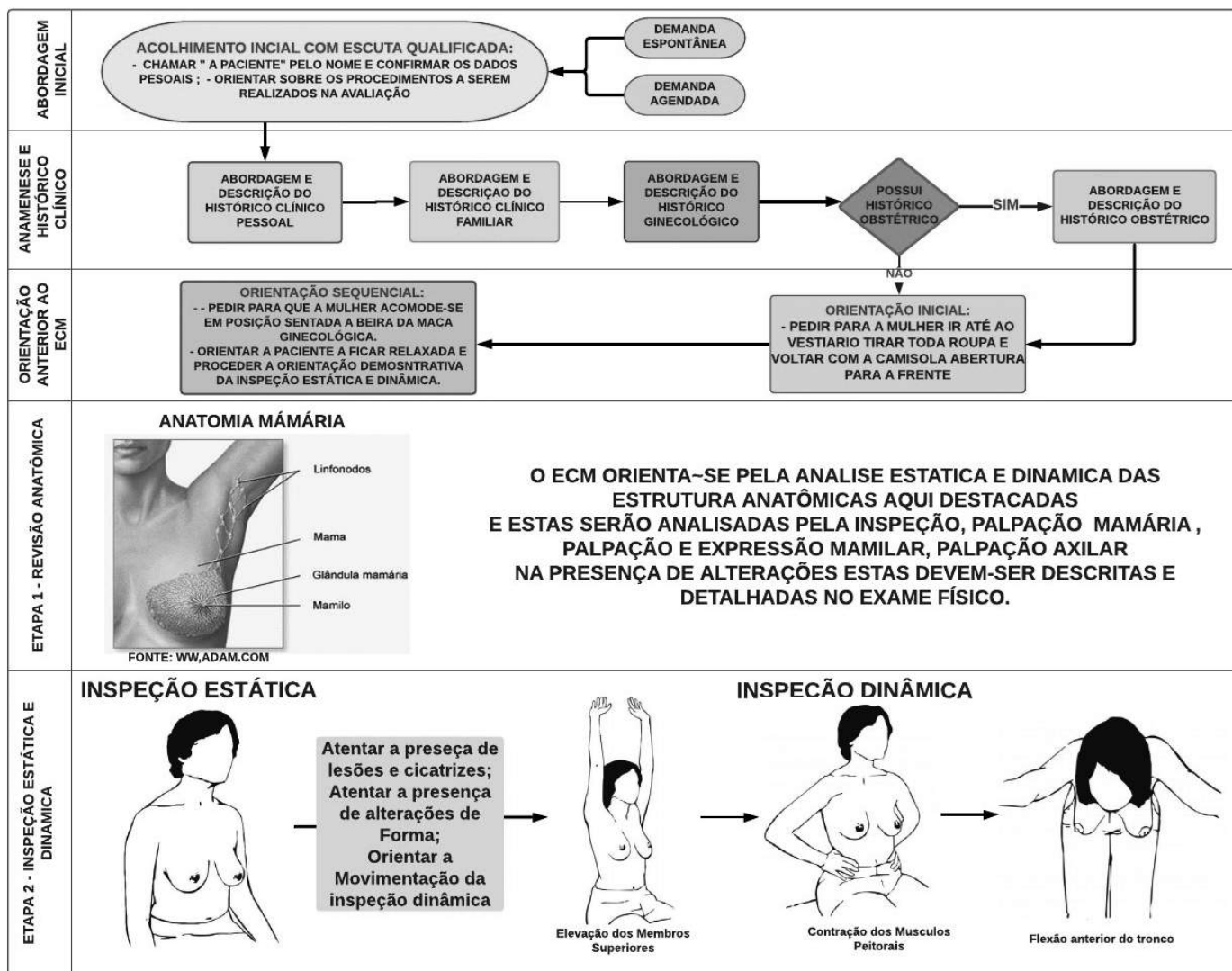
- Receber a usuária na sala de exames com empatia, elogiando sua vinda para o cuidado da saúde, e atentar-se à confirmação dos dados pessoais e da existência de nome social;
- Considerar e valorizar os medos, tabus, vergonha, desconhecimento do exame e dos resultados, influência cultural;
- Atentar ao monitoramento do peso e avaliação do estado nutricional, pois dentre os fatores de risco acima elencados a obesidade apresenta relevância à avaliação das mamas;
- Realizar o exame citológico e de mamas, orientar e conferir a frequência da realização deles, conforme protocolos de rastreamento;
- Orientar quanto à rotina de imunização.

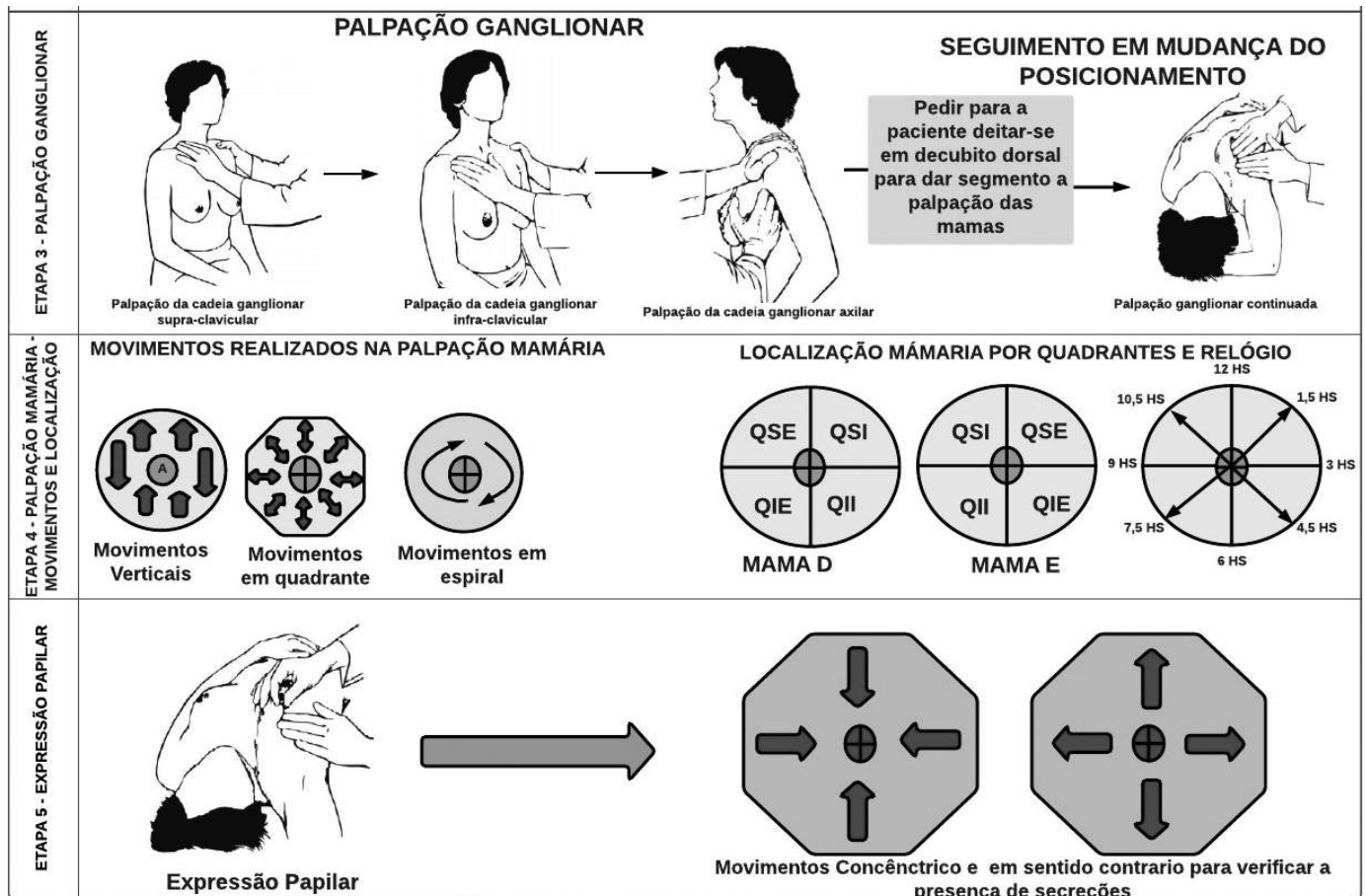
Exame físico específico: exame clínico das mamas (ECM)

O ECM é usado tanto como método diagnóstico como de rastreamento, realizado por médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, é um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na Atenção Primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado - geralmente enfermeiro ou médico - realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (Inca, 2015).

Ao contrário de seu papel consagrado como método diagnóstico, o rastreamento por meio do ECM é alvo de grande controvérsia na literatura científica. Toda mulher deve ser submetida ao exame físico das mamas por profissional habilitado, anualmente, após os 30 anos de idade (Inca, 2016). A ilustração do infográfico 1 abaixo apresenta as diversas etapas do exame clínico e sua condução de modo a manter os parâmetros técnicos mínimos para a avaliação clínica das mamas, tornando-se um referencial gráfico aos enfermeiros que realizam a prática na rotina assistencial.

Infográfico 1: exame clínico das mamas





Fonte: Adaptado a partir de CARRARA, 1996.

Inspeção estática

A inspeção estática conforme ilustrado no infográfico acima deve ser realizada na mulher com os membros superiores ao longo do corpo, sentada, tronco desnudo, voltada para o examinador e para a fonte de luz. E a avaliação durante a inspeção estática envolve os seguintes aspectos (DE BARROS, 2015):

- Número: as mamas são em número par (DE BARROS, 2015);
- Localização: estão localizadas na parede anterior do tórax, sobre os músculos grandes peitorais, entre o segundo e o sexto espaço intercostal, entre a linha paraesternal e a axilar anterior;
- Divisão: A mama deve ser dividida topograficamente em quadrantes conforme ilustrado no infográfico acima (DE BARROS, 2015);
- Forma: Podemos considerar quatro formas distintas. Sendo elas: Globosa (diâmetro anteroposterior é igual à metade do diâmetro da base), periforme (o diâmetro anteroposterior é igual ao diâmetro da base), discóide ou plana (o diâmetro anteroposterior é menor do que a metade do diâmetro da base) e pendente (o arco do círculo inferior ultrapassa a base de implantação em mais de 2,5 cm) (DE BARROS, 2015);
- Mamilos: Podemos considerar a avaliação quanto a forma: Protuso, semi-protuso e pseudumbilicado ou pseudoinvertido e hipertrófico (DE BARROS, 2015);
- Rede venosa local: Analisar quanto a presença da Rede de Haller (veias visíveis através da pele em forma de rede), sendo este um padrão de circulação que ocorre habitualmente na gestação, tipo de mamilo (hipertrófico, protuso, semi-protuso, plano ou invertido), pigmentação areolar, presença de tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas no mamilo), aspecto da papila, saída espontânea de secreção, descamação, fissura, ulceração e mamilos supranumerários (Prefeitura de Florianópolis, 2016).
- O examinador também deve relatar a presença de cicatrizes cirúrgicas prévias, nevos cutâneos, marcas congênitas e tatuagens (Prefeitura de Campinas, 2014).

Inspeção dinâmica

- Na inspeção dinâmica, solicita-se que a mulher eleve os braços e, depois, coloque as mãos no quadril, realizando movimentos e contrações musculares para diante, podendo fazer também pressão com as palmas das mãos para facilitar a compressão do músculo peitoral maior. O objetivo dessas manobras é realçar as possíveis retrações e abaulamentos da região e verificar o comprometimento dos planos musculares, cutâneos e do gradil costal, incluindo a região axilar (DE BARROS, 2015);
- Destacando que as mulheres mais jovens apresentam mamas com maior quantidade de tecido glandular, o que as torna mais densas e firmes e ao aproximar-se da menopausa, o tecido mamário vai se atrofiando sendo substituído progressivamente por tecido gorduroso (DE BARROS, 2015).

Palpação

- A palpação deverá ser realizada com movimentos firmes e suaves, a fim de não causar dor. Para a palpação dos gânglios em um primeiro momento, a paciente deverá permanecer sentada. Utiliza-se a técnica de Bailey da seguinte forma: Com a paciente em frente ao enfermeiro, segura-se com a mão direita o braço direito dela, sendo mantido em posição horizontal e apoiado no braço direito do enfermeiro, de modo a deixar livre o acesso à região axilar. Palpa-se a região axilar com a mão oposta, aprofundando-se tanto quanto possível à procura de linfonodos. Caso localizados, deve-se registrar: número, volume, localização, sensibilidade, consistência e mobilidade. Repetindo-se o mesmo procedimento do lado esquerdo (DE BARROS, 2015);
- Em segundo momento, a paciente deve estar deitada, com o braço repousado sobre as laterais do corpo ou sobre a mão do examinador, favorecendo, assim, o relaxamento da musculatura peitoral. O enfermeiro palpa as áreas supra e infra claviculares com a face palmar dos dedos da mão predominante e, em seguida, procede a palpação dos gânglios axilares. Caso palpáveis, deve-se anotar número, tamanho, consistência e mobilidade. Com os membros superiores elevados e fletidos e com as mãos sob a nuca, passa-se à palpação das mamas (DE BARROS, 2015);
- As mamas devem ser palpadas delicadamente e de maneira ordenada, obedecendo-se à divisão de seus quadrantes. Deve ser iniciada no quadrante superior externo, incluindo a parte lateral superior do tecido mamário, que se projeta para cima e lateralmente na axila e é denominada cauda axilar de Spencer, seguindo a direção dos ponteiros do relógio. Toda a superfície deve ser examinada com as polpas digitais da mão dominante espalmada. E os aspectos a serem avaliados são (DE BARROS, 2015):
 - Localização: determinar o quadrante;
 - Consistência: pode ser classificada como edematosa, cística, firme, endurecida ou macia;
 - Mobilidade: fixa ou móvel;
 - Tamanho: quando redonda, o diâmetro; quando oval, o maior diâmetro; quando tubular, o comprimento, a largura e espessura;
 - Dor: sensível ou insensível;
 - Textura: uniforme, nodular e granular.

Expressão mamilar

Com o propósito de avaliar a existência de secreção, realiza-se a expressão do mamilo, executando moderada pressão junto a ele e à aréola, deslizando o dedo indicador sobre a projeção dos ductos até chegar à aréola, comprimindo-a. Toda secreção que, por ventura, surgir, quando não relacionada com a lactação ou a gravidez, deverá receber atenção especial, obedecendo-se à seguinte classificação (DE BARROS, 2015):

- Serosa: líquido claro e fluído;
- Serossanguinolenta: líquido aquoso rosado;
- Purulenta: Líquido espesso, amarelado;
- Situação normal (gravidez ou lactação);
- Colostro: líquido claro e turvo;
- Secreção láctea: leite.

Mamografia

Havendo a indicação conforme esse protocolo, o enfermeiro solicitará a mamografia de rastreamento. Devendo completar na requisição de mamografia todos os dados observados durante a realização do exame clínico. Todas as alterações encontradas devem ser descritas em prontuário, com os detalhamentos técnicos pertinentes, sendo fundamental destacar: presença de nódulos, adensamentos, secreções mamilares e ou areolares entre outras. O registro deve ser feito em representação gráfica, com dados correlacionados, e de maneira sistematizada (Goiânia, 2017).

Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Quadro 15: Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de mamas - Nanda-I e NIC (Nursing interventions classification).

NANDA 2018-2020	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none">Realizar escuta ativa e encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos;Avaliar o nível da ansiedade (leve, moderada, grave, pânico);Monitorar os sinais vitais;Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.
Conhecimento deficiente	<ul style="list-style-type: none">Avaliar o nível de conhecimento e a capacidade de exposição e obstáculos à aprendizagem;Identificar a rede de apoio e favorecer a vinculação;Estabelecer prioridades com o usuário e conversar sobre a percepção do usuário acerca de suas necessidades biopsicossociais.
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none">Avaliar a etiologia e os fatores contribuintes e desencadeantes da dor;Avaliar a resposta da usuária frente à dor;Detectar sinais verbais e não verbais que expressam a dor.
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none">Avaliar os fatores causadores e contribuintes;Atentar para os sinais flogísticos locais;Orientar medidas de higiene e assepsia;Aferir temperatura axilar.

Fonte: DOENGE, MARYLINN, 2018 - Capítulo 2, Páginas 7 a 813

Quadro 16: Alguns diagnósticos e intervenções no rastreamento de câncer de mamas - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

CIPE 2018	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none">Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento;Estabelecer relação de confiança;Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade.
Dor mamária	<ul style="list-style-type: none">Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração;Promover ou encaminhar a terapêuticas e práticas integrativas que favoreçam o controle da dor;Ofertar e orientar mecanismos não medicamentosos de controle da dor;Avaliar resposta ao manejo da dor.
Infecção no tecido mamário	<ul style="list-style-type: none">Avaliar as mamas atentando para a presença de sinais flogísticos;Orientar uso correto de sutiã evitando bojos e/ou compressão excessiva;Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas;
Imagem corporal perturbada	<ul style="list-style-type: none">Orientar acerca das alterações condutas frente a elas;Apoiar imagem corporal positiva;Apoiar processo familiar de enfrentamento;Acompanhar a paciente e orientá-la sobre o seguimento clínico multidisciplinar.

Fonte: GARCIA, 2016. Páginas de 90 a 179

Recomendações diante dos problemas mais comuns durante avaliação das mamas

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher e são relatadas com frequência pelas mulheres nas consultas (Brasil, 2016). Segue abaixo quadro dos principais achados e condutas de enfermagem:

Quadro 17: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante avaliação das mamas.

Situação	Definição	Conduta do enfermeiro
Mastalgia sem febre	Dor nas mamas. Está relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino, uso de terapias hormonais ou gestação. Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos (GOYAL, 2016). Podem vir acompanhadas de febre ou não.	<ul style="list-style-type: none">• Investigar gestação;• Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor;• Em caso de nutrizes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas conforme capítulo sobre amamentação;• Orientar uso de roupa íntima adequada;• Avaliar uso de terapias hormonais, discutir conduta com médico.
Mastalgia com febre (Temperatura axilar >38°C)		<ul style="list-style-type: none">• Investigar gestação;• Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar febre ou dor;• Em caso de nutrizes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas conforme capítulo sobre amamentação;• Orientar o uso de roupa íntima adequada;• Acolher a usuária e encaminhar para consulta médica.

<p>Descarga papilar espontânea em nutrizes ou não gestantes</p>	<p>Constitui-se de saída de secreção pelas papilas mamárias fora do período gravídico-puerperal e lactação. É importante investigar a data da última gravidez, aleitamento recente, uso de medicamentos que podem causar galactorreia, trauma local e tabagismo. Devem ser investigadas as descargas espontâneas, unilateral, uni papilar, persistente, purulenta ou sanguinolenta (PRIMO, 2017);</p> <p>A descarga papilar em homens deve ser sempre considerada um achado suspeito, dado que a incidência de carcinoma, que é de cerca de 23% (DE PAULA, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o uso de medicações que podem causar aumento de prolactina; • Investigar gestação; <p>Características a serem pontuadas no exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espontânea ou provocada: a descarga papilar espontânea sugere sinais de anormalidade e pode estar relacionada a processos hormonais; Em ambos, sugere-se colher amostra de citopatológico de mama e retorno para reavaliação; • Lateralidade: quando unilateral sugere-se maior atenção; quando bilateral, deve-se observar outros sinais complementares descritos. Colher amostra de citopatológico de mama e agendar retorno para avaliação; • Número de orifícios: a descarga unipapilar é sugestiva de maiores cuidados, deve-se colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica. Quando multipapilar deve-se observar outros sinais descritos. • Láctea ou serosa: provável causa hormonal, orientar a investigação de câncer de mama e encaminhamento a mastologista; • Sanguinolenta ou purulenta: colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica.
<p>Retração de pele ou mamilar</p>	<p>É a inversão da estrutura da pele, ou mamilo, diz-se do aspecto de “casca de laranja” na pele da mama. As causas podem ser congênita ou adquirida (processos inflamatórios, infecciosos, trauma, lesões malignas da mama (PRIMO, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se associada com amamentação, a conduta está descrita no capítulo específico deste protocolo; • Se a alteração ocorreu repentinamente, deve-se encaminhar a usuária para avaliação médica e conduta.
<p>Cistos mamários</p>	<p>Nódulos de aparecimento súbito, de contornos regulares, móveis e dolorosos. A consistência pode ser amolecida ou, quando o líquido intracístico encontra-se sob tensão, a sensação palpatória é fibroelástica. São formados pela obstrução e dilatação dos ductos mamários terminais. A maior parte dos cistos decorrem de processos de involução da mama, ocorrendo com mais frequência entre 35 e 50 anos de idade e incidem de 7 a 10% da população feminina, podendo ser únicos ou múltiplos, uni ou bilaterais (RUIZ, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese deve-se avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso; • Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama; • Encaminhar ao acompanhamento médico.

Assimetria mamária	Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas: tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem ocorrer como resultado de postura distorcida, rotações de ombros, escolioses entre outras causas. (HORTA, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a alteração foi súbita e se há outros sinais ou sintomas, caso afirmativo, encaminhar à consulta médica; • Ao exame físico deve-se avaliar a postura da usuária; • Reavaliar em tempo oportuno.
Alterações infecciosas (mastites)	Apresentam-se com sinais inflamatórios clássicos: dor, calor, rubor e edema, em resposta a algum tipo de agressão podendo ocorrer abaulamento ou aumento do volume mamário. Dependendo do tipo de agressão e da fase em que se apresenta o processo, percebe-se a combinação e a intensidade dos sinais inflamatórios. Podem ser divididas em puerperal e não puerperal (RUIZ, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar histórico de amamentação; • Há possibilidade de apresentar sinais sistêmicos da infecção (febre, mal-estar); • Orientar cuidados locais, curativos, se necessário; • Encaminhar para avaliação médica.
Siliconomas	O silicone líquido industrial tem sido introduzido no organismo humano (inclusive nas região de mama) de forma clandestina, com a finalidade de corrigir defeitos, e aumentar volume em homens e mulheres ampliando chances de complicações como infecções, necroses teciduais, migração do produto pelo sistema linfático, venoso ou por força da gravidade (DORNELAS, 2011).	<ul style="list-style-type: none"> • Exame físico geral amplo e detalhado com o histórico de uso do silicone industrial; • Encaminhamento médico a especialista para avaliação e conduta.
Fibroadenomas	São os nódulos de mama benignos mais comuns. Podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalentes em mulheres com idade entre 15 e 35 anos. Têm crescimento limitado, em geral não superando 2 cm. Apenas 0,1 a 0,3% dos casos apresentam transformação maligna. (RUIZ, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • No exame clínico das mamas (ECM) o fibroadenoma normalmente se apresenta como uma nodulação móvel, não aderido ao tecido que o rodeia, bem delimitado, com dimensões em geral de 2 a 3 cm; • Nas usuárias de maior faixa etária devido a alterações fisiopatológicas o nódulo pode passar a ter consistência endurecida; • O diagnóstico é predominante clínico, porém a USG de mamas pode ser indicada tanto quanto a PAAF; • A realização da tríplice análise é a mais indicada, portanto viabilizar consulta médica.

Fonte: Modificado a partir de Florianópolis, 2016.

Recomendações diante do resultado da mamografia

Quadro 18: Interpretação, risco de câncer, recomendações e condutas mediante o resultado de mamografia.

Categoria BI-RADS®	Interpretação	Risco de câncer	Recomendações e conduta
1	Sem achados	0%	Rotina de rastreamento

2	Achados provavelmente benignos	0%	Rotina de rastreamento
3	Achados provavelmente benignos	< 2%	Controle radiológico por três anos com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois seguintes. A usuária pode ser encaminhada à unidade de referência especializada para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe APS na coordenação de cuidado.
4	Achados suspeitos de malignidade	2% a 95% a depender do grau de suspeição	Encaminhar para a unidade de referência especializada para tratamento. A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
5	Achados altamente suspeitos de malignidade	> 95%	Confirmando o diagnóstico com exames complementares, encaminhar a usuária à unidade de referência para tratamento. A APS deve manter a coordenação do cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	Terapêutica específica em unidade de tratamento de câncer. A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	Necessidade de avaliação adicional que deverá ser solicitada e avaliada pelo médico (outras incidências mamográficas, ultrassonografia das mamas que será solicitada pelo médico e comparação com mamografia feita no ano anterior para estabelecimento de conduta.

Fonte: Modificado Inca, 2019

Exames de imagem complementares

A ultrassonografia de mamas é um método de diagnóstico por imagem considerado o principal complementar à mamografia na detecção de alterações mamárias. Sua característica fundamental reside na capacidade de distinguir cistos e lesões sólidas, algo difícil de detectar na mamografia (MAULAZ, 2019). Ela é utilizada nas mulheres assintomáticas com mama densa; quando há lesão palpável sem expressão na mamografia; nos nódulos regulares ou lobulados e nas lesões densificantes (assimetria difusa, área densa) que podem representar lesão sólida, cisto ou parênquima mamário. (BRASIL, 2013). Nesse quesito, o enfermeiro atua como articulador de recursos dentro das referências e atua na avaliação do aprazamento e na articulação da condução clínica e segmentos dos casos. Pois perante o aprazamento este profissional junto a equipe pode qualificar a condução priorizando exames e avaliações com médico e especialidade.

E pode atuar na orientação e educação em saúde acerca dos resultados e condutas de acompanhamento na rede de Atenção Básica. Já a ressonância magnética (RM) das mamas é considerada muito eficaz devido à sua alta sensibilidade e especificidade. No caso do enfermeiro, a junção desses exames pode favorecer conduções prioritárias e favorecer priorização na regulação de exames e vagas nos sistemas secundário e terciário. Favorecendo o tratamento da paciente em tempo hábil com as conduções necessárias à intervenção e cuidado, a maior indicação é na avaliação de implante mamário, porém seu uso para avaliação de lesões está crescendo cada vez mais (MAULAZ, 2019).

Métodos invasivos para diagnóstico de câncer de mamas

O diagnóstico final do câncer de mamas é feito por meio do achado histopatológico. Por ser a mama de fácil acesso no organismo feminino, várias modalidades diagnósticas foram sendo desenvolvidas na investigação das lesões mamárias. Destaca-se que a equipe de enfermagem pode auxiliar o procedimento de realização dos métodos invasivos e o resultado destes podem nortear a condução do enfermeiro na priorização de agendamentos e na articulação de recursos entre diversas redes de atenção. Seguem abaixo os principais métodos invasivos de realização de biópsias:

Quadro 19: Métodos invasivos que auxiliam no diagnóstico final

Método	Descrição
A Biópsia Cirúrgica	Exérese de nódulo de mama, guiada por meio da ultrassonografia. É o meio mais tradicional e mais utilizado. Pode ser incisional (retirada de parte da lesão) ou excisional (retirada total da lesão).
Biópsia Percutânea com Agulha Grossa (PAG)	A punção por agulha grossa (PAG), ou <i>core biopsy</i> , é um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que retira fragmento de tecido mamário para o exame histopatológico por meio de dispositivo automático para biópsia (pistola).
Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)	Procedimento ambulatorial, simples e de baixo custo. A PAAF pode ser utilizada tanto na abordagem das lesões palpáveis como de não palpáveis, não fornece diagnóstico de invasão tumoral, somente material para estudo citopatológico.
Biópsia Percutânea a Vácuo (Mamotomia)	Utiliza um sistema de aspiração a vácuo em conjunto com sistema de corte. Este método pode ser guiado por raios X (estereotaxia), ultrassonografia ou ressonância magnética. Em comparação com a PAG, é mais eficaz obtendo maior número de fragmentos com melhor desempenho nas microcalcificações, porém seu custo é mais elevado.

FONTE: Elaborado com base em PRIMO, 2017

Ações de vigilância em saúde

O histórico brasileiro da vigilância em saúde no que diz respeito às ações de combate ao câncer de mama teve seu desenrolar juntamente com a vigilância em saúde em geral, a qual é relativamente nova em seu conceito (data internacionalmente de 1963 - Alexander Langmuir), mas que vem sendo fortalecida no decorrer dos anos junto à saúde pública. Nessa trajetória, os processos de trabalho da vigilância em saúde apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores, no caso, a população em sua grande parte feminina e seus fatores de risco para o câncer de mama.

Com base no caderno nº 13 de Atenção Básica do ministério da saúde (Brasil, 2013), elencam-se ações a serem desenvolvidas pela equipe de APS, a qual assume seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde:

- Planejar, programar e executar ações de rastreamento, visando o controle do câncer de mama, com priorização das ações segundo fatores de risco, vulnerabilidade e desigualdade, dentro do território;
- Garantir a busca ativa das mulheres na área de abrangência, para a realização do exame clínico das mamas anualmente, ou quando necessário;
- Garantir o rastreamento ativo organizado com a realização da mamografia, conforme protocolo;
- Identificar as mulheres com resultados positivos à investigação, ou ao rastreamento, para vigilância do caso; acompanhar segundo recomendação, e convocar quando necessário;
- Garantir o acesso ao diagnóstico precoce, com objetivo de iniciar tratamento em até 60 dias após o diagnóstico (Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012);
- Realizar o acompanhamento longitudinal à mulher diagnosticada, durante tratamento, recuperação e reabilitação, articulando os diversos serviços e unidades que compõem as redes;
- Realizar acompanhamento após alta, ou cuidados paliativos, inclusive com ações intersetoriais;
- Planejar, programar e executar atividades educativas individuais, familiares e/ou coletivas, para reforçar ideias de prevenção e promoção em saúde na temática em questão;
- Alimentar e analisar dados dos sistemas de informação em saúde vigentes.

Educação em saúde

A educação em saúde, como prática na qual existe a participação ativa dos usuários, proporciona informação em saúde, educação sanitária além de contribuir para aquisição de atitudes que estimulem mudanças de comportamento acerca de sua própria saúde e da comunidade (ALVES, 2019 E NUNES, 2013). As ações em saúde devem ser direcionadas para a realidade cultural dos usuários, na qual o problema é trabalhado a partir do pensamento coletivo e da análise das suas crenças e valores. A enfermagem pode contribuir efetivamente com esse processo de conscientização da população acerca de sua saúde, visto que a educação em saúde se insere no contexto de atuação da equipe de enfermagem (NUNES, 2013).

Plano de cuidados

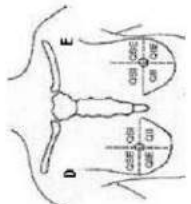
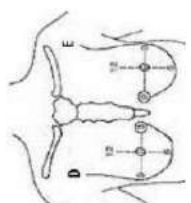

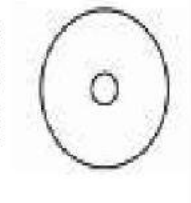
Quadro 20: Plano de cuidados quanto ao rastreamento de câncer de mamas.

Plano de cuidados		
Ações de enfermagem	Condutas de enfermagem	Profissionais
Consulta pós-rastreamento mamográfico	<ul style="list-style-type: none">Recebimento dos laudos;Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento;Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas;Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mamas, conforme necessidades.	Enfermeiro/ Médico
Atividades de Vigilância em saúde	<ul style="list-style-type: none">Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário;Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento;Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.	Equipe Multiprofissional
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none">Orientação individual ou coletiva sobre fatores de risco ou proteção do câncer de mamasOrientação individual ou coletiva sobre exame clínico das mamas;Orientações individual e coletiva para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.	Equipe Multiprofissional

Fonte: Brasil, 2016.

ANEXO 1 – PROPOSTA DE IMPRESSO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAUDE DA MULHER

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL			
UBS/ESF:	Data:	Hora:	Nº Prontuário:
Nome:	Data de nascimento:	Idade:	Ocupação:
Nome social:	Raça/cor: ()branca ()parda ()amarela ()negra ()indígena ()NR/NS		
Estado civil: ()solteira ()casada ()união estável ()viúva ()divorciada	Escolaridade: ()Analfabeto ()		
ANAMNESE – ANTECEDENTES PESSOAIS			
Peso:	Altura:	IMC:	PA: mmhg
Etilismo: () sim () não	Tabagismo: () sim () não	Drogadição: () Sim () Não	Quantidade/dia: _____
Quantidade/dia: _____	Quantidade/dia: _____	Uso de: () injetável () inalatório () Oral	Atividade Física: () Prática () Não Prática
Tempo de consumo: _____	Tempo de consumo: _____	Parou há quanto tempo? _____	Quantidade/sem: _____
Parou há quanto tempo? _____	Parou há quanto tempo? _____	Evacuação: _____	Parou há quanto tempo? _____
Diurese: _____	Imunização: () atualizada () desatualizada	Cirurgias prévias: () sim () não	quais: _____
HISTÓRICO DE PATOLOGIAS			
() Diabetes () Hipertensão Arterial () Cardiopatias () Vasculopatias () DPOC () Pneumopatias () Doença Renal () Câncer de Mamas () Câncer Ginecológico			
() Outras: _____			
Medicações de uso contínuo: () Sim () Não _____			
ANTECEDENTES FAMILIARES			
() Diabetes () Hipertensão Arterial () Cardiopatias () Vasculopatias () DPOC () Pneumopatias () Doença Renal () Câncer de Mamas () Câncer Ginecológico			
() Outras: _____			
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS			
Idade da menarca: _____	Data da última menstruação: _____	Duração do ciclo: _____	
Duração do fluxo menstrual: _____	Volume do fluxo menstrual: _____	Sangramento entre ciclos (escapes): () sim () não	
Idade da menopausa: _____	Tratamento hormonal: () sim () não	Sangramento após a menopausa: () sim () não	
Idade da sesarca: _____	Último PAP (data/ resultado): _____	Última Mamografia (data/resultado): _____	
Método anticoncepcional: _____	Nº de parceiros no último ano: _____	Histórico de IST: () sim () não	Quais: _____
Queixas mamárias: _____			
Queixas ginecológicas: _____			
Outras queixas: _____			
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			
Nº de gestações: _____	Paridade: _____	Abortamentos: _____	Curetagem após aborto: () sim () não
Idade da primeira gestação: _____		Histórico de amamentação: () sim () não	Efetividade/intercorrências: _____
			Partos: _____ normal _____ cesárea _____ fórceps _____

EXAME FÍSICO GERAL DAS MAMAS E GINECOLÓGICO	
EXAME FÍSICO ESPECÍFICO DAS MAMAS	
<p>QUADRANTES</p>  <p>RELÓGIO</p> 	<p>TAMANHO: () pequeno () médio () grande</p> <p>FORMA: () normal () retração () abaulamento Especificar: _____</p> <p>PELE: () s/ alterações () alterado Especificar: _____</p> <p>TEXTURA: () densa () flocida () fibrosa</p> <p>MASSAS/NÓDULOS: () sim () não Especificar: _____</p> <p>MAMÍLOS: () protuso () plano () invertido Alteração recente: () sim () não Tempo: _____</p> <p>DESCARGA PAPILAR: () sim () não Especificar: _____</p> <p>MASTALGIA: () sim () não Especificar: _____</p> <p>SINAIS FLOGÍSTICOS: () sim () não Especificar: _____</p> <p>LINFONODOS AXILARES E CLAVICULARES PALPÁVEIS: () sim () não Especificar: _____</p>
EXAME FÍSICO ESPECÍFICO GINECOLÓGICO	
<p>INSPEÇÃO EXTERNA</p> 	<p>ABDOMEN:</p> <p>EXAME ESPECULAR</p> 
<p>INSPEÇÃO EXTERNA DA GENITÁLIA: () normal () alterada Especificar: _____</p> <p>EXAME ESPECULAR: _____</p>	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM () NANDA () CIPE	
<p style="text-align: center;">INTERVENÇÕES E CONDUTAS DE ENFERMAGEM () NIC () CIPE</p> <p>() Monitorar alterações e edema periférico. () Encorajar a família a apoiar a paciente. () Agendar Consulta de Seguimento () Avaliar Sinais e Sintomas de Infecção</p> <p>() Usar uma abordagem calma e segura. () Estimular e orientar o uso de técnicas de relaxamento. () Apoiar Imagem Corporal Positiva () Demonstrar Técnica de auto exame</p> <p>() Promover um ambiente confortável. () Avaliar a dor e sinais flogísticos. () Favorecer a vinculação ao serviço () Orientar sobre cuidados com as mamas</p>	
ANOTAÇÃO/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Fonte: DOENGES, MARYLINN, 2018 Capítulo 1, seção 01 - Página957

Referências

ALVES, P. C. *et al.* Efeitos de intervenção educativa no conhecimento e atitude sobre detecção precoce do câncer de mama. **Rev Rene**, V 20, Fortaleza, 2019. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/40765/pdf>> Acesso em 10 de julho.

BRASIL. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf> Acesso em 10 de julho de 2019.

_____. LEI Nº 12.723, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início**, Brasília, DF, nov 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm> Acesso em 10 de julho de 2019.

_____. LEI Nº 7.498, de 22 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Brasília, DF, jun de 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm> Acesso em 05 de agosto de 2019.

_____. Caderno de Atenção Básica nº 13: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. **Ministério da saúde – Departamento de Atenção Básica**: Brasília – DF, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>> Acesso em 10 de julho de 2019.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 10 de julho de 2019.

CARRARA, H. H.; DUARTE, G.; PHILBERT, P. SEMIOLOGIA GINECOLÓGICA. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 29, n. 1, p. 80-87, 30 mar. 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/716>> Acesso em 08 de agosto de 2019.

CAVALCANTE, S. A. M.; *et al.* Ações do Enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, V 59, N 3, pp 459-466, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/17-revisao_literatura-acoes-enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf> Acesso em 10 de julho de 2019.

COFEN. Resolução Cofen Nº 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, DF, out de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 05 de agosto de 2019.

CHOPRA, S.; MARUCCI, D. *Cutaneous complications associated with breast augmentation: A review*. **International journal of women's dermatology**, v. 5, n. 1, p. 73-77, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352647518300327>> Acesso em 10 de agosto de 2019.

COMPARINI, H.; *et al.* Consulta de enfermagem à mulher em Unidade Básica de Saúde da família: diagnósticos e intervenções. São Paulo: **Revista Nursing**, V 18, N 215, p. 1017 – 23, 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=28815&indexSearch=ID>> Acesso em 02 de agosto de 2019.

COREN-SP. Anotações de enfermagem. São Paulo: **COREN-SP**, 2009. Disponível em: <<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>> Acesso em 10 de julho de 2019.

_____. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: **COREN-SP**, 2015. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>> Acesso em 07 de agosto de 2019.

_____. Parecer Coren-SP nº 028/2011 que dispõe sobre solicitação de mamografia pelo enfermeiro. São Paulo: **COREN-SP**, 2011. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2011_28.pdf> Acesso em 21 de agosto de 2019.

COREN-PB. Protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da Paraíba. 2. Ed, João Pessoa: **COREN-PB**, 2015. Disponível em: <http://www.coren-pb.gov.br/livro-protocolo-do-enfermeiro-coren-pb_2581.html> Acesso em 10 de julho de 2019.

DE BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Artmed Editora, 2015.

DOENGENES, MARILYNN E. Diagnósticos de enfermagem/Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, Alice C Murr, revisão técnica Sônia Regina de Souza; tradução Carlos Henrique de Araújo Cosendey, Maria de Fátima Azevedo – 14 ed. Diagnósticos de Enfermagem - Intervenções, Prioridades, Fundamentos – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018

GARCIA, Telma Ribeiro; COENEN, Amy M.; BARTZ, Claudia C. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2017**. Artmed Editora, 2016.

GOYAL, A.; MANSEL, R. E. Mastalgia. **Gestão de doenças da mama**, 2016.

HORTA, H. H. L.; MARTINS, L. I. S. DE PINA, S. Cuidados de enfermagem frente à mulheres com câncer de mama. **Revista Investigação**, V 15, N 4, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/1253/888>> Acesso em 02 de agosto de 2019.

INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro, 2015.

INCA. **Deteção precoce do câncer de mama**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/deteccao-precoce>> Acesso em 10 de julho de 2019.

INCA. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf> Acesso em 10 de julho de 2019.

Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>> Acesso em 12 de setembro de 2019.

INCA. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//incidencia-mortalidade-morbidade-hospitalar-por-cancer.pdf>> Acesso em 05 de agosto de 2019.

MAULAZ, C. M. *et al.* **Estudo Comparativo do Desempenho de Imagens por Ressonância Magnética, Mamografia e Ecografia na Avaliação de Lesões Mamárias Benignas e Malignas**. Revista Brasileira de Física Médica, v. 12, n. 2, p. 23-29, 2019. Disponível em <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/485/v12n12p23>> Acesso em 12 de agosto de 2019.

MARANHA, N.B.; SILVA, M. C. A.; BRITO, I. C. **A consulta de enfermagem no cenário da Atenção Básica e a percepção dos usuários:** revisão integrativa. *Academus Revista Científica da Saúde*. V. 2, Nº 1, pág. 45 – 52, jan – abr, 2017. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/246/261>> Acesso em 02 de agosto de 2019.

MELO, F. B. B.; *et al.* **Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, V 70, N 6, pp 1183-93, nov-dez, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1119.pdf> Acesso em 10 de julho de 2019.

MIGOWSKI, Arn *et al.* **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n. 6, e00074817, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000600502&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2019. Epub June 21, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074817>.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PAULA, I. B.; CAMPOS, A. M. **Avaliação imagiológica da paciente com derrame papilar.** *Radiologia Brasileira*, V. 50, N. 6, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v50n6/pt_0100-3984-rb-20160103.pdf> Acesso em 10 de agosto de 2019.

PHILPOTTS, Liane E. **Tomossíntese mamária.** Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2018.

PREFEITURA DE CAMPINAS. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem.** CAMPINAS: Secretaria municipal de saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_\(POP\)_Enfermagem_versao_01_10_2014.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_(POP)_Enfermagem_versao_01_10_2014.pdf)> Acesso em 10 de julho de 2019.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de enfermagem de saúde da mulher:** Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Secretaria Municipal de saúde: Florianópolis, V 3, versão 1.2, dezembro de 2016 (atualizado em setembro de 2017). Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2016_22.36.14.03084a93d0f0eec988fa25f3095b594a.pdf> Acesso em 10 de julho de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Enfermagem:** Saúde da Mulher, Coordenação da Atenção Básica. 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. (Série Enfermagem).

PREFEITURA DE PIRACICABA. **Manual de Assistência de enfermagem:** saúde da mulher. Piracicaba: SMS, 2 ed., 2019.

PRIMO, W. Q. S. P; CORRÊA, F. J. S; BRASILEIRO, J. P. B. **Manual de ginecologia da sociedade de ginecologia e obstetrícia de Brasília.** Editora Luan Comunicação: Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.sgob.org.br/wp-content/uploads/2017/10/ManualSGOBdigital11102017.pdf>> Acesso em 10 de julho de 2019.

RIO DE JANEIRO, COREN-RJ. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e Coren-RJ, 2012. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>> Acesso em 08 de agosto de 2019.

RÊGO, N. T. D. S.; DOURADO, S. E.; MARTINS, L. M. **Fatores epidemiológicos associados à realização da mamografia.** *Revista Interdisciplinar*, v. 12, n. 1, p. 59-67, 2019.

RIBAS, M. A. S. Siliconomas. **Revista Formación Médica Continuada em Atención Primaria.**, V 26, N 05, p 301-02, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207219300416?via%3Dihub>> Acesso em 10 de julho de 2019.

RUIZ, C. A. *et al.* **Doenças Benignas da Mama.** São Paulo: Manole, 2016.

SONNENSCHNEIN, M.; WALDHERR, C. **Alterações benignas (cistos, dibriadenomas, papilomas, infecção...)**. Atlas da tomossíntese da mama, 2017.

SOUSA, G. R. S. *et al.* **O uso da tomossíntese digital mamária e da mamografia digital na detecção precoce do câncer de mama:** uma revisão integrativa da literatura. 2018.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. C. **O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da Atenção Primária.** Revista Enfermagem UERJ, V. 23, N. 1, p. 33-38, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a06.pdf>> Acesso em 08 de agosto de 2019.

Capítulo 3

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são consideradas como um agravo para a saúde pública com repercussão e danos sociais, econômicos e sanitários (MAGALHÃES, *et al.* 2013).

As ISTs são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, protozoários e fungos), sendo transmitidas principalmente pelo contato sexual e mais raramente pela corrente sanguínea. Vale salientar que a transmissão das ISTs pode acontecer da mãe para o feto durante a gravidez, parto ou amamentação (BRASIL, 2019).

A APS tem papel fundamental na prevenção, detecção e controle das ISTs, não somente o tratamento imediato, mas a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de outras ISTs e complicações decorrentes das infecções (BRASIL, 2019).

Estratégias e ações para o combate às ists

A manutenção de uma IST, assim como sua disseminação e seu surgimento depende de um conjunto de fatores, como: a eficácia da transmissão; as taxas de variação de parceria sexual, aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais; duração da infecção, qualidade da rede de saúde e acesso aos serviços (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, destacam-se também as denominadas “populações prioritárias” (vide capítulo 1), referentes aos segmentos com vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais (PCDT, 2015).

As estratégias e ações para o combate às ISTs são guiadas pelo conceito de prevenção combinada, a qual preconiza uma oferta conjugada e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, centrada na necessidade e concordância de cada pessoa (Cuidado centrado na pessoa) (BRASIL, 2018).

A prevenção combinada abrange o uso de preservativo masculino e feminino, uso de gel lubrificante, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs, 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. (São Paulo, 2017). Cabe ainda ressaltar a importância da prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que incluem a anticoncepção de emergência, a administração de medicações profiláticas às ISTs e a assistência psicossocial, entre outros (BRASIL, 2012).



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Destaca-se, nesse contexto, o papel da equipe de enfermagem, que é imprescindível nesta área da APS, não somente na triagem através dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais (Cofen, 2016), mas também fundamental para a redução da transmissão vertical, durante a consulta de enfermagem realizada pelo enfermeiro (Brasil, 1986). A política nacional da Atenção Básica (PNAB) é clara quando estabelece que o enfermeiro tenha como atribuição:

“Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

A. Atribuições da equipe de enfermagem

Atribuições do enfermeiro

- Organizar, planejar e supervisionar ações para diagnóstico, tratamento, acompanhamento, monitoração e prevenção de IST na APS;
- Realizar aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência;
- Participar do estabelecimento de parcerias com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde para continuidade do cuidado;
- Oportunizar o diagnóstico precoce das ISTs na realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C e emissão de laudo dos testes realizados pelo mesmo e/ou por técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Realizar aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- Realizar a solicitação de exame para confirmação de diagnóstico, encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação;
- Realizar prescrição de tratamento adequado das IST aos usuários;
- Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais dos usuários com esses agravos;
- Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao usuário com IST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve;
- Realizar encaminhamento dos casos que não competem à Atenção Primária à Saúde, realizando acompanhamento conjunto;
- Realizar no contexto da equipe ações de prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV;
- Promover ações para adesão das gestantes ao Pré-Natal e oferecer o teste para sífilis, para hepatite B e para o HIV, a todas as gestantes da área de abrangência da unidade, realizando aconselhamento pré e pós-teste;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.

Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem

- Realizar a coleta de sangue para encaminhamento ao laboratório de referência na medida em que a unidade esteja organizada para essa atividade;
- Organizar e acondicionar o material coletado para envio ao laboratório de referência;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico;
- Participar das ações de vigilância epidemiológica pertinentes a cada caso;
- Realizar testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites virais sob a supervisão do enfermeiro, encaminhando prontamente os usuários com resultado reagente;
- Realizar vacinação contra hepatites B e A e HPV, seguindo normas do programa nacional de imunização e calendário vacinal;
- Participar da busca ativa de novos casos;
- Registrar o procedimento, as orientações e os cuidados realizados em prontuário finalizando com assinatura e carimbo;
- Contribuir e participar de atividades de educação permanente;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível da sua qualificação;
- Orientar os usuários na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem ou médicas;
- Participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo.

B. 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 ISTs 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 na 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.

É fundamental seguir os princípios básicos do método de comunicação das parcerias sexuais: a confidencialidade, a ausência de coerção, a proteção contra discriminação e a legalidade da ação, devendo ser voluntária a comunicação às parcerias sexuais pelo caso índice e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento².

Em situações nas quais o caso índice se recusar a fazer a comunicação às parcerias ou impedir que o profissional de saúde o faça, ou ainda havendo risco à saúde da parceria e/ou outros (como um conceito), em último caso, esgotadas todas as possibilidades, esta poderá ser feita pelo profissional de saúde. A decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com os princípios éticos (Brasil, 2015).

A comunicação por busca ativa só ocorrerá quando se esgotarem todos os recursos disponíveis. As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser priorizadas para busca ativa. (Brasil, 2019).

Quadro 1: Exames solicitados pelo enfermeiro para ISTs

Testes rápidos preferencialmente
<ul style="list-style-type: none">• Sorologia HIV;• Sorologia hepatite B;• Sorologia hepatite C;• Sorologia sífilis <i>Clamídia e Gonococo: detecção por biologia molecular</i>

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Quadro 2: Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem nas infecções sexualmente transmissíveis - Nanda-I e NIC (*Nursing Interventions Classification*).

Nanda 2018-2020	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Comportamento de saúde propenso a risco	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito;• Estabelecer metas;• Auxiliar o paciente a imaginar ações alternativas de menor risco ao estilo de vida, conforme apropriado;• Auxiliar o paciente a lidar com emoções intensas (p. ex., ansiedade, luto e raiva), conforme apropriado.

² Esses princípios favorecem a diminuição da resistência em utilizar o serviço de saúde, pois percebem que há garantia de confidencialidade. BRASIL, 2019.

Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o acesso à educação de saúde adequada relativa à prevenção e tratamento de doenças transmissíveis e à prevenção de recorrência; • Administrar agente imunizante, conforme apropriado; • Incentivar o usuário a discutir histórias sexuais e práticas de sexo seguro com o parceiro.
Risco de distúrbios da identidade pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Focalizar-se totalmente na interação, suprimindo preconceitos, tendências, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações; • Usar o silêncio / escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações.
Conhecimento deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as razões por trás do controle / terapia / recomendações de tratamento; • Orientar o paciente sobre a finalidade e ação de cada medicamento; • Orientar o paciente sobre a administração / aplicação correta de cada medicamento.

Fonte: NIC, 2016; Nanda-I, 2018-2020.

Quadro 3: Alguns diagnósticos e intervenções nas infecções sexualmente transmissíveis - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

CIPE 2018	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; • Estabelecer relação de confiança; • Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade.
Imagem corporal perturbada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar acerca das alterações e condutas frente a elas; • Apoiar imagem corporal positiva; • Apoiar processo familiar de enfrentamento.
Comportamento sexual problemático	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; • Orientar sobre o comportamento sexual.
Adesão ao teste de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar e realizar aconselhamento e teste rápido para HIV, hepatites virais e sífilis; • Relatar resultado de teste; • Tratar e encaminhar, se necessário.

C. Sífilis

A sífilis é causada por infecção bacteriana cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*. É transmitida principalmente pelo contato sexual, sendo que muitos permanecem assintomáticos. Na ocorrência de sintomas, estes são pouco percebidos ou valorizados, dificultando o tratamento e aumentando o risco da transmissão aos parceiros sexuais.

A ausência do tratamento pode colaborar com formas mais graves desta infecção, comprometendo diversos órgãos e sistemas, sobretudo, o nervoso e o cardiovascular.

Em gestantes, a transmissão transplacentária ao feto pode chegar a 80%, podendo ocorrer também durante o parto vaginal se existir lesão. O acometimento fetal varia pelo tempo que ele foi exposto, podendo evoluir para parto prematuro, morte intrauterina ou neonatal. (Brasil, 2019)

Quadro 4: Classificação clínica da sífilis, manifestações clínicas de sífilis adquirida.

Sífilis recente (até dois anos de evolução)		
	Incubação	Manifestações clínicas/evolução
Primária	De 10 a 90 dias (média de três semanas)	Início com lesão primária única e indolor, evoluindo em alguns casos para múltiplas lesões, podem estar acompanhadas de linfadenopatia regional . A lesão tem borda definida e regular, base endurecida e fundo limpo, (cancro duro) rica em treponemas, com duração de três a oito semanas e desaparece independente do tratamento, desse modo o indivíduo supõe estar curado.
Secundária	De 6 semanas até 6 meses após cicatrização da lesão inicial (podendo se estender por até 2 anos)	Lesões cutaneomucosas, (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) com erupção macular eritematosa discreta principalmente em tronco e raiz dos membros, progride para pápulas eritematosas acastanhadas na região plantar e palmar, linfadenopatia generalizada. Quadros neurológicos, oculares, hepáticos e sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia são comuns. Os sinais e sintomas desaparecem em algumas semanas, independente do tratamento trazendo errônea interpretação de cura.
Latente recente		Assintomática, a maior parte dos diagnósticos ocorre por meio de exames laboratoriais. Tem evolução de até dois anos podendo apresentar lesões características de secundária (25% dos casos).
Sífilis tardia (mais de dois anos de evolução)		
Latente tardia		Assintomática, os diagnósticos ocorrem após dois anos da infecção inicial e por meio de exames laboratoriais.
Terciária		Entre 2 e 40 anos da infecção inicial (15 a 25%) dos casos não tratados. Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justarticulares; 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: DCCI/SVS/MS, OMS (2016).

Métodos diagnósticos de sífilis

Os testes para sífilis podem ser utilizados para triagem de pessoas assintomáticas ou para diagnóstico em pessoas sintomáticas, nas quais a anamnese e o exame físico devem ser cuidadosos.

Testes diretos

O diagnóstico é realizado por meio de exames diretos, pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras da lesão.

Tendo em vista que o Brasil vive uma epidemia de sífilis, é recomendado que toda erupção cutânea sem causa determinada seja investigada com teste para sífilis, preferencialmente teste rápido (BRASIL, 2019).

Testes imunológicos

Treponêmicos: São testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornar reagentes e em 85% dos casos permanecerão reagentes por toda a vida do indivíduo mesmo que este realize tratamento, por isso não são indicados para monitorar a resposta ao tratamento.

São inúmeros tipos de testes: Testes rápidos (fácil execução e podem ser realizados na consulta) que utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP); Hemaglutinação (TPHA); aglutinação de partículas (TPPA); micro-hemaglutinação (MHA); imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e os ensaios imunoenzimáticos (ELISA e CMIA).

Não treponêmicos: Detectam anticorpos não específicos para o antígeno do *T. pallidum*, por meio da diluição em fator dois da amostra, até que não haja mais reatividade do teste. São expressos em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.), utilizados como diagnóstico e também para monitorar a resposta ao tratamento e controle da cura. A queda dos títulos indica sucesso no tratamento. São utilizados o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*).

Quadro 5: Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta.

Treponêmico (1º teste)	Não treponêmico (2º teste)	Possíveis interpretações	Conduta
Reagente	Reagente	Diagnóstico de sífilis: Classificação do estágio clínico a ser definido de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: Caso tenha tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.

Reagente	Não reagente	<p>Neste caso deve ser realizado um terceiro teste treponêmico diferente do primeiro.</p> <p>Reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica.</p> <p>Não reagente: considere-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.</p> <p>Indisponibilidade de outro teste treponêmico: avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica ou excluído o diagnóstico de sífilis, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
Não reagente	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e não houver suspeita clínica de sífilis primária.	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta em 30 dias. Nos casos em que o diagnóstico de sífilis seja o mais provável devido a clínica do paciente, o tratamento deve ser instituído.

Fonte: Adaptado DCCI/SVS/MS – PCDT (2019)

Tratamento de sífilis

A medicação de escolha para o tratamento da sífilis é a benzilpenicilina benzatina (por via intramuscular, região ventroglútea, preferencialmente). O esquema terapêutico alternativo é o uso de doxiciclina via oral. A penicilina é a única droga com eficácia documentada na gestação (gestante com alergia comprovada deve ser encaminhada para centro de referência, para dessensibilização).

Qualquer tratamento diferente realizado na gestação é considerado tratamento inadequado; logo, o recém-nascido será notificado como sífilis congênita.

Compete à equipe multiprofissional garantir o tratamento adequado, bem como anotação em caderneta da gestante e prontuário de Pré-Natal, assim será evitado que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a vinculação mãe-bebê.

É preconizado teste rápido de sífilis na primeira consulta de Pré-Natal. Na ocorrência de resultado reagente, deverão tanto gestante quanto seu parceiro sexual ser tratados concomitantemente, mesmo sem a realização do teste não treponêmico. Há evidências de que os benefícios ultrapassam o custo e o risco do tratamento.

É importante destacar que, devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações independentemente dos sinais e sintomas:

- Gestantes;
- Vítima de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento;
- Pessoas com sinais e/ou sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A seguir temos o quadro de tratamento da sífilis de acordo com a classificação clínica:

Quadro 6: Tratamento e monitoramento de sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa (Exceto gestante)	Seguimento com teste não treponêmico
Sífilis primária	Benzilpenicilina benzatina; 2,4 milhões UI; IM; Dose única (1,2 milhão em cada glúteo).	Doxiciclina 100 mg; 12/12h; Via oral; Por 3 dias.	Trimestral; (Gestante mensal).
Sífilis secundária e latente recente (menos de 1 ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina; 2,4 milhões UI, por via intra muscular (IM), em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões.	Doxiciclina 100 mg; 12/12h; Via oral; Por 15 dias.	Trimestral; (Gestante mensal).
Sífilis latente tardia, terciária ou evolução com tempo indeterminado ou desconhecido	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI; IM; 1x/semana por 3 semanas; (1,2 milhão em cada glúteo).	Doxiciclina 100 mg; 12/12h; Via oral; Por 30 dias.	Trimestral; (Gestante mensal).
Nota: A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento, no entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (OMS,2016).			

Fonte: Adaptado DCCI/SVS/MS - PCDT (2019)

Prescrição pelo enfermeiro e administração do tratamento pela equipe de enfermagem

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara, 0,002% (BRASIL, 2015b).

Em nota técnica (Cofen/CTLN Nº 03/2017), o Cofen deixa claro que:

1. A penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem.
2. Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais, distrito federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.
3. A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzantina por profissionais de enfermagem.

Portanto, o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica, desde que haja o suporte para o atendimento de urgência para eventuais situações que podem ocorrer com quaisquer medicações e/ou vacinas.

Monitoramento

O controle deve ser feito com coletas trimestrais pelo período de um ano, sendo que em gestantes o teste não treponêmico deve ser realizado mensalmente, até o nascimento e até um ano após o nascimento, trimestralmente.

Segundo o protocolo PCDT 2019 (protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas), utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda de titulação em 2 diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em 2 diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

Quanto mais precoces o diagnóstico e o tratamento, mais rápida será a diminuição dos anticorpos circulantes e consequentes negatização e estabilização dos testes não treponêmicos.

Critérios de retratamento

Após tratamento adequado, se não ocorrer diminuição da titulação em 2 diluições no intervalo de 6 meses (sífilis recente, primária e secundária) ou não ocorrer diminuição da titulação em 2 diluições no intervalo de 12 meses (sífilis tardia), deve-se retratar.

Outro critério de retratamento é o aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16) ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

A. Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite

Quadro 7: Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso	Gestantes e nutrízes	Observações
Candidíase vulvo-vaginal	<i>Candida albicans</i> (mais frequente); <i>Candida spp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo uterino; • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; • Edema de vulva; • Dispareunia de introito; • Disúria. <p>Período de incubação: 2 a 5 dias.</p>	<p>A 1ª escolha é a via vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal ao deitar-se, por 7 noites; ou • Nistatina 100.000 UI - um aplicador (5g) à noite, ao deitar-se, por 14 dias. <p>A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistentes ao tratamento tópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; ou • Itraconazol, 100mg, VO, 2 cp 2x/ dia / por 1 dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal, ao deitar-se, por 7 dias; ou • Nistatina 100.000 UI - um aplicador (5g) à noite via vaginal, ao deitar-se, por 14 dias. <p>Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.</p>	<p>Orientar medidas higiênicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • Evitar calças apertadas; • Retirar roupa íntima para dormir; • Candidíase recorrente (4 ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para <i>Cândida</i>, visando a identificação de cepas não <i>albicans</i>, que são resistentes aos tratamentos habituais; • É comum durante a gestação, apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.

Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p>Assintomático (70% a 80% dos casos).</p> <p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrimento vaginal; • Sangramento intermenstrual; • Sangramento pós-coito; • Dispareunia; • Disúria; • Polaciúria; • Dor crônica. <p>Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p> <p>Período de incubação: 10 a 14 dias.</p>	<p>Primeira escolha: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única;</p> <p>Segunda escolha: Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias.</p>	<p>Primeira escolha: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre as ISTs e suas prevenções; • Ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia (quando disponíveis); • Ofertar preservativos e gel lubrificante; • Ofertar vacinação contra hepatite B; • Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; • Convocar e tratar as parcerias sexuais. Notificação das ISTs, conforme a portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. As demais, se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios. <p>Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.</p> <p>Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em todos os casos.</p> <p>As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.</p> <p>Complicações: Risco aumentado de prenhez ectópica, endometrite pós-parto, infertilidade.</p>
----------	------------------------------	--	---	--	--

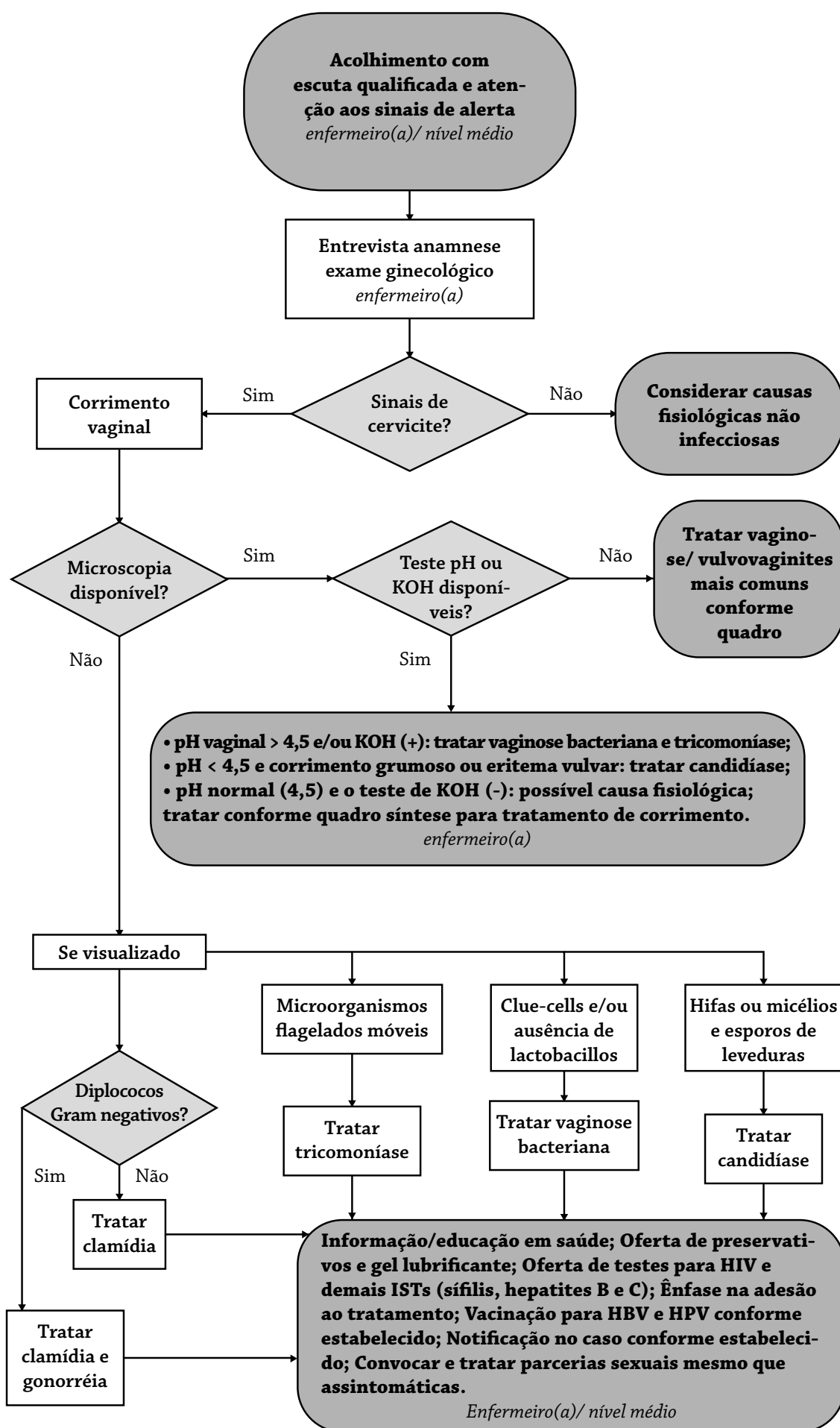
Gonorreia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p>Assintomático (70% a 80% dos casos).</p> <p>Nos sintomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disúria; • Secreção vaginal amarelada; • Odor desagradável; • Sangramento vaginal intermenstrual; • Dor pélvica. <p>Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino</p> <p>Período de incubação: 2 a 5 dias.</p>	<p>Ceftriaxona 500mg, IM, dose única mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.</p>	<p>Primeira escolha: Ceftriaxona 500mg, IM, dose única mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.</p>	<p>Cuidados de enfermagem (vide orientações quanto a Clamídia) Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da DIP, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em todos os casos. As principais complicações quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.</p> <p>Complicações: Risco de desenvolver DIP, gravidez ectópica, oclusão tubária, infertilidade.</p>
-----------	------------------------------	---	---	---	---

<p>Vaginose bacteriana</p>	<p><i>Gardnerella vaginalis</i>; <i>Mobiluncus spp.</i>; <i>Bacteroides spp.</i>; <i>Mycoplasma hominis</i>; <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal acinzentada, cremosa, odor fétido, mais acentuada após o coito e durante o período menstrual; • Dispareunia. <p>Sem sintomas inflamatórios</p>	<p>Via oral: Metronidazol, 500mg, VO, a cada 12 horas por 7 dias;</p> <p>Via intravaginal: Metronidazol, gel vaginal 100 mg/g, 1 aplicador (5g), 1x dia, por 5 dias.</p> <p>Alternativa: Via oral: Clindamicina, 300mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.</p>	<p>Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrizes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 500mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; ou • Metronidazol gel vaginal 100mg/, à noite ao deitar-se, por 5 dias. 	<p>Orientar medidas higiênicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • Evitar calças apertadas; • Retirar roupa íntima para dormir. <p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.</p> <p>Orientar quanto ao efeito antibuse – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento.</p>
----------------------------	--	--	---	--	---

Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal, espumosa, amarelo esverdeado e fétida; • Queimação e prurido vulvovaginal intenso; • Sinusiorragia (sangramento relacionado a atividade sexual); • Dispareunia; • Edema vulvar; • Disúria pouco frequente; • Eritema vaginal; • Colo uterino com petéquias e em “framboesa”. <p>Período de incubação: 5 a 28 dias.</p>	<p>Metronidazol, 2g, VO, dose única;</p> <p>ou</p> <p>Metronidazol, de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.</p>	<p>Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrientes):</p> <p>Metronidazol, 2g, VO, dose única;</p> <p>ou</p> <p>Metronidazol, de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.</p>	<p>Cuidados de enfermagem (vide orientações quanto a Clamídia).</p> <p>Orientar quanto ao efeito antibuse – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento.</p> <p>Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais. Manter o tratamento durante a menstruação. O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras ISTs (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão.</p> <p>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p>
--------------	------------------------------	---	--	---	---

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2019

Fluxograma de corrimento vaginal e cervicite



D. Infecções que causam úlceras genitais

As úlceras genitais estão frequentemente associadas às ISTs em população sexualmente ativa, principalmente em adolescentes e adultos jovens, podendo também estarem associadas às infecções inespecíficas por fungos, bactérias ou vírus. Manifestam-se como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material muco purulento, sangramento e linfadenopatia regional. (Protocolo de Enfermagem de ISTs, 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. (Protocolo técnico de diretrizes terapêuticas, atenção integral às pessoas com ISTs, Brasília, 2019).

Em todos os casos em que houver relato ou registro de que o 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.

Quadro 8: Síntese para tratamento de lesões anogenitais

IST	Agente	Sinais mais comuns	Tratamento	Quem pode tratar?
Cancro mole	<i>Haemophilus ducrey</i>	Lesões múltiplas e dolorosas com bordas irregulares e contorno eritematoso – edematoso e fundo irregular, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido e que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.	Primeira opção: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única Segunda opção: Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias	Enfermeiro/ médico
Sífilis (cancro duro)	<i>Treponema pallidum</i>	Úlcera genital, indolor, geralmente única com fundo limpo, infiltrada, aumento de linfonodos inguinais.	Ver sífilis	Enfermeiro/ médico

Fonte: DCCI/SVS/MS.PCDT 2019

E. Infecção pelo HPV

As infecções causadas pelo Papiloma vírus humano (HPV) caracterizam-se por lesões anogenitais, as quais podem ser únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas ou verrugas em região peniana, anal ou vaginal. O paciente pode permanecer assintomático por anos.

A principal complicação da infecção pelo HPV é o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas mulheres e o câncer de pênis nos homens, devendo a avaliação dos parceiros ser algo a ser buscado sempre.

Situações especiais como gestantes e pessoas imunodeprimidas devem ser avaliadas criteriosamente. Nas gestantes, avaliar se o tempo esperado para tratamento encerra antes da data mínima esperada para o parto, caso contrário, discutir com médico da equipe e encaminhar para atenção secundária, se necessário.

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle, mas os pacientes devem ser avisados sobre a possibilidade de recorrência, principalmente nos 3 primeiros meses.

Encaminhar para atenção secundária na presença de verrugas com mais de 1 cm de diâmetro, múltiplas lesões complicadas (inflamação importante e/ou infecção no local) e verrugas na vagina ou colo uterino, sem melhora após tratamento inicial. A maioria das verrugas regridem espontaneamente em até 2 anos.

Quadro 9: Síntese de Tratamento de verrugas genitais

IST	Agente	Sinais mais comuns	Tratamento	Quem pode tratar?
Verrugas condilomas	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Verrugas condilomas únicos e localizados ou múltiplos e disseminados. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.	Ácido Tricloroacético (ATA) 80-90%. Cauterização diretamente na verruga genital 1x/semana até a remissão das lesões por até 8 semanas (pode ser usado em gestantes). Se necessário o tratamento pode ser estendido por até 8 semanas. Cuidados: Deixar secar bem após aplicação; Cuidar para atingir somente as verrugas (proteger a área ao redor com lidocaína tópica); Na ocorrência de dor na aplicação pode-se neutralizar a ação do ácido com o uso de sabão ou bicarbonato de sódio; Evitar o uso nesta concentração em lesões vaginais internas (mucosa) e colo uterino; neste caso, encaminhar para atenção secundária.	Enfermeiro/ médico

Fontes: Protocolo de Enfermagem de ISTs, Florianópolis, 2017/ Protocolo de saúde das mulheres, MS, 2016

F. Doença inflamatória pélvica

A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma complicação importante das ISTs em mulheres e é considerada um problema em saúde pública. A abordagem oportuna pode evitar internações por condições sensíveis à Atenção Primária ou mesmo óbito por complicações sistêmicas, infertilidade feminina, além de outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica (Brasil, 2019). Entre os microrganismos sexualmente transmissíveis, merecem destaque *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. Entretanto, bactérias que compõem a flora vaginal, como *G. vaginalis*, *H. influenza*, *S. agalactiae*, entre outras, têm sido associadas à DIP. Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e testadas para HIV, sífilis e hepatites virais.

Sinais e sintomas

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (*spotting*) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.

O exame clínico deve incluir:

- Aferição de sinais vitais;
- Exame abdominal;
- Exame especular vaginal, incluindo inspeção do colo de útero para friabilidade (sangramento fácil) e corrimento mucopurulento cervical;
- Exame bimanual, com mobilização do colo e palpação dos anexos.

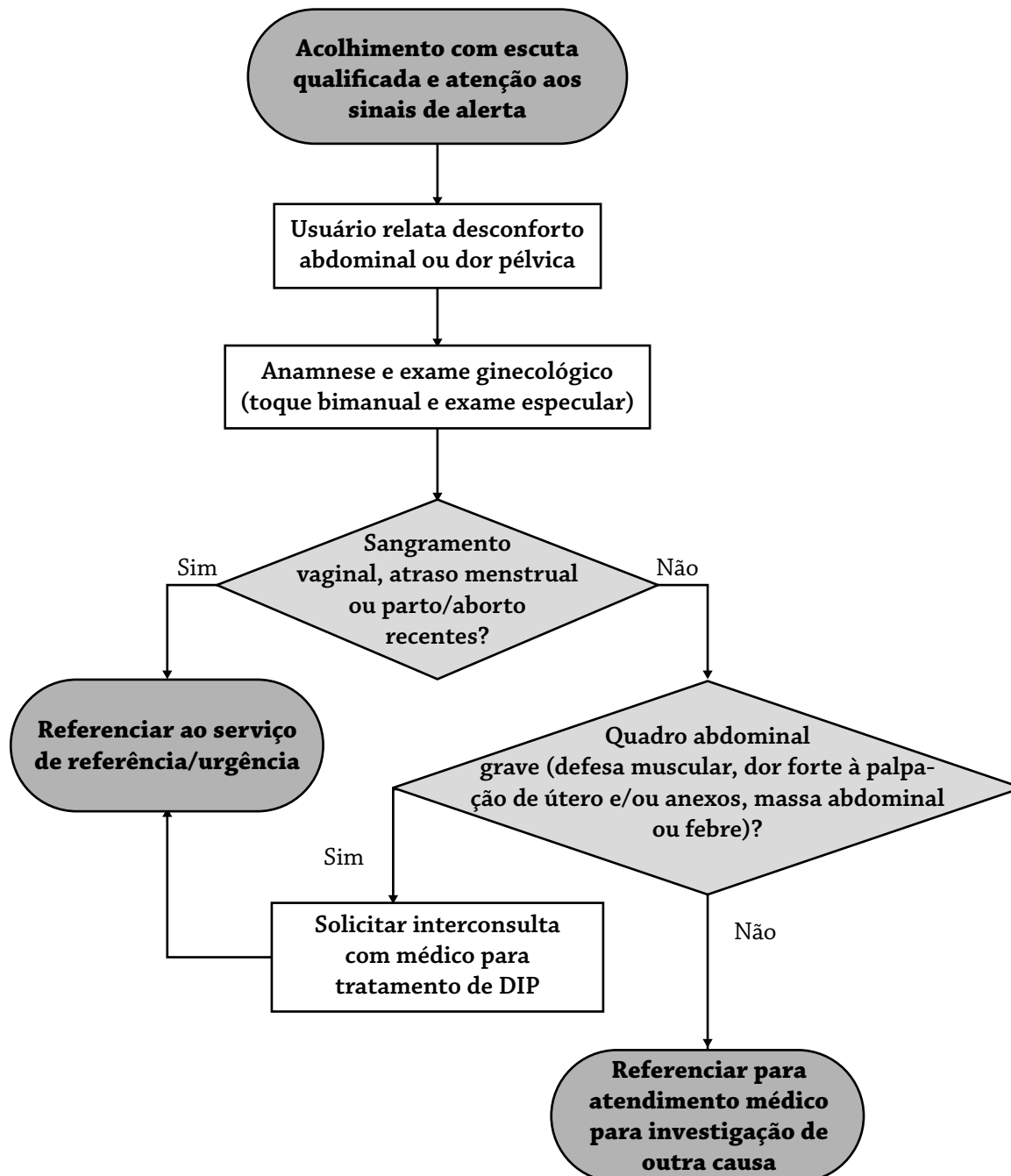
É importante considerar que devido ao impacto que a DIP tem e as complicações que poderá implicar à vida da usuária. O atendimento à mulher com dor pélvica deverá ser realizado pela equipe multiprofissional, sendo a prescrição medicamentosa de responsabilidade do médico. Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los, e ofertar teste rápido para HIV, sífilis, HEP B e C.

Quadro 10: Resumo dos esquemas terapêuticos para doença inflamatória pélvica (DIP)

Doença inflamatória pélvica		
Primeira opção	Segunda opção	Prescritor
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única; MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias; MAIS Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias.	Cefotaxima 500mg, IM, dose única; MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias; MAIS Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias.	Médico
Alívio da dor		
Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias); Ibuprofeno 600mg; ou Diclofenaco sódico 50 mg, de 8/8 horas; Piroxican 20 mg ou Nimesulida 100 mg de 12/12 horas.	Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: Escopolamina 10 mg, de 6/6 horas; dipirona ou paracetamol 500 mg de 6/6 horas.	Enfermeiro ou médico

Fontes: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). (MS, 2019)

Fluxograma: Síndrome da dor pélvica



Sinais de alerta
• Atraso menstrual, amenorreia ou gravidez confirmada.
• Parto ou aborto recentes.
• Febre, calafrio, hipotensão, taquicardia, taquipnéia.
• Separar resultados anteriores para comparativo.
• Distensão ou rigidez abdominal, sinais de irritação peritoneal.
• História de violência sexual.

Sinais de alerta

- atraso menstrual, amenorreia ou gravidez confirmada;
- parto ou abortamento recentes;
- febre, calafrio, hipotensão, taquicardia, taquipneia;
- distensão ou rigidez abdominal, sinais de irritação peritoneal;
- história de violência sexual.

FONTE: Protocolo de saúde da mulher, MS, 2016

Cuidados pós-tratamento

Pode-se observar a melhora clínica das pacientes com DIP nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. A paciente deverá retornar à Atenção Primária para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar, mantendo abstinência sexual até a cura clínica.

Os parceiros deverão ser tratados para clamídia e gonorreia, independentemente do agente causador da DIP (se isolado). Este tratamento poderá ser prescrito pelo enfermeiro. Todos os parceiros sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP deverão ser tratados. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate o último parceiro.

G. Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis são infecções que apresentam mecanismos de transmissão e agentes etiológicos distintos e se classificam por localização; podem ser baixos (retais) e altos (colônicos).

As medidas de prevenção são uso do preservativo, gel lubrificante, barreira de látex durante o sexo oral-anal e luvas de látex para dedilhado. Lavar as mãos e a região genital e anal antes e depois do ato sexual. Higienizar vibradores, plugs anais e vaginais (DCCI/SVS/MS 2019).

Quadro 11: Infecções mais comuns

Infecção	Agente etiológico	Sinais e Sintomas	
Proctites: É a inflamação da mucosa retal de forma direta durante relação sexual anal sem preservativo ou quando este se rompe.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; • <i>Chlamydia trachomatis</i>; • <i>Treponema pallidum</i>; • Herpes simples vírus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoquezia (73%); • Dor anal (62%); • Corrimento anal mucopurulento, (58%); • Tenesmo; • Constipação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de preservativo e gel lubrificante; • Usar barreiras de látex durante sexo oral-anal, luvas de látex para dedilhado ou <i>fisting</i>; • Lavagem de mãos e da região genital e anal antes e depois do ato sexual; • Higienização de vibradores, plugs anais e vaginais; • Anamnese com abordagem da história sexual, • Exame físico do abdome; • Inspeção estática e dinâmica do ânus; • Palpação da região perianal; • Toque retal; • Para pacientes sintomáticos: Swab anal de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, para cultura (antibiograma) e detecção de <i>clamídia</i> e <i>gonococo</i> por biologia molecular; • Para pacientes assintomáticos: Rastreamento semestral por meio de swab anal para detecção de <i>clamídia</i> e <i>gonococo</i> por biologia molecular, para todas pessoas com prática anal receptiva sem proteção de barreira.
Proctocolite: É a inflamação da mucosa retal e do cólon. A transmissão é frequentemente fecal-oral (contato direto ou indireto), estando relacionada à prática sexual que envolve boca-ânus.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entamoeba histolytica</i>; • <i>Campylobacter species</i>; • <i>Salmonella species</i>; • <i>Shigella species</i>; • <i>Chlamydia trachomatis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor anal; • Tenesmo; • Constipação; • Hematoquezia; • Corrimento anal mucopurulento; • Diarreia; • Cólica; • Dor abdominal. 	
Enterite: É a inflamação do duodeno, jejuno e/ou íleo. A via de transmissão também é fecal-oral (contato direto ou indireto) relacionada à prática sexual boca-ânus	<i>Giardia lamblia</i> ; Hetatite A.	<ul style="list-style-type: none"> • Diarreia; • Cólicas; • Dor abdominal. 	

H. Infecção pelo HIV

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral.

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 29 do ministério da saúde, que normatiza a testagem para o HIV. Duas das recomendações apresentadas baseiam-se na utilização de testes rápidos (TR). Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. Considerando o parecer de conselheiros nº 259/2016/Cofen, o nível médio de enfermagem, devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar TR para triagem do HIV, sífilis, hepatites B e C encaminhando prontamente para o enfermeiro, os clientes com resultado reagente. Não podendo emitir laudo, que é privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior.

I. Hepatites virais

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Podem se apresentar como infecções agudas ou crônicas e constituem uma das principais causas de transplantes hepáticos no mundo.

Os testes são rápidos e de triagem e, uma vez que apresentem resultados reagentes, devem ser realizados exames confirmatórios de carga viral para hepatite C (HCV-PCR), e/ou hepatite B (HBV-DNA), ou outros marcadores conforme disponibilidade do serviço e fluxograma de diagnóstico proposto pelo ministério da saúde. (Brasil, 2017f; Brasil, 2018c; Brasil, 2017g).

Ainda, sobre atuação do nível médio de enfermagem, no auxílio à informação e vigilância em saúde, podemos relatar a oferta de preservativos e gel lubrificantes, oferta de testes para IST, com ênfase na adesão ao tratamento, vacinação para hepatites A e B, notificação de casos, conforme estabelecido, busca ativa e orientações de tratamento de parcerias sexuais mesmo que assintomáticas.

A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece seu diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

Hepatite A

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral, por ingestão de água e/ou alimentos contaminados. A transmissão sexual desse vírus é infrequente.

A transmissão por via sexual do vírus da hepatite A provavelmente é subestimada; assim sendo, para a diminuição do risco de sua transmissão sexual, é de suma importância incentivar medidas de higiene antes e após as relações sexuais, assim como uso de preservativos, no contexto das práticas sexuais que envolvam a possibilidade de contato oral-fecal.

Hepatite B

A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente pela via sexual. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mais fluído, mas sêmen e saliva também podem transmitir o HBV. A transmissão vertical também pode ocorrer e ocasiona uma evolução desfavorável, com maior chance de tornar-se crônica.

Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS).

Em casos de pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto para hepatite B, o Ministério da Saúde recomenda vacinação para HBV e imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB).

Hepatite C

A hepatite C é uma infecção de transmissão principalmente parenteral. A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas.

O risco de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) está aumentando em determinadas populações, como usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, e atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre outros que, não obedecendo às normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea.

A transmissão sexual do HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que têm relações sexuais sem preservativo.

J. Vírus zika

O vírus Zika é um flavivírus capaz de causar infecção em humanos. A maioria das pessoas infectadas apresentará a forma assintomática da doença.

Em pessoas sintomáticas, os principais sinais e sintomas são *rash* cutâneo, febre, conjuntivite, cefaleia, dores articulares e mialgia.

O vírus pode ser transmitido por meio da picada do vetor *Aedes aegypti* (o mesmo mosquito que transmite dengue, Chikungunya e febre amarela), assim como por transmissão vertical e sexual. A principal medida de combate à infecção é a prevenção, com medidas de controle do vetor e medidas protetivas individuais (uso de repelentes e de roupas com mangas longas e calças compridas), para diminuir a chance de picada pelo mosquito. Ainda não há vacinas para prevenir a infecção pelo vírus Zika nem tratamento específico.

A transmissão sexual do vírus Zika foi comprovada por inúmeros relatos de casos, mesmo assintomáticos, sendo a Zika considerada uma IST, sendo que ocorre via sexo vaginal, anal e oral, bem como o compartilhamento de brinquedos sexuais. Os prazos nos quais homens e mulheres podem transmitir o Zika variam porque o vírus pode permanecer no sêmen por mais tempo que em outros fluidos corporais.

Muitas pessoas infectadas não terão sintomas ou terão apenas sintomas leves e podem não saber que foram infectadas.

Como se proteger durante a relação sexual:

- Preservativos podem reduzir a chance de contrair o Zika pela relação sexual;
- Preservativos incluem masculinos e femininos;
- Para serem eficazes, os preservativos devem ser usados do início ao fim todas as vezes no sexo vaginal, anal e oral, e ao compartilhar brinquedos sexuais;
- Diques de borracha também podem ser usados para determinados tipos de sexo oral (boca na vagina ou boca no ânus);
- Não compartilhar brinquedos sexuais também pode reduzir o risco de transmitir o Zika para seus parceiros sexuais;
- Não ter relações sexuais elimina o risco de contrair o Zika pela relação sexual.

Recomendações para pessoas que viajam para uma área com risco de Zika:

- Homens e mulheres que viajam para uma área com risco de Zika devem considerar o uso de preservativos toda vez que tiverem relação sexual ou não devem ter relações sexuais durante viagens.
- **Se um dos parceiros do casal for do sexo masculino e somente ele viaja para uma área com risco de Zika:**
 - O casal deve considerar o uso de preservativos ou não ter relações sexuais por pelo menos 3 meses;
 - Após o retorno do parceiro masculino, mesmo que ele não tenha sintomas ou;
 - Desde o início dos sintomas do parceiro masculino ou a data em que foi diagnosticado com Zika.
- **Se um dos parceiros do casal for do sexo feminino e somente ela viaja para uma área com risco de Zika:**
 - O casal deve considerar o uso de preservativos ou não ter relações sexuais por pelo menos 2 meses;
 - Após o retorno da parceira do sexo feminino de uma área com risco de Zika, mesmo que ela não tenha sintomas ou
 - Desde o início dos sintomas da parceira do sexo feminino ou a data em que ela foi diagnosticada com Zika.
- **Se o casal tem um parceiro masculino e um feminino e ambos viajam para uma área com risco de Zika:**
 - Casal deve considerar o uso de preservativos ou não ter relações sexuais por pelo menos 3 meses;
 - Após o retorno de uma área com risco de Zika, mesmo que não tenham sintomas;
 - Desde o início dos sintomas de qualquer um dos parceiros ou a data em que foram diagnosticados com Zika.
- **Para casais que desejam a concepção, recomenda-se:**
 - Aguardar até seis meses após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando o homem foi infectado;
 - Aguardar até oito semanas após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando a mulher foi infectada.

Ações de vigilância em saúde

Para o efetivo combate às ISTs, quebra de cadeia de transmissão e adequação do direcionamento dos programas de saúde a serem desenvolvidos, faz-se necessário um conjunto de ações de vigilância em saúde como controle pelos serviços de saúde dos pacientes com suspeita ou diagnosticados, com a devida abordagem às suas parcerias, realização de busca ativa e a realização de notificação compulsória ao sistema de informações de agravos de notificação (Sinan), sendo a notificação obrigatória e compulsória nos casos de: sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.

A síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação compulsória, a ser monitorada por meio da estratégia de vigilância em unidades-sentinela e suas diretrizes, de acordo com a portaria vigente.

Papel da enfermagem na vigilância das ISTs

A equipe de enfermagem deve expandir sua atuação, ampliando a clínica para o território, realizando ações de vigilância epidemiológica. Entre as ações esperadas, destacamos:

Enfermeiro

- Realizar investigação das ISTs a nível individual e coletivo, realizando a consulta de enfermagem e a Sistematização da Assistência, solicitando os exames de acordo com os protocolos vigentes. Investigar, avaliar e acompanhar suspeitos e parcerias sexuais;
- Visitas domiciliares e convocações a pacientes de risco e faltosos às ações programáticas;
- Notificar casos ou óbitos suspeitos e confirmados de doenças sob vigilância, utilizando os instrumentos e fluxos de informações do SVE (Sistema de Vigilância Epidemiológica);
- Realizar atividades educacionais para grupos específicos ou instituições.

Técnico/auxiliar de enfermagem

- Visitas domiciliares e convocações a pacientes de risco e faltosos às ações programáticas;
- Notificar casos ou óbitos suspeitos e confirmados de doenças sob vigilância, utilizando os instrumentos e fluxos de informações do SVE (Sistema de Vigilância Epidemiológica), sob supervisão do enfermeiro;
- Realizar atividades educacionais sob a supervisão do enfermeiro para grupos específicos ou instituições;
- Participar do controle de pacientes e comunicantes de doenças transmissíveis, assim como tratamentos supervisionados.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Decisão COFEN Nº 244/2016**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016_46254.html. Acesso em: 26 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Novo relatório do UnAids sobre o 90-90-90 cita o Brasil como exemplo de que a meta pode ser cumprida**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/novo-relatorio-do-unaid-sobre-o-90-90-90-cita-o-brasil-como-exemplo-de-que-meta-pode-ser>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 jul. 2019.

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. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2019.

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, DF, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 22 jul. 2019.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 25 jul. 2019.

BULECHEK, Gloria M; BUTCHER, Howard K; DOCHETERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das Intervenções de Enfermagem** (NIC). 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Zika sexual transmission and prevention**. Disponível em: <https://portugues.cdc.gov/zika/prevention/sexual-transmission-prevention.html>. Acesso em: 22 jul.2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte, MG, 2017. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/0/Guia+da+Equipe+de+Enfermagem+na+Atencao+Primaria+a+Saude.pdf/d7785bec-ad76-e815-dbc5-bae06abed895?version=1.0&t=1513184036887>. Acesso em: 29 jul. 2019.

NANDA international. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública**. 1. ed. Florianópolis - SC: [s.n.], 2016. 55 p. v. único. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência sexual**. São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/humanizacao/violencia-sexual>. Acesso em: 25 jul. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST**. Distrito Federal, DF, 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/05/Boletim-AIDS-IST-2018.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

MAGALHÃES, D.M.S et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2013.

Capítulo 4

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Introdução

A sexualidade faz parte de todo ciclo vital do ser humano, por isso é importante conhecer o seu significado para entender os diferentes aspectos de comportamentos encontrados, visto que a sexualidade está inserida na história e cultura das pessoas. Na história da sexualidade, não se pode descartar sua relação com a saúde, principalmente nas questões das IST (infecções sexualmente transmissíveis), e com o planejamento familiar. (RAPATÃO, 2015)

No Brasil, o conceito de “direitos reprodutivos” começou a ser formulado a partir da reflexão das mulheres e passou a ser empregado no início dos anos 1980. Em 1994, o conceito foi consagrado através da conferência internacional sobre população e desenvolvimento (CIPD) que foi realizada na cidade do Cairo, no Egito, e que enfatizou os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010; LEMOS, 2014).

Nesta mesma conferência, foi definido o conceito de saúde sexual:

“A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações”. (BRASIL, 2010, p.15)

Já o conceito “direitos sexuais”, tem uma história contemporânea, originada nos movimentos de gays e lésbicas em favor das chamadas sexualidades alternativas, e abrangendo fundamentalmente o exercício da vivência da sexualidade, da livre escolha de parcerias e práticas sexuais sem constrangimento ou discriminação (LEMOS, 2014). Os direitos sexuais e reprodutivos foram reafirmados e avançaram como Direitos Humanos a partir de acordos internacionais firmados na IV conferência mundial sobre a mulher, realizada em Pequim (XAVIER, ROSATO, 2016).

As ações de planejamento familiar relacionadas à concepção e métodos de contracepção foram asseguradas no Brasil através da Lei nº 9.263 de 1996, que trata dos direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 1996).

O efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem de forma plena a saúde sexual e reprodutiva e que têm na APS uma das suas ações prioritárias.

Segundo o Ministério da Saúde:

[...] isso exige uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade, lembrando que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos. (2013, p. 09).

Dessa forma, o profissional de enfermagem deve estar instrumentalizado para o atendimento e promoção da saúde nas questões da saúde sexual e reprodutiva, visto que ainda permanecem grandes tabus que envolvem a temática, incluindo a necessidade de maior ênfase na formação de profissionais.

I. Atribuições da equipe de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva

No trabalho da enfermagem na APS, as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos — gravidez não planejada, aborto, infertilidade, planejamento reprodutivo e violência — necessitam que desafios sejam superados, uma vez que a compreensão da sexualidade está marcada por preconceitos e tabus dificultando a superação de barreiras relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

As intervenções relacionadas à saúde sexual e reprodutiva devem cumprir as normas relativas à qualidade da atenção, baseada nas evidências científicas e prestar-se de forma respeitosa e positiva. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem da APS esteja instrumentalizada para captar e atender às demandas da população de mulheres, jovens e homens sob sua responsabilidade.

Atribuições do enfermeiro

- Proporcionar condições que favoreçam o estabelecimento de vínculo com o usuário;
- Qualificar e sensibilizar os profissionais envolvidos no atendimento, reforçando o conceito amplo da sexualidade, incluindo a diversidade da população que é atendida na APS, construindo conceitos e desconstruindo preconceitos;
- Realizar visita domiciliar ou consulta de enfermagem, atentando-se para o levantamento do histórico de enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem na saúde sexual com a escuta qualificada;
- Identificar grupos de risco, abuso de substâncias químicas, álcool e tabagismo;
- Pesquisar e identificar comorbidades existentes (hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, etc.);
- Encaminhar para grupos de apoio, psicólogo, assistente social, serviços secundários para o tratamento de álcool e drogas;
- Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a prevenção das mesmas. Orientar e oferecer preservativos (tanto masculino, quanto feminino);
- Realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima, qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados;
- Ofertar, indicar, prescrever e realizar exames de rastreamento de câncer de mama, útero, colo de útero, conforme idade e recomendação do ministério da saúde;
- Ofertar e realizar testes rápidos diagnósticos, observando comportamento de risco e vulnerabilidade;
- Monitorar e avaliar a aderência ao tratamento de pacientes já diagnosticados com HIV, sífilis e hepatites virais;
- Realizar e orientar quanto às atitudes para redução de danos, ofertando insumos e condições disponíveis no município, podendo encaminhar aos programas existentes dentro da rede de saúde;
- Aconselhamento reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos, incentivando a participação na decisão individual ou do casal, caso essa seja a escolha;
- Verificar indícios de violência ou sofrimento psíquico, orientando e encaminhando aos serviços de apoio, assim como o tipo e as condições de moradia e sustento;
- Identificar a existência do desejo de adotar ou ter filhos, indicando exames necessários e encaminhando ao serviço social para melhor orientação e, caso necessário, encaminhar para o serviço de reprodução assistida;
- Acompanhar o processo de concepção e Pré-Natal;
- Envolver a família no cuidado e atenção à saúde, formando pontos de apoio familiar, quando expresso esse desejo.

Atribuições comuns de técnico e auxiliar de enfermagem na área:

- Verificar e cadastrar o nome social quando esse for solicitado;
- Acolher o paciente que procura o serviço, procurando identificar a queixa e transmiti-la ao enfermeiro e equipe de saúde;
- Realizar a busca ativa, em parceria com o agente comunitário de saúde, daqueles pacientes que não tem contato com o serviço, procurando estabelecer o vínculo e confiança para facilitar o acesso;
- Verificar a situação vacinal atual e encaminhar à sala de vacina, caso haja necessidade;
- Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e sua prevenção. Orientar e oferecer preservativos (tanto masculino, quanto feminino).

II. O papel da enfermagem na saúde sexual e reprodutiva

Para a plena efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário reconhecer as necessidades em saúde reprodutiva. Isso pode ser feito por meio de uma pergunta-chave a ser feita a todas as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade) em todos os momentos de contato com o serviço de saúde: “Você gostaria de engravidar no próximo ano?”.

Caso a resposta seja “não”, identifica-se a necessidade por contracepção e a mulher/casal deve ser direcionada(o) às ações de aconselhamento contraceptivo e disponibilização de métodos contraceptivos.

Caso a resposta seja “sim”, a mulher/casal deve ser direcionada(o) às ações de cuidado pré-concepcional. Caso a mulher/casal não saiba(m) responder ou não tenha(m) certeza do que querem, deve haver uma conversa franca sobre o que esperam em relação a sua reprodução num período futuro mais curto ou devem ser direcionados para um cuidado que mescle ações de contracepção com ações de cuidado pré-concepcional (BELLANCA ET AL. 2013; HALL ET AL. 2015).

Dessa forma, será possível integrar as ações de planejamento reprodutivo com as de preparo para engravidar.

A enfermagem tem papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Isso porque os profissionais de enfermagem podem possibilitar acesso à informação e aos diferentes métodos contraceptivos, diminuindo a medicalização dos corpos das mulheres.

No Brasil, temos alto índice de morbimortalidade materna e neonatal decorrente de gestações não planejadas e abortos ilegais. Uma das formas de diminuir esses índices é investir na ampliação do acesso aos métodos contraceptivos. Dessa forma, o ministério da saúde tem ampliado em suas políticas públicas a atuação do enfermeiro nessa área.

Com base no cuidado centrado na pessoa, o enfermeiro promove o aconselhamento reprodutivo, com escuta e vínculo com o objetivo de promover os direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, fornece informações para o autoconhecimento do corpo e escolha de métodos conceptivos ou contraceptivos.

A depender da decisão da mulher e/ou casal, o enfermeiro tem total autonomia para conduzir todo o processo de planejamento reprodutivo, como no caso dos métodos de barreira (preservativos masculino e feminino) e método não hormonal, como o diafragma.

Dessa forma, podemos dizer que o enfermeiro pode atuar em três pilares:

- Educação em saúde;
- Aconselhamento reprodutivo;
- Implementação e avaliação do método (a depender da escolha da mulher).

O enfermeiro devidamente capacitado poderá realizar a medição para escolha do tamanho adequado do diafragma para cada mulher. (Coren, 2011). É importante que essa medição e o uso do diafragma sejam compreendidos pela mulher, uma vez que ela fará a inserção do método diariamente, evitando falhas decorrentes do uso inadequado.

Ainda de acordo com o parecer Cofen n° 278/2017, este conclui que não existe impedimento legal para que o enfermeiro realize consulta de enfermagem no âmbito do planejamento familiar, com indicação, inserção e retirada de DIU, desde que este profissional seja devidamente treinado para execução desta técnica.

III. Educação em saúde

Como profissional de saúde, entre as suas funções, o enfermeiro desempenha o papel de “educador para saúde”. É este o enfoque que deve ter o atendimento de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva, em nível de APS. Neste nível de atenção, a assistência deve ser integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade para atender às necessidades da população.

No atendimento de enfermagem nessa temática, educar para saúde significa principalmente esclarecer sobre anatomia do aparelho reprodutor feminino, resposta sexual humana (feminina e masculina), desmistificando crenças e tabus que interferem no exercício da sexualidade, auxiliando as mulheres no seu autoconhecimento e autocuidado, com vistas a resgatar seu potencial sexual e, conseqüentemente, seu potencial de saúde (GARCIA, LISBOA, 2012).

Assim, é fundamental o desenvolvimento de estratégias educativas e criativas centradas nas pessoas e na comunidade para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, com escuta ativa e qualificada, visando diminuir o número de ISTs na população e a gravidez não planejada.

No âmbito da APS, podem ser desenvolvidos:

- Grupos com adolescentes e jovens sobre sexualidade, ISTs e métodos contraceptivos;
- Grupos de casais com dificuldades para engravidar, compartilhando suas histórias e os caminhos percorridos no sistema de saúde;
- Grupos para tratar de temas como autonomia e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, relações consentidas e violência sexual;
- Grupos e/ou consultas de gestantes para falar sobre desenvolvimento da gravidez, mudanças fisiológicas, tipos de parto, posições durante o parto, direitos das mulheres na gestação e parto, amamentação e cuidados com o RN;
- Grupos e/ou consultas coletivas mãe-bebê para compartilhamento de experiências, dúvidas, avaliação das puérperas e dos bebês, avaliação da amamentação e estado nutricional.

Além disso, é possível desenvolver ações de promoção de gravidezes saudáveis (por exemplo, grupo de planejamento família), sendo importante avaliar o perfil das condições de vida e trabalho, pois as formas de vida e trabalho determinam os fenômenos de saúde e de doença, bem como atuar em cuidados localmente relevantes na comunidade.

Quadro 1: Estratégias de ações de promoção à saúde

Ações	Estratégias
Identificação de mulheres e homens que planejam uma gravidez por meio da seguinte pergunta: – Você quer engravidar?	Busca ativa.
Orientações do cuidado pré-concepcional (identificação do período fértil; alimentação e nutrição; uso de tabaco, álcool, outras drogas e de certos medicamentos; bom controle das condições clínicas preexistentes; avaliação das condições de trabalho e infertilidade).	Oficinas; Rodas de conversa; Divulgação; Visita domiciliária; Programa Saúde na Escola (PSE).
Prevenção do vírus Zika (uso de repelentes e inseticidas, seguindo as instruções do rótulo; uso de roupas que minimizem a exposição da pele durante o dia; eliminação de possíveis criadouros; uso de mosquiteiros e prática de sexo seguro).	Oficinas; Rodas de conversa; Divulgação; Visita domiciliária; Programa Saúde na Escola (PSE).
Atuação em casos de casais homoafetivos (orientar a adoção; orientar técnicas de inseminação artificial, fertilização <i>in vitro</i> e barriga de aluguel, em casos permitidos; orientar todas as ações do cuidado pré-concepcional para os doadores de esperma, ovócito e barriga de aluguel).	Oficinas; Rodas de conversa; Divulgação; Visita domiciliária.
Identificação e atuação na prevenção de violência sexual e de gênero em casais que planejam engravidar (identificar sinais de violência contra as mulheres; proporcionar apoio psicossocial às vítimas de violência; educação em saúde: sexual, igualdade de gênero, direitos humanos e o empoderamento econômico; atividades de mobilização comunitária).	Oficinas; Rodas de conversa; Divulgação; Visita domiciliária.

Fonte: (WHO, 2012; BRASIL, 2016; PETERSEN, 2016)

IV. A consulta de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva

A consulta de enfermagem é parte fundamental na saúde sexual e reprodutiva. Por se tratar de um tema de foro íntimo e pessoal, é muito importante que o enfermeiro estabeleça vínculo e mantenha um ambiente acolhedor.

Na consulta de enfermagem, devemos contemplar:

Anamense - entrevista

- Idade;
- Procedência (urbana ou rural);
- Escolaridade;

- Estado civil;
- Religião;
- Idade da primeira relação sexual;
- Motivo da consulta (aconselhamento reprodutivo, necessidade de métodos contraceptivos, desejo de engravidar)/ queixas (dispareunia, baixa lubrificação vaginal, dificuldade de orgasmo, falta de desejo, vaginismo, etc.);
- Conhecimento do corpo feminino e dos órgãos sexuais;
- Religião e sexualidade;
- Vida sexual atual;
- Data da última menstruação (orientar para que sempre anote; esta atitude facilita o cálculo da idade gestacional);
- Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva;
- Identificação de dificuldades quanto às relações sexuais ou de disfunção sexual;
- Identificação da data da última coleta da citologia oncótica e mamografia;
- Realizar a entrevista com acolhimento e escuta, com cuidado centrado na pessoa, uma vez que a sexualidade é algo pessoal e íntimo para mulheres/casais.

Exame físico específico

- Sinais vitais;
- Dados antropométricos (peso e altura);
- Atenção para desnutrição, sobrepeso ou obesidade e/ou alterações dos dados vitais;
- Exame de mamas (vide capítulo 2: rastreamento de câncer de mamas);
- Exame ginecológico (vide capítulo 3: ISTs) e realização da citologia oncótica (vide capítulo 2: rastreamento de câncer de colo de útero), caso seja necessário.

V. Assistência de enfermagem na concepção

Avaliação pré-concepcional

O objetivo da preconcepção na Atenção Primária à Saúde é orientar e assistir casais/mulheres que estão planejando engravidar, com a intenção de identificar doenças, fatores de risco que possam interferir no andamento/evolução da concepção e de uma gestação saudável.

A realização das ações de saúde antes da concepção possui ótimos benefícios para os resultados maternos e infantis como, por exemplo, contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil e previne a transmissão vertical de HIV e ISTs (WHO, 2012).

Estas ações consistem no cuidado pré-concepcional e incluem, dentre outros, a promoção de alimentação saudável e suplementação de vitaminas e minerais; atuação com foco na diminuição ou cessação do uso de tabaco, álcool e outras drogas, bem como a orientação sobre o uso de medicamentos; a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e crônicas; a avaliação das condições de trabalho e, por fim, a avaliação do quadro de infertilidade (BRASIL, 2012; WHO, 2012; BRASIL, 2016).

A realização de medidas educativas, como a informação e orientação sobre o corpo feminino, ciclo menstrual, período fértil e concepção devem ser instituídas quando verificado o desejo de engravidar.

O sucesso da concepção depende diretamente da saúde das pessoas envolvidas. No tocante à concepção a avaliação do casal, contextualiza o compartilhamento de responsabilidade mútua, pois envolve critérios como hábitos de vida, fertilidade, estado emocional e saúde física.

A consulta de Enfermagem objetiva o conhecimento acerca do estado de saúde das mulheres, seus hábitos de vida e o meio em que vive, cria laços de confiança entre enfermeiro e paciente e estimula o autoconhecimento e o autocuidado. A atenção pré-concepcional deve ser realizada por meio de uma consulta que o casal faz antes da gravidez, com o desenvolvimento de anamnese, exame físico, orientações e intervenções específicas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O enfermeiro deve se atentar para a verificação do estado vacinal da paciente adequando as vacinas ao calendário do ministério da saúde conforme faixa etária, lembrando da importância de não engravidar após aplicação da vacina tríplice viral ou de febre amarela pelo intervalo mínimo de 30 dias.

Quadro 2: Avaliação de enfermagem pré-concepcional

- Obter informações sobre o ciclo menstrual da paciente, ensinar a usuária a importância do conhecimento sobre seu ciclo e da anotação das regras subsequentes;
- Orientação nutricional, visando a adoção de práticas alimentares saudáveis;
- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientação quanto ao uso de medicamentos e, se necessário, mantê-los ou realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações. Administrar ácido fólico 30 dias antes da concepção (0,4 mg, VO/dia). Para mulheres com história de distúrbio de tubo neural a dose é de 4 mg VO/dia (BRASIL, 2016);
- Orientação para o registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos;
- Avalie histórico de doenças - incluindo familiar, cirurgias, gestações anteriores, presença de doenças genéticas;
- O estado nutricional interfere na possibilidade de concepção e pode indicar importantes alterações metabólicas, como o diabetes *mellitus*, hipotireoidismo e a deficiência de vitamina D, e que impossibilitam o recrutamento de óvulos maduros, a nidação e favorecem o aborto. Alterações metabólicas devem ser direcionadas para tratamento e participação em grupos específicos;
- Investigação para rubéola e hepatite B, para o casal. Caso não imunizados, providenciar a imunização prévia à gestação, tanto para a mulher quanto para o homem;
- Investigação para toxoplasmose, tomando os cuidados necessários caso a mulher não tenha sido exposta à infecção;
- Oferecer a realização do teste rápido de HIV, para o casal, com aconselhamento pré e pós teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e sobre as medidas para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV;
- Investigação para sífilis, para o casal através de teste rápido;
- Para as outras ISTs, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (tratamento das ISTs) e orientar para a sua prevenção;
- Realização de colpocitologia oncótica (vide capítulo de câncer de colo de útero).

Fonte: BRASIL, 2013

Quadro 3: Anamnese, exame físico e intervenções gerais

Áreas do cuidado pré-concepcional	Anamnese e exame físico	Intervenções gerais	Intervenções específicas
Identificação do período fértil.	Verificar registro dos ciclos anteriores.	Ensinar a calcular o período fértil do ciclo regular e irregular; Ensinar a verificar as alterações do muco e da temperatura basal no período fértil.	Estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos; Após aborto, estímulo para que o intervalo entre o aborto e uma gestação seja de, no mínimo, seis meses.

Alimentação e nutrição.	Levantamento dos hábitos alimentares do casal; Pesar e medir o casal e identificar o IMC; Analisar deficiências de vitaminas e minerais (por exemplo, ferro, iodo, vitamina D e cálcio).	Promover alimentação saudável; Estimular a prática de exercícios físicos; Administrar ácido fólico 30 dias antes da concepção (0,4 mg, VO/dia); Para mulheres com história de distúrbio de tubo neural a dose é de 4mg, VO/dia (BRASIL, 2016).	Orientação de diminuição IMC para mulheres com sobrepeso e obesidade; Orientação de aumento do IMC para mulheres com baixo peso; Suplementação de vitaminas e minerais (caso haja deficiências).
Uso de tabaco, álcool, outras drogas e certos medicamentos.	Levantamento do uso de tabaco, álcool, outras drogas e certos medicamentos.	Atuação com foco na diminuição ou cessação do uso de tabaco, álcool e outras drogas.	Encaminhamento para grupos multidisciplinares para atuação na diminuição ou cessação do uso de tabaco, álcool e outras drogas; Conhecer o perfil dos medicamentos para mantê-los ou substituí-los por drogas menos prejudiciais ao feto.
Bom controle das condições clínicas pré-existentes.	Levantamento das condições clínicas do casal (por exemplo: diabetes, hipertensão arterial, toxoplasmose, ISTs, depressão, histórico de violência interpessoal, cirurgias, hipotireoidismo, gestações e abortos anteriores, presença de alterações genéticas); Para tanto, é preciso a solicitação de exames e testes rápidos (por exemplo: teste anti-HIV, para o casal e glicemia de jejum).	Atualização da caderneta vacinal (vacinas contra rubéola, hepatite B, tétano e difteria); Colpocitologia oncótica, de acordo com o protocolo vigente.	Controle e tratamento das doenças crônicas; Controle e tratamento das ISTs; Encaminhamento para especialistas e equipe multiprofissional; Orientação e encaminhamento para acompanhamento genético.
Avaliação das condições de trabalho.	Levantamento dos riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais.	Orientar os malefícios da exposição a tóxicos ambientais.	Criar estratégias com paciente para minimizar os riscos.
Infertilidade.	Identificação de quadro de infertilidade (ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticoncepcionais).	Iniciar abordagem do casal infértil na AB, com solicitação de exames (FSH, TSH, T4 livre, prolactina e espermograma) e tratamentos hormonais.	Encaminhar para serviço especializado em infertilidade (Hosp. das Clínicas de São Paulo, Hosp. Pérola Byington, Hosp. das Clínicas de Ribeirão Preto, UNIFESP, Faculdade de Medicina do ABC).

Fonte: (BRASIL, 2016; WHO, 2012)

Infertilidade

O Ministério da Saúde define a infertilidade como a ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticoncepcionais (BRASIL, 2010. p. 48).

Constitui problema de saúde pública crescente devido ao desejo tardio das mulheres pela gestação e, pelo fato da população jovem priorizar outras áreas em suas vidas. No entanto, conforme é manifesto o desejo da maternidade e

paternidade, os casais com problemas de infertilidade também enfrentam questões relacionadas aos seus referenciais de masculinidade e feminilidade, podendo causar uma sensação de tristeza, de incompletude, de solidão e de inferioridade (LEITE, FROTA. 2014).

É considerado risco reprodutivo a presença de fatores como: obesidade, doenças genéticas ou ovulatórias, alterações das tubas e útero, presença de endometriose, descompensações metabólicas e problemas na formação, no transporte ou na ejaculação dos espermatozoides. Compreende-se também o fator relacionado à questão de gênero e produção independente.

A Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005 normatiza, institui e garante o acesso à rede de serviços ofertados ao usuário que necessita de atendimento no tratamento de infertilidade, tratando a rede de Atenção Básica como porta de entrada para a identificação da infertilidade e seu devido direcionamento dentro das demais redes de atenção, enquanto a portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012, destina recursos financeiros para entes federados que realizam o tratamento de alta complexidade para o agravo de infertilidade.

A abordagem da infertilidade pela enfermagem na Atenção Básica visa promover assistência integral ao casal e minimizar sentimentos negativos relacionados à demanda e regulação para tratamento.

VI. Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Quadro 4: Alguns diagnósticos de enfermagem Nanda-I e NIC (*Nursing interventions classification*) na área de cuidados com saúde sexual e reprodutiva.

Nanda 2018-2020	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	Proporcionar apoio espiritual; Auxiliar na busca para redução de ansiedade; Ensinar técnicas para acalmar; Ensinar técnicas para relaxamento.
Termorregulação ineficaz	Explicar as mudanças relacionadas a fase do climatério /menopausa; Promover ingestão adequada de líquidos.
Disfunção sexual	Discutir as modificações do corpo durante o climatério/menopausa; Discutir técnicas para aprimorar a relação do casal; Discutir a qualidade da lubrificação vaginal e o uso de lubrificantes, se necessário.
Disposição para conhecimento melhorado	Elogiar as ações realizadas; Pactuar um contrato com o paciente; Estimular a participação em grupos educativos.
Insônia	Acolher de forma ética, solidária, sem julgamentos; Proporcionar conforto, segurança, privacidade e sigilo; Oferecer apoio emocional; Discutir alternativas para superação das dificuldades e dúvidas. Incentivar adoção de práticas integrativas; Referenciar para atendimento psicológico de acordo com os recursos de rede de atendimento.

Fonte: NIC, 2016; NANDA-I, 2018-2020.

Quadro 5: Principais diagnósticos de enfermagem e intervenções nos cuidados com saúde sexual e reprodutiva - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

CIPE 2018	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Desconforto	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar cuidados de conforto; • Orientar sobre cuidados de conforto no climatério.
Termorregulação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura corporal; • Orientar sobre o manejo da termorregulação; • Implementar cuidados com a termorregulação.
Comportamento sexual problemático	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; • Orientar sobre o comportamento sexual.
Comportamento de busca de saúde comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar e estimular hábitos de vida saudáveis; • Investigar hábitos e maus costumes; • Ensinar e estimular o autocuidado;
Exame preventivo ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Passar a confiança no atendimento prestado, mantendo a dignidade e privacidade da paciente; • Orientar a periodicidade dos exames; • Orientar a importância da realização do exame.
Assistência no autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; • Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado; • Monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente; • Proporcionar um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência de calor, relaxamento, privativa e personalizada; • Dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado.
Adesão ao teste de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar e realizar aconselhamento e teste rápido para HIV, hepatites virais e sífilis; • Relatar resultado de teste; • Tratar e encaminhar se necessário; • Orientar quanto à forma de transmissão e prevenção.

FONTE: CIPE, 2018 (revisada)

VII. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, jovens e população LGBTQI+

A sexualidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é compreendida não somente como sexo, mas como identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução e é influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (BRASIL, 2019).

Desta forma, é importante considerarmos como abordar o tema nas populações específicas, pois há uma singularidade nesta expressão, e é necessária uma abordagem do cuidado sexual, garantindo um diálogo aberto e seguro no sentido de fazer sexo tanto para finalidades reprodutivas, quanto para expressar amor e afeto e sentir prazer e intimidade, tendo consciência da prevenção dos riscos da saúde sexual. (BRASIL, 2019).

População de adolescentes e jovens

A adolescência que, segundo a OMS, representava um grupo social invisível até meados da década de 1970, passou a ser vista como problema social até que, recentemente, alcançaram o reconhecimento como sujeito de direitos (OPAS/OMS, 2017).

A organização mundial da saúde (OMS) considera esta fase compreendida entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período de 15 aos 24 anos. No Brasil, o estatuto da criança e do adolescente (ECA, 2010), lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade.

Em 1989, foi lançado o programa de saúde do adolescente na perspectiva da atenção integral, objetivando tanto aspectos de promoção quanto de prevenção e alinhando a definição de sexualidade com a concepção atual e na perspectiva dos direitos humanos, transcendendo sua base biológica (sexo). Nas décadas seguintes, os documentos que se seguiram enfocaram promoção da sexualidade do adolescente, respondendo a dimensão do autoconhecimento, gravidez, maternidades e as diferentes formas de abusos, exploração e as violências sexuais, etc. (BRASIL, 1996). Para a abordagem na adolescência, no que diz respeito ao despertar sexual quanto à vulnerabilidade que favorecem ao risco de ISTs, podemos seguir algumas perguntas orientadoras.

Quadro 6: Consulta de enfermagem ao adolescente

PERGUNTAS ESPECÍFICAS – ROTINA DE CONSULTA	
Saúde sexual	“Vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde sexual. Uma vez que a saúde sexual é muito importante para a saúde geral, sempre pergunto aos pacientes sobre isso. Se está tudo bem para você, eu vou fazer algumas perguntas sobre questões sexuais agora. Antes de começar, você tem dúvidas ou alguma preocupação em relação à sua saúde sexual que gostaria de discutir?”
Identificação	“O que você se considera ser (orientação sexual)? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe?”
	“Qual é a sua identidade de gênero? Homem, mulher, homem trans, mulher trans, travesti, outra?”
	“Qual sexo você foi designado no nascimento, como está registrado na sua certidão de nascimento?”
Parcerias	“Você já teve relações sexuais?”
	Se sim: “Quantas parcerias sexuais você teve no último ano?” (ou em outro período de tempo, de acordo com a avaliação clínica a ser realizada na consulta)
	“Você teve relações sexuais com homens, mulheres ou ambos?”
	“Nos últimos três meses, você teve relações sexuais com alguém que não conhecia ou acabou de conhecer?”
	“Você já foi forçada(o) ou pressionada(o) a ter relações sexuais?”
Práticas sexuais	“Nos últimos três meses, que tipos de sexo você teve? Anal? Vaginal? Oral? Receptivo (passivo), insertivo (ativo), ambos (passivo e ativo)?”
	“Você ou sua parceria usou álcool ou drogas quando você fez sexo?”
	“Você já trocou sexo por drogas ou dinheiro?”
História de IST	“Você já teve uma IST?” Se sim: “Qual? Onde foi a infecção? Quando foi? Você tratou? Sua parceria tratou?”
	“Você já foi testado (a) para o HIV, sífilis, hepatite B/C?” Se sim: “Há quanto tempo foi esse teste? Qual foi o resultado?”
Proteção	“O que você faz para se proteger das ISTs, incluindo o HIV?”
	“Quando você usa essa proteção? Com quais parcerias?”
	“Você foi vacinado contra hepatite B? Hepatite A? HPV?”
Planejamento reprodutivo	“Você tem algum desejo de ter (mais) filhos (as)?”
	Se sim: “Quantos filhos(as) você gostaria de ter? Quando você gostaria de ter um filho? O que você e sua parceria estão fazendo para evitar a gravidez até este momento?”
	Se não: “Você está fazendo alguma coisa para evitar a gravidez?” (Certifique-se de fazer as mesmas perguntas também a pacientes trans que ainda possuem órgãos reprodutivos femininos).

Fonte: BRASIL, 2019. (Adaptado de Carrió, 2012; Workowski; Bolan, 2015; Nusbaum; Hamilton, 2002).

Para acolhimento das demandas dos adolescentes nas Unidades e das demandas encaminhadas pelas escolas, as UBS devem estar atentas para uma atenção multiprofissional de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação que considere as vulnerabilidades específicas de cada etapa da juventude e ofereça procedimentos como:

- Imunização e reforços para idades acima de 14 anos;
- Orientação com relação à iniciação sexual, escuta ativa para os jovens e seus parceiros, prevenção de IST (informação, orientação, escuta sensível, fornecimento de preservativos, exames clínico e laboratorial de ISTs e HIV e orientação individual e em grupo);
- Consulta ginecológica com direito a exames e medicamentos;
- Contracepção contínua ou de emergência (caso necessário);
- Pré-Natal e exames incluídos em sua rotina;
- Encaminhamento para partos;
- Acompanhamento social e psicológico.

Conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 — Estatuto da criança e do adolescente (ECA), a resolução nº 564/2017 (código de ética de enfermagem) e o código de ética médico, o atendimento ao adolescente **não** necessita da presença de pais ou responsáveis e deve ser sigiloso quanto ao seu conteúdo, priorizando o acesso à saúde do jovem, enquanto indivíduo e cidadão, independente da postura ou opiniões da família (BRASIL, 1990).

População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBTQI+

Entende-se sexo como um conjunto de características genóticas e biológica, enquanto gênero é uma construção social e histórica.

Sabe-se que na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais (BRASIL, 2010).

A população LGBTQI+ deve ser atendida pela equipe de enfermagem com a abordagem técnica, política e social. Para tal, acreditamos que devemos enfrentar o desafio de falar sobre os preconceitos existentes nas próprias histórias de vida de cada profissional de enfermagem, para que haja a disponibilidade interna para tal atendimento humanizado.

O Ministério da Saúde instituiu em 2013, a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), através da portaria nº 2.836, tendo como objetivo reduzir o preconceito institucional. É inegável o avanço, no entanto, acreditamos que um trabalho envolvendo a equipe de enfermagem preparando e orientando em relação ao acolhimento e escuta qualificada e como abordar a transexualidade feminina, e a identificação dos riscos e problemas envolvidos, potencializaria as intervenções que deverão incluir o usuário e parceria (BRASIL, 2011).

De acordo com o caderno da Atenção Básica nº 26, algumas das ações que podem ser desenvolvidas a esta população específica são:

Uso do nome social.	Durante o atendimento de travestis e transexuais, contribuindo para a construção de uma relação confiável e saudável entre profissional e usuário.
Ações preventivas relacionadas ao sexo seguro.	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene antes, durante e depois do ato sexual; • Higienização das mãos e unhas (bem aparadas); • Uso de protetores manuais (luvas de borracha) para o sexo manual; • Barreiras no caso de sexo oral; • Utilização de preservativos masculinos nos acessórios eróticos.
Ações preventivas de rastreamento de câncer.	<ul style="list-style-type: none"> • Exame preventivo de câncer do colo de útero e de mamas.
Uso de silicone industrial e uso abusivo de hormônios feminilizantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto ao prejuízo a saúde devido ao uso sem controle e prescrição médica; • Encaminhar a atenção especializada s/n.

FONTE: BRASIL, 2013.

Nos casos de possível diagnóstico ou diagnósticos confirmados de IST, considerar a associação entre as ISTs e o HIV, não se esquecendo dos seguintes procedimentos: aconselhar; enfatizar a adesão ao tratamento; notificar ao sistema de informação de agravos de notificação; convocar e tratar parceiros; acionar a equipe médica quando necessário.

População indígena

Segundo Azevedo (2009), a dificuldade de acesso aos serviços de saúde da população indígena se dá primeiramente pelos conflitos entre a medicina ocidental e as práticas tradicionais indígenas. Tal conflito vem ocorrendo nas comunidades indígenas porque a visão do processo saúde-doença é visto de forma diferente, enquanto a medicina moderna se baseia em fatores físicos, sociais e biológicos, a prática tradicional indígena vê o processo de adoecimento do ponto de vista espiritual / cósmico, no qual a doença se dá por desobediência como forma de castigo e punição.

Na saúde da mulher indígena, muitas vezes há também o conflito geracional, em que as mais jovens não acreditam tanto na forma de cura / tratamento indígena, mas têm vergonha de serem atendidas por médicos brancos, ficando sem atendimento de nenhuma das formas. Também temos as mais velhas que não aderem ao tratamento ocidental e se recusam a passar as práticas tradicionais às mais jovens que recorrem à medicina. De todas as formas, essas mulheres acabam ficando desassistidas, ocasionando o aumento de mortalidade materno-fetal e mulheres em idade fértil.

A enfermagem, como uma ciência, deve procurar entender o contexto em que a mulher indígena aos seus cuidados está inserida, buscando o cuidado de maneira integral, respeitando as crenças e tradições, ao mesmo tempo em que estabelece vínculo, facilitando assim o processo de aceitação e protagonismo do cuidado.

VIII. A escolha de métodos contraceptivos

Mulheres / casais com necessidade de contracepção

Em caso de reconhecimento da necessidade por contracepção, o(a) enfermeiro(a), durante a consulta de enfermagem, poderá subsidiar a mulher/casal na escolha do método anticoncepcional considerando, em primeiro lugar, suas intenções reprodutivas e suas escolhas contraceptivas, respeitando as contraindicações relativas e absolutas de cada método e os critérios clínicos de elegibilidade.

Na consulta de enfermagem, é importante associar o histórico e a preferência individual com um adequado levantamento de riscos cardiovasculares e comorbidades, patologias crônicas, uso de medicações, dentre outras. A escolha do método está condicionada aos critérios de elegibilidade estipuladas pela OMS. O enfermeiro, atuando em equipe multiprofissional, é fundamental no processo de informações de cada método e da escolha adequada às necessidades de cada mulher.

A atenção em anticoncepção é norteadada pela oferta de informações, de aconselhamento, visando à integralidade e longitudinalidade do cuidado com a apresentação de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, num contexto de escolha livre e informada.

É imprescindível oferecer todas as opções de métodos contraceptivos nos serviços de saúde, respeitando as preferências da mulher / casal, que devem se basear:

- Efeitos Adversos;
- Facilidade de uso para a mulher/casal;
- Reversibilidade;
- Proteção contra ISTs / HIV;
- Fatores individuais: fase da vida, condições econômicas, clínicas, padrão de comportamento sexual, desejos reprodutivos, fatores religiosos e culturais e sentimentos como medo, dúvidas e vergonha.

Quadro 7: Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

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

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

Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) do ponto de vista clínico para cada pessoa. Segue a lista com as recomendações dos métodos disponíveis no SUS:

Quadro 8: Critérios de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica

Condição atual	Contraceptivo oral*	Anticoncepcional injetável		Mini pílula	Diu de cobre	Métodos de Barreira*
		Combinado (Mensal)	Progestágeno (Trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A:2	1
Idade >= 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção, entre eles vírus Zika)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D:1 E:3	1 (Diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (Não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 80-89 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS>180 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1

História atual de TEP/TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (Prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (Manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (Manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos ou com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	3/4	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anti-convulsivantes**	3	2	1	3	1	

FONTE: Adaptado OMS (2010).

Legenda:

A – O DIU de cobre é categoria 2.

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

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

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

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

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

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

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

IX. Métodos contraceptivos

A gestação não planejada ou não desejada é um constante desafio durante os atendimentos nos serviços de saúde.

A alta proporção de mulheres que usam métodos contraceptivos no país e a taxa de gravidez não desejada continua elevada e inúmeros aspectos podem contribuir para isto como a inadequação da oferta dos insumos contraceptivos nos serviços de Atenção Básica à saúde, ações educativas e de aconselhamento em contracepção pouco eficazes, ou até mesmo ausentes; e a falta de definição de fluxos e protocolos para atender às necessidades contraceptivas de mulheres, homens e casais (BORGES, 2017).

Desta forma, este protocolo se propõe a nortear uma assistência de enfermagem sistemática e eficiente no intuito de informar e incentivar os usuários de forma livre e esclarecida na escolha dos métodos contraceptivos e, sobretudo, promover a redução dos impactos ocasionados pela gravidez não desejada.

No que se refere aos métodos contraceptivos, estes podem ser classificados da seguinte forma:

Temporários e reversíveis**a) Hormonais**

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

b) Barreira

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

c) Comportamentais ou naturais

- Tabela ou calendário (Ogino-Knaus);
- Curva térmica ou basal de temperatura;
- Sintotérmico;
- Bilings (mucocervical);
- Coito interrompido.

Definitivos e irreversíveis (esterilização)

- Feminino: Laqueadura tubária;
- Masculino: Vasectomia.

A Dupla proteção é a prevenção simultânea da gravidez e das ISTs, inclusive o HIV / Aids. Este método é o uso do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional.

Anticoncepção na adolescência

Prevenir as ISTs, HIV / Aids e a gravidez não desejada é fundamental, uma vez que a coitarca (primeira relação sexual) entre adolescentes e jovens está ocorrendo cada vez mais cedo. Desta forma, proporcionar o conhecimento e o acesso aos métodos disponíveis para este público é fundamental.

O preservativo masculino ou feminino deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, assim como é recomendado para outras faixas etárias.

Métodos indicados na adolescência

- As pílulas combinadas;
- Injeção mensal;
- Dispositivo intrauterino (DIU);
- Anticoncepção de emergência (AE).

Métodos contraindicados na adolescência (BRASIL, 2013)

- Minipílula e injeção trimestral para menores de 18 anos pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea;
- Tabela;
- Muco cervical;
- Temperatura basal;
- Métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

Considerando a vulnerabilidade do adolescente, a enfermagem tem importante papel na orientação sobre o não abandono do preservativo e na utilização da AE, enfatizando as possíveis consequências.

A Lei nº 9.263, de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, determina que os direitos sexuais e reprodutivos é parte integrante do conjunto de ações em uma visão holística e integral à saúde. Acrescenta-se que o adolescente tem direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcivos, segundo os artigos 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Anticoncepção na perimenopausa

Para a mulher que está na perimenopausa, é fundamental evidenciar a importância do preservativo masculino ou feminino, que deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional.

Nessa fase, podem e devem ser utilizados:

- Anticoncepcionais orais combinados (o tabagismo em mulheres acima de 35 anos constitui uma contraindicação para o uso dos anticoncepcionais hormonais combinados orais);
- Anticoncepcionais só com progesterona;
- Dispositivo intrauterino (DIU);
- Hormônios injetáveis mensais;
- Implantes;
- Métodos de barreira;
- Laqueadura.

Na fase da perimenopausa, não é indicado o uso de métodos contraceptivos comportamentais porque os ciclos menstruais podem se apresentar de maneira irregular. Injetável trimestral também não constitui boa escolha para mulheres na perimenopausa.

O uso de método contraceptivo na perimenopausa deve-se ao fato de a mulher, mesmo estando em um período de diminuição de sua fertilidade, correr o risco de engravidar (BRASIL, 2010).

A equipe de enfermagem deve analisar e esclarecer sobre os riscos e benefícios de acordo com os antecedentes pessoais e obstétricos da usuária, bem como atentar para fatores como irregularidade do ciclo menstrual, instabilidade vasomotora, a medidas preventivas da osteoporose e doença cardiovascular, assim como o risco aumentado de câncer ginecológico, que neste período são mais prevalentes e devem fazer parte das considerações para a eleição do método contraceptivo.

Anticoncepção no pós-parto e pós-aborto

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, a livre demanda, com amenorreia, está associada à taxa baixíssima de gravidez (0,5 a 2%), porém este “efeito contraceptivo” deixa de ser eficaz quando ocorre a menstruação e quando o leite materno deixa de ser o único alimento oferecido ao lactente. A enfermagem deve encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses.

Alternativas anticoncepcionais devem ser oferecidas às mulheres que não amamentam de forma exclusiva, ou não confiam apenas no método da amenorreia da lactação (LAM) como método anticoncepcional.

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, considerar:

- O tempo pós-parto;
- A frequência das mamadas;
- O retorno ou não da menstruação;
- Os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente;
- Ofertar o preservativo masculino ou feminino com ênfase na prevenção da transmissão do HIV e outras ISTs.

Quadro 9: Métodos Anticoncepcionais no Pós-parto

Métodos que podem ser usados por mulheres que estejam amamentando	<ul style="list-style-type: none">• Minipílula (seu uso deve ser iniciado 6 semanas após o parto);• Injetável trimestral (seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto);• DIU;• Diafragma;• Métodos comportamentais (após retorno de ciclo menstrual regular).
Métodos que não podem ser usados por mulheres que estejam amamentando	<ul style="list-style-type: none">• Pílulas combinadas;• Injetável mensal.

FONTE: Elaborado pelas autoras a partir BRASIL, 2013; BRASIL 2016.

Para a esterilização, a legislação federal não permite a laqueadura durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos em que se comprove histórico de cesarianas sucessivas anteriores.

Em situação de pós-abortamento, as orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, se for o desejo da mulher, a anticoncepção deve ser iniciada também de imediato, ainda que relate não desejar, tão logo, ter relações sexuais (BRASIL, 2013).

Os injetáveis (mensal ou trimestral) podem ser administrados entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral.

Anticoncepção em pessoas vivendo com HIV / Aids

A orientação sobre anticoncepção para pessoas vivendo com o HIV / Aids deve acontecer num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. As pessoas que vivem com HIV possuem o risco de nova infecção quando se expõem novamente ao vírus, podendo se infectar com cepas distintas do vírus, por isso é fundamental enfatizar a importância do uso do preservativo, mesmo em caso de casais soroconcordantes (ambos portadores do HIV) para prevenir a infecção ou (re)infecção pelo HIV e outras ISTs.

Os métodos abaixo descritos não conferem proteção ao HIV e ISTs sendo necessária a dupla proteção:

- **Anticoncepcionais hormonais:** Embora alguns estudos sugiram que potenciais interações medicamentosas entre antirretrovirais (ARV), particularmente alguns inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeo (ITRNN) e inibidores de protease (IP), e os anticoncepcionais hormonais possam alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARVs, as mulheres com HIV/Aids podem usar os anticoncepcionais hormonais (oral, injetável, minipílula).
Neste sentido, as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. Sugere-se ainda que, em caso de opção por um anticoncepcional oral combinado, deve-se usar formulação que contenha um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.
- **DIU:** A mulher portadora do HIV pode optar pela inserção do DIU de cobre, pois não há interação medicamentosa conhecida entre a terapia ARV e o uso de DIU. A mulher com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente estável ou em terapia ARV.
- **Diafragma:** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar alterações sistêmicas. Em mulheres HIV-positivas, não deve ser utilizado associado ao espermicida.
- **Espermicidas à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2%:** não é indicado para mulheres HIV-positivas ou por parceiras de homens HIV-positivos, podendo provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco para ISTs/HIV.
- **Anticoncepção oral de emergência:** é muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usado somente em caráter excepcional e como método de emergência.
- **Laqueadura tubária:** Não há contraindicação para a mulher com HIV/Aids, no entanto, é preciso que a mulher/casal esteja realmente segura de que não deseja mais ter filhos, pois este é um método considerado permanente ou irreversível.
- **Vasectomia:** é um procedimento mais fácil e seguro, comparado à laqueadura tubária. Compartilha a responsabilidade sexual e reprodutiva com o parceiro. Para escolher a vasectomia como método anticoncepcional, é preciso que o homem/casal esteja realmente seguro de que não deseja mais ter filhos, pois este é um método considerado permanente. Importante também orientar que tal método não protege de ISTs.

Quadro 10: Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS

Temporários (reversíveis)			
Métodos de Barreira	Definição	Cuidados de Enfermagem	
Diafragma (60, 65, 70, 75, 80 e 85mm)	<p>O diafragma é um artefato côncavo de borracha ou de silicone com bordas flexíveis que, recobre o colo do útero, ajustando-se entre a parede posterior da vagina e a curvatura atrás do púbis.</p> <p>Ao recobrir o colo do útero, forma uma barreira mecânica, impedindo a passagem dos espermatozoides para o interior do útero.</p>	<p>Orientações: Deve ser colocado até 2h antes da relação sexual, devendo ser retirado de 6 a 8 horas depois da última relação sexual, que é o tempo suficiente para que os espermatozoides que ficaram na vagina morram (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).</p> <p>Recomenda-se que o diafragma seja utilizado em associação com um espermicida.</p> <p>Requer exame pélvico antes do início de seu uso para escolha do tamanho adequado do diafragma. O enfermeiro devidamente capacitado poderá realizar a medição para escolha do tamanho adequado do diafragma para cada mulher. O procedimento de mensuração do diafragma deve ser iniciado com a introdução dos dedos indicador e médio na vagina até que se toque o fundo de saco posterior, marcando-se a distância entre este e o sub-púbis com o polegar da mesma mão (COREN, 2011).</p>	

<p>Preservativo masculino</p>	<p>Consiste em um envoltório de látex bem fino, seco ou lubrificado, porém resistente, que recobre e se adapta a forma do pênis ereto durante o ato sexual. O preservativo masculino funciona retendo o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, prevenindo a gravidez e também a transmissão de ISTs entre os parceiros (BRASIL, 2013; OMS, 2007).</p>	<p>O local para armazenar o preservativo deve ser seco e arejado; Não deverá ficar exposto ao sol e calor; Verificar prazo de validade na embalagem (geralmente varia de 3 a 4 anos, de acordo com o fabricante) e carimbo do INMETRO; Antes de usar, verificar se a embalagem não está violada; Não abrir a embalagem com o uso do dente, tesoura ou unha. A embalagem possui um sistema próprio para facilitar sua abertura; Não usar lubrificantes oleosos porque danificam o látex; Não se deve utilizar dois <i>condoms</i> ao mesmo tempo (masculino e feminino) devido ao maior risco de rompimento (BRASIL, 2009) O preservativo deve ser usado durante toda a relação sexual e não apenas no momento da ejaculação.</p>	
-------------------------------	---	--	--

<p>Preservativo feminino</p>	<p><i>Condom</i> feminino é feito de poliuretano fino, resistente, transparente, maleável e pré-lubricado, de aproximadamente 17cm de comprimento. É constituído de dois anéis flexíveis, um em cada extremidade. Um anel na extremidade fechada ajuda na colocação do método contraceptivo, encaixando-se no colo do útero. Outro anel maior na extremidade aberta, se adapta à vulva, cobrindo os lábios vaginais (BRASIL, 2013; OMS, 2007).</p>	<p>Sua eficácia como método contraceptivo, assim como do preservativo masculino, está relacionada ao seu uso correto e qualidade do produto que pode ser influenciada pelo cuidado inadequado com o produto.</p> <p>Apresenta a vantagem de ter o seu uso controlado pela mulher, o que lhe assegura maior autonomia sobre seu corpo e vida sexual. O preservativo feminino é inserido antes da relação sexual, provocando menos interrupções do ato sexual. Pode ser colocado na vagina imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual e não exige sua retirada imediatamente após a ejaculação (BRASIL, 2013). Antes de usar, verificar se a embalagem não está violada;</p> <p>Não abrir a embalagem com o uso do dente, tesoura ou unha. A embalagem possui um sistema próprio para facilitar sua abertura;</p> <p>Não usar lubrificantes oleosos porque danificam o látex. Não se deve utilizar dois preservativos ao mesmo tempo (masculino e feminino) devido maior risco de rompimento (BRASIL, 2009).</p>	
------------------------------	--	---	--

<p>DIU Tcu-380 A de cobre)</p>	<p>Método contraceptivo de ação prolongada. Trata-se de um objeto pequeno, de plástico flexível, em forma de T que pode ser recoberto por cobre.</p>	<p>Orientações: O DIU atua impedindo a fecundação. Em casos de mulheres saudáveis, os únicos exames obrigatórios antes da inserção do DIU são o exame ginecológico e a avaliação quanto ao risco de IST (OMS, 2018).</p>	
--------------------------------	--	--	--

Métodos hormonais			
Via de administração	Tipos	Apresentação	Contraindicação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez; • Câncer de mama atual.
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg	Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, desde que não esteja grávida.
Hormonais Injetáveis		Trimestrais (progestágeno)	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Câncer de mama atual; • Sangramento vaginal inexplicado.
		Mensais	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • Lactentes com menos de 6 semanas pós parto; • Hipertensão arterial grave ou com doença vascular; • Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado; • Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada; • Cardiopatia isquêmica no passado ou atual; • Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC); • Doença cardíaca valvular complicada; • Cefaleia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais; • Câncer de mama atual.

Definitivos (Esterilização)		
Feminino (Laqueadura tubária)	<p>A laqueadura tubária também é anticoncepção cirúrgica voluntária, é um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo.</p> <p>Não se permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 2013).</p> <p>No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II. risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório assinado por dois médicos (BRASIL, 1996). 	<p>Contraindicação: Problemas clínicos que contraindiquem a cirurgia e/ou anestesia e mulheres que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei nº 9.263/96.</p>
Masculino (Vasectomia)		Não há contraindicações.

Fonte: OMS (2010) e BRASIL (2018).

Observação: lembrar que algumas localidades podem ofertar outros métodos contraceptivos (conforme Resumo) além dos previstos pelo Ministério da Saúde (Rename).

Métodos comportamentais

São técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. O êxito dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil.

Em geral, os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso. Importante ressaltar que esses métodos não previnem ISTs / HIV / Aids.

Contraindicação: Os métodos comportamentais não são indicados para mulheres que apresentem longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, assim como para adolescentes, nos períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e na perimenopausa, ou seja, nas situações em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade. Esses métodos também não estão indicados em casos nos quais a gravidez constitui risco de vida (BRASIL, 2013).

Tabela ou Calendário

Esse método baseia-se no cálculo dos dias em que provavelmente a mulher estará mais apta a engravidar, caso tenha relações sexuais desprotegidas.

O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 a 12 meses.

Instruções

- a. Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo);
- b. Verificar o ciclo mais curto e o mais longo (no exemplo, 25 e 34 dias, respectivamente);
- c. Calcular a diferença entre eles (neste exemplo, 9 dias). Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar este método;
- d. Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:
Subtraindo-se 18 (dezoito) do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil. Subtraindo-se 11 (onze) do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.

No exemplo:

- Início do período fértil = $25 - 18 = 7^\circ$ dia
- Fim do período fértil = $34 - 11 = 23^\circ$ dia

Neste exemplo, o período fértil determinado foi do 7° ao 23° dia do ciclo menstrual (ambos os dias, inclusive), com uma duração de 17 dias.

- e. Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil (no exemplo acima, do 7° ao 23° dia).

Contraindicação:

Não recomendado para mulheres que apresentem ciclo menstrual irregular.

Muco

O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero pelo epitélio glandular das criptas cervicais, que, por ação hormonal, apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório (BRASIL, 2013).

Esse método baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.

Após a menstruação, algumas mulheres têm um período seco, que não tem muco. Depois, surge um muco esbranquiçado e pegajoso, que se quebra quando esticado. À medida que se aproxima o dia da ovulação, o muco cervical vai ficando parecido com a clara de ovo, elástico, transparente e escorregadio e a vagina vai ficando mais úmida, facilitando a entrada dos espermatozoides no útero.

O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal nos dias em que o muco cervical estiver parecido com a clara de ovo até o quarto dia após o muco haver desaparecido (BRASIL, 2009).

Contraindicação: Este método não é indicado após o parto ou durante a amamentação, ou quando a mulher apresenta febre ou corrimento vaginal.

Temperatura Basal

A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso. Esse método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual.

Antes da ovulação, a temperatura basal corporal permanece num determinado nível baixo; após a ovulação, se eleva ligeiramente (alguns décimos de grau centígrado), permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Esse aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico. O método permite, portanto, por meio da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase infértil pós-ovulatória (BRASIL, 2013).

Sintotérmico

Esse método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação (métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e a observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher) (BRASIL, 2013).

Coito Interrompido

É quando o homem pressente a ejaculação e retira o pênis da vagina da parceira. A ejaculação acontece fora do órgão genital feminino. Esse método também é conhecido como “gozar fora” (BRASIL, 2013; OMS, 2007).

Contraindicação: Não existe contraindicação para o uso do método, porém o coito interrompido, apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Além disso, às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação (BRASIL, 2013).

Método da Lactação e Amenorreia – LAM

O método da lactação e amenorreia (LAM) baseia-se na manutenção da amamentação exclusiva por até 6 meses após o parto e na ausência da menstruação nesse período. Baseia-se no efeito inibidor natural que a amamentação tem sobre a fertilidade.

A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende da sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o consequente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise.

Sendo assim, impõem-se duas condições que devem ser cumpridas em sua totalidade (BRASIL, 2010):

- O aleitamento materno deve ser a única fonte de alimento do bebê. Portanto, a amamentação deve ser exclusiva ao seio, na hora em que o bebê quiser, durante o dia e durante a noite, sem chás, sucos ou água;
- A mulher deve permanecer em amenorreia. O retorno das menstruações indica que provavelmente a secreção de prolactina não é mais intensa o suficiente para bloquear o eixo hipotálamo-hipófise-ovário e produzir anovulações e amenorreia.

Contraindicação: Não existe contraindicação para a utilização desse método, desde que as condições descritas acima sejam seguidas. No entanto, é importante ressaltar que é um método pouco seguro.

Métodos cirúrgicos

a) Laqueadura

A laqueadura tubária, também conhecida como ligadura tubária, ligadura de trompas e anticoncepção cirúrgica voluntária, é um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo. Consiste na obstrução mecânica das trompas evitando que os espermatozoides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização. (BRASIL, 2013).

É um método muito eficaz e permanente. No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres. Dez anos após o procedimento, a taxa é de 1,8 para 100 mulheres.

No Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, onde os recursos são limitados, a laqueadura tubária geralmente é realizada por meio da mini laparotomia, isto é, por meio de pequena incisão cirúrgica abdominal transversa (3-5 cm), que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel.

Quanto aos tipos de oclusão tubária, temos:

- Salpingectomia parcial: é o tipo mais comum de esterilização feminina e inclui diferentes técnicas; a mais amplamente utilizada é a de Pomeroy;
- Anéis: o mais utilizado é o anel de silicone, também chamado anel de Yonn;
- Grampos: essa técnica causa menor lesão nas trompas. Os tipos mais utilizados são os grampos ou cliques de Filshie e de Hulka-Clemens;
- Eletrocoagulação: a corrente elétrica é usada para queimar ou coagular pequena parte da trompa de Falópio.

Complicações (raras)

- Infecção e sangramento no local da incisão;
- Infecção ou sangramento intra-abdominal;
- Lesão de órgãos pélvicos ou abdominais;
- Reação alérgica ao anestésico;
- Embolia pulmonar.

Apesar de ser um método bastante eficaz, a laqueadura apresenta alto índice de arrependimento, o que cada vez mais aumenta a demanda para reversão de esterilização tubária. A recanalização tubária é possível por microcirurgia. Entretanto, o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não está acessível para a maioria das mulheres. Nesse sentido, é fundamental o papel do enfermeiro na Atenção Básica e no aconselhamento reprodutivo referente à ligadura tubária, conforme a seguir:

Quadro 11: Informações e orientações aos casais que desejam realizar o método definitivo de esterilização (laqueadura tubária).

Aconselhamento

São recomendadas as seguintes informações e orientações que devem ser oferecidas ao casal no processo de discussão e decisão pré-esterilização:

- Enfatizar que a laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização;
- Desencorajar a esterilização precoce;
- Esclarecer que a cirurgia de reversão tubária é procedimento caro, não acessível a todos e que nem sempre alcança sucesso;
- Envolver o casal no processo de decisão, oferecendo a vasectomia ao homem, que é procedimento seguro, de menor custo, de mais simples execução e altamente eficaz;
- Oferecer amplas informações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e, segundo a legislação brasileira, também oferecer acesso a eles;
- Dar informações sobre as taxas de falha de cada método e da possibilidade de a gravidez ocorrer longo tempo após a esterilização;
- Informar sobre o risco de gravidez ectópica e orientar a mulher a procurar imediatamente o serviço de saúde, havendo qualquer sinal suspeito de gravidez;
- Informar que a laqueadura tubária não protege de ISTs / HIV / Aids. Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, ou seja, o uso combinado da laqueadura tubária com a camisinha masculina ou feminina;
- Mostrar ao casal as taxas de arrependimento após a esterilização;
- Explicar ao casal sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos, instruções pré e pós-operatórias, tipo de anestesia, tempo de recuperação e possibilidade de mudanças no padrão menstrual.

FONTE: BRASIL, 2013

b) Vasectomia

A esterilização masculina é um procedimento de baixo risco. Consiste na interrupção dos ductos deferentes. Não existe condição médica que seja contraindicação absoluta para o procedimento.

Após realização do procedimento, o usuário deve ser orientado quanto a necessidade do uso de preservativo ou outros métodos contraceptivos durante os 3 meses seguintes a vasectomia (OMS, 2011). Recomenda-se também a realização de espermograma após 3 meses da realização do procedimento.

Importante orientar que o procedimento não altera a vida sexual do homem. Não ocorre mudança no desejo e potência sexual. A única mudança, após o procedimento, é que o esperma ejaculado não conterá mais espermatozoides (BRASIL, 2013).

Contraindicação: Não existe nenhuma condição médica que constitua uma contraindicação absoluta para a esterilização masculina (OMS, 2018). Procedimento é contraindicado para homens que não atendam às condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei nº 9.263/96.

Anticoncepção de emergência

A anticoncepção de emergência (AE) é um método anticonceptivo para prevenção da gestação inoportuna ou indesejada decorrente de relação sexual não consensual, relação sexual desprotegida e em situações nas quais ocorram falhas na anticoncepção de rotina ou o seu uso incorreto (BRASIL, 2011).

O método é também conhecido como “pílula do dia seguinte” e “pílula pós-coito” e consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio ou apenas progestogênio, hormônios semelhantes aos hormônios naturais existentes no corpo de uma mulher.

Deve ser usada somente como método de emergência e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.

A anticoncepção de emergência pode ser utilizada até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente se administrar, maior a sua eficácia (BRASIL, 2010).

Estudos indicam que o prazo ideal para o uso da pílula anticoncepcional de emergência (PAE) é de 72h. Evidências indicam que as PAE seguem sendo eficazes entre 72h a 120h, porém após 96h da relação sexual desprotegida já se observa diminuição na eficácia do método (OMS, 2018).

A PAE, quando tomada antes da ovulação, inibe ou atrasa a liberação do óvulo do ovário. Se administrada após a ovulação, a AE atua alterando a viscosidade do muco cervical, tornando-o espesso, o que dificulta o deslocamento dos espermatozoides desde o colo do útero até as trompas.

Por meio desse mecanismo, a PAE impede a fecundação. Nos casos em que a fecundação já tenha ocorrido, a PAE não impedirá nem alterará seu desenvolvimento, já que o levonorgestrel é um progestogênio sintético que tem efeito protetor sobre a gravidez.

Dessa forma, pode-se afirmar que a pílula anticoncepcional de emergência não é abortiva, pois não interrompe uma gravidez estabelecida (BRASIL, 2011).

Quadro 12: Formas de anticoncepção de emergência.

Método Yuzpe	<ul style="list-style-type: none">• Utiliza anticoncepcivos hormonais orais combinados, de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”;• Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel;• Esse método deve ser reservado apenas para situações excepcionais, quando o levonorgestrel não se encontra disponível.
Pílulas contendo exclusivamente o levonorgestrel	<ul style="list-style-type: none">• Comprimido de 0,75 mg ou comprimido de 1,5 mg;• Essas pílulas são chamadas de Pílula Anticoncepcional de Emergência – PAE.

Ambos os métodos apresentam as mesmas indicações para a AE e possuem o mesmo mecanismo de ação. Porém, verificam-se algumas vantagens do levonorgestrel exclusivo (PAE) sobre o método de Yuzpe.

Uma vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais, diferentemente do método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da AE.

Essa diferença entre os dois métodos é significativa quando se tratam de mulheres soropositivas que usam a AE, ou mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a AE para evitar a gravidez por estupro e os antirretrovirais para a profilaxia da infecção pelo HIV.

Por essas razões, o levonorgestrel exclusivo deve ser o primeiro método de escolha para realizar a anticoncepção de emergência (BRASIL, 2011). Tal método está disponível na Atenção Primária à Saúde e desde 2001, o Ministério da Saúde incluiu a pílula anticoncepcional de emergência – levonorgestrel 0,75 mg – no elenco de métodos anticoncepcionais que adquire e distribui para ser ofertado no SUS.

Modo de uso do levonorgestrel

Utilizar 2 comprimidos de 0,75 mg, via oral, de uma só vez, num período de até 5 dias após a relação sexual;

A utilização do levonorgestrel (0,75 mg – cartela com 2 comprimidos) em dose única é mais fácil da usuária tomar. Na ocorrência de vômito em um prazo de até 2h após administração da pílula, deve-se repetir a dose (OMS, 2018).

Efeitos adversos

Os efeitos adversos associados à contracepção de emergência são mais frequentes com o uso do método de Yuzpe do que com o levonorgestrel. Mas, de modo geral, a AE é bem tolerada pela maioria das mulheres. Os efeitos adversos mais comuns são: náuseas, vômitos, tonturas, cefaleias, diarreias, mastalgia, irregularidade menstrual, fadiga e dor abdominal. Geralmente não persistem mais de 24h desde o uso da contracepção de emergência (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Quadro 13: Queixas comuns no uso de contraceptivos

Queixa	Quais métodos possuem maior incidência?	Intervenção
Alterações da menstruação	<p>AOC</p> <p>Minipílula</p> <p>Injetável trimestral (progestágeno)</p> <p>Injetável mensal (combinado)</p> <p>DIU de cobre</p>	<p>Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e incomodam a usuária): é comum sangramento irregular ou a ausência de sangramento em mulheres em uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando; no uso de injetáveis trimestrais, é comum que surja a amenorreia com o tempo). Não são prejudiciais e o sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Garantir que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Se há ausência de sangramento, garantir que ela não esteja grávida. Se há suspeita de gravidez, instruir a interromper o método caso se confirme. No sangramento irregular em uso de AOC, orientar o uso correto e de preferência sempre no mesmo horário. Pode-se tentar o uso de AINE para alívio em curto prazo. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol ou, se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Caso se suspeite de que algo esteja errado, considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.</p>
Alterações da menstruação	<p>AOC</p> <p>Minipílula</p> <p>DIU de cobre</p> <p>Injetável mensal (combinado)</p>	<p>Sangramento vaginal inexplicável (que sugere problema médico não relacionado ao método) ou sangramento intenso ou prolongado: encaminhar ou avaliar de acordo com o histórico e exame pélvico. Diagnosticar e tratar da maneira apropriada. Ela poderá continuar tomando o anticoncepcional enquanto seu problema estiver sendo avaliado. Se o sangramento é causado por IST ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando o anticoncepcional durante o tratamento.</p>

Alterações da menstruação	<p>Minipílula</p> <p>Injetável trimestral (progestágeno)</p> <p>Injetável mensal (combinado)</p> <p>DIU de Cobre</p>	<p>Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou duração maior que oito dias): de modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde a intensidade ou cessa após alguns meses. Para obter modesto alívio de curto prazo, seguir as recomendações para sangramento irregular. Para evitar que ocorra anemia, sugerir suplementação de ferro e dizer que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro. Se o sintoma persistir ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método. Se em uso de injetável de progestágeno, para obter alívio em curto prazo, avaliar uma das alternativas: 1) AOC, tomando uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar; e 2) 50 µg de etinilestradiol diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar.</p>
Náuseas ou tonturas	<p>AOC</p> <p>Minipílula</p>	<p>No caso da náusea, sugerir ingerir os comprimidos na hora de dormir ou junto do alimento. Na persistência: considerar soluções localmente disponíveis.</p>
Alterações de peso	<p>AOC e injetável mensal (combinado)</p>	<p>Analisar a dieta e aconselhe conforme necessidade.</p>
Alterações de humor ou no desejo sexual	<p>AOC</p> <p>Minipílula</p> <p>Injetável trimestral (progestágeno)</p>	<p>Se há alteração do humor na semana em que a mulher não toma o hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar o humor ou a libido.</p> <p>Alterações agudas no humor necessitam de atendimento. Considerar as soluções localmente disponíveis.</p>
Acne	<p>AOC</p>	<p>A acne em geral melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. No caso do AOC, se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC contendo acetato de ciproterona ou drospirenona, se possível e para que tome as pílulas por três meses. Considerar as soluções localmente disponíveis.</p>
Cefaleia comum	<p>AOC</p> <p>Injetável trimestral (progestágeno)</p> <p>Injetável mensal (combinado)</p>	<p>Sugerir um analgésico. Se a cefaleia ocorre na semana em que ficam sem hormônios, considerar uso estendido e contínuo. Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo</p>

Dores de cabeça com enxaqueca	AOC e minipílula Injetável mensal (combinado) Injetável trimestral (progestágeno)	Com o aparecimento da enxaqueca, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc.). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).
Sensibilidade dos seios	AOC Minipílula Injetável mensal (combinado)	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Orientar uso de compressas quentes ou frias. Sugira um analgésico. Considerar soluções localmente disponíveis.
Dor aguda na parte inferior do abdome	Minipílula DIU de cobre ACE	Ficar atento a sinais de gravidez ectópica. Ficar atento a sinais de doença inflamatória pélvica (DIP) e iniciar o tratamento imediatamente se confirmada a hipótese. Realizar exames abdominais e pélvicos. Iniciar o tratamento rapidamente.
Cólicas e dor	DIU de cobre	É comum que a mulher sinta um pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente diminui com o tempo. Sugerir um analgésico, de preferência um anti-inflamatório não esteroideal ou hioscina. Se ela também tiver menstruação intensa ou prolongada, não deverá utilizar aspirina (pode aumentar o sangramento). Se as cólicas continuarem e ocorrerem fora da menstruação: Avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhar; se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, converse sobre a possibilidade de retirar o DIU; se o DIU removido tiver aparência distorcida ou se houver dificuldades durante a remoção, sugerir que o DIU estivesse fora da posição correta, explicar à usuária que ela poderá colocar novo DIU, o qual possivelmente lhe causará menos cólicas.
Suspeita de perfuração uterina	DIU de cobre	Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero, interrompa o procedimento imediatamente (e remova o DIU caso tenha sido inserido). Se houver suspeita de perfuração uterina, encaminhar a usuária para avaliação com um clínico experiente em remoção do DIU.

Expulsão do DIU	DIU de cobre	Se o DIU sair parcialmente, remova-o. Se a usuária relatar que o DIU saiu completa ou parcialmente, conversar com a usuária e questionar se ela deseja outro DIU ou método diferente (ajude na escolha de novo método se ela preferir). Caso ela queira outro DIU, ela poderá colocá-lo a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida. Caso se suspeite de expulsão total e a usuária não souber se o DIU saiu ou não, encaminhá-la para uma radiografia ou ultrassom a fim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Fornecer a ela método de apoio para ser usado durante este período
Ausência dos fios	DIU de cobre	<p>Perguntar à usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se e quando ela viu o DIU sair; quando ela sentiu os fios pela última vez; • Quando ela teve sua última menstruação; se ela tem algum sintoma de gravidez e realizar o teste de gravidez; • Se ela usou método de apoio desde que deu pela falta dos fios; • Verificar se há fios nas dobras do canal cervical; • Em metade dos casos de ausência dos fios de um DIU, eles podem ser encontrados no canal cervical. Se não se conseguir localizar os fios no canal cervical, ou eles subiram para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar, excluir a possibilidade de gravidez antes de tentar procedimentos mais invasivos; • Solicitar RX para verificar a presença do DIU; • Fornecer a ela método de apoio para ser usado no período caso o DIU tenha saído.
O parceiro sente os fios do DIU durante o sexo	DIU de cobre	Explicar que isso acontece algumas vezes quando os fios são cortados curtos demais. Se o parceiro achar que os fios incomodam, pode-se retirar o DIU e colocar outro – Se a mulher deseja poder verificar os fios do seu DIU, este pode ser removido e um novo ser colocado em seu lugar (para evitar desconforto, os fios devem ser cortados de modo a ficarem 3 centímetros para fora do cérvix).
Irritação ao redor da vagina ou pênis	Preservativos (masculino e feminino) Espermicida	Verificar se há alergia pelo látex do preservativo masculino ou lubrificantes. Considerar a possibilidade de utilizar a camisinha feminina, que é feita de poliuretano.

FONTE: FRABASGO e OMS, 2009

Referências

RAPATÃO, Andréia Serrano Cayres. **Educação sexual, saúde e sexualidade: (re) significando as relações entre pais e filhos**. 2015. 111 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara), 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/136056>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

LEMOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da Atenção Primária em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, junho, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000200244&lng=en&nrm=iso>. Acesso em julho 2019

XAVIER Anna Karina, ROSATO Cassia Maria. **Mulheres e Direitos**: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. Revista Ártemis, Paraíba, Vol. 21, n.1, p.116-130, jan-jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimpr. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

BELLANCA Helen K., HUNTER Michele Stranger. *One Key Question: Preventive reproductive health is part of high quality primary care. Contraception*. vol 88, p. 3-6, 2013

HALL Jennifer Anne, MANN Sue, LEWIS Gwyneth, STEPHENSON Judith, MORRONI Chelsea. **Conceptual framework for integrating 'Pregnancy Planning and Prevention' (P3)**. *J Fam Plann Reprod Health Care*. Oct 2015.

BRASIL. **Parecer COREN-SP GAB nº029/2011**, dispõe sobre a mensuração de diafragma por Enfermeiro dentro do Programa de Planejamento Familiar das Unidades de Saúde. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_29.pdf

GARCIA, Olga Regina Zigelli; LISBOA, Laura Cristina da Silva. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de Atenção Primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-716, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jul. 2019.

WHO - World Health Organization. *Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity*. Geneva; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

PETERSEN Emily E., MEANEY-DELMAN Dana, NEBLETT-FANFAIR Robyn, HAVERS Fiona, ODUYEBO Titilope, et al. *Update: Interim Guidance for Preconception Counseling and Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus for Persons with Possible Zika Virus Exposure — United States*, 65(39), p1077-1081 September 2016.

LEITE, Renata Ramalho Queiroz; FROTA, Ana Maria Monte Coelho. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v. 20, n. 2, p. 151-160, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200002&lng=pt&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção I, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012a**. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html.

NANDA international. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre Artmed. 2018

Bulechek, G>M; Butcher H.K., Dochterman J.M; Wagner C.M. **Classificação das intervenções de enfermagem NIC**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016

CIPE 2016: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>

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)** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS**. Brasília, DF: OPAS. MS. 2017.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação; n. 83)

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

Brasil, Ministério da Saúde (1996). **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília, DF. Recuperado em 25 de junho, 2012, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html3

BRASIL. **Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011** (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011c.

AZEVEDO, Marta. **Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro**. Cad. CRH, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300003&lng=en&nrm=iso>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos**. 3º ed. OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 10, p. 1-3, 12 jun. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BORGES, Ana Luiza Vilela *et al.* Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 749-756, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400749&lng=en&nrm=iso>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

FEBRASGO, OMS. **Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para uso de Métodos Anticoncepcionais**, 4 ed, 2009.

Capítulo 5

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O Pré-Natal

Introdução

A gestação é determinada por um conjunto de alterações dinâmicas biopsicossociais, que devem ser interpretadas como um fenômeno biológico/fisiológico que requer um acompanhamento qualificado. Neste sentido, ressaltamos a importância da realização do Pré-Natal com papel fundamental na prevenção, detecção e intervenção das situações de risco tanto para a mãe quanto para o feto. Quanto melhor a qualidade dos serviços oferecidos, maior o impacto sobre a saúde materno-infantil e, portanto, menor a morbimortalidade nessas populações (ROCHA; ANDRADE, 2017; DOKU, NEUPANE, 2017).

Em razão da alta taxa de morbimortalidade materno e infantil, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, que engloba ações para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gravidez, parto, puerpério e ao nascimento seguro, assim como crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, ressaltamos a importância da atuação da equipe de enfermagem, considerando ser o profissional com potencial e competência para atender estas gestantes na singularidade de sua família, contexto social e cultural, atuando na especificidade do serviço.

Atribuições da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o Pré-Natal

2.1. Do Enfermeiro:

As consultas de Pré-Natal devem ser intercaladas entre médico e enfermeiros, 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).

Dentre as atribuições gerais do enfermeiro na assistência à mulher durante o Pré-Natal, destacamos:

Quadro 1: Atribuições do Enfermeiro no Pré-Natal de risco habitual

- Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, esclarecer suas dúvidas, medos ou angústias;
- Orientar a gestante e família sobre a importância do acompanhamento Pré-Natal e rotina das consultas;
- Cadastrar gestante no Sistema de Informação do Pré-Natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Realizar consulta de Pré-Natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta médica;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo de assistência Pré-Natal;
- Realizar testes rápidos: Sífilis, HIV, hepatites B e C (sendo este último realizado apenas em situações de vulnerabilidades);
- Prescrever medicamentos padronizados para o Pré-Natal, além dos medicamentos padronizados para o tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo prescrição de penicilina para tratamento de sífilis congênita, de acordo com o presente protocolo;
- Orientar e realizar a vacinação das gestantes contra tétano, difteria e coqueluche (dTpa), hepatite B e influenza;
- Encaminhar a gestante para atendimento odontológico e médico;
- Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista ou assistente social, de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional);
- Identificar gestantes com fator de risco e encaminhá-las para consulta médica. No caso de dificuldades no agendamento, encaminhar diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame físico geral e obstétrico;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, orientando e sanando todas as dúvidas (aleitamento materno, planejamento familiar entre outras).

FONTE: BRASIL, 2012 pag.47

2.2. Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem:

Quadro 2: Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem no Pré-Natal de risco habitual

- Orientar as gestantes e familiares sobre a importância do Pré-Natal, aleitamento materno e vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no Sistema de Informação vigente, fornecendo o cartão da gestante devidamente preenchido;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial quando solicitado e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Aplicar vacinas conforme calendário de vacinação da gestante vigente (ver Quadro 15);
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, para acompanhar o processo de aleitamento materno e orientar companheiro(a) sobre planejamento familiar.

FONTE: BRASIL, 2012 pag.47

3. Diagnóstico da gestação

A captação da gestante deve ser o mais precoce possível, ou seja, no primeiro trimestre de gestação (12ª semana), sendo nesta ação importante avaliar riscos e necessidades de encaminhamentos para outros serviços de saúde, evitando complicações graves. Para captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde disponibiliza o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina, que pode ser realizado na unidade de saúde (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que as situações de riscos e suas indicações de condutas estão apresentadas neste capítulo nos quadros 6, 7 e 8.

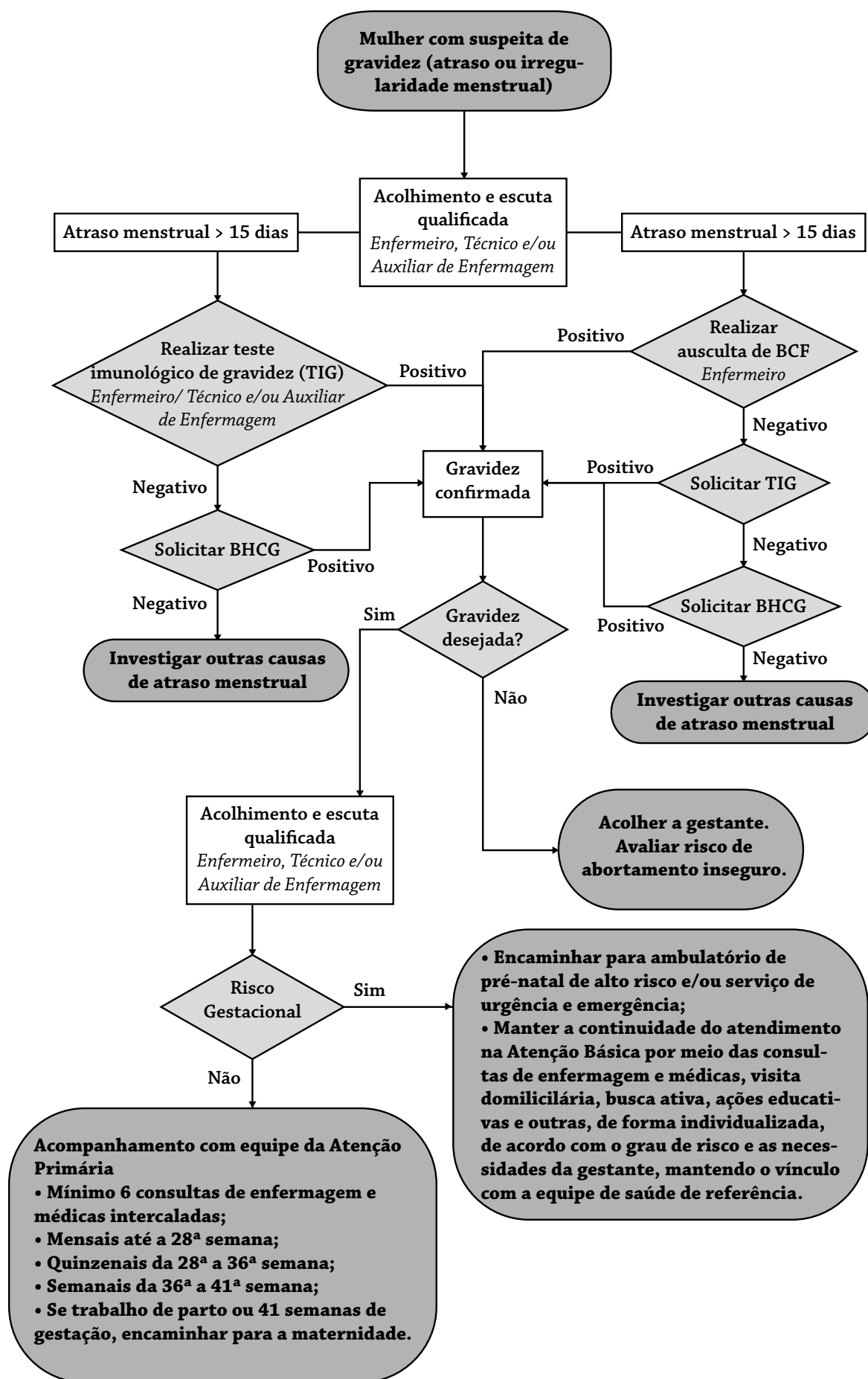
Quadro 3: Exames realizados conforme duração do atraso menstrual

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

Fonte: elaborado pelas autoras com base BRASIL, 2012, p. 53-52.

A seguir, fluxograma para atendimento à mulher com suspeita de gravidez. Os auxiliares e técnicos de enfermagem podem realizar o primeiro atendimento à mulher com atraso menstrual e fazer o teste de gravidez, encaminhando a paciente para o enfermeiro nos casos positivos ou negativos para orientações específicas.

Fluxograma 1: Diagnóstico de gravidez e Pré-Natal na Atenção Primária



4. Consulta de enfermagem no Pré-Natal

A atenção ao Pré-Natal tem como objetivo acolher a mulher e seus familiares desde o início da gestação, de forma humanizada, garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção, assegurando o nascimento de uma criança saudável e garantindo o bem-estar da mãe e da criança (BRASIL, 2006).

As consultas de Pré-Natal poderão ser realizadas na Unidade Básica de Saúde ou durante visita domiciliar, intercalada entre médico e enfermeiro, garantindo, no mínimo, seis consultas até o final da gestação (BRASIL, 2016).

A consulta de Pré-Natal deve ser efetiva, representando uma oportunidade inadiável de classificar riscos e adotar condutas adequadas. Deve ser composta pelo processo de enfermagem, por meio de suas etapas: histórico de enfermagem, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral e específico, dos diversos sistemas, incluindo exame ginecológico e mamário. Após esse levantamento, devem ser elencados os diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções e avaliação por meio dos retornos programados (ROCHA; ANDRADE, 2017).

4.1. Primeira consulta de enfermagem

Durante o primeiro atendimento, a equipe de enfermagem tem que estar preparada para lidar com situações como: mulheres que planejam ou não a gravidez; gestantes adolescentes; casais homoafetivos; dentre outras situações. A comunicação terapêutica é fundamental e tem como estratégias ouvir atentamente o que fala a paciente sem interrupções, respeitando pausas e silêncios, não completando frases, ajudando-a a encontrar soluções, dentre outras (BARROS *et al.*, 2015).

Esta abordagem durante a entrevista é fundamental para estabelecer vínculo e relação de confiança entre o profissional de enfermagem e a mulher gestante e sua família. O Ministério da Saúde orienta algumas questões a serem abordadas durante esta entrevista, a saber:

Quadro 4: Histórico de Enfermagem na primeira consulta

Investigar	Descrição
Dados de identificação	<ul style="list-style-type: none">Nome; número do cartão nacional de saúde (CNS); idade; cor; naturalidade; procedência; endereço e telefones de contato atuais.
Dados socioeconômicos e demográficos.	<ul style="list-style-type: none">Grau de instrução; profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de riscos); estado civil/união; número e idade de dependentes, renda familiar; condições de (não) moradia (tipo e número de cômodos ou situação de rua); condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); distância da residência até a unidade de saúde.
Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none">Doenças hereditárias;Gemelaridade;Diabetes Mellitus;Hanseníase;Transtorno mental;Doença neurológica;Grau de parentesco com o pai do bebê;Hipertensão arterialPré-eclâmpsia;Tuberculose;Câncer de mama ou ovário;Deficiência e malformações;Parceiro com IST ou HIV/Aids.

Antecedentes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, trombose venosa, alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia); • Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatia, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, doenças neurológicas, epilepsia, neoplasias, desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade); peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão.
Antecedentes ginecológicos e obstétricos e aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> • Menarca e ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade); • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino; • História de útero bicorno (anomalia congênita em que o útero é dividido em dois lados, na parte interna), malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica; • Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos consecutivos ou intercalados com filhos vivos ou natimortos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; • Malformações congênitas; • Complicações no puerpério; • Experiência em partos anteriores; • História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce (motivo) e o desejo de amamentar; • Desejo de amamentar.
Saúde sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto; • Métodos contraceptivos e desejo de participar do planejamento reprodutivo durante a gestação; • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, higiene bucal (quantas vezes ao dia), mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas.
Uso de substâncias químicas	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, tabagismo, alcoolismo, uso de substâncias psicoativas (tipos, quantidade e frequência de uso).
Gestação atual	
Aceitação da gravidez atual	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser interrogada e avaliada durante todo o contato na consulta de enfermagem, os aspectos relacionados à aceitação da gravidez atual tanto pela mulher, quanto pelo(a) parceiro(a) e familiares; • É importante investigar e anotar qual a rede de apoio que a gestante pode contar (companheiro, pais, vizinhos, entre outros).
Dados específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Data da Última Menstruação (DUM) - anotar certeza ou dúvida; • Calcular e anotar Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP).
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares, eliminações, medicamentos utilizados, uso de fumo (nº de cigarros ao dia), uso de álcool, ocupação habitual.

Imunização	<ul style="list-style-type: none"> Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral (SCR) administrar no puerpério e não durante a gestação, caso haja atraso/desatualização.
Sintomas e queixas	<p>Atentar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Náuseas e vômito; obstipação e flatulência; Sintomas urinários; Sialorreia; pirose; Leucorreia (que pode ser fisiológico ou não); Vertigem; tontura; Lombalgia; Mastalgia; Alterações no padrão do sono; Dor e edema em MMII; dor pélvica; Falta de ar e/ou dificuldade para respirar.

Fonte: elaborado a partir de BRASIL, 2016. p. 72.

Quadro 5: Exame físico geral e específico

Avaliar	Descrição
Antropometria e Sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> Peso, altura e IMC (avaliação nutricional e ganho de peso gestacional); A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avaliação do peso inicial (Índice de Massa Corporal - IMC); Classificação gestantes segundo o IMC: <ul style="list-style-type: none"> Baixo peso – ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg; Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg; Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg; Obesidade – ganho total= 5,0-9,0 kg. <p>(CARVALHAES <i>et al.</i>, 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aferição de sinais vitais como pulso e pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e, quando necessário, temperatura axilar; SPO2; glicemia capilar.
Cabeça e pescoço	<ul style="list-style-type: none"> Inspeção e palpação de crânio, face, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral e tireoide. Linfonodos.
Pele e anexos	<p>Inspeção e palpação;</p> <ul style="list-style-type: none"> Pele: cor de pele, áreas com coloração alterada; temperatura; umidade; turgor; vascularização ou hematomas; lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão, margem e pele perilesional); Inspeção do cabelo e das unhas.
Tórax	<ul style="list-style-type: none"> Inspeção: alterações e assimetrias, padrão respiratório; Palpação: presença de nódulo, massas ou sensibilidade, frêmito tóraco-vocal; Percussão: percutir os campos pulmonares e estimar a excursão diafragmática; Ausculta pulmonar e cardíaca.
Mamas	<ul style="list-style-type: none"> Exame clínico das mamas: Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa; Palpação de mamas, região supra clavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros; Tipo de mamilo; Sinal de Hunter; Rede de Haller; Presença de Tubérculos de Montgomery; Expressão mamilar.

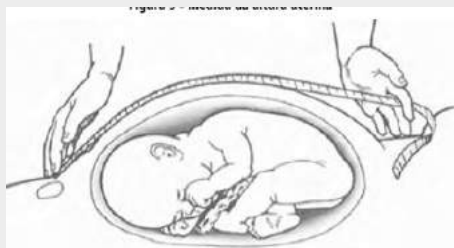
- Inspeção, Palpação, mensuração e ausculta obstétrica.

Mensuração da Altura Uterina

- Tem como objetivo avaliar a evolução gestacional, o que permite saber a idade da gravidez; acompanhar o crescimento fetal, assim como suspeitar de gemelaridade, e do excesso do líquido amniótico (polidrâmio).

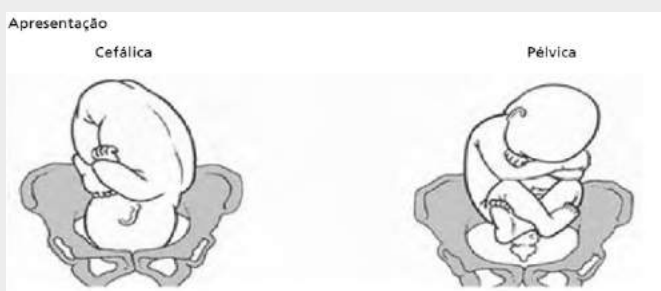
Como realizar a mensuração

- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Corrigir dextroversão uterina no momento da palpação;
- Fixar a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com mão direita, prender a fita levemente entre os dedos indicador e médio da mão esquerda;
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da mão esquerda até alcançar o fundo do útero;
- Realizar a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anotar a medida (em centímetros) no prontuário, ficha perinatal e no cartão da gestante;
- Anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva (após a 16ª semana).

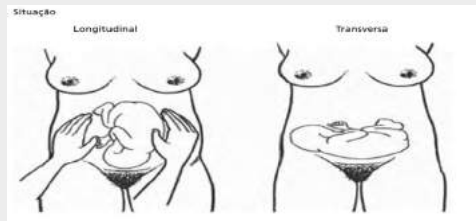


Palpação obstétrica

- Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina;
- Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da **apresentação fetal** (cefálica e pélvica ou transversa).



- Determinar a **situação fetal** (longitudinal, transversal e oblíqua):
 - Colocar as mãos sobre as fossas ilíacas;
 - Deslizar em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta;
- A situação longitudinal é a mais comum;
- A situação transversal e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

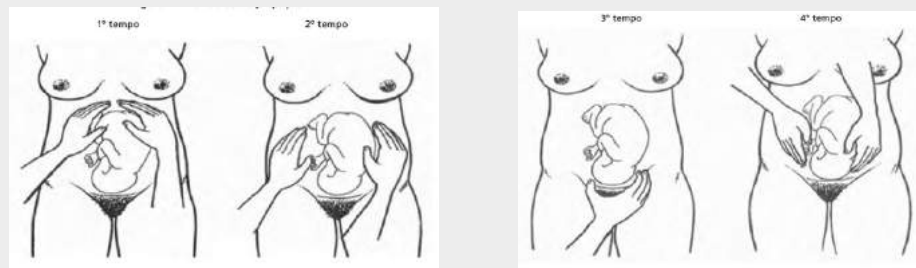


Manobras de Leopold

- Tem como objetivo identificar o crescimento fetal, situação e a apresentação fetal e diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional.

Como realizar a manobra:

- Palpar o fundo do útero e com a borda cubital de ambas as mãos. Detecte a parte fetal que o ocupa;
- Deslizar as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, sentindo a localização do dorso, as pequenas partes do feto e movimentos fetais;
- Avaliar a mobilidade do polo fetal, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determinar a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação cômica) e oblíquas.



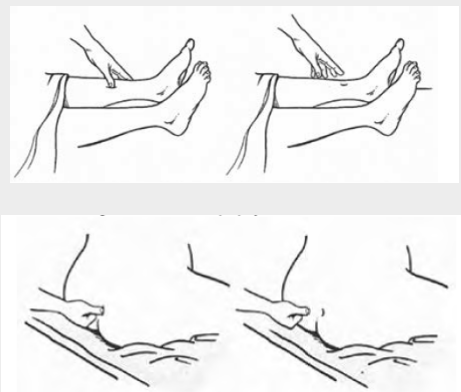
Ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCF)

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



FONTE: BRASIL, 2012. p. 99.

- Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.

	<p>Dinâmica Uterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de queixa referida pela gestante, avaliar a frequência e intensidade; • Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos; • Colocar a mão no fundo do útero da gestante a fim de avaliar o início de uma contração, anotar frequência e duração; • Se forem observadas três contrações com duração maior que 20 segundos em 10 minutos, a gestante deverá ser encaminhada para a maternidade; • Se intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.
Avaliação pélvica e coleta de exame citopatológico	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeção dos genitais externos (investigar presença de tumores, corrimento vaginal fisiológico ou vulvovaginites, prolapso genital, rotura de períneo, incontinência urinária, Bartholinite, verrugas e perda de líquido via vaginal); • Realizar o exame especular de acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da gestante; • Realizar a coleta do exame citopatológico de colo de útero.
Membros superiores e inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeção: avaliar integridade da pele, coloração, varizes e edema; • Palpação: palpar pulsos e perfusão periférica a fim de avaliar sistema circulatório. • Avaliar e classificar o edema sacro e de MMII. 

FONTE: BRASIL, 2012; BRASIL, 2016.

4.2. Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Quadro 6: Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento Pré-Natal - NANDA-I e NIC (Nursing Interventions Classification).

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Náuseas	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar hábitos de alimentação fracionada, evitando longos períodos de jejum; • Orientar alimentos sólidos no primeiro período do dia com mastigações lentas; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, com pouco carboidrato, orientando o aumento de consumo de alimentos ricos em proteínas.
Deglutição prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca.

Risco de desequilíbrio eletrolítico	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar a causa dos vômitos; • Monitorar possíveis danos à mucosa orofaríngea caso os episódios de vômitos sejam prolongados; • Encaminhar para avaliação médica se necessário.
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o repouso em decúbito lateral esquerdo; • Monitorar a frequência respiratória; • Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias; • Evitar roupas apertadas.
Risco para infecção (colo uterino)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o uso de calcinha de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Orientar a não usar roupas apertadas; • Orientar a não usar absorventes diários; • Investigar presença de patógenos.

Fonte: NIC, 2016; NANDA-I, 2018-2020.

Quadro 7: Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento do Pré-Natal - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Vertigem postural (tontura)	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces.
Salivação	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir.
Tolerância a atividade ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir.
Tolerância a atividade ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de atividade possível para ser realizado conforme idade gestacional; • Orientar atividades de baixo impacto; • Alertar a gestante quanto aos efeitos de extremo calor e frio ao realizar alguma atividade; • Incluir familiares para o apoio adequado das atividades a serem realizadas.
Incontinência urinária	<ul style="list-style-type: none"> • Manter ingestão hídrica; • Orientar que o sintoma é transitório; • Se nictúria, reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; • Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção.
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • Controlar o ganho de peso.

Fonte: CIPE, 2019.

4.3 Avaliação de vulnerabilidades e riscos

A equipe de enfermagem deve estar atenta a qualquer das condições descritas no Quadro 8, em que se apresentam os casos que devem receber atenção redobrada durante o Pré-Natal, por meio de orientações e planos de cuidados voltados para cada caso, permanecendo o acompanhamento no Pré-Natal de risco habitual.

Quadro 8: Vulnerabilidades e fatores que determinam atenção redobrada durante o Pré-Natal de risco habitual.

A) Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis
<ul style="list-style-type: none">• Idade menor que 15 e maior que 35 anos;• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;• Situação conjugal insegura;• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);• Condições ambientais desfavoráveis;• Altura menor do que 1,45 m;• IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
Atenção: Deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.
B) Fatores relacionados à história reprodutiva anterior
<ul style="list-style-type: none">• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;• Macrossomia fetal;• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);• Cirurgia uterina anterior;• Três ou mais cesarianas.
C) Fatores relacionados à gravidez atual
<ul style="list-style-type: none">• Ganho ponderal inadequado;• Infecção urinária;• Anemia.

FONTE: BRASIL, 2016. p. 86.

Já no Quadro 9, apresentam-se os casos que devem ser o mais rápido possível identificados e direcionados ao serviço referência para atendimento no alto risco e/ou serviço hospitalar/emergência. Porém, ressalta-se que apesar do encaminhamento, a unidade tem que oferecer suporte e orientações a estas gestantes.

Quadro 9: Fatores de riscos para o encaminhamento ao serviço de alto-risco

Referenciar ao Pré-Natal de alto risco os seguintes casos

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Isoimunização Rh;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado;
- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas);
- Esterilidade/infertilidade;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).

Fatores relacionados à gravidez atual

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- Neoplasia intraepitelial cervical - III (NIC- III) – **Vide capítulo câncer colo útero;**
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais – **Vide capítulo câncer de mamas;**
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

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

Quadro 10: Sinais indicativos de encaminhamentos da gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica.

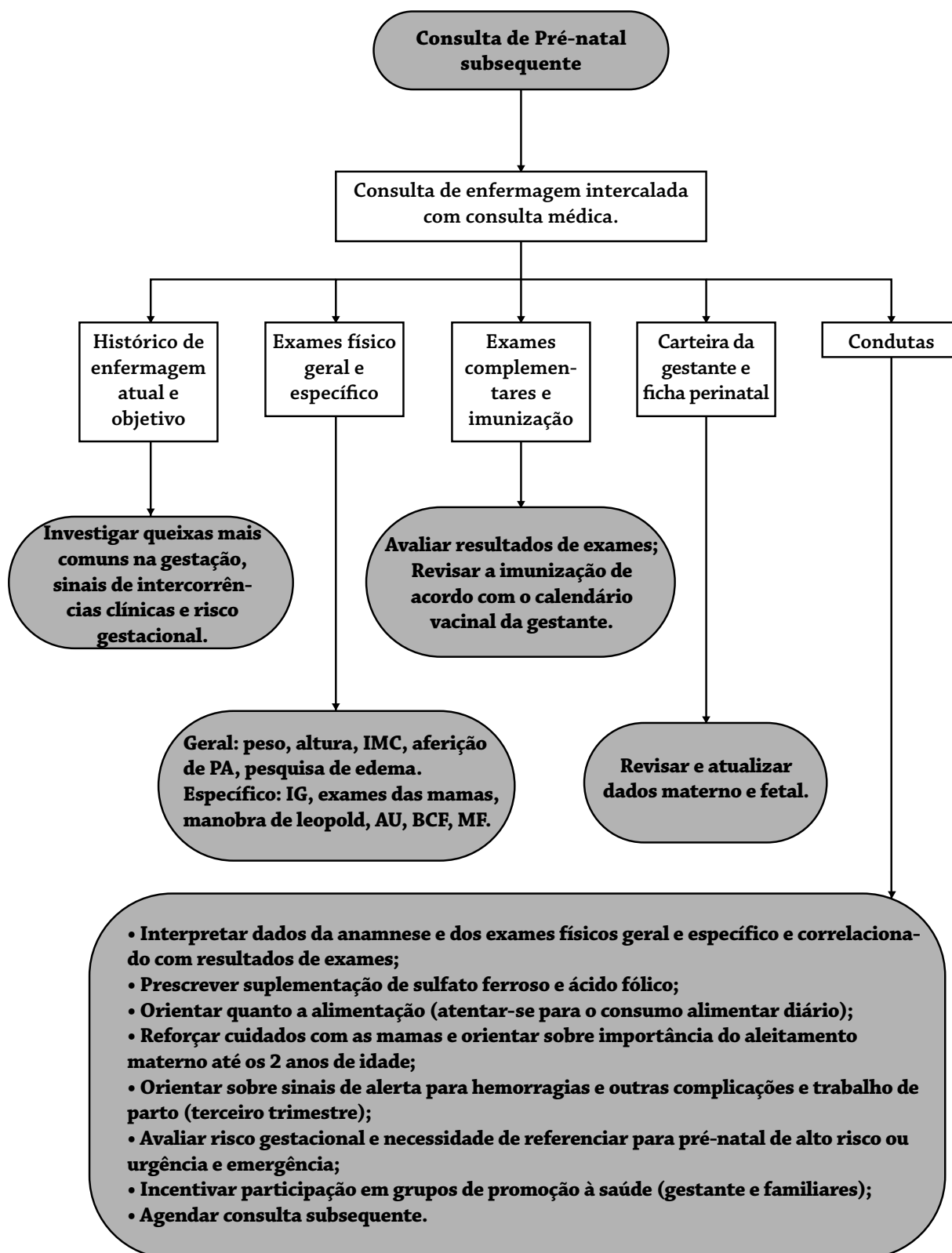
Encaminhar a gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica nos seguintes casos:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e idade gestacional. Nunca realizar toque vaginal antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica;
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria (pode-se usar o teste rápido de proteinúria. O Edema não é mais considerado critério diagnóstico);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma;
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva (é realizada ao se exalar forçadamente o ar contra os lábios fechados e nariz tapado, forçando o ar em direção ao ouvido médio se a tuba auditiva estiver aberta) e elevação da apresentação fetal;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (temperatura $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores (IVAS);
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Investigação de prurido gestacional/ictericia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrômio;
- Óbito fetal.

FONTE: BRASIL, 2016. p. 89

4.4. Consultas Subsequentes

Fluxograma 2: Consultas de Pré-Natal subsequentes intercaladas com consultas médicas.



4.5. Construindo o plano de parto

O plano de parto trata-se de um instrumento de comunicação entre gestantes e profissionais da saúde, criado e introduzido por educadores pré-natais em 1970, sendo que sua utilização é incentivada pela OMS desde 1996, visando a autonomia e participação da gestante e/ou casal frente às tomadas de decisões da equipe, em relação ao trabalho de parto e parto. Por meio deste documento, é possível que a equipe de saúde da maternidade conheça as preferências e expectativas sobre o cuidado que gostariam de receber nesse período (MEDEIROS *et al.*, 2019).

O plano de parto está intimamente relacionado às ações educativas individuais e/ou grupais durante o Pré-Natal, sendo necessário um conhecimento da gestante e/ou casal sobre os tipos de parto, riscos, benefícios, bem como de todos os processos que envolvem o trabalho de parto e parto, possibilitando a participação e autonomia nas escolhas e decisões (GOMES *et al.*, 2017).

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

É importante que a gestante seja orientada quanto à possibilidade de alterações desse plano, tanto por mudanças de opinião, quanto por necessidade da equipe obstétrica (MEDEIROS *et al.*, 2019).

A seguir será apresentada uma sugestão de questões que devem aparecer no plano de parto, lembrando que estas podem ser adaptadas e reorganizadas de acordo com as especificidades dos serviços de saúde disponíveis no município (GOMES *et al.*, 2017).

Quadro 11: Sugestão de plano de parto

Plano de parto	
Nome da gestante: _____	DN: ___/___/___
Abaixo relacionamos nossas preferências em relação ao trabalho de parto e parto, caso tudo transcorra bem. Na impossibilidade de seguir quaisquer dos itens desse plano, gostaríamos de ser informados e consultados sobre as alternativas. Início este plano de parto informando que após ter discutido com a equipe de saúde que me acompanhou no pré-natal sobre os tipos de parto existentes seus riscos e benefícios, eu gostaria que meu parto fosse: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea	
Acompanhante <input type="checkbox"/> Gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto; <input type="checkbox"/> Eu não gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Obs. _____ _____ _____	
Nome do Acompanhante: _____	DN: ___/___/___
Fotografias/ Filmagens <input type="checkbox"/> Gostaria que meu parto fosse filmado; <input type="checkbox"/> Gostaria que meu parto fosse fotografado; <input type="checkbox"/> Gostaria que fosse fotografado apenas após o nascimento; Tenho conhecimento que devido a protocolos hospitalares, nem sempre será possível filmar ou fotografar.	

Escolha pelo parto normal

Trabalho de parto

1. Em relação a movimentação durante o trabalho de parto:

() Prefiro caminhar e mudar de posição de acordo com minha necessidade;

() Eu não gostaria de me movimentar durante o trabalho de parto.

Obs. _____

2. Em relação a punção venosa e/ou infusão de soro:

() Não gostaria de ser puncionada;

() Eu prefiro medicações endovenosas.

Obs. _____

3. Em relação à necessidade de ocitocina (hormônio que facilita contrações):

() Não gostaria de receber;

() Prefiro acelerar o trabalho de parto;

() Só quero receber ocitocina em necessidade extrema avaliada pelos profissionais da equipe obstétrica.

Obs. _____

4. Em relação ao rompimento da bolsa das águas (amniotomia):

() Não gostaria que rompesse artificialmente;

() Se necessário não me importo.

Obs. _____

5. Em relação ao alívio da dor;

() Gostaria de tomar banhos quentes/mornos;

() Gostaria de ser orientada quanto à respiração e ao relaxamento;

() Gostaria de receber massagem de um profissional e/ou acompanhante;

() Gostaria de ser medicada para alívio da dor;

() Gostaria de receber anestesia nas costas, caso esteja disponível;

() Eu não gostaria de utilizar métodos para alívio da dor.

Obs. _____

6. Em relação aos exames e avaliações:

() Gostaria que avaliassem os batimentos cardio-fetais regularmente;

() Gostaria que avaliassem regularmente e me informassem sobre os meus sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e temperatura);

() Gostaria que o exame vaginal seja feito somente quando realmente necessário e, de preferência, por apenas um profissional.

Obs. _____

No momento do parto

1. Em relação ao ambiente:

- Não tenho preferência;
 Gostaria que o ambiente:

2. Em relação ao meu acompanhante:

- Gostaria de sua presença e apoio o tempo todo;
 Gostaria de privacidade no momento do nascimento, não quero que esteja na sala no momento do parto.

Obs. _____

3. Qual posição de parto você gostaria experimentar?

- cócoras;
 sentada;
 semi-sentada;
 outra:

Obs. _____

4. Em relação a episiotomia (corte no períneo):

- Não gostaria que fizesse episiotomia;
 Não me oponho à episiotomia.

Obs. _____

5. No que se refere ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito:

- Pelo profissional;
 Por você mesma;
 Pelo acompanhante.

Obs. _____

6. Em relação ao aleitamento materno:

- Gostaria de amamentar meu bebê na primeira hora após o nascimento;
 Prefiro descansar e após, amamentar.

Obs. _____

Necessidade ou escolha pelo parto cesárea

1. Em relação ao agendamento:

- Gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente, prefiro não marcar a cirurgia.
 Gostaria de deixar agendada a cesariana, se for possível.

Obs. _____

1. No momento da cirurgia:

- () Gostaria que meu acompanhante estivesse presente o tempo todo;
- () Não quero que meu acompanhante esteja na sala cirúrgica;
- () Gostaria de ver todo o ato cirúrgico;
- () Não quero ver a cirurgia;
- () Não tenho preferências.

Obs. _____

2. Ao nascer:

- () Gostaria que ele fosse colocado imediatamente ao meu lado, se estiver tudo bem;
- () Gostaria de tentar amamentar na primeira hora;
- () Não gostaria de amamentar na primeira hora;
- () Estou orientada que não posso amamentar;
- () Espero poder ficar com meu bebê na sala de parto e recuperação, se não houver intercorrências (mas tenho consciência que o hospital possui sua rotina).

Obs. _____

Além do que foi assinalado assim, gostaria de deixar registrado também as seguintes observações:

Assim, agradeço a atenção em tornar seguro e mais especial esse momento tão importante. Tenho consciência que não é apenas minha vontade que prevalece, mas também a decisão dos profissionais de saúde por meio dos protocolos científicos, e das singularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, além da estrutura e rotina do hospital.

Semanas de gestação: _____

Data ___/___/_____

Assinatura da gestante

Assinatura e carimbo do profissional que orientou e auxiliou na elaboração

4.6. Solicitando e interpretando os exames

A solicitação e interpretação de exames acompanha todo o período Pré-Natal, sendo que, em cada trimestre, devem ser avaliados e procedidas as condutas conforme descritas no Quadro 12.

Quadro 12: Solicitação e interpretação de exames

Exames de rotina/ período de solicitação	Resultados	Condutas
Tipo sanguíneo e fator RH (1ª consulta)	<ul style="list-style-type: none"> A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo; A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto; Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Teste de coombs indireto (A partir da 24ª semana de gestação)	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: <ul style="list-style-type: none"> Gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> Gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: <ul style="list-style-type: none"> Referenciar ao alto risco. Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> Repetir exame de 4/4 semanas; Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e Coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Hemoglobina e hematócrito (1ª consulta e 3º trimestre)	Hb > 11g/dL (Ausência de anemia)	Hemoglobina normal: <ul style="list-style-type: none"> Suplementação profilática com ferro elementar 40mg: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto); Atentar para os diagnósticos prévios ou no Pré-Natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco; Avaliar a presença de parasitose intestinal e tratá-la.
	Hb entre 8g/dL e 11g/dL (Anemia leve a moderada)	Anemia leve a moderada: Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> 200 mg/dia de sulfato ferroso= 40 mg de ferro elementar, uma hora antes das refeições (dois comprimidos antes do café, dois comprimidos antes do almoço e um comprimido antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas; Tratar e acompanhar hemoglobina após 60 dias.
	Hb < 8g/dL (Anemia grave)	Se anemia grave, encaminhar ao Pré-Natal de alto risco.

<p>Eletroforese de hemoglobina (para gestantes negras com antecedentes familiares de anemia falciforme história de anemia crônica)</p> <p>(1ª consulta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes com traço falciforme: devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica; • Gestantes diagnosticadas com doença falciforme: devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Pré-Natal de alto risco).
<p>Glicemia em Jejum¹ (GJ)</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p> <p>Ver fluxograma 3 deste capítulo.</p>	<p>Normal</p> <p>85 – 90 mg/dl sem fatores de risco.</p>	
	<p>Rastreamento positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 85 - 90mg/dl com fatores de risco <p style="text-align: center;">Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90-110 mg/dl 	<p>Realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª - 28ª semana de gestação;</p> <p>Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular).</p>
<p>Teste de tolerância à glicose (jejum e 2h após sobrecarga com glicose 75g anidro)</p> <p>(24ª a 28ª Semana)</p>	<p>Diagnóstico de DMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em jejum: 110 mg/dl; • Após 2 horas: > 140 mg/dL 	<p>Repetir o exame de glicemia de jejum e se o resultado for maior que 110 mg/dl, fechar diagnóstico como DMG;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); • Referenciar o serviço ambulatorial de gestantes de alto risco; • Manter acompanhamento na UBS.

¹ A sociedade brasileira de diabetes, na diretriz 2017-2018 estabeleceu como critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM: normoglicemia: 110 mg/dL (glicose em jejum); pré-diabetes ou risco aumentado para DM: ≥ 100 e < 126 mg/dL (glicose em jejum) e diabetes estabelecida: ≥ 126 mg/dL (glicose em jejum). (Diretrizes SBD, 2017, p. 24).

<p>Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido positivo: iniciar tratamento; • VDRL positivo: avaliar titulação e o tratamento. 	<p>No caso de positividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se a Benzilpenicilina benzatina na dose 4.800.000 UI para mulheres grávidas com sífilis primária, secundária e latente recente, visto que, as evidências sugerem que a terapia adicional é benéfica para estas mulheres; • Já na fase tardia utilizar Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, IM, 1x/semana (1.200.000 UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7.200.000 UI, IM (BRASIL, 2016, p. 36). <p>Demais informações vide quadro 17, deste capítulo.</p>
<p>Teste rápido (TR) para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<p>TR não reagente e sorologia negativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter acompanhamento de rotina do Pré-Natal; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias; • Repetir sorologia (ou TR em situações especiais) no 3º trimestre.
	<p>TR reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realize o aconselhamento pós-teste; • A gestante deve ser encaminhada para serviço de Pré-Natal de alto risco; • Manter seguimento na Atenção Básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Terapia Antirretroviral (TARV) durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2); • Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes; • Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.

<p>Sorologia para hepatite B (ou teste rápido)</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<p>Reagente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realize o aconselhamento pré e pós-teste; • Encaminhe a gestante para o seguimento ao Pré-Natal no serviço de atenção especializada de referência; • Realize o aconselhamento pós-teste; • Vacine contra hepatite B, caso não tenha esquema completo; • Repita a sorologia no 3º semestre.
<p>Sorologia Hepatite B (HBsAg)</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<p>Não reagente</p> <ul style="list-style-type: none"> • HBsAg não reagente: normal. • BsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). 	<p>Fazer aconselhamento pré e pós-teste.</p> <p>HBsAg reagente e HBeAg reagentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco, CR/IST Aids ou outras possibilidades de redes de atenção. <p>HBsAg não reagente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina no 1º trimestre; • Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade gestacional.
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<p>IgG e IgM reagentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avidéz de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação - encaminhar imediatamente para avaliação médica; • avidéz forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame; • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – encaminhar imediatamente para avaliação médica; • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame; • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir a cada 3 meses e no momento do parto. 	<p>Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos ao manipular alimentos; • Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; • Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); • Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; • Evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; • Após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; • Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; • Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha; • Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; • Lavar bem as mãos após o contato com os animais.

<p>Urina tipo I</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo; Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo; Proteinúria: alterado > 10 mg/d; Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar conforme fluxograma 4; Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco; <p>Na presença de traços de proteinúria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-Natal de alto risco; Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco; Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco; Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco (ver fluxograma 4).
<p>Urocultura e antibiograma</p> <p>(1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por ml (UFC/ml); Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/ml; Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	<p>Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes (prescrição médica e de enfermeiros):</p> <ul style="list-style-type: none"> Nitrofurantoína (100 mg), uma cáps., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); Cefalexina (500 mg), uma cáps., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias; Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cápsula, de 8/8 horas, por 7 a 10 dias
<p>Parasitológico de fezes</p>	<p>Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Negativo: ausência de parasitos; Positivo: conforme descrição de parasitos. 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Gestantes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação; Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

FONTE: Elaborado a partir de BRASIL, 2016.

4.7. Coleta de Exame colpocitopatológico na gestação

A coleta do exame colpocitopatológico realizado por enfermeiros e/ou médicos, não é considerada um procedimento contraindicado na gestação e pode ser coletado, em qualquer período gestacional de preferência até o 7º mês. (BELO HORIZONTE-MG, 2017; SÃO PAULO, 2016; COREN-PB, 2015).

Para realização do exame é importante seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária, como para as demais mulheres, sendo considerada uma oportunidade de rastreamento, quando as gestantes buscam o serviço de saúde para o acompanhamento de Pré-Natal (BRASIL, 2006; INCA, 2016).

No período gestacional, estão presentes os riscos para o desenvolvimento do câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras, assim como nas mulheres não gestantes. Sua incidência gira em torno de 1 a 15 casos para 10 mil gestantes (INCA, 2016).

Diante de recomendações conflitantes existentes referentes à coleta de material endocervical em grávidas, a tomada de decisão do enfermeiro, em realizar ou não o exame, deverá ser analisada caso a caso, ponderando riscos e benefícios. Entretanto, não existem evidências de que a coleta de espécime endocervical, por meio de técnica adequada, aumente o risco sobre a gestação (BRASIL, 2016).

Ressalta-se que as gestantes com vínculo ao serviço de saúde e aderentes ao programa de rastreamento com resultados normais dos exames citopatológicos podem ser acompanhadas durante o Pré-Natal de forma segura sem a coleta endocervical. Porém, para as mulheres com vínculo fragilizado com o serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, considerar o período gestacional valioso e oportuno para a coleta do exame completo (BRASIL, 2016).

Assim, as gestantes que apresentem resultado citopatológico alterado devem ser tratadas conforme conduta recomendada para as mulheres não grávidas (Capítulo 2 deste protocolo) (BRASIL, 2016; COREN – PB, 2015; Rosa *et.al*, 2018).

Quadro 13: Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico em gestantes

Coleta de exame	Período recomendado	Indicação
Colpocitologia oncótica	<ul style="list-style-type: none"> De preferência no 1º trimestre, na 1ª consulta de Pré-Natal; Não há contraindicação para ser coletado ao longo do período gestacional; Realizar exame ginecológico com ou sem coleta colpocitológica, para avaliar presença de lesões e/ou leucorreias, utilizando de fita pH ou testes aminas, se disponível, de preferência no 1º trimestre ou até 27 semanas de gestação (7 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes que nunca coletaram ou com menos de 2 coletas nos últimos 3 anos; Gestantes com vínculo fragilizado ao serviço de saúde de referência e/ou não aderentes ao programa de rastreamento; Oportunidade para investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e alterações citopatológicas.

Fonte: Adaptado de (LONDRINA-PR, 2017)

Para saber mais

A junção escamo-colunar (JEC) no período gravídico-puerperal encontra-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que pode ser considerada e dispensada a coleta endocervical. Porém, a coleta de espécime endocervical realizada com técnica correta não aumenta o risco sobre a gestação (INCA, 2016).

4.8. Medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro perante queixas na gravidez

Quadro 14: Prescrição farmacológica durante o Pré-Natal pelo enfermeiro.

Prescrição	Indicação
Paracetamol 500-750 mg de 6/6 horas.	Dor lombar Dor pélvica Cefaleia
Hioscina 10mg, de 8/8 horas. Risco C.	Cólicas e dor abdominal
Dimenidrato 50 mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6 horas (Não exceder 400 mg/dia). Risco B; Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas. Risco C.	Náuseas e vômitos
Metildopa 750 a 2.000 mg/dia. Risco B; Nifedipino de 10 a 80 mg/dia. Risco C.	Hipertensão arterial
Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se. Baixo Risco;	Pirose e azia
Soro fisiológico nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas.	Epistaxe ou sangramento nasal
Dipirona 500 mg 6/6 horas.	Ingurgitamento mamário Cefaleia
Nistatina solução oral - passar na mucosa oral da criança 1 contagotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias. Risco B.	Candidíase ou infecção da mama por Candidíase.
Ácido fólico 400µg ou 0,4 mg, dose única diária. Risco A.	Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação.
Ferro elementar Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar, indicado no conhecimento da gravidez até o 3º mês pós-parto; Recomenda-se ingerir a medicação com sucos cítricos, longe das refeições. Risco C/D.	Anemia branda a. Solicitar exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; b. Tratar a anemia com sulfato ferroso 200 mg ao dia, 2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 antes do jantar, uma hora antes das refeições; c. Repetir a dosagem de hemoglobina após 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40 mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco.

<p>a. Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação). Risco B/D;</p> <p>b. Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias. Risco B;</p> <p>c. Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias. Risco B.</p>	<p>Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir urinocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento; • Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.
---	---

Fonte: Elaborado tendo como base: BRASIL, 2016.

4.9. Imunização

Quadro 15: Esquema vacinal para gestante

Vacina/recomendação	Estado vacinal	Dose/intervalo
<p>Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto.</p> <p>Recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado (2 meses de vida).</p>	<p>Previamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.</p>
	<p>Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.</p>
	<p>Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.</p>
	<p>Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.</p>	<p>Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.</p>
<p>Hepatite B. A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.</p>	<p>A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar as 3 doses.</p>	<p>Três doses, com intervalo de 0 - 1 - 6 meses.</p>
<p>Influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza; • A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação; • Dose única anual. 		

Fonte: BRASIL, 2016

5. Condutas frente a queixas mais comuns na gestação

É imprescindível que em todas as consultas à gestante, sinais e sintomas, bem como queixas, sejam avaliados periodicamente no decorrer da gestação, sendo propostas condutas que possibilitem um acompanhamento qualificado.

Quadro 16: Apresentação das principais queixas durante a gestação e condutas de enfermagem

Alteração	Descrição/ Manifestações	Condutas/ orientações de enfermagem	Medicamentos
Náuseas/ vômitos	<p>Alterações hormonais comuns no primeiro trimestre gestacional, que apresentam de maneira mais intensa pela manhã e durante jejuns prolongados;</p> <p>Náuseas e vômitos até cerca de 14 semanas de gestação: quadro de êmese gravídica e é considerada normal;</p> <p>A hiperêmese gravídica, forma grave, ocorre em 0,3 a 2% das gestações e caracteriza-se por vômitos incoercíveis, desidratação, oligúria, perda de peso e distúrbios metabólicos. Pode ocasionar, nos casos graves, insuficiência hepática, renal e neurológica (Coren-MG, 2017);</p> <p>10% das gestantes mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre (BRASIL, 2016)</p>	<p>As condutas e o tratamento devem estar voltados à alimentação e ao apoio emocional, no intuito de se prevenir complicações e proporcionar conforto, bem-estar e segurança à gestante.</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar hábitos de alimentação fracionada, evitando longos períodos de jejum; • Orientar alimentos sólidos no primeiro período do dia com mastigações lentas; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, com pouco carboidrato, orientando o aumento de consumo de alimentos ricos em proteínas; • Orientar o consumo de leite e derivados integrais; • Orientar que as refeições sejam realizadas em ambientes tranquilos, evitando estresse; • Evitar deitar-se após as refeições; • Oferecer encontros educativos relacionados à saúde alimentar no período gestacional e puerperal; • Proporcionar apoio emocional, se necessário; • Referenciar o serviço de nutrição da rede de saúde, quando houver necessidade. 	<p>Antieméticos orais prescritos por médico ou enfermeiro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas, VO; 2. Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia), VO. <p>Nos casos de hiperêmese gravídica⁴ que não respondam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária - encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.</p>

⁴ Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

<p>Pirose/azia</p>	<p>Causada pelo refluxo gastresofágico, (mais frequente no 3º trimestre gestacional) e decorre de alterações hormonais, que influenciam em distúrbios na motilidade gástrica. Em situações em que se observa elevação pressórica, deve-se investigar pré-eclâmpsia.</p>	<p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Orientar elevar a cabeceira da cama ou utilizar travesseiro alto; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces; • Evitar alimentos picantes, condimentados e gordurosos; • Evitar álcool e fumo. <p>Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.</p>	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiácidos; • Hidróxido de alumínio, 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se, ou; • Hidróxido de alumínio via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa) 2 a 4 vezes ao dia ou; • Sulfato de magnésio, 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; • Sulfato de magnésio – via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa). 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; • Sulfato de magnésio – via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa). Risco B; • Encaminhar para avaliação clínica caso não tenha melhora do quadro.
<p>Sialorreia</p>	<p>A sialorreia, também conhecida como ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez (BRASIL, 2016). Pode estar associada à náusea e causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas (Coren-SC, 2017)</p>	<p>As condutas para salivação excessiva, assim como o recomendado para náuseas e vômitos, estão voltadas à alimentação e ao apoio emocional, a fim de proporcionar conforto e bem-estar.</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir. 	

<p>Queixas urinárias</p>	<p>Conjunto de sinais e sintomas que envolvem o trato urinário.</p> <p>O aumento da frequência de micções se deve à fisiologia da gestação onde há a compressão da bexiga pelo útero gravídico, o qual reduz a capacidade volumétrica levando à polaciúria.</p> <p>Em decorrência do aumento do fluxo renal ao deitar-se, pode ocasionar a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono); Além da polaciúria e da nictúria, a disúria, urgência miccional, estrangúria (micção lenta e dolorosa), dor retro púbica e supra púbica ou abdominal com ou sem febre podem indicar uma Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo indispensável a avaliação da presença de sinais de alerta e sintomas sistêmicos.(FLORIANÓPOLIS, 2017; LONDRINA-PR, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter ingesta hídrica; • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar que o sintoma é transitório; • Se nictúria: Reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; • Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção. • Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta com médico (UNICAMP, 2017); 	<p>Medicamentos:</p> <p>Antibióticos de escolha no tratamento de bacteriúria assintomática e ITU não complicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nitrofurantoína (100mg) 01 cápsula de 6/6hs, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); ou • Cefalexina 500mg, 01 cápsula de 6/6 horas, por 07 a 10 dias; ou • Amoxicilina- Clavulanato 500mg – 01 cápsula de 8/8horas, de 07 a 10 dias. <p>Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir urinocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento; • Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico. <p>Mais informações no fluxograma 4.</p>
--------------------------	--	--	--

Tonturas / vertigens/ fraquezas e desmaios.	<p>Instabilidade hemodinâmica decorrente da vasodilatação e hipotonia vascular em (atividade da progesterona na parede dos vasos que estimulando a diminuição da perfusão periférica pela compressão do útero na circulação de retorno). Estas ocorrências causam diminuição do débito cardíaco, hipotensão arterial e hipóxia cerebral transitória.</p> <p>Outro aspecto associado com as tonturas e vertigens são as hipoglicemias (BRASIL, 2016).</p>	<p>Na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, não requer terapêutica medicamentosa.</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces; • Evitar álcool e fumo. • Orientar deitar-se de decúbito lateral esquerdo ou a sentar com a cabeça abaixada e respirar profunda e pausadamente; • Evitar ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; • Evitar vestuário desconfortável e apertado; • Orientar ingestão hídrica adequada; • Orientar atividade física monitorada; • Monitorar e observar a pressão arterial. 	
Cefaleia	<p>Comum no primeiro trimestre de gestação devido a alterações hormonais;</p> <p>Atentar para sintomas que podem indicar doenças graves como hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (COREN-GO, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação); • Conversar com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores; • Repousar em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Orientar exercícios de relaxamento; • Referenciar à consulta médica, se os sintomas persistirem. 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 500-750mg, 6/6 horas; ou • Dipirona 500-1000mg, 6/6 horas. <p>(BRASIL,2016)</p>
Cólica/dores abdominais	Cólica/dores abdominais	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a cólica quanto à localização, frequência e duração; • Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios monitorados; • Manter repouso; • Avaliar dinâmica uterina; <p>Se persistir, encaminhar para avaliação médica.</p>	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hioscina, 1 cápsula, via oral, 12/12horas.

<p>Obstipação (flatulências)</p>	<p>Ação da progesterona favorece relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo (BRASIL, 2012; COREN-GO, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a ingestão líquida; • Orientar dieta rica em fibra; • Aumentar o consumo de fruta laxativa (ameixas, abacate, mamão, frutas cítricas), verdura crua e cereais integrais; • Evitar alimentos fermentativos (feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras); • Recomendar caminhadas, caso não haja contraindicação; • Com a persistência do quadro pode ser necessário prescrição de formadores de bolo fecal, como farelo de trigo; • Não se deve prescrever óleos minerais que diminuem absorção de vitaminas; <p>Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica.</p>	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supositório de glicerina 1x ao dia; • Dimeticona 40-80mg de 6/6 horas (caso flatulência); Risco B.
<p>Dispneia</p>	<p>Desconforto respiratório pela compressão do músculo diafragma pelo útero gravídico.</p> <p>Sintomas recorrentes na gestação, pelo aumento do volume do útero e compressão pulmonar, podendo ocorrer também por ansiedade.</p> <p>Avaliar sinais de alerta como: tosse, edema, febre, trauma, pneumopatias, sinais de trombooses (BRASIL, 2012, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Realizar ausculta cardiopulmonar; • Monitorar a frequência respiratória; • Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias; • Evitar roupas apertadas; • Elevar a cabeceira da cama; • Deixar o ambiente arejado/ventilado. 	
<p>Hemorroidas</p>	<p>Alteração venosa na região anal, com inflamação e/ou dilatação que pode ser adquirida e/ou agravada no período gestacional.</p> <p>É importante estar atento a sangramento retal, dor e endurecimento local (COREN-PB, 2015; LONDRINA-PR, 2017; PIRACICABA-SP, 2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto a alimentação rica em fibras, afim de evitar a obstipação intestinal; • Higiene no chuveiro ou ducha após evacuações; • Não use papel higiênico colorido ou áspero; • Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação; • Banho de assento com água morna 3 vezes ao dia); • Agendar consulta médica oportuna, caso haja dor ou sangramento anal persistente. 	

<p>Candidíase</p>	<p>Os principais sintomas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurido vaginal; • Hiperemia vulvar; • Ardor ou dor à micção; • Corrimento grumoso (coalhada); • Dispareunia de introyto. <p>Se possível, solicitar análise microscópica da secreção vaginal e/ou exames a fresco com KOH10% para avaliação do Ph (pingar de 1 a 2 gotas do hidróxido de potássio na secreção vaginal depositada em uma lâmina. Detectar através do olfato surgimento imediato de odor desagradável (peixe em putrefação) (UNICAMP, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de calcinha de algodão e/ou dormir sem as mesmas, a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) 1 vez ao dia, promove o alívio dos sintomas; • Não usar roupas apertadas; • Não usar absorventes diários; • Se persistir sintomas, investigar. 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme vaginal 2%. Deve ser aplicado na vagina com uso de aplicador próprio. A dose é correspondente a 01 aplicador completamente preenchido com (5g), uma vez ao dia, ao deitar, durante 7 dias consecutivos; • Obs.: Usar preferencialmente antifúngico tópico por sete dias (em qualquer idade gestacional); • Não usar tratamento sistêmico.
<p>Vaginose Bacteriana</p>	<p>Desequilíbrio da flora vaginal normal por aumento de bactérias, principalmente anaeróbias (<i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Bacteróides sp.</i>, <i>Mobiluncus sp.</i>, micoplasmas, peptostreptococos) em conjunto com a diminuição de lactobacilos acidófilos, predominantes na vagina normal.</p> <p>Caracterizado por corrimento vaginal branco-acinzentado de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes caseoso, com odor fétido (BRASIL, 2012; COREN-SC, 2017).</p>	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de calcinha de algodão e/ou dormir sem as mesmas, a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com ácido acético (vinagre), 1-2 colheres de sopa em 1 litro de água, 1 vez ao dia, alivia sintomas; • Não usar roupas apertadas; • Verificar diagnóstico diferencial entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como infecção sexualmente transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando de convocação dos mesmos. 	<p>Medicamentos:</p> <p>Metronidazol creme vaginal 100mg/g - 01 aplicador via vaginal ao deitar-se, por 7 dias consecutivos.</p>
<p>Vaginose citolítica</p>	<p>Pode ser confundida com candidíase devido aos sintomas como prurido, queimação, dispareunia, disúria, corrimento esbranquiçado abundante. Ocorre pelo aumento dos lactobacillos, tornando o pH mais ácido (COREN-SC, 2017)</p>	<p>Orientar:</p> <p>Ducha vaginal ou banho de assento com bicarbonato por 5 a 10 min (4 xícaras de água morna para 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio) duas vezes por semana a cada 15 dias.</p>	

Dor nas mamas	Devido a modificações hormonais da gestação, ocorre o aumento da sensibilidade nas mamas e mamilos, sendo necessário o preparo da mama para a amamentação, que deve ser iniciado no Pré-Natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno (COREN-PB, 2015; LONDRINA-PR, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o uso de sutiã confortável durante a gestação; • Banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas); • Orientar as vantagens e o manejo na amamentação 	Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 1 comprimido (500mg) de 6/6 horas VO; • Dipirona 1 comprimido (500mg) de 6/6 horas VO.
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas, ocasionadas pela distensão dos tecidos localizadas no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. Costumam aparecer após o 5º mês de gestação e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento. (COREN-PB, 2015).	Orientar: <ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • Controlar o ganho de peso; • Atenção: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, que é também contraindicado na amamentação. 	
Sangramento nas gengivas	A produção de hormônios esteroides pode aumentar a vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal (COREN-PB, 2015; LONDRINA-PR, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar toda gestante para avaliação odontológica; • Orientar o uso de escova de dente macia e suave; • Uso de fio dental; • Realizar bochechos com soluções antissépticas. 	

Varizes	<ul style="list-style-type: none"> • Costumam aparecer ou agravar durante a gestação. Sua principal causa é a congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero; • Apresentam-se na maioria das vezes nos membros inferiores, especialmente no direito, podendo surgir na vulva, desaparecendo após o parto; • Normalmente as varizes estão associadas a desconfortos e dores nos membros inferiores (BRASIL, 2012); • A inatividade e obesidade durante a gestação são fatores de risco para trombose venosa periférica (COLMAN-BROCHU, 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir o tempo em pé ou sentada, evitando inatividade; • Fazer vários repousos intercalados com as atividades diárias aproximadamente 20 minutos; • A elevação dos membros durante o repouso pode ser útil; • Evitar roupas apertadas; • Caso seja possível, utilizar meia-calça elástica para gestante, de suave ou média compressão. Sugerir o tamanho de acordo com a mensuração da circunferência da panturrilha; • Acompanhar a evolução, devido ao risco de complicações tromboembólicas; • Orientar quanto ao controle de peso e práticas seguras de atividades físicas, sob orientação de profissional.
Câimbra	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciam normalmente no primeiro trimestre, são espasmos musculares involuntários, súbitos, dolorosos, impulsionados pelo estiramento dos músculos comprometidos, ocorrem especialmente na panturrilha; • Esta ocorrência pode estar relacionada pela diminuição da circulação sanguínea nos músculos, devido à pressão do útero, estando associada a uma acidose loco regional, ocasionada pela diminuição de cálcio e acréscimo de fósforo na circulação materna (FLORIANÓPOLIS, 2017; LONDRINA, 2017). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio, cálcio, magnésio e vitamina B1 (banana, melão, tomate); • Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.); • Massagear músculo contraído; • Evitar o alongamento antes de iniciar atividades físicas, ao acordar e ao repousar. • Evitar excesso de atividades físicas; • Uso de compressas mornas no local.

<p>Edema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fenômeno comum em 25% das gestantes, ocorrem principalmente nos membros inferiores, como resultado do peso do útero gravídico sobre grandes vasos, dificultando o retorno venoso, aumentando a retenção de líquidos em espaços tissulares. (LONDRINA, 2017; MOLLART, 2003); • De acordo com Brasil, 2012 é importante entender a diferença entre edema patológico e fisiológico: • Edema Fisiológico: não há aumento dos níveis pressóricos ou proteinúria, apenas edema isolado; • Edema patológico: aumenta níveis pressóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como cefaleia e dores epigástricas, entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar membros inferiores acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. por diversas vezes durante o dia; • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Usar roupas leves, evitando meias elásticas 3/4 ou roupas apertadas que dificultem o retorno venoso; • Dieta normossódica, aumentando a ingestão de líquidos; • Realizar controle de peso e pressão arterial (BRASIL, 2016). <p>Classificar o edema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema apenas no tornozelo, sem alteração de pressão arterial e peso (+/+++): questione se está relacionado a esforços físicos ou inatividade, calçados apertados ou até mesmo a temperatura e estação do ano; • Edema de membros inferiores, com aumento da pressão arterial e peso (+/+++): orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, avaliar sinais de pré-eclâmpsia e agendar consulta médica; • Edema generalizado (face, tronco e membros), se mostrando presente ao despertar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento de peso: gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada ao serviço de alto risco.
--------------	--	---

Dor lombar	<ul style="list-style-type: none"> Ocorrência frequente, tende a se intensificar com a evolução da gestação, podendo irradiar para os membros inferiores (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; CLOSE <i>et al.</i>, 2016); São ocasionadas pela adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal; É importante distinguir entre dor mecânica (tempo de evolução, relacionada a movimentos) e/ou dor inflamatória (presença de febre, mal-estar). (COREN-SC, 2017). 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar correção da postura ao andar, sentar-se ou abaixar-se; Os sapatos devem ser baixos (aprox. 3cm) e confortáveis, evitar saltos; Compressas mornas ajudam a aliviar a dor; Orientar a manter as atividades cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores; Encaminhar para fisioterapia) e investigação complementar, dependendo da evolução da dor; No caso de presença de febre e/ou queixas urinárias, ficar atento para a possibilidade de pielonefrite e encaminhar imediatamente a gestante para avaliação médica; (COREN-SC, 2017). Evidências mostram que atividades físicas acompanhadas podem ser benéficas para aliviar a dor (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; CLOSE <i>et al.</i>, 2016). Porém devem ser evitados excessos; Recomendar acupuntura e atividades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibilidade (BRASIL, 2016). 	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 500-750mg, 6/6 horas ou; Dipirona 500-1000mg, 6/6 horas. <p>Caso não ocorra a melhora dos sintomas em até três dias, encaminhar para avaliação médica.</p> <p>No período gestacional estão contraindicados os anti-inflamatórios, devido ao risco de oligodrâmnio</p>
Ganho ponderal inadequado	<ul style="list-style-type: none"> O ganho de peso em excesso na gestação é um problema de saúde pública, pois está frequentemente associado a complicações maternas e fetais, como diabetes e hipertensão materna, macrosomias, prematuridade, sendo que problemas nutricionais durante a evolução fetal associa-se a alterações de saúde na vida adulta (FONSECA <i>et al.</i>, 2014; SATO; FUJIMORI, 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> Antecipar os retornos programados para monitoramento semanal do peso (ou mais frequente), pelo maior risco de pré-eclâmpsia; Recomendar atividade física e controle da alimentação, preferencialmente sob orientação de profissionais especializados (educador físico, fisioterapeutas, nutricionista). (UNICAMP, 2017); Evitando ingestão de refrigerantes, doces, gorduras e também de bebidas alcoólicas. (LONDRINA, 2017); Preencher, no cartão da gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional e proferir as evoluções no prontuário. (COREN-MG, 2017); <p>A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avaliação do peso inicial (Índice de massa corporal - IMC):</p> <ul style="list-style-type: none"> Baixo peso – ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg; Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg; Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg; Obesidade – ganho total= 5,0-9,0kg. (CARVALHAES <i>et al.</i>, 2013) <p>O ganho ponderal excessivo é resultante também de retenção hídrica, precedido de hipertensão na pré-eclâmpsia, caracterizando-se “sinal de alerta” (UNICAMP, 2017).</p>	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019

6. Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes

6.1. Sífilis na Gestação

Diagnosticar e tratar precocemente a sífilis na gestação reduz possibilidade de transmissão vertical e taxas de morbimortalidade materna e perinatal (NUNES *et al.*, 2017). Assim, ao acolher a gestante, logo na primeira consulta, o teste rápido imunológico (treponêmico) e o VDRL (não treponêmico) devem ser realizados tanto na gestante, quanto no(a) parceiro(a) (COREN-GO, 2017).

Já no primeiro resultado reagente (positivo), deve-se iniciar imediatamente o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina, medicamento cujos benefícios superam quaisquer riscos, sendo considerado seguro para mãe e para o feto (BRASIL, 2019; COREN-SC, 2017). Além disso, é a única droga com eficácia garantida durante a gestação, evitando a sífilis congênita, esta que está cada vez mais incidente, sendo em média 3,3 casos /1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

No período gestacional, tratamentos não penicínicos somente devem ser considerados como opção no caso de contraindicações absolutas ao uso da penicilina, sendo necessário um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso (COREN-GO, 2017).

Para mais informações
vide Capítulo Infecções Sexualmente Transmissíveis

É importante ressaltar que a probabilidade de reação adversa, em especial a anafilaxia, decorrente do uso da penicilinas é rara (0,002%), de acordo com evidências científicas que constam no relatório elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), cujo nome é “Benzilpenicilina Benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez” (BRASIL, 2015). Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) emitiu a Nota Técnica n° 03/2017, que reafirma a importância de enfermeiros prescreverem a Benzilpenicilina Benzatina para os tratamentos de sífilis, conforme protocolos institucionais, e com base no estudo realizado pela CONITEC referente a casos raros relacionados a anafilaxia por administração de Penicilina, o Cofen também orienta auxiliares e técnicos administrarem independente da presença do médico. Recomendamos que se investigue história de alergias a medicações anteriores, dentre outros, e suporte para urgência seja mantido na unidade, caso aconteça, lembrando que caso ocorra uma intercorrência com quaisquer medicações, a enfermagem deve se reportar ao médico presente na Unidade de Saúde e componente da equipe multiprofissional. Para os casos nos quais não houver médico, a enfermagem deverá avaliar risco/benefício do procedimento.

Abaixo apresentamos as recomendações para o tratamento da sífilis na gestante e no(a) parceiro(a).

Quadro 17: Tratamento da sífilis na gestante e no(a) parceiro(a).

Estágios	Esquema terapêutico
Sífilis primária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via Intra Muscular (IM), 1,2 milhão UI em cada glúteo, repetindo a mesma dose após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões.
Sífilis recente, secundária e latente	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via Intra Muscular (IM), 1,2 milhão UI em cada glúteo, repetindo a mesma dose após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões; O Estado de São Paulo utiliza o Guia de Bolso e o tratamento está baseado na deliberação do estado CIB 67 de 26/0/2017, que remete a Nota Informativa Conjunta, n° 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES.

Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.
Tratamento alternativo	Ceftriaxona 1g IV ou IM 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias.
Parcerias com teste negativo	Dose profilática de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via Intra Muscular (IM), em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Obs: o tratamento do parceiro somente será prescrito se ele estiver presente na consulta. A receita feita pelo enfermeiro prescrito tem validade interna somente (na UBS/Unidade do SUS).
Parcerias positivas	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.
Cuidados durante o tratamento	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervalo entre as doses deve ser de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 1 dia, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016); 2. Exames (teste não treponêmico) devem ser repetidos mensalmente até a cura; 3. Realizar devido controle de acompanhamento (sistema, fichas, prontuário) do tratamento da gestante e no(a) parceiro(a), alimentando os dados no cartão de Pré-Natal e orientando em relação ao seguimento; 4. Ao término do tratamento da gestante, indica-se a realização de VDRL mensal, para controle de cura e investigação de reinfeção; 5. A elevação dos títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: VDRL de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado justifica um novo tratamento; 6. O tratamento da gestante e do parceiro(a) sexual deve ser iniciado preferencialmente até a 20ª semana de gestação; 7. Recomenda-se realizar VDRL no(a) parceiro(a) infectado(a) trimestralmente, com sua presença em consulta; 8. Lembrar que a sífilis é de uma doença de notificação compulsória, segundo Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017 do MS. 	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2019 e COREN-GO, 2017

Diabetes Mellitus Gestacional

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição clínica que deve ser detectada precocemente e acompanhada a fim de evitar complicações ao binômio. Pode ser definida como um desajuste no metabolismo de carboidratos, resultando em hiperglicemia, que é identificada pela primeira vez na gestação, podendo permanecer ou não após o nascimento (MENSAH; VAN ROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2019; SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018).

Tem uma estimativa de prevalência de aproximadamente 15% a nível mundial, a qual tende a aumentar consideravelmente pelo crescente número de obesidade e sobrepeso em mulheres com idade reprodutiva (MENSAH; VAN ROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2019). No Brasil, Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência é de 7,6% em mulheres com mais de 20 anos (COREN-PB, 2015).

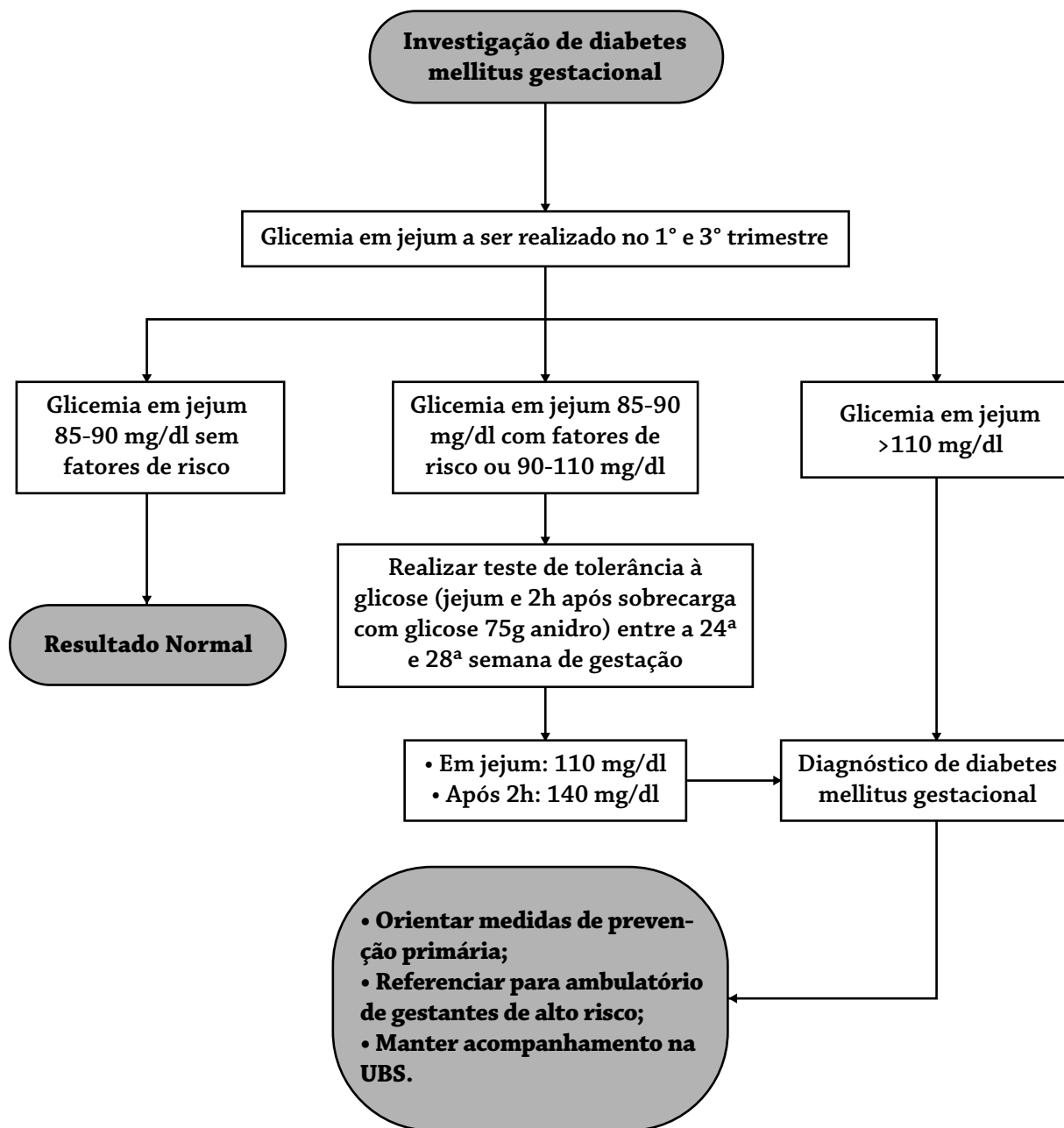
A DMG deve ser acompanhada de perto pela equipe de saúde, devido aos riscos ocasionados pela hiperglicemia, sendo uma das possibilidades o aumento da incidência de pré-eclâmpsia, polidrâmnio, aumento das taxas de cesarianas (SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018), também a diabetes e a intolerância a carboidratos após a gestação. Na criança, os efeitos da hiperglicemia podem ser graves: são comuns alterações resultantes como macrossomias que podem dificultar o parto causando distócia, bem como após o nascimento, com ocorrências de hipoglicemia, icterícia, além da policitemia e a hipocalcemia decorrentes de sofrimento respiratório (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco para DMG são: idade materna superior a 35 anos; obesidade ou ganho ponderal excessivo na gravidez atual; multiparidade; abortamentos repetidos; excesso de gordura corporal com disposição central; baixa estatura (menor que 1,5m); polidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia em gravidez atual; história familiar de diabetes; história de diabetes em gestações anteriores; síndromes de ovários policísticos; doença cardiovascular aterosclerótica; e uso de medicamentos hiperglicemiantes. (BRASIL, 2017; COREN-PB, 2015; SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018).

Diagnóstico da DMG

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

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



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

Quadro 18: Cuidados e Orientações gerais à gestante com DMG.

Cuidados e orientações gerais sobre DMG

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

Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2012, 2017; LONDRINA-PR, 2017)

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

6.3. Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG)

As Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG) é considerada um grave problema de saúde pública, devido à capacidade de morbimortalidade materna e perinatal. Afeta cerca de 10% das gestações no mundo, podendo causar acidente vascular cerebral (AVC), nascimento prematuro ou de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, entre outros (DUTRA *et al.*, 2018).

Na SHG, a pressão arterial sistêmica (PAS) atinge ou ultrapassa 140X90 mmHg, podendo ser classificada de diferentes modos (hipertensão gestacional, hipertensão crônica, hipertensão crônica associada com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, de acordo com a caracterização presente no quadro abaixo. Possuem prevalências elevadas no Brasil, as quais mudam de acordo com alguns fatores como idade, raça, obesidade e sobrepeso, associação com diabetes e doenças renais (DUTRA *et al.*, 2018; ZANATELLI *et al.*, 2016).

Para acompanhamento, faz-se necessário o diagnóstico diferencial realizado pelo médico, entre a hipertensão que antecede a gestação e a hipertensão gestacional, esta que é caracterizada pelo aumento da pressão arterial após 20 semanas de gestação, podendo voltar aos valores normais após 12 semanas do parto (ZANATELLI *et al.*, 2016). Quando a gestante procura tardiamente o serviço de saúde para iniciar o Pré-Natal (após a 20ª semana), este diagnóstico diferencial é dificultado. A gravidez pode induzir ao aumento da pressão em mulheres normotensas ou agravar hipertensão preexistente (BRASIL, 2012).

O diagnóstico é feito pelo monitoramento dos níveis pressóricos e por teste rápido de proteinúria que deve ser realizado na unidade de saúde, além de uma anamnese completa para investigação de fatores de risco, bem como da classificação da SHG, a qual vai nortear as condutas.

Atentar para as mulheres negras, as quais possuem maior predisposição para elevação da PA.

Quadro 19: Classificação da SHG e condutas

Classificação da síndrome hipertensiva da gestação e condutas		
Tipo	Descrição	Conduta
Hipertensão crônica	Estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de 12 semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o serviço de acompanhamento da gestação de alto risco; • A unidade de origem deve continuar monitorando a gestante, quanto ao comparecimento nas consultas de alto risco, seja pela programação da ida da gestante à unidade, seja pela visita domiciliária.
Hipertensão gestacional	Aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia.	

Pré-eclâmpsia	Aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico;	Indicação de tratamento hospitalar / serviço de alto risco
Pré-eclâmpsia associada à HAS crônica	É definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas	
Eclâmpsia	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012, pag. 179.

Orientações importantes

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

(BRASIL, 2012; RIBEIRÃO PRETO-SP, 2009)

6.4. Arboviroses na gestação

As arboviroses são doenças transmitidas por arbovírus, que geralmente são ocasionadas pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, sendo responsável pela transmissão da dengue, chikungunya, zika e febre amarela (BELO HORIZONTE-MG, 2016).

Os sinais e sintomas variam dependendo do vírus a que a gestante foi exposta, podendo ser: exantema maculopapular acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção, prurido, poliartralgia ou edema periarticular. Entretanto, considera-se suspeita de arbovirose na gestação quando, em qualquer idade gestacional, ocorrer doença exantemática aguda, após identificar que não há correlação com outras doenças infecciosas (BRASIL, 2017).

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

Quadro 20: Diagnóstico e conduta frente às arboviroses

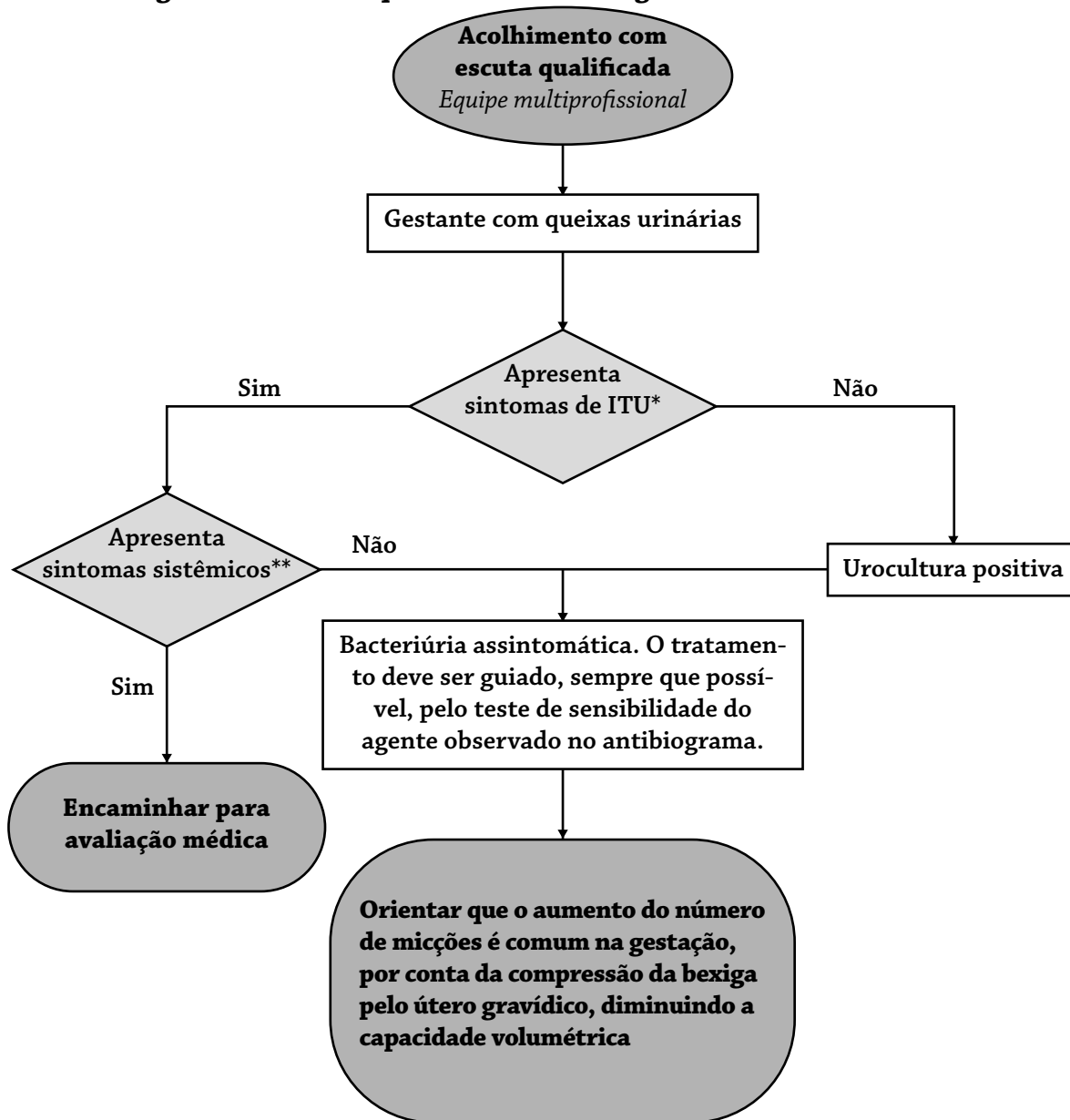
Definição de caso suspeito	Riscos à gestação	Diagnóstico Laboratorial/ condutas
<p>Dengue</p> <p>Febre aguda, com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos sintomas: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema, leucopenia, petéquia ou prova do laço positiva; Resida ou tenha viajado nos últimos 15 dias para área com transmissão de dengue ou presença de <i>Aedes aegypti</i> (BELO HORIZONTE-MG, 2017).</p>	<p>Aumento do risco de prematuridade, óbito fetal intrauterino, sofrimento fetal e até dengue congênita. (BELO HORIZONTE-MG, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar notificação compulsória; • Realizar prova do laço e solicitar hemograma completo (avaliação da presença de plaquetopenia / hemoconcentração). <p>Demais condutas, seguir o manejo clínico da doença da mesma forma que para pacientes não gestantes.</p>
<p>Chikungunya</p> <p>Febre de início súbito maior que 38,5°C e intensa poliartralgia, podendo ser acompanhada de cefaleia, exantema, fadiga e dorsalgia com duração média de 7 dias, resida ou tenha visitado áreas endêmicas ou epidêmicas nos últimos 15 dias, antes do início dos sintomas, ou tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado, ou com exame negativo para dengue que mantenha sintomatologia por mais de 8 dias do início dos sintomas (BRASIL, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não está relacionada a efeitos teratogênicos; • Relatos de abortos são raros; • Porém se faz necessário, no caso de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, o acompanhamento em leito de internação (BRASIL, 2017). 	<p>Realizar notificação compulsória;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar hemograma completo (sendo observado frequentemente, na alteração, leucopenia com linfopenia menor que 1000 cels/mm³); • Demais exames: seguir o manejo clínico da doença da mesma forma que para pacientes não gestantes; • É necessário também acompanhamento médico. <p>(BRASIL, 2017).</p>
<p>Zika</p> <p>Exantema maculopapular pruriginoso ou não, acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção/prurido ou poliartralgia ou edema periarticular (FEBRASGO, 2016).</p>	<p>Mesmo sendo atípicas e raras as formas graves da infecção pelo vírus zika, já foram descritos riscos como: desidratação extrema, acometimento articular severo, encefalite e a síndrome de Guillain-Barré. Além disso são maiormente temidos os riscos de desenvolvimento de microcefalia pelo feto (FEBRASGO, 2016).</p>	<p>Realizar notificação compulsória;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmação do caso quando há identificação de material genético do vírus por meio da técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em amostras biológicas. A amostra de sangue para realização de PCR para o vírus zika deve ser coletada até o 6º dia de início dos sintomas; • Incentivar o uso de preservativos, uma vez que existe a possibilidade, ainda não comprovada, da transmissão de zika por via sexual; • É necessário também acompanhamento médico; • O acompanhamento dos casos positivos devem ser feitos pelo serviço de atendimento de alto-risco (FEBRASGO, 2016).

FONTE: Elaborado pelos autores, a partir de BRASIL, 2017; BELO HORIZONTE-MG, 2016; FEBRASGO, 2016.

Contudo, é importante ressaltar que a melhor maneira de evitar riscos ao binômio é com a aplicação dos métodos preventivos contra o mosquito *Aedes aegypti*, causador das arboviroses, por meio de cuidados simples que devem ser orientados a todas as gestantes e população geral, como: manter os quintais livres de água parada; orientar o uso de repelentes tópicos (registrados na ANVISA) seguindo as orientações do rótulo; orientar a instalação de barreiras em porta e janelas (telas); orientar a gestante a manter a maior parte do corpo protegida com roupas compridas, aplicando repelentes na área exposta; explicar à gestante que deve evitar lugares de aglomerações de foco de mosquito (BRASIL, 2017; COREN-SC, 2017).

6.5. Infecção do trato urinário (ITU)

Fluxograma 4: Fluxograma em caso de queixas urinárias em gestante.



Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes
• Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
• Cefalexia (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
• Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

*Sintomas de infecção do trato urinário (ITU)
• Dor ao urinar;
• Dor supra púbica;
• Urgência miccional;
• Aumento da frequência urinária;
• Nictúria;
• Estrangúria;
• Presença de sangramento visível na urina.

**Sintomas sistêmicos
• Febre;
• Taquicardia;
• Calafrios;
• Náuseas;
• Vômitos;
• Dor lombar, com sinal de giordano positivo;
• Dor abdominal em flancos ou hipocôndrios.

6.7. Anemia falciforme na gestação

A anemia falciforme é uma doença decorrente de alteração genética, em que há uma distorção dos eritrócitos, deixando-os em forma de meia-lua ou foice, caracterizada por um tipo de hemoglobina mutante designada por hemoglobina S ou Hb S (BRASIL, 2006).

Para o diagnóstico, é importante ter conhecimento da forma de herança da doença. Na maioria dos casos, os pais dos pacientes com anemia falciforme são portadores assintomáticos dessa alteração genética (COREN BH, 2016).

Trata-se de uma doença letal quando não identificada precocemente. Na gestação, é considerada uma situação potencialmente grave, porém não contraindica uma gravidez. Para tanto, as mulheres com o diagnóstico de anemia falciforme devem obter informações quanto aos riscos, e o acompanhamento de Pré-Natal deve ser realizado por obstetra e hematologista, em frequência diferenciada (BRASIL, 2006).

O quadro 21 refere-se ao diagnóstico de anemia falciforme na gestação e condutas, sendo importante ressaltar que o manejo de gestantes com a doença é realizado pelo serviço de referência de atendimento à gestante de alto risco.

Quadro 21. Diagnóstico de anemia falciforme e condutas

Exame	Interpretação dos resultados	Conduta
Eletroforese de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none">• HbAA: sem doença falciforme;• HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme;• HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme;• HbA com variante qualquer: sem doença falciforme;• HbSS ou HbSC: doença falciforme.	<p>As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica.</p> <p>As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Pré-Natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde oferecer).</p>

FONTE: Elaborado a partir de BRASIL, 2016, pág.23

7. Visita domiciliária na gestação

A visita domiciliária é uma importante ferramenta no acolhimento da mulher, garantindo a assistência no Pré-Natal, favorecendo um acompanhamento longitudinal e contínuo, com objetivo de buscar informações que somem à avaliação do contexto familiar e social, buscando identificar as principais vulnerabilidades da mulher ou membros da família para complementação do plano de cuidados da gestante. Sendo importante saber que (MAIA *et al.*, 2018; VELEDA; GERHARDT, 2018):

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

Sugere-se que a VD comece com uma reunião familiar e posteriormente passe a assumir a consulta de enfermagem no domicílio, buscando envolver toda a família no Pré-Natal e nos cuidados com o RN e a puérpera.

Conhecer o espaço físico e ambiente familiar: quarto onde o RN vai dormir: iluminação, ventilação, umidade, comportamento familiar frente à chegada do recém-nascido.

Identificar com a família possível rede de apoio para o acompanhamento da puérpera e o cuidador para os outros filhos.

8. Gravidez na adolescência

A adolescência é considerada uma fase de transformações físicas, emocionais e psicológicas, configurando-se um período de descobertas e consequentes vulnerabilidades, devido a comportamentos de risco, como uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, possibilitando infecções e gestações indesejadas (BURATTO *et al.*, 2019).

Os problemas sociais acarretados a adolescentes pela ocorrência de uma gravidez inesperada podem trazer prejuízos, uma vez que são impedidos de concretizar planos, de obter formação profissional e melhores condições de vida, assumindo a responsabilidade de pais, sem estrutura emocional, financeira, tendo que cuidar de um filho inesperadamente (UNICAMP, 2017).

Nesse contexto, é considerado adolescente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o jovem com idade entre 10 e 19 anos, e para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), considera-se a faixa etária entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2012). Neste sentido, seguimos a orientação de ambas as instituições entendendo a adolescência entre 10 a 19 anos.

O acompanhamento Pré-Natal da gestante adolescente de baixo risco é realizado pela unidade de saúde, com consultas intercaladas entre médico e enfermeiro, considerando os mesmos atendimentos prestados às gestantes de maior idade, porém destacando-se algumas particularidades, as quais são descritas no Quadro 22.

Quadro 22: Particularidades do atendimento Pré-Natal à gestante adolescente.

Particularidades do atendimento Pré-Natal à gestante adolescente.

- O acolhimento da adolescente é realizado pela equipe, podendo ela estar sozinha, acompanhada dos pais, namorado(a) ou amigos;
- A consulta de enfermagem se inicia logo após seu consentimento, tendo o direito de recusá-la;
- A atenção a qualquer sintoma clínico, ou queixa deve ser redobrada, avaliando os fatores emocionais e nutricionais;
- Deve-se encorajar a participação dos familiares, respeitando a decisão pelo atendimento individual;
- Assegurar o sigilo das informações passadas durante a consulta;
- Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e auxilie no acompanhamento;
- A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o seu direito à saúde;
- Orientar quanto ao uso de preservativo, evitando as ISTs / Aids e também quanto ao uso de álcool e outras drogas e os malefícios que podem causar ao feto;
- Referenciar a gestante a outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas de acordo com a disponibilidade e necessidade;
- A gestante adolescente somente deve ser referenciada ao serviço de atendimento de alto risco no caso de intercorrências (conforme condutas de encaminhamento para as demais gestantes);
- Articular apoio com o conselho tutelar do município e promotoria da infância e juventude, caso sejam necessárias intervenções sobre a ausência e comprometimento com a assistência Pré-Natal ou outros problemas, buscando respaldo.

FONTE: Elaborado, tendo como base BRASIL, 2012; UNICAMP, 2017

9. Gestação múltipla

Trata-se de gestação com a presença de dois ou mais fetos, cujo diagnóstico é realizado por meio de avaliação clínica com exame físico, onde é possível evidenciar altura uterina maior que a esperada para idade gestacional, palpação de dois polos cefálicos e ausculta de mais de um foco de batimentos cardíacos fetais separados por mais de 10 cm e com frequências diferentes, além de níveis muito elevados de Beta-HCG e a confirmação através da ultrassonografia (SÃO PAULO, 2010).

A gestação múltipla relaciona-se com:

- Maior idade materna (entre os 15 e os 35 anos, há um aumento de mais de quatro vezes);
- A raça negra;
- Multiparidade;
- História familiar (pelo lado materno);
- Frequência maior de relações sexuais;
- Técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

10. Pré-Natal dos(as) parceiros(as)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, propôs o Pré-Natal do parceiro ou Pré-Natal do homem, entendendo ser um momento de inclusão do tema da paternidade e cuidado, com ações voltadas ao planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e dos usuários nos serviços ofertados, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos, entre a gestante e o companheiro bem como entre o homem e o filho (BRASIL, 2009).

Em 2017, através da portaria nº 1.474, foram incluídos e alterados procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais do SUS, frente à necessidade de incorporar o Pré-Natal do parceiro, a fim de possibilitar a identificação da quantidade de homens que realizam o procedimento e assim observar a efetividade da estratégia. Desta maneira, foram incluídos códigos e procedimentos, a fim de inserir as respectivas avaliações da saúde dos parceiros, os quais preconizam solicitação de exames preventivos e de rotina, testes rápidos, atualização de vacinas, orientação sobre gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direito do(a) parceiro(a) (BRASIL, 2017).

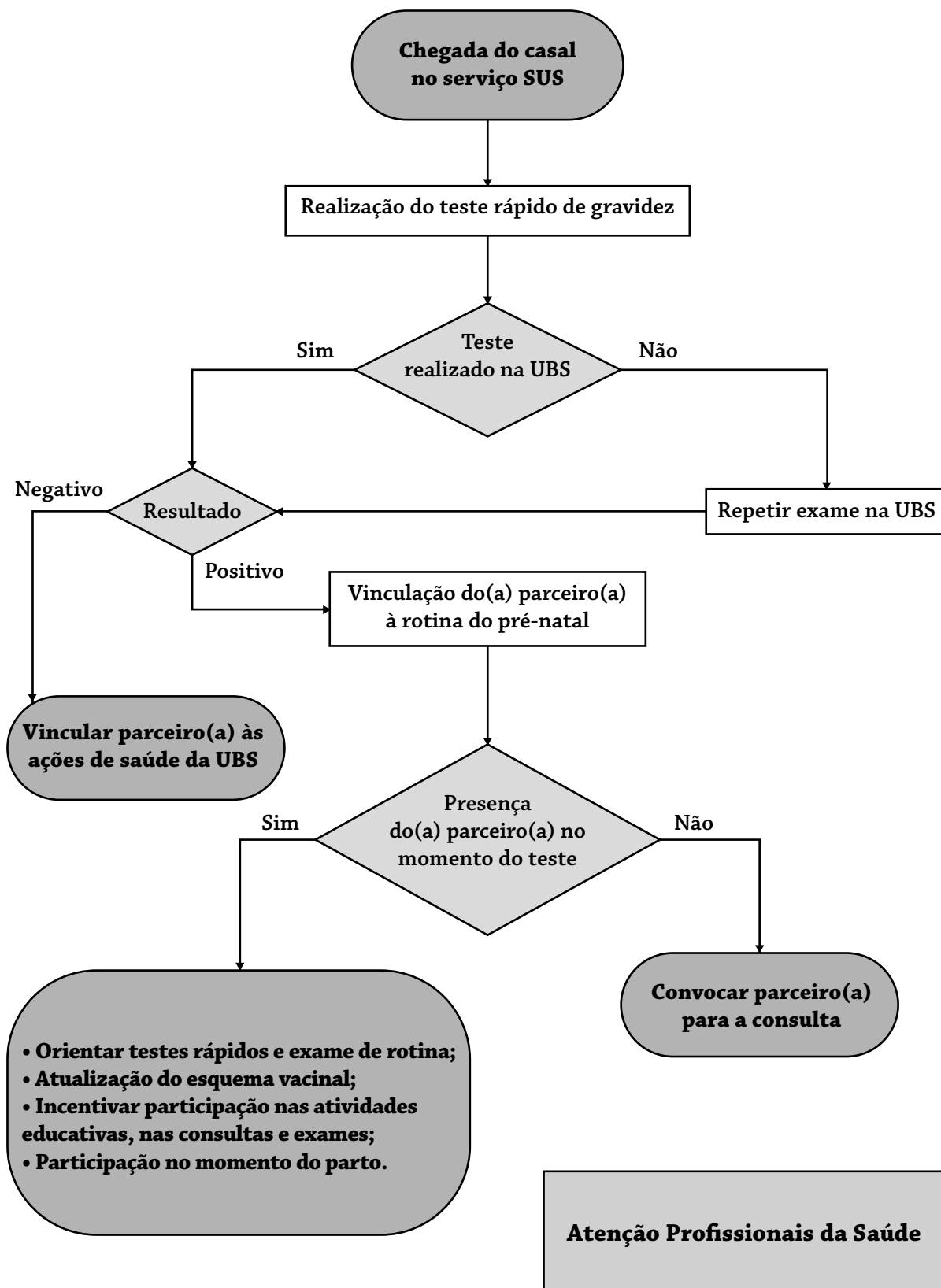
Nesse sentido, os parceiros homoafetivos devem ser incluídos no Pré-Natal, na mesma perspectiva de estreitar laços entre os profissionais de saúde e aprimorar vínculos afetivos entre o casal e o filho.

O período Pré-Natal é uma oportunidade de promover reuniões com os casais para oferecer orientações e/ou serviços que estimulem os futuros pais a cuidarem da sua saúde e prepará-los para os cuidados com os bebês, através de oferta de serviços que abordem temas como hipertensão arterial, diabetes, colesterol, alterações que podem ocorrer com a mulher e entre o casal durante a gravidez e o nascimento do filho e doenças evitáveis, como as ISTs, podem ser identificadas em tempo hábil, adequadamente tratados, evitando complicações, por meio de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites virais B e C (BELO HORIZONTE, 2016).

O Ministério da Saúde tem estimulado a participação do(a) parceiro(a) nas consultas de Pré-Natal, reforçando a importância de acolher e aproveitar a oportunidade para encaminhá-los(as) para os demais serviços de saúde oferecidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS), e, portanto, a sensibilização dos profissionais das unidades de saúde é fator imprescindível para a gradativa ampliação de ações de envolvimento e cuidados no(a) parceiro(a), que tendem a negar a procura dos serviços de saúde no que tange à prevenção e autocuidado, sendo esta a população que mais sofre com o agravamento de doenças e que procuram por serviços de saúde tardiamente (BRASIL, 2013).

Portanto, o Pré-Natal é um atendimento em saúde que deve ser de participação ativa e cooperativa e não ser apenas de responsabilidade da gestante. A paternidade tem papel de responsabilidade, presença e cuidados (Brasil, 2013).

Fluxograma 5: Fluxo do Pré-Natal da gestante e do(a) parceiro(a)



Fonte: BRASIL, 2016. pag. 23

Pré-Natal do (a) parceiro (a): do acolhimento ao acompanhamento

Durante a assistência ao Pré-Natal, algumas ações podem ser realizadas de maneira simultânea, sendo passíveis de adaptações, atendendo a especificações relacionadas ao assistido como cor/raça, orientação sexual, grau de instrução, gênero e aspectos socioeconômicos, entre outros, oferecendo atendimento com ações condizentes às necessidades e levando em consideração a integralidade da assistência em saúde (BRASIL, 2016).

Acolhimento do(a) parceiro(a)

Possibilitar o diálogo que exceda ao sistema de saúde em suas funções e instituições, com no lar, no trabalho, por exemplo, e que construam referências e possibilitem acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo o que não o interessa diretamente, uma vez que proporciona informações e conscientização para possíveis diagnósticos e tratamento (BRASIL, 2016).

Para tanto, o envolvimento do(a) parceiro(a) na assistência ao Pré-Natal, proporciona a valorização e estímulo à participação do parceiro durante as diferentes etapas da gravidez, parto e pós-parto.

Quadro 23: Acompanhamento Pré-Natal no(a) parceiro(a)

	Atendimento	Solicitações de exames	Abordagem
Consulta inicial	<p>Consulta de enfermagem envolve:</p> <ul style="list-style-type: none">• Escuta e acolhimento do casal;• Exame físico (aferição de pressão arterial, verificação de peso e cálculo de IMC (índice de massa corporal));• Diagnóstico de enfermagem;• Planejamento;• Implementação;• Avaliação de enfermagem. <p>Sobre o acolhimento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ouvir do casal suas expectativas em relação à paternidade, ao Pré-Natal, ao parto e ao pós-parto;• Realizar atendimento, considerando as especificidades de cada casal, favorecendo a importância de seu(ua) parceiro(a) neste processo.	<ul style="list-style-type: none">• Tipagem sanguínea e fator RH (no caso de a mulher ter RH negativo);• Teste rápido para: HIV, hepatite B e C e sífilis;• Hemograma;• Dosagem de colesterol total, HDL e LDL;• Dosagem de triglicérides;• Dosagem de glicose;• Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme).	<ul style="list-style-type: none">• Deve entender a importância da sua participação;• Entender quanto a importância de realizar os exames laboratoriais;• Orientar sobre o acompanhamento no pré-parto, parto e pós-parto;• Investigação da idade, escolaridade, condições de vida, profissão, situação conjugal, histórico sexual e reprodutivo, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas;• Reação com a descoberta da gravidez no(a) parceiro(a);• Entendimento sobre paternidade e cuidado;• Importante ressaltar que este acompanhamento deve respeitar as possibilidades do(a) parceiro(a), valorizar a capacidade como cuidador, além de incentivar o cuidado com a sua própria saúde, do(a) parceiro (a) e do bebê;
Retorno da consulta inicial	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação e interpretação dos resultados dos exames;• Definição de tratamentos necessários;• Inclusão nos grupos de temas sobre gênero, saúde sexual e reprodutiva, paternidade/maternidade, cuidados com RNs, hábitos saudáveis, prevenção de violência e acidentes e direitos legais dos pais.		<ul style="list-style-type: none">• Orientação sobre métodos contraceptivos;• Orientação quanto aos métodos de prevenção de ISTs;• Orientação sobre vacinação;• Orientação sobre os serviços de saúde.

Demais Encontros	<p>Preparar o(a) parceiro(a) para a sua presença na sala de parto encorajando-o(a), durante o trabalho de parto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a decisão da parturiente registrada em plano de parto quanto a definição do acompanhante que irá assistir ao parto, conforme lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, onde é direito de toda mulher a escolha de seu acompanhante; • Interagir e atender às necessidades da parturiente; • Oferecer apoio por meio de: <ul style="list-style-type: none"> • Presença contínua; • Proporcionar conforto; • Massagem; • Encorajamento verbal; • Hidratação; • Banho e leves caminhadas; • Além disso poderá: <ul style="list-style-type: none"> • Cortar o cordão umbilical do bebê; • Pegar o bebê e colocá-lo junto ao peito da mãe; • Assistir ou participar da higiene do bebê. 	
------------------	---	--

Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2016)

Vacinação

Trata-se da atualização da caderneta de vacina do(a) parceiro(a) de acordo com a faixa etária, no intuito de possibilitar acesso às vacinas oferecidas pelo programa nacional de imunizações (PNI), e prevenção de doenças imunopreveníveis.

Quadro 24: Calendário vacinal do(a) parceiro(a)

Grupo-alvo	Idade	Hepatite B	Febre amarela	Tríplice viral	Dupla adulta
Adolescente	10 a 19 anos	3 doses (a depender da situação vacinal)	3 doses (a depender da situação vacinal)	2 doses	<ul style="list-style-type: none"> • 3 doses (a depender da situação vacinal); • Reforço (a cada 10 anos).
Adulto	20 a 59 anos	3 doses (a depender da situação vacinal)	Uma dose e um reforço, a depender da situação vacinal	1 dose (até 49 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • 3 doses (a depender da situação vacinal); • Reforço (a cada 10 anos).
Idoso	60 anos ou mais	3 doses (a depender da situação vacinal)	Risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/ risco da vacinação		<ul style="list-style-type: none"> • 3 doses (a depender da situação vacinal); • Reforço (a cada 10 anos).

Fonte: BRASIL, 2016.

Os itens abaixo apresentam os benefícios do Pré-Natal no(a) parceiro(a), os quais devem ser explicados constantemente durante as consultas de acompanhamento.

Benefícios do Pré-Natal do(a) parceiro(a)

- Redução de transmissão da sífilis e do HIV para o bebê pela adesão do(a) parceiro(a) ao tratamento;
- Ampliar o envolvimento dos(as) parceiros(as) no cuidado com o(a) companheiro(a) e a criança, fortalecer o vínculo familiar;
- Promover a paternidade/maternidade afetiva com impacto importante no desenvolvimento físico, emocional e social dos filhos;
- Facilitar e estimular o acesso dos(as) parceiros(as) às ações e serviços de saúde;
- Aumentar o autocuidado e contribuir com a redução das doenças agudas e/ou crônicas, da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida.

Nesse contexto, o Pré-Natal dos(as) parceiros(as) se propõe a ser uma das principais “portas de entrada” aos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis além do fortalecimento de vínculos afetivos e as responsabilidades com a paternidade/maternidade (BRASIL, 2016).

11. Temas para grupos de gestante

A educação em saúde é uma estratégia importante para o fortalecimento do vínculo profissional/gestante/família, por meio das orientações e esclarecimentos de dúvidas que podem surgir no decorrer da gestação, estimulando uma troca de vivências e conhecimentos por meio dos grupos de interação.

O objetivo da educação em saúde é orientar a gestante nas práticas diárias durante todo ciclo gravídico, fornecer apoio no autocuidado e cuidado, além de estreitamento de vínculo com a equipe (BRASIL, 2012).

Tanto enfermeiros quanto técnicos em enfermagem, devidamente orientados, podem realizar a educação em saúde, abordando diversos temas, os quais devem ser selecionados de acordo com o perfil do grupo e necessidades observadas. No quadro 25 sugerem-se alguns temas para organização de cronogramas de orientações grupais:

Quadro 25: Temas para educação em saúde

Temas para grupos de gestantes
<ul style="list-style-type: none">• Adesão e apropriação do Pré-Natal e início de elaboração do plano de parto;• Tipos de partos: riscos e benefícios;• Conscientização da importância do cartão da gestante e de carregar sempre este documento;• Boas práticas da alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais e as doenças que podem surgir por maus hábitos alimentares;• Acompanhamento de todas as fases de desenvolvimento da gravidez;• Mitos, tabus e inseguranças na gravidez;• Aconselhamento sexual, prevenção das ISTs / Aids, aconselhamento no teste HIV e sífilis;• Esclarecimento e orientações sobre as queixas mais frequentes;• Atitudes nos sinais de alerta (sangramento vaginal, dor de cabeça, dor abdominal, febre, cansaço, falta de ar);• Direito de acompanhante na sala de parto e preparo de como se deve manter controle emocional durante os procedimentos;• O apoio emocional às gestantes que estão impossibilitadas de realizar parto normal, prevenção de frustrações;• Incentivo ao aleitamento materno, apoio às mulheres impossibilitadas de amamentar;• Sinais e sintomas do parto;• Cuidados com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;• Violência doméstica e sexual, distúrbios mentais;• Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e puerpério;• Importância do(a) parceiro(a) no acompanhamento do Pré-Natal, reforçando o vínculo familiar;• Gravidez na adolescência, dificuldade e enfrentamento social;• Apoio psicológico na gravidez indesejável;• Importância das consultas no período puerperal;• Cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida e exames obrigatórios;• Crescimento e desenvolvimento do bebê;• Modificações corporais.

FONTE: Adaptado de LONDRINA, 2017, BRASIL, 2016, pag. 41

12. Sexualidade no período gestacional

No período da gestação, a sexualidade pode estar ameaçada entre os casais em virtude da fragilidade e insegurança das alterações físicas e emocionais, no processo de desenvolvimento do período gestacional. A dificuldade de discussão de ordem sexual ainda é um tabu entre os pares, podendo impactar negativamente no vínculo conjugal (GARCIA; LISBOA, 2012)

A equipe de saúde tem papel fundamental neste cenário, minimizando dúvidas e colaborando nas orientações, desmistificando crenças e preconceitos. As relações sexuais devem ser incentivadas e liberadas, exceto quando a gestante apresentar sinais de risco de aborto, síndromes hemorrágicas, descolamento de placenta e risco de parto prematuro (GARCIA; LISBOA, 2012; LONDRINA, 2017).

A equipe deve dar suporte emocional nas queixas comuns que podem ocorrer, como aversão ao companheiro, diminuição ou aumento da libido, aumento do vínculo afetivo com familiares, devido a insegurança no período gestacional, medo de ser desprezada pelo(a) parceiro(a), medo da dor (dispareunia) durante o ato sexual, neste caso deve-se descartar a possibilidade de vaginites, medo de que o orgasmo possa provocar o aborto (LONDRINA, 2017).

Por outro lado, o(a) parceiro(a) traz consigo uma bagagem de dúvidas e medos que também devem ser sanados pela equipe de saúde, como medo de realizar sexo a três pela presença do feto no útero, incômodo pela transformação física da mulher, causando receio de machucá-la, respeito pela figura materna dificultando o ato sexual (ROCHA *et al.*, 2014).

A equipe deve preservar o diálogo de acordo com a cultura do casal, orientando sempre que existem outras possibilidades de demonstração de carícia e não exclusivamente a penetração, sendo que a descoberta e a descarga hormonal pelo ato sexual trazem benefícios.

13. Orientações alimentares

Quadro 26: Orientações alimentares: ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A, C e D.

Nutrição	Função	Fonte	Orientação alimentar
Ferro	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo.	<ul style="list-style-type: none"> • Carne vermelha; • Castanha de caju; • Gema de ovo; • Leguminosas, como lentilha, ervilha e feijão; • Vegetais verde-escuros como brócolis, espinafre e couve. 	<p>Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba);</p> <p>Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).</p>
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular.	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetais folhosos verdes; • Frutas cítricas, melão, abóbora e suco de laranja; • Alimentos integrais; • Legumes; • Bife de fígado. 	<p>Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico.</p> <p>O uso de ácido fólico não substitui a aquisição de alimentos ricos deste nutriente.</p>
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> • Leite e derivados; • Sardinha; • Brócolis; • Vegetais e feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida. 	<p>O consumo de café, chá-mate e chá-preto diminui a biodisponibilidade de cálcio;</p> <p>Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia.</p>
Vitamina A	Prevenção da prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna e atua no sistema imunológico combatendo infecções.	<ul style="list-style-type: none"> • Leite; • Fígado; • Gema de ovo; • Vegetais folhosos verdes (espinafre e couve); • Vegetais amarelos (abóbora e cenoura); • Frutas amarelo alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui); • Batata doce; • Óleos e frutas oleaginosas (dendê e pequi). 	<p>As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação;</p> <p>A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas (como no pós-parto imediato em áreas endêmicas para deficiência de vitamina A).</p>

Vitamina C	Estimula a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango); • Tomate; • Brócolis. 	<p>Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C;</p> <p>Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma natural, evitando o seu cozimento;</p> <p>A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes ativas, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.</p>
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	<ul style="list-style-type: none"> • Atum; • Sardinha; • Gema de ovos; • Óleo de peixe; • Salmão e fígado. 	<p>A exposição solar regular da pele atinge as recomendações.</p> <p>Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária.</p>

Fonte: Elaborado tendo como bases as seguintes referências (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012)

14. Gestação e direitos trabalhistas e sociais

A) Direitos trabalhistas

- **Estabilidade no emprego:** Toda gestante tem o direito a estabilidade no emprego até o quinto mês após o parto.
- **Licença e salário-maternidade:** A gestante tem direito a licença maternidade por 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste. O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes. Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido. Em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias de acordo com a prescrição médica.
- **Funções exercidas pela gestante:** Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigirem assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

B) Direitos sociais

- Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas;
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a certidão de nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório;
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais, pelo menos, 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.

C) Direitos de proteção à maternidade

- Dispensa do horário de trabalho para realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares;
- Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um;
- Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.

D) Direitos do pai

- O pai tem direito à licença-maternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê;
- O pai tem direito a participar do Pré-Natal;
- O pai tem direito a acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Referências

BARBIANI, Rosângela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. **Nursing practices in the primary health care context: a scoping review**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 18 de jul. 2019.

BARROS, Marina C. de Moraes et al. **Neurocomportamento de recém-nascidos a termo, pequenos para a idade gestacional, filhos de mães adolescentes**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 84, n. 3, p. 217-223, jun. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000300006&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 26 de jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 18 de jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 18 de jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. [S.l.: s.n.], 2017. v. 1. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>. Acesso em: 18 de jul. 2019.

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 puerpério - teste, trate e cure**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Acesso em: 18 de jul. 2019.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite *et al.* Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 35, n. 11, p. 523-529, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001100008>. Acesso em: 22 de jul. 2019.

CLOSE, Ciara *et al.* **Women's experience of low back and/or pelvic pain (LBPP) during pregnancy**. Midwifery, v. 37, p. 1-8, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.013>. Acesso em: 25 de jul. 2019.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; RUDGE, Marilza Vieira Cunha. **Macrossomia fetal: um desafio obstétrico**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 211-213, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000400001>. Acesso em: 15 de ago. 2019.

COLMAN-BROCHU. **Deep Vein Trombosis** in. v. 29, n. 3, 2004. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=collection&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=clinical_aspect&u_filter%5B%5D=limit&u_filter%5B%5D=pais_assunto&u_filter%5B%5D=l. Acesso em: 30 de jul. 2019.

COFEN. Nota-Técnica- COFEN/CTLN - N° 03/2017. **Prescrição e Administração de Penicilina**. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-TÉCNICA-COFEN-CTLN-N°-03-2017.pdf>. , 2017. Acesso em: 25 de ago. 2019.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Estado de Goiás**. 3ª ed. Goiânia-GO: [s.n.], 2017. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias>. Acesso em: 30 de jul. 2019.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte-MG: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/0/Guia+da+Equipe+de+Enfermagem+na+Atencao+Primaria+a+Saude.pdf/d7785bec-ad76-e815-dbc5-bae06abed895?version=1.0&t=1513184036887>. Acesso em: 18 de ago. 2019.

COREN-PB, Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Enfermeiro: protocolo da estratégia de saúde da família do estado da paraíba** 2ª Edição. [S.l: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Livro-Protocolo-do-Enfermeiro-Coren-PB-2015.pdf>. Acesso em: 01 de ago. 2019.

COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Coren, v. 3, p. 191, 2012. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2019.

COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Protocolo de Enfermagem: Saúde da mulher**. 3ª ed. Florianópolis-SC: [s.n.], 2017. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/f/14_09_2017_15.18.48.612d30e73975e107e02e50a2fb61b391.pdf. Acesso em: 18 de ago. 2019.

DUTRA, Gláucya Raquel Souza Da Fonsêca *et al.* **Prenatal Care and Hypertensive Gestational Syndromes: A Systematic Review**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, v. 40, n. 8, p. 471–476, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v40n8/0100-7203-rbgo-40-08-00471.pdf>. Acesso em: 18 de jul. 2019.

DOKU, David T.; NEUPANE, Subas. **Survival analysis of the association between antenatal care attendance and neonatal mortality in 57 low- And middle-income countries**. *International Journal of Epidemiology*, v. 46, n. 5, p. 1668–1677, 2017. Disponível em: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102470/survival_analysis_of_the_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 de ago. 2019.

FLORIANÓPOLIS (Cidade), **Protocolo De Enfermagem Volume 3 Saúde da Mulher**. v. 3, 2017. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2016_22.36.14.03084a93d0f0eec988fa25f3095b594a.pdf. Acesso em: 18 de ago. 2019.

FONSECA, Márcia Regina Campos Costa Da *et al.* **Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiá, São Paulo, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 5, p. 1401–1407, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01401.pdf>. Acesso em 23/07/2019.

GOMES, Rebeca Pinto Costa *et al.* **Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres**. REME: Revista Mineira de Enfermagem, v. 21, p. 1–8, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1169>. Acesso em 30 set. 2019

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. [S.l: s.n.], 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 25 de ago. 2019.

LONDRINA-PR (Cidade). **Manual do cuidado no Pré-Natal e puerpério na Atenção Primária em Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. p. 419, 2017. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 23/07/2019.

LIMA, *et al.* **Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-*puerperal***. *res.: fundam. care. online* 2019 jul/set 11(4): 968-975 http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822/pdf_1Técnica. Acesso em: 29 de jul. 2019.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* **Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição**. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 40, p. e20180233, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100504>. Acesso em 30 set. 2019

MENSAH, Gwendolyn Patience; VAN ROOYEN, Dalena R.M.; TEN HAM-BALOYI, Wilma. **Nursing management of gestational diabetes mellitus in Ghana: Perspectives of nurse-midwives and women**. *Midwifery*, v. 71, p. 19–26, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30640135>>. Acesso em 23/07/2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1:109. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/rede-cegonha>. Acesso em: 08 de ago. 2019.

MOLLART, Lyndall. **Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy**. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, v. 9, n. 4, p. 203–208, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556770>. Acesso em: 02 de ago. 2019

NKOSINATHI Joyisa, *et al.* **Asymptomatic Bacterial Vaginosis in Pregnancy and Missed Opportunities for Treatment: A Cross-Sectional Observational Study**. 2019, Article ID 7808179, 7. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/7808179>. Acesso em: 02 de ago. 2019.

NUNES, Jacqueline Targino, *et al.* **Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro**. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 12, p. 4875, 2017.

PIRACICABA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Assistência de Enfermagem da Saúde da Mulher**. 2 ed. Revisão 2019. Disponível em: <http://saude.piracicaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/MANUAL-SA%C3%9ADE-DA-CRIAN%C3%87A-E-DO-ADOLESCENTE-2019-atual.pdf>. Acesso em: 21 de jul. de 2019.

RIBEIRÃO PRETO-SP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para assistência ao Pré-Natal e puerpério**. p. 1–63, 2009. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1284857653prot_pre_natal.pdf. Acesso em: 21 de jul. de 2019.

SÁNCHEZ-LECHUGA, Begoña *et al.* **Usefulness of blood pressure monitoring in patients with gestational diabetes mellitus**. *Endocrinologia, Diabetes y Nutricion*, v. 65, n. 7, p. 394–401, 2018. Disponível em: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S2530018018301070>. Acesso em: 28 de jul. 2019.

SATO, Ana Paula Sayuri; FUJIMORI, Elizabeth. **Estado nutricional e ganho de peso em gestantes**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 7 Telas, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a06v20n3.pdf. Acesso em: 28 de jul. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Enfermagem: Saúde da Mulher**, Coordenação da Atenção Básica. 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. (Série Enfermagem). 96 p. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ManualSaudedaMulherv302012017.pdf>. Acesso em: 14 de jul. 2019.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. **Manual de consulta rápida para os profissionais de saúde: Pré-Natal e puerpério**. [S.l.: s.n.], 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf. Acesso em: Acesso em: 14 de jul. 2019.

UFPR, Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas, Diretoria de Enfermagem – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). **Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante)**. Curitiba: Hospital de Clínicas, 2014.p. 31-36. Disponível em: http://http://www2.ebserh.gov.br/documents/1948338/2326847/livreto_sae%5B1%5D.pdf/d4fa3a69-f9f2-41f1-9e89-f49010ca27bc. Acesso em 28 de jul. 2019.

ZANATELLI, Carla *et al.* **Síndromes Hipertensivas na Gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna**. Revista Saúde Integrada, v. 9, n. 17, p. 73–81, 2016. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/320>. Acesso em: 19 de jul. 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O PUERPÉRIO

Introdução

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

“O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisto), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisto)” (BRASIL, 2016).

O puerpério está contemplado em um dos componentes propostos para organizar a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança. Desta forma, o Ministério da Saúde estabelece que se deve garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, sendo importante o retorno mais precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto (BRASIL, 2016).

Como parte da atenção integral à saúde da mulher, é fundamental garantir o acesso à atenção à saúde nas unidades básicas de saúde e de saúde da família, especialmente no período do puerpério.

No planejamento das ações da equipe de Atenção Primária, este acompanhamento pode ser realizado por meio de estratégias como:

- agendamento do primeiro atendimento na Atenção Primária antes do momento da alta da maternidade;
- realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco) e também nos casos de óbito neonatal e internação sem previsão de alta, como, por exemplo, prematuridade extrema;
- agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto. Essas ações prioritárias devem ocorrer no puerpério imediato e tardio. O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher.

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

A assistência à puérpera tem como objetivos:

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

1. Atribuições da equipe de enfermagem no puerpério:

1.1. Atribuições do enfermeiro

- Realizar acolhimento com escuta qualificada e clínica ampliada;
- Identificar necessidade de saúde da puérpera e família;
- Participar da organização do processo de trabalho para acolhimento da puérpera na unidade na recepção, na organização das agendas e no acesso à assistência com equipe multiprofissional;
- Realizar consulta de enfermagem de puerpério, preferencialmente até o sétimo dia de puerpério;
- Realizar ações de educação em saúde no puerpério pautadas no modelo problematizador, com estímulo à autonomia da puérpera e valorização do seu saber social, criando um clima de segurança, de modo que a mulher possa expressar suas dúvidas;
- Realizar visita domiciliar, preferencialmente até o sétimo dia de puerpério, com planejamento e interação contextualizada e afinada com crenças e valores da puérpera e sua família;
- Supervisionar auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Monitorar os agentes comunitários de saúde em suas atividades envolvendo acompanhamento de puérperas;
- Coordenar o processo de monitoramento e busca ativa de puérperas faltosas;
- Monitorar o final da gestação das mulheres em acompanhamento Pré-Natal (planilhas e-SUS) e o comparecimento na consulta de puerpério;
- Promover grupos, rodas de conversa ou eventos para educação em saúde de modo que valorize a interação entre as famílias.

1.1.2. Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem

Prestar assistência de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido, conforme plano de cuidado estabelecido;

- Participar das atividades de atenção à saúde à puérpera realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Participar da organização do processo de trabalho para acolhimento da puérpera na unidade na recepção, na organização das agendas e no acesso à assistência com equipe multiprofissional;
- Monitorar os retornos das gestantes em acompanhamento Pré-Natal e as faltas em consulta de puerpério;
- Auxiliar na busca ativa das puérperas que não compareceram para consulta no período de puerpério imediato com a equipe multidisciplinar;
- Realizar visita domiciliar de acordo com o projeto terapêutico estabelecido pela equipe e com a Sistematização das Ações de Enfermagem feita pelo enfermeiro;
- Participar junto com a equipe de grupos de educação em saúde na unidade e na comunidade;
- Realizar acolhimento com escuta qualificada e clínica ampliada de todas as puérperas que procurarem por atendimento na Unidade, com ou sem agendamento prévio: verificar suas necessidades a partir de suas queixas relacionadas ao parto, amamentação, imunização, cuidados com o RN, vínculo familiar e direcioná-la para os atendimentos necessários (consulta de enfermagem, consulta médica, imunização, curativo, orientação de amamentação).

Consulta de enfermagem

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

Quadro 1: Anamnese / Coleta de dados para consulta de enfermagem no puerpério

Anamnese
<ul style="list-style-type: none">• Confirmar data de nascimento, cor, identidade de gênero e sexual, procedência, escolaridade, profissão, atividade laboral remunerada, estado civil, condição de habitação, situação familiar;• Confirmar antecedentes familiares e pessoais (hipertensão arterial, diabetes, alergias, gemelaridade, câncer, cirurgias, transtorno psiquiátrico, infecções sexualmente transmissíveis, data do último papanicolau e resultado);• Realizar escuta ativa de como foi a experiência do parto;• Realizar escuta ativa de como estão os primeiros dias de vida com o bebê em casa: sua rotina, alimentação, ingesta hídrica, aleitamento materno, sono e repouso, higiene, eliminações, execução das atividades, apoio familiar;• Parto: Confirmar dados do parto: tipo de parto, idade gestacional (tempo de amenorreia e ultrassonografia), intercorrências. Realizar escuta do relato do parto. Escuta sobre a experiência atual do puerpério - desejo de amamentar, organização das rotinas familiares e do relacionamento com a(s) parceria(s);• Identificar vulnerabilidades (violência, situação de rua, abandono do parceiro, situação de moradia e de acesso a serviços, situação de emprego e renda), riscos (uso de drogas lícitas e ilícitas);• Atentar para estado psíquico (sinais e sintomas de <i>Baby Blues</i>, depressão e psicose puerperal);• Pré-Natal. Observar os dados registrados no cartão de Pré-Natal, carteira de vacinação, prontuário e sistema de informação. Atentar para:<ul style="list-style-type: none">• Número de gestações, parto (tipos, idade gestacional nos partos), abortos;• Número de filhos vivos;• Intercorrências na gestação;• Experiências anteriores com aleitamento materno;• Planejamento e aceitação da gestação;• Sorologias;• Se Rh negativo, verificar se fez uso da imunoglobulina anti-D;• Situação vacinal (seguir calendário de vacinação para puérperas conforme diretrizes do PNI);• Verificar exames realizados e solicitados (se houver) e medicamentos em uso.

FONTE: Adaptado Florianópolis (2016) e Ribeirão Preto (2019).

Quadro 2: Exame físico da puérpera

Exame físico
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele. Na inspeção atentar para lesões que não se expliquem, suas distribuições e características morfológicas, equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo, hematomas e cicatrizes que possam indicar situação de violência;• Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura) e antropometria (verificar IMC);• Realizar ausculta cardíaca e pulmonar;• Avaliar mamas (ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, cicatrizes que dificultem amamentação) e mamilos (tipos, presença de escoriações, fissuras, vesícula);• Palpar o abdome. Avaliar involução uterina, dor, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea;• Avaliar o períneo e vulva. Atentar para lacerações (extensão, localização e aspecto), episiorrafia, pontos cirúrgicos, sinais flogísticos, presença de hematoma, avaliar condições de higiene íntima, avaliar loquiação e suas características (coloração, odor e quantidade), avaliar região anal, verificar presença de hemorroidas;• Avaliar membros inferiores. Observar a presença de edemas, dor, hiperemia local; sinais flogísticos, varicosas e sinais de trombose venosa profunda (realizar sinal de Homan, que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, o sinal será positivo se houver dor, e sinal de Bandeira, que consiste em palpar a panturrilha e comparar com a outra, o sinal será positivo se houver edema, dor, rubor e calor, a movimentação ficará comprometida).

FONTE: Adaptado Florianópolis (2016) e Ribeirão Preto (2019).

Quadro 3: Plano de cuidados à puérpera

Plano de cuidados	
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar amamentação;• Observar mamada, pega e posicionamento do bebê;• Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo, se não houver contraindicações, considerando o desejo de amamentar;• Orientar quanto à importância de manter uma boa postura durante a amamentação, orientar, a partir da realidade da mulher, a adequação do lugar utilizado para amamentação e postura no leito para evitar desconforto, posicionamento incorreto do bebê e dor musculoesquelética; estimular a deambulação;• Estimular a realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal;• Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até cicatrização da sutura, após retirar os pontos, orientar automassagem para evitar alterações na cicatriz;• Avaliar e orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos, caso necessário;• Orientar sobre alimentação saudável, rica em ferro, legumes e verduras. Evitar alimentos condimentados e com cafeína, beber bastante água, orientar o acompanhante para que ele pode auxiliá-la na hora da amamentação, pegando um copo de água;• Orientar a evitar cigarro, bebidas alcoólicas, drogas e medicamentos sem receita médica;• Orientar sobre os métodos contraceptivos;• Orientar uso correto do método contraceptivo escolhido e o retorno da atividade sexual após 40 dias do parto, informando sobre prevenção de DST/Aids. Explicar como funciona o método da amenorréia lactacional (LAM) ou ajudar na escolha de outro método;• Orientar a troca frequente de absorvente, higiene íntima com água após as eliminações;• Estimular os exercícios perineais (Kegel), 30 séries, 2 vezes ao dia, durante todo o puerpério (para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico);• Avaliar a higiene corporal;• Avaliar vínculo mãe-filho;• Orientar sobre os direitos da mulher trabalhadora/estudante/privada de liberdade, da criança e do adolescente;• Registrar adequadamente em prontuário;• Agendar retorno.	

FONTE: Adaptado Florianópolis (2016) e Ribeirão Preto (2019).

Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Quadro 4: Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério - Nanda-I e NIC (*Nursing Interventions Classification*).

Nanda 2018-2020	
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Amamentação ineficaz	<ul style="list-style-type: none">• Oferecer apoio emocional;• Orientar o método canguru;• Promover o vínculo;• Promover a redução da ansiedade;• Orientar aos pais: cuidados com o lactente.
Conflito no papel de mãe	<ul style="list-style-type: none">• Promover o aconselhamento;• Apoiar à tomada de decisão fortalecendo a autoestima;• Estimular a melhora da socialização.
Tensão do papel do cuidador	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer relação de confiança com o cuidador;• Realizar visita domiciliar para avaliar a tensão do papel do cuidador;• Encorajar mãe/pai/cuidador a participar ativamente dos cuidados com a criança;• Encaminhar e acompanhar casos de anormalidades.

Produção insuficiente de leite materno	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a alimentação com copo; • Monitorar o ganho ponderal do recém-nascido; • Identificar os fatores que desestimulam a amamentação; • Apoiar a decisão da mulher de continuar ou interromper a amamentação.
Risco de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar o nível do risco atual; • Intervir sobre a crise; • Encorajar a expressão apropriada da raiva e hostilidade; • Promover formas para a redução da ansiedade.

Fonte: NIC, 2016; Nanda-I, 2018.

Quadro 5: Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência ao puerpério - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

CIPE 2018	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar técnicas de relaxamento; • Encaminhar para serviço de auto ajuda; • Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; • Orientar sobre controle dos sintomas.
Dificuldade para amamentar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e colaborar com o plano de amamentação da paciente; • Encaminhar para grupo de apoio à amamentação; • Promover amamentação exclusiva; • Orientar sobre amamentação.
Ingurgitamento mamário	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre os cuidados com a mama, durante o período pós-parto; • Ordenhar a mama por completo; • Encaminhar para grupo de apoio à amamentação; • Avaliar a integridade do mamilo.
Falta de apoio familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o apoio familiar; • Obter dados sobre a rede familiar através do uso de instrumentos como o ecomapa; • Facilitar a participação familiar no plano de cuidado; • Orientar família sobre desenvolvimento do bebê (ou lactente).
Humor deprimido, no período pós parto	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar humor deprimido no pós parto; • Gerenciar sintomas; • Obter dados sobre humor deprimido.

Fonte: CIPE, 2018 (revisado).

2. Cuidados com feridas cirúrgicas e episiorrafia


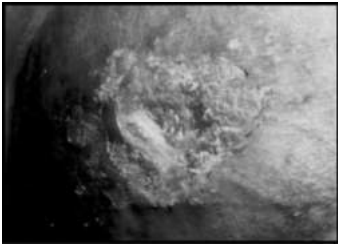
A ferida cirúrgica do parto cesárea — bem como a episiorrafia e laceração perineal, que podem acontecer no parto normal —, devem ser avaliadas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem. Se houver anormalidades como sangramento abundante e sinais flogísticos (dor, calor, rubor e edema), a puérpera deve ter uma avaliação médica. A equipe de enfermagem deve orientar cuidados com a higiene mantendo o local limpo e seco e orientar sobre posições que podem tracionar a pele, e/ou mucosa, propiciando deiscências.

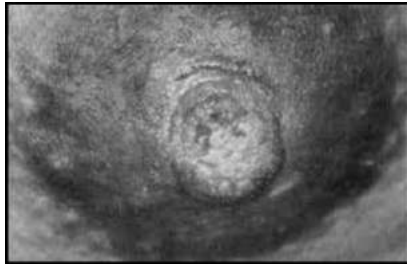
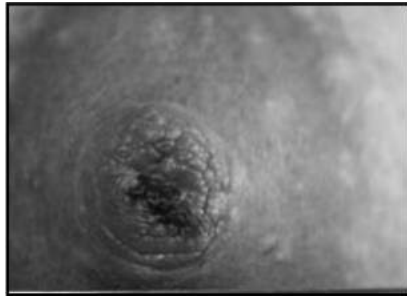
A retirada de pontos da ferida cirúrgica pode ser realizada por auxiliares e técnicos de enfermagem capacitados somente com prescrição/solicitação médica, após avaliação da ferida pelo enfermeiro e sob sua supervisão (COREN SP, 2014).

3. Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério

A prática do aleitamento é complexa e multifatorial; além de fatores biológicos, é influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e emocionais. Nesta fase, a mulher espera encontrar no profissional de saúde uma escuta acolhedora, livre de julgamentos e preconceitos. No entanto, o modelo de atenção à saúde pautado, muitas vezes, no cumprimento de tarefas, no trabalho fragmentado, mecanizado e médico-centrado, faz a escuta qualificada, o apoio e o manejo dos problemas durante a amamentação se constituírem em fatores causadores para o aumento do desmame precoce (QUELUZ, *et. al.* 2012).

Quadro 6: Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério

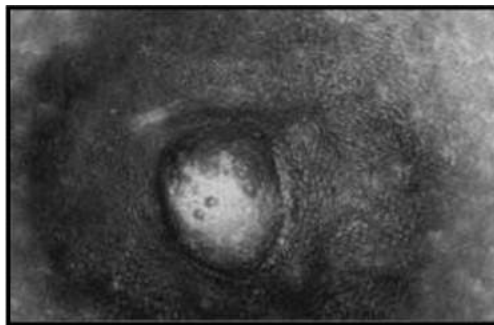
Alterações	Descrição / manifestações	Condutas / orientações de enfermagem
<p>Traumas Mamilares</p> <p>(BRASIL, 2015; FLORIANÓPOLIS, 2016; PEREIRA <i>et. al</i>, 2012; MORAIS & THOMSON, 2006)</p>	<p>Fissuras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pequena (até 3 mm): dor e desconforto apenas no início das primeiras sugadas; • Média (até 6 mm): dor desde o início e demora para desaparecer; • Grande (maior que 6 mm): dor intensa durante toda a mamada e pode ou não ter sangramento. <p>(PEREIRA <i>et. al</i>, 2012; VINHA, 2002)</p>  <p>(Fonte: BRASIL, 2015)</p> <p>Erosão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência em mamilos pseudoinvertidos e invertidos; • Caracterizada por desgaste do relevo ou remoção da epiderme ou derme do mamilo, causando dor intensa durante a mamada.  <p>(Fonte: VINHA, 2002)</p> <p>Escoriação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior prevalência em mamilos semi-protusos; • Caracterizada por uma lesão tipo esfoliação, com epiderme levantada e a derme exposta; • Localiza-se, geralmente, no quadrante superior lateral externo do mamilo, com formato de meia lua; • Presença de dor durante todo o tempo da amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário; • Iniciar a mamada pela mama menos afetada; • Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; • Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo); • Alternar diferentes posições de mamadas para reduzir a pressão dos tecidos danificados; • Amamentar em livre demanda; • Não utilizar bombas tira-leite; • Observar no RN a presença de freio lingual curto; • Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; • Após a amamentação, enxaguar com água limpa e secar bem os mamilos; • Manter os seios expostos ao ar livre, mas não expostos diretamente à luz solar, pois pode dificultar a cicatrização da lesão, considerando que a pele estando lesionada, as camadas mais profundas da epiderme precisam de umidade para que a cicatrização ocorra mais rápido. Alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa (BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2003; GIUGLIANI, 2004); • Recomendar o tratamento úmido com a aplicação de leite ordenhado nos mamilos antes e após as mamadas. Nos Estados Unidos, tem sido utilizada a lanolina, embora sejam limitados os estudos sobre sua eficácia, tanto nacionais quanto internacionais (GIUGLIANI, 2003; GIUGLIANI, 2004);



(Fonte: VINHA, 2002)

Vesículas

- Caracterizada por ardência nos mamilos.



(Fonte: VINHA, 2002)

Dilaceração

- Ocorre na região mamilo-areolar;
- Causada, geralmente, pela pressão negativa das bombas de extração de leite.



(Fonte: VINHA, 2002)

- Nos casos de fissuras grandes ou outros traumas que causem muita dor e/ou sangramento, deve-se suspender a amamentação por 48h a 72h no mamilo traumatizado. Após a suspensão oferecer a mama comprometida por 5 min. com aumento gradativo a cada dia:


- **1º dia:** amamentar somente 3 vezes ao dia, não excedendo 5 minutos de mamada. Em seguida, realizar a ordenha manual e oferecer o leite ordenhado para a criança. (PEREIRA *et. al*, 2012; VINHA, 2002);

- **2º dia:** se não ocorrer a reincidência do trauma e, na ausência de dor, aumentar de 3 em 3 horas e continuar a não exceder o tempo de 5 minutos. (PEREIRA *et. al*, 2012; VINHA, 2002);

- Após recuperação do trauma orientar a amamentação em livre demanda;

- Se necessário, o enfermeiro deverá prescrever: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas (BRASIL, 2016);

- Agendar retorno na unidade de saúde.

<p>Candidíase (BRASIL, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principais causas: umidade excessiva, lesão dos mamilos e a boca da criança contaminada pelo fungo (mesmo não estando aparente); • Sinais e Sintomas: prurido, sensação de queimação e dor tipo agulhadas nos mamilos, mamilos e aréolas podem apresentar hiperemia com descamação. Raramente se observa placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Após as mamadas, enxaguar os mamilos, secá-los bem e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores mamilares; • Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário; • As chupetas e bicos, 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; • Prescrever para a criança: Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 conta-gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias; • Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina, Clotrimazol, Miconazol, ou Cetoconazol por 14 dias, após cada mamada (BRASIL, 2015). Orientar a mãe a retirar delicadamente a pomada antes da mamada para não deixar a pele escorregadia. Estas medicações são compatíveis com a amamentação (BRASIL, 2014; CESAR <i>et. al.</i> 2007); • Se o tratamento tópico falhar, encaminhar para consulta médica.
<p>Freio lingual curto (BRASIL, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trata-se de uma anomalia congênita em que o freio lingual restringe os movimentos da língua; • Prejudica a capacidade do bebê em fazer e manter a pega, causando dor e traumas mamilares.  <p>(Fonte: JARVIS, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o serviço de referência do município.



<p>Fenômeno de Raynaud</p> <p>(BRASIL, 2015)</p>	<p>Trata-se de uma isquemia intermitente que pode acometer os mamilos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principais causas: frio excessivo, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante; • Sinais e sintomas: os mamilos ficam pálidos inicialmente, em seguida podem tornar-se cianóticos e posteriormente, avermelhados pelo déficit de irrigação sanguínea. A mulher refere dor antes, durante e após a mamada em “fisgadas” e em queimação, o que pode ser confundido com candidíase. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o uso de compressas mornas exclusivamente no mamilo para o alívio da dor. Porém deve-se avaliar o risco em relação ao ingurgitamento mamário e mastite; • Prescrever analgésico sistêmico, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas (BRASIL, 2015); • Caso não ocorra melhora do quadro, encaminhar para consulta médica.
<p>Ingurgitamento Mamário</p> <p>(BRASIL, 2015; FLORIANÓPOLIS, 2016; PEREIRA <i>et al.</i>, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acontece geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto, entretanto pode ocorrer em qualquer fase da lactação; • Ingurgitamento Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade; • Ingurgitamento Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas edemaciadas e brilhantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual conforme Fig. 1, 2 e 3; • Orientar a testar a flexibilidade da aréola antes da mamada e caso esteja tensa, proceder a massagem e a ordenha do complexo mamilo-areolar (Fig. 4); • Uso de sutiã com alças largas e firmes; • Mamadas frequentes em livre demanda; • Prescrever para a puérpera, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas (BRASIL, 2015); • Em situações de maior gravidade, realizar compressas frias de 2 em 2 horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote (aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local) (BRASIL, 2016); • Agendar retorno na unidade de saúde. <div style="text-align: center;">  <p>Figura 1</p>  <p>Figura 2</p> </div>



Figura 3



Figura 4

Mastite

(BRASIL, 2015; FLO-RIANÓPOLIS, 2016; PEREIRA *et. al*, 2012)

Ocorre geralmente entre a 2ª e 3ª semanas após o parto.

Mastite não infecciosa:

Caracterizada por dor, edema, hipermia, calor local, drenagem de leite sem pus.

Mastite infecciosa:

Além dos sinais e sintomas da mastite não infecciosa, ocorre drenagem de leite com pus e febre alta (>38°C), calafrios e mal-estar.



O sabor do leite materno pode ter alteração, tornando-se mais salgado.



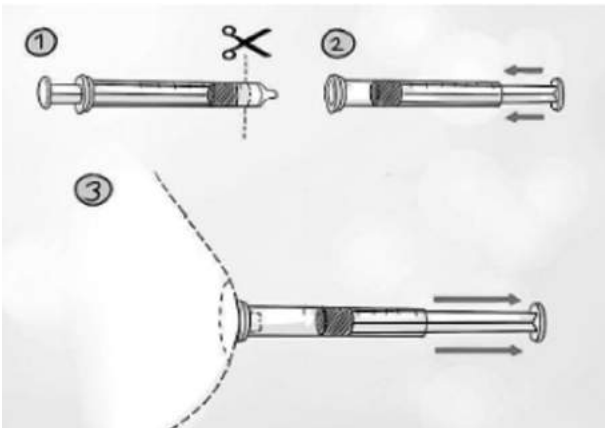
(Fonte: BRASIL, 2015)

- Consulta médica no dia;
- Orientar a mulher como fazer a massagem e a ordenha manual;
- Identificar junto com a mãe a causa que provocou a estagnação do leite;
- Suspende a ordenha manual apenas com o desaparecimento dos sinais e sintomas;
- Agendar retorno na unidade.

Realizar e orientar a massagem bem como testar a flexibilidade da aréola antes da mamada, conforme figuras 1, 2, 3 e 4 da linha anterior.

<p>Bebê que não suga ou tem sucção fraca</p> <p>(BRASIL, 2016)</p>	<p>Possíveis causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar em determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo); • Pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado; • Não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega; • Não abre a boca suficientemente; • Alguma diferença entre as mamas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento); • Mãe com dificuldade para posicioná-lo adequadamente em um dos lados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a ordenha manual para estimular a mama, em média 5 vezes ao dia; • Suspender o uso de chupeta ou mamadeira; • Estimular o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e mole; • Mudar a posição da mamada como por exemplo a posição invertida, onde o bebê é apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, a mão da mãe apoia a cabeça da criança, e o corpo da criança é mantido na lateral, abaixo da axila;  <p>(Fonte: Fiocruz, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendar retorno do RN na unidade para avaliar ganho de peso.
<p>Demora na descida do leite</p> <p>(BRASIL, 2016)</p>	<p>A apojadura normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a autoconfiança da mãe; • Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha; • Realizar a relactação que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo ou pote) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira, o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.  <p>(Fonte: TAMEZ, R. N, 2013)</p>

<p>Hipogalactia (baixa produção de leite)</p> <p>(BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2004b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro do bebê e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome; • A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro; • A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome; • Crianças que recebem suplemento, sugará menos o peito e, como consequência, haverá menor produção de leite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós parto, antes disso, a mulher produz em média 40 à 160 ml de colostro nas primeiras 48hs, quantidade suficiente para saciar a fome do RN (CHAVES <i>et. al.</i> 2008); • Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000 ml de leite por dia; • Observar os sinais do bebê quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso que deve ser maior ou igual a 20g/dia; • Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia; • Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida; • Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; • Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; • Após a mamada, ordenhar o leite residual; • Aumentar ingestão de líquidos; • Contraindicar consumo de álcool; • Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio; • Caso estas medidas não tenham êxito, orienta-se realizar a relactação; • Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem pode ser útil o uso de galactogogos; • O Enfermeiro poderá prescrever domperidona 10 a 20 mg, 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas (BRASIL, 2015). A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado (CHAVES <i>et. al.</i> 2008; BRASIL, 2015).
<p>Presença de sangue no leite</p> <p>(BRASIL, 2015)</p>	<p>Fenômeno causado pelo rompimento de capilares devido ao aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da apojadura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após o esvaziamento das mamas com ordenha manual; • Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes.

<p>Mamilos planos ou invertidos (BRASIL, 2015)</p>	<p>Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois grande parte dos RNs fazem o “bico” com a aréola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a confiança e empoderar a mãe; • Ajudar a mãe a favorecer a pega correta; • Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor; • Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, com estímulo (toque) do mamilo, utilização de seringa de 10 ml ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada);  <p>(Fonte: BRASIL, 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se esta técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar; • O mamilo deve ser mantido em sucção por cerca de 30 a 60 segundos ou menos, se houver desconforto.
--	--	---

FONTE: Elaboração pela autora

5. Amamentação em situações especiais

5.1. Nova gravidez

Se for o desejo da mulher e se não houver intercorrências na gravidez, é possível manter a amamentação em uma nova gravidez, exceto em casos de ameaça de aborto, quando a amamentação deve ser interrompida (BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2004b).

No entanto, muitas crianças interrompem a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida, pela diminuição da produção de leite, alteração do sabor (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e menor concentração de lactose), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez e aumento da sensibilidade dos mamilos (BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2004b).

5.2. Gemelaridade

Mecanismos fisiológicos podem adaptar a produção de leite às necessidades nutricionais dos lactentes, ou seja, mãe de gêmeos pode dobrar sua produção de leite (CHAVES *et. al.* 2008).

Os bebês podem ser amamentados simultaneamente ou separadamente. É importante que a mãe não estipule uma mama específica para cada criança, pois pode ocasionar diferença no tamanho das mamas, uma vez que a criança mais vigorosa estimulará mais a mama que a outra (BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2004b).

Porém, para facilitar o processo de amamentação, pode-se alternar os bebês e as mamas a cada 24 horas. Nesse caso, o bebê “A” inicia todas as mamadas do dia em uma determinada mama e, no dia seguinte, inicia as mamadas na outra mama. Muitas mães gostam desse método por acharem mais fácil lembrar quem mamou, onde e quando (BRASIL, 2015).

5.3. Crianças com malformações orofaciais

As principais dificuldades relatadas pelas mães de bebês com malformações orofaciais são: dificuldade de pega, sucção fraca, refluxo de leite pelas narinas, engasgos do bebê, ganho de peso insuficiente, pouco leite, ingurgitamento mamário e trauma mamilar.

Tais dificuldades podem ser minimizadas com:

- Oclusão da fenda com o dedo da mãe, durante a mamada;
- Aplicação de compressas mornas nas mamas para facilitar a saída do leite;
- Posicionamento do mamilo em direção ao lado oposto à fenda;
- Utilização da posição semi-sentada para o bebê, para evitar refluxo de leite pelas narinas.

6. Situações em que há restrições do aleitamento materno

Existem situações que o aleitamento materno é contra-indicado, é suspenso temporariamente e que não deve ser contraindicado:

Quadro 7: Situações que podem restringir o aleitamento materno

Contraindicações	Suspensão temporária
Mães infectadas pelo HIV, HTLV1, HTLV2, independente da carga viral - verificar se a mãe foi medicada e se permanece com enfaixamento da mama para supressão do leite.	Sífilis: Não há evidências de transmissão pelo leite humano, sem lesões de mama. Entretanto a nutriz com sífilis primária ou secundária com a mama acometida pode infectar a criança pelo contato das lesões com as mucosas. Se as lesões estão nas mamas, sobretudo na aréola, amamentação ou uso de leite ordenhado está contraindicado até o tratamento e a regressão das lesões. Com 24 horas após o tratamento com penicilina, o agente infeccioso (espiroqueta) raramente é identificado nas lesões. Assim, não há contraindicação à amamentação após o tratamento adequado (LAMOUNIER <i>et. al</i> , 2004).
Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação: Alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos como por exemplo: Ganciclovir, Amiodarona, Fenindiona, Cabergolina, entre outros (BRASIL, 2016)	Infecção por Herpes: quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
Criança portadora de galactosemia (distúrbio metabólico. Causa uma deficiência ou falta de uma enzima chamada galactose), doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.	Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele 5 dias antes do parto ou até 2 dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zoster (Ighavz), disponível nos centros de referência de imunobiológicos especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.
	Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.

6.1. Uso de drogas durante a amamentação

A academia americana de pediatria contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina. A organização mundial da saúde considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opióides não são contraindicadas durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Poucas publicações orientam o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso. No entanto, alguns autores já recomendaram determinados períodos de interrupção (quadro 8). Ainda assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. (GIUGLIANI & GIUGLIANI, 2004)

Drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, também devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.

Quadro 8: Uso de drogas e período recomendado para a interrupção da amamentação

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina e ecstasy	24 - 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína e crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose
Heroína e morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	1 - 2 semanas

Fonte: BRASIL, 2015

6.2. Não contraindica a lactação

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses (prescrição médica);
- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;
- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
- Dengue: há no leite materno um fator protetor que protege a criança;
- Tabagismo: os benefícios do leite materno para a criança superam os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Contudo, o profissional de saúde deve buscar desencorajar o uso de tabaco pela mãe, alertando sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a possível diminuição da produção e da ejeção do leite. Para reduzir danos à criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a fumar após as mamadas e a não fumarem no ambiente em que a criança se encontra;
- Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerir álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno, levando à recusa pelo lactente.

7. Desmame

É fundamental que o profissional de enfermagem respeite a decisão da mulher em amamentar ou não e no tempo de duração do aleitamento materno, pois cada mulher possui sua singularidade e necessidades específicas de acordo com o contexto em que vive.

O desmame natural, ou seja, aquele em que a criança autodesmama, acontece em média entre 2 e 4 anos — geralmente não acontece antes do 1º ano de vida. Este processo é menos estressante e fortalece o vínculo entre o binômio. Já o desmame abrupto pode causar insegurança para a criança e sentimento de rejeição e, na mãe, ingurgitamento mamário, mastite, depressão, luto pela perda da amamentação etc. Nesse momento é fundamental o apoio e orientação do profissional de saúde (BRASIL, 2015).

Importante ressaltar que alguns eventos que acontecem antes do 1º ano de vida podem confundir com o autodesmame, pois a criança recusa o peito subitamente, por vários motivos: dentição, excesso de oferta de chupetas e mamadeiras, alguma doença, redução do volume e sabor do leite, etc. No entanto, esta situação não costuma ultrapassar 4 dias (BRASIL, 2015).

O profissional de saúde deve alertar a mãe sobre as possíveis alterações físicas e emocionais durante e após o desmame:

- Mudança de tamanho das mamas;
- Mudança de peso;
- Sentimentos diversos como alívio, paz, tristeza, depressão, culpa e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais;
- Ingurgitamento mamário e mastite. Necessidade de realizar ordenha para retirada do excesso de leite.

8. Transtornos mentais puerperais

O puerpério é um período em que se deve dar uma atenção especial às condições psíquicas e emocionais da mulher, devido ao elevado risco para o surgimento de sintomas e transtornos psiquiátricos. Após o parto, a mulher passa por intensas alterações hormonais, mudanças na organização familiar, na sua identidade e nas relações sociais. Desta forma, é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para detectar possíveis alterações emocionais deste período.

O sofrimento mental no puerpério é derivado de uma combinação de fatores biopsicossociais dificilmente controláveis, envolvendo uma multifatorialidade e situações de vulnerabilidade, tais como (SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003; BRASIL 2013):

- Antecedente de transtornos psiquiátricos (principalmente depressão) antes ou durante a gestação;
- Conflito e pouco suporte familiar / social;
- O fato de a mãe estar cansada;
- Gestação não planejada;
- Ser adolescente;
- Doenças na gestação;
- Dificuldades em amamentar;
- Baixa renda, parceiro desempregado, desemprego após licença maternidade;
- Grande número de filhos;
- Baixa escolaridade;
- Violência doméstica;
- Nascimento de criança com problema congênito, grave problema de saúde ou morte do bebê;
- Estado civil (solteira ou divorciada), entre outras possíveis situações estressoras.

Existem três tipos de transtornos mentais puerperais: o mais prevalente e comum é a tristeza puerperal, também chamada de *baby blues*, a depressão pós-parto e a psicose puerperal.

Desta forma, é fundamental que tanto os familiares estejam atentos a possíveis alterações emocionais da puérpera, quanto os profissionais de saúde habilitados para a detecção e intervenções precoces, minimizando seus agravos e proporcionando um cuidado de qualidade. Por meio de um instrumento chamado escala de depressão perinatal de Edinburgh, pode-se realizar uma triagem e classificação dos transtornos.

Deve-se investigar no puerpério, principalmente nas mulheres que tiveram depressão prévia, alterações de humor, sono e apetite e como estão lidando com os cuidados do recém-nascido com o objetivo de uma detecção precoce de sintomas de sofrimento mental. Quando identificado é importante determinar a intensidade dos mesmos para o diagnóstico de enfermagem e planejamento das intervenções.

9. Luto

O sentimento de luto pode ocorrer em várias situações, seja pelo aborto espontâneo, provocado ou induzido, pela morte fetal ou do recém nascido. Apesar dos contextos serem diferentes, todos trazem repercussões psicológicas. A mulher em situação de abortamento pode ter sentimento de solidão, angústia, culpa, medo de falar, de ser julgada ou humilhada, sensação de perda e incapacidade de engravidar novamente (BRASIL, 2011).

Nas situações de óbito após o parto por alguma complicação, a mulher entra na maternidade gestante e sai sem seu filho, com um grande vazio físico e psíquico. As expectativas dela e da família se frustram e o grau das reações emocionais não dependem da idade gestacional, mas sim do investimento emocional naquela gestação (LONDRINA, 2016).

No caso de óbito fetal ou do recém nascido, sempre é necessário apoio à mulher, sendo ideal que se tenha uma equipe multiprofissional para esta abordagem. Importante promover um espaço acolhedor, com escuta e informações adequadas, respeitado o luto que se inicia e possibilitando a recordação deste instante quando solicitado (SÃO PAULO, 2010).

10. Retorno ao trabalho (questões legais e trabalhistas)

Quadro 9: Questões trabalhistas relacionadas ao retorno ao trabalho

Legislação	Documentação (comprovante)	Duração do benefício
<p>Licença maternidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art 392 da Constituição Federal. <p>Obs.: Em caso de parto prematuro a mulher terá direito aos 120 dias previstos no artigo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 395. Em caso de aborto não criminoso, a mulher terá um repouso remunerado de 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certidão de nascimento do bebê; • Certidão de adoção ou guarda provisória; • Atestado de óbito (quando acontecer aborto involuntário); • Atestado médico indicando data do início do afastamento (Art. 392 § 1). 	<ul style="list-style-type: none"> • 120 dias, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e ocorrência deste; • 120 dias quando comprovada a adoção ou guarda. <p>Obs: Em alguns estados e municípios o período é estendido para 180 dias.</p>
<p>Licença paternidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art 7º da Constituição Federal, das disposições transitórias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certidão de nascimento do bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 dias a partir do nascimento do bebê.
<p>Direito a amamentar durante a jornada de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 396. Para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um. <p>§ 1º Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certidão de nascimento do bebê; • Atestado médico para prorrogação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Até que este complete 6 (seis) meses de idade, que podem ser estendidos com atestado médico que comprove a necessidade do leite materno pelo bebê.
<p>Garantia de emprego à gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 391. Não constitui justo motivo para a rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de encontrar-se em estado de gravidez. • Art. 391-A. A confirmação do estado de gravidez advindo no curso do contrato de trabalho, ainda que durante o prazo do aviso prévio trabalhado ou indenizado, garante à empregada gestante a estabilidade provisória. <p>O disposto aplica-se ao empregado adotante ao qual tenha sido concedida guarda provisória para fins de adoção.</p>	<p>Comprovante de tempo de gravidez.</p>	<p>Desde a comprovação até o término da licença maternidade.</p>

<p>Garantia de creche para o bebê Art 389 § 1º - Os estabelecimentos em que trabalharem pelo menos 30 (trinta) mulheres com mais de 16 (dezesesseis) anos de idade terão local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período da amamentação. § 2º - A exigência do § 1º poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas, pelas próprias empresas, em regime comunitário, ou a cargo do SESI, do SESC, da LBA ou de entidades sindicais.</p>	<p>Certidão de nascimento do bebê.</p>	<p>Até os 4 anos.</p>
--	--	-----------------------

Fonte: Adaptado de Ribeirão Preto ([201-?]).

Atenção a possíveis intercorrências durante o puerpério

O puerpério pode ser considerado normal ou patológico, sendo o patológico caracterizado pelas complicações ou anomalias que podem ocorrer logo após o parto, em decorrência deste ser um período em que o corpo da mulher encontra-se em um processo que permeia uma série de modificações físicas e psicológicas, as quais, quando não identificadas nem tomadas as devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013; MASCARELLO *et al.*, 2018).

Do ponto de vista assistencial, Mascarello *et al.* (2018), Brasil (2013a), Santos, Brito e Mazzo (2013) e Brasil (2016) apontam que as complicações ou anomalias puerperais podem ser classificadas em precoces, tardias e remotas, a depender do período puerperal de ocorrência, conforme mostra o quadro 10.

Quadro 10: Classificação das complicações puerperais de acordo como período puerperal de ocorrência.

Classificação	Período puerperal
Precoce	Ocorrem entre duas a quatro horas pós-parto (puerpério imediato) podendo se estender até o 10º dia pós-parto (puerpério mediato).
Tardia	Ocorrem entre o 11º dia até o 45º (puerpério tardio).
Remota	Ocorrem do 45º dia até o retorno da função reprodutiva da mulher.

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de Brasil (2013a), Santos, Brito e Mazzo (2013), Brasil (2016) e Mascarello *et al.* (2018).

Há de se considerar que as complicações puerperais estão presentes em ambas as vias de partos. Consideram-se como complicações precoces mais comuns no puerpério: infecções pós-parto; anemia; hemorragia; infecção urinária; dor; cefaleia; complicações da anestesia; hemorroidas; curetagem; histerectomia; e aderência à cirurgia ou episiotomia. Como complicações puerperais tardias, as mais comuns são: incontinência urinária; dispareunia; incontinência de fezes ou gases; cistocele; prolapso; e rotura de períneo (MASCARELLO *et al.*, 2018; SANTA CATARINA, 2018; BRASIL, 2016; SÃO PAULO, 2010).

Diante da possibilidade de uma complicação puerperal precoce, a enfermagem deve se atentar aos seguintes sinais de alerta: dor/desconforto perineal; desconforto respiratório; taquicardia; febre; tontura; corrimento de odor fétido; vermelhidão; edema; deiscência de sutura e lesões não suturadas; sangramento vaginal e/ou intenso; palidez cutânea; prostração; e comprometimento capilar; cianose de extremidades (MASCARELLO *et al.*, 2018; SANTA CATARINA, 2018; NOUBOUOSSIE, 2016; BRASIL, 2013a; SANTOS; SÃO PAULO, 2010).

No caso das complicações tardias atentarem-se aos sinais de alerta: perda diurese espontânea ou aos esforços; dor durante e /ou após relações sexuais persistentes; perda espontânea e aos esforços de fezes; sensação de abaulamento em genitália com retrocesso ou não; sangramento de início súbito ou após sobrecarga; e lesão perineal espontânea (não intencional) (MASCARELLO *et al.*, 2018; SANTA CATARINA, 2018; NOUBOUOSSIE 2016; BRASIL, 2013a; SÃO PAULO, 2010).

Neste sentido, o quadro 11 mostra os cuidados de enfermagem diante da possibilidade de uma complicação puerperal.

Quadro 11: Intervenções de enfermagem na possibilidade de uma complicação puerperal.

Sinais de Alerta
Dor / desconforto perineal; desconforto respiratório; taquicardia; febre; tontura; corrimento de odor fétido; vermelhidão; edema; deiscência de sutura e lesões não suturadas; sangramento vaginal e/ou intenso; palidez cutânea; prostração; e comprometimento capilar; cianose de extremidades.

O que fazer?

Conhecer:

- Histórico da gestação e parto; história pregressa; início e duração dos sinais e sintomas;
- Avaliar o estado emocional da puérpera e sua aceitação da maternidade, procurando identificar o grau de interação com o recém-nascido e de integração familiar.

Realizar:

- Verificar os sinais vitais (pulso, respiração, temperatura, pressão arterial, saturação de oxigênio);
- Observar mucosas e hidratação;
- Verificar altura do fundo uterino, observando sua consistência e localização, bem como as características da incisão operatória no caso de cesarianas;
- Inspeccionar o períneo e o estado dos genitais externos: condições de higiene, cicatrização da episiotomia/laceração, presença de edema, hematoma e sinais de inflamação;
- Observar e registrar lóquios: cor, odor, quantidade e aspecto;
- Questionar sobre micção, características da urina, volume, frequência e distúrbios urinários, especialmente nas primeiras 24 e 72 horas;
- Questionar sobre função intestinal: presença de peristaltismo, frequência e distúrbios no padrão de eliminação e características. Na ocorrência de hemorroida, observar tamanho, desconforto e sensibilidade;
- Observar membros inferiores, atentando para os sinais precoces de trombozes e flebites;
- Dar suporte emocional e ajuda prática.

Estimular:

- Higiene corporal, vulvar e perineal com água corrente (sabonete/sabão) após as micções e evacuações;
- Deambulação;
- Inspeção diária do períneo e o estado dos genitais externos: condições de higiene, cicatrização da episiotomia/laceração, sangramentos, presença de edema, hematoma e sinais de inflamação;
- Observação contínua e registro de lóquios: cor, odor, quantidade e aspecto;
- Controle micção, características da urina, volume, frequência e distúrbios urinários;
- Controle e registro diário da função intestinal: padrão peristáltico (movimentos), frequência e distúrbios no padrão de eliminação e característica. Na ocorrência de hemorroida, observar tamanho, desconforto e sensibilidade;
- Observação contínua dos membros inferiores, atentando para os sinais de trombozes e flebites;
- Alimentação fracionada de acordo com suas possibilidades;
- Ingestão de líquidos no mínimo de 2 litros diários e, no caso de amamentação aumentar para 3 litros.

Respeitar:

- A autonomia da mulher e sua liberdade de escolha.

Fonte: Adaptado de: Febrasgo (2010); São Paulo (2010); Santos, Brito e Mazzo (2013); Brasil (2016; 2013a); Noubou-ossie (2016); Santa Catarina (2016; 2018); Mascarello (2018)

2. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN)

Para o cuidado com o RN, a equipe de enfermagem deverá estar atenta para:

- Realizar visita domiciliar na primeira semana de vida;
- Realizar a consulta de enfermagem ao RN na unidade de saúde na primeira semana de vida ou antes se for RN de risco; e verificar se há agendamento para a primeira consulta médica;
- Realizar busca ativa dos RN faltosos em consultas agendadas ou que não compareceram na unidade de saúde na primeira semana de vida; ou que não foi encontrado durante a busca ativa em visita domiciliar;
- Certificar-se da coleta do teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do RN;
- Convocar os RN para 2ª ou 3ª coleta conforme necessidade;
- Certificar-se da aplicação da 1ª dose da vacina contra hepatite B;
- Realizar ou certificar-se da aplicação da vacina BCG nos RN com peso acima de 2.000g nos RN da área de abrangência da unidade de saúde;
- Conferir a carteira de vacinação em todas as consultas do RN na unidade de saúde e encaminhar para vacinação os RN e crianças que estiverem com a situação vacinal em atraso;
- Realizar e orientar a limpeza do coto umbilical com álcool 70%;
- Orientar cuidados higiênicos com o RN como banho corporal, troca de fraldas e banho de sol;
- Realizar medidas antropométricas: peso, estatura, perímetro cefálico e torácico;
- Solicitar avaliação da enfermeira ou pediatra nos casos que o RN apresente alguma intercorrência ou em casos de dúvidas;

- Certificar se o RN está deixando a unidade de saúde com a próxima consulta agendada com enfermeira ou pediatra;
- Realizar o agendamento desta das consultas, caso não estejam agendadas;
- Comunicar ao conselho tutelar o não comparecimento do RN na unidade de saúde até 30 dias de vida, após esgotadas todas as tentativas de contato através de busca ativa e visita domiciliar;
- Realizar registro e anotações de enfermagem sobre dados vitais, intercorrências, queixas e observações no prontuário do RN;
- Orientar a mãe/pai ou demais cuidadores quanto a sinais de risco e comportamento esperado do RN, para pronta identificação de sinais de risco.

Quadro 12: Consulta de enfermagem ao recém-nascido

Processo de enfermagem	Itens a serem observados
Histórico	Hospital / maternidade; IG ao nascer, tipo de parto; APGAR, peso ao nascer, estatura; data e peso de alta, tipo sanguíneo mãe e RN, vacinação, exames realizados, intercorrências na gestação e vulnerabilidades.
Exame físico	Peso atual, avaliação do ganho pondero-estatural, PC, PT, avaliação da mamada e exame físico céfalo-caudal.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem	Vide quadro único.

Quadro 13: Cuidados gerais com o recém nascido

Orientações gerais	
Calendário vacinal	No período neonatal o recém-nascido deve receber as vacinas contra a hepatite B e contra formas graves de tuberculose (BCG). Seguir orientações do programa nacional de imunização.

<p>Triagem neonatal</p>	<p>Teste do pezinho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se, para RN a termos, que seja coletada a primeira amostra na Atenção Básica entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido; • A unidade de saúde deve manter esquema de registro de coleta e resultados de todos os exames do teste do pezinho; • É de extrema importância que a equipe de enfermagem conheça o laboratório de referência que realiza os exames, bem como as normas e orientações para 2ª e 3ª coleta do teste do pezinho, nos casos de RN prematuros, uso de corticoide pela mãe (≤ 15 dias antes do parto) e nos casos em que o RN necessitou de transfusão sanguínea. <p>Teste da orelhinha</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizado em todos os bebês nascidos ainda na maternidade cumprindo o pressuposto da lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. <p>Teste do olho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovado pela lei 12.551 de 05/03/2007, deve ser realizado ainda na maternidade em todos os RN com a finalidade de diagnóstico clínico de retinopatia da prematuridade, catarata e glaucoma congênitos, infecções, traumas de parto e cegueira. <p>Teste do coraçãozinho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovado pelo DL 7.646 de 21/12/2011, deve ser realizado em todos os recém-nascidos ainda nas maternidades com até 48h de vida; • Todos estes testes devem ter seus resultados informados na ficha de contra-referência do RN ou relatório de alta fornecido pela maternidade e anotados no prontuário do RN na A.B. <p>Teste da linguinha</p> <ul style="list-style-type: none"> • A lei nº 13.002/14 publicada no DOU de 23/06/14 torna obrigatória a realização deste em recém nascidos e deve ser realizado na maternidade. O teste consiste na avaliação do frênulo da língua no RN para verificar futuros problemas na amamentação, dentição e língua presa. Os procedimentos a serem realizados podem ser a frenectomia ou frenotomia.
<p>Ações de vigilância em saúde</p>	<p>Busca Ativa</p> <p>Ela deve ser incorporada na Atenção Básica, devendo definir esquema, fluxo e processo de trabalho. Priorizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascidos sintomáticos e que apresentam qualquer patologia congênita (deficiência física, síndromes genéticas, sífilis congênita, exposição ao HIV, zika, etc); • Faltosos em consulta de enfermagem, consulta com pediatra ou generalista da ESF; • RN que não compareceu para coleta do teste do pezinho de 3 a 5 dias de vida; • RN que não compareceu para receber a vacina BCG. <p>Ações de vigilância em saúde</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde do recém-nascido na Atenção Básica; 2. Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança na Atenção Básica; 3. Aleitamento materno; 4. Mortalidade infantil e fetal; 5. Doenças de notificação compulsória e imunização; 6. Acidentes na infância.

Aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> • AME exclusivo até 6 meses e complementado até 2 anos de idade ou mais; • Toda a equipe de enfermagem deve estar capacitada para o manejo do aleitamento materno; • Não oferecer bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; • Orientar as mães e familiares a não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; • Orientar formas de acalmar/acalentar o bebê, em substituição às chupetas; • Promover na unidade de saúde a formação de grupos de apoio à amamentação e grupos de apoio de puérperas e familiares; • Identificar aliados na família/rede de apoio para ajudar a nutriz, bem como identificar pessoas que desestimulam a amamentação, para poder intervir.
Cólicas	<p>Comum ter seu início durante a segunda e terceira semanas, atingindo seu ápice com seis semanas e atenuando-se na décima segunda semana de vida do RN. Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segurar o RN de bruços nos braços, de forma que se exerça uma pressão sobre o seu abdome e massagear delicadamente suas costas ou deitá-lo de bruços no colo de um adulto enquanto recebe pancadinhas nas costas; • Posicionar o RN adequadamente ao peito ou oferecer a mamadeira adequadamente de forma a impedir a ingestão de ar nas mamadas; • Manter o RN aquecido adequadamente e em contato pele a pele; • Se as cólicas forem muito fortes ou se aparecer um choro súbito em um RN que não apresentava choro, procurar atendimento no serviço de saúde.
Higiene oral	<p>A boca do recém-nascido deve ser limpa desde o nascimento, após cada mamada e/ou refeição, com gaze ou com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, limpo e umedecido em água filtrada e fervida;</p> <p>Para os cuidados relacionados à monilíase oral no RN deve se limpar a mucosa oral tentando se remover a placa fúngica formada.</p>
Banho de sol	<p>Recomendado 2 vezes ao dia sendo no período da manhã até as 9h e a tarde após as 16h nas posições ventral e dorsal, com duração de 10 a 15 minutos em cada horário.</p>
Higiene corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidade: Um banho diariamente ou mais vezes se houver sujidade aparente com temperatura da água entre 36 e 37°, sendo céfalo-caudal, evitando correntes de ar no ambiente; • Utilizar sabonete neutro.
Sono	<p>Os RNs podem apresentar diferentes padrões de sono, podendo acordar várias vezes durante a noite, bem como dormir por muitas horas. Recomenda-se, portanto que seja mantida a iluminação natural durante o dia e a penumbra à noite, instituindo-se desta forma, gradativamente, uma disciplina quanto aos hábitos de sono e respeitando-se suas necessidades de alimentação.</p>
Coto umbilical	<p>Limpeza com cotonete e álcool 70% após a higiene corporal e todas as trocas de fraldas, no sentido de dentro do umbigo para fora.</p>
Troca de fraldas	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizada toda vez que houver eliminações; • Limpeza do períneo com gaze ou algodão e água e se necessário realizar higiene com água e sabonete neutro para os casos de excesso de sujidade.
Eliminações fisiológicas	<p>Observar 8 a 12 eliminações diárias.</p>

Icterícia neonatal	<p>Observar a coloração amarelada da pele segundo a classificação:</p> <p>Zona 1. Icterícia observada na cabeça e pescoço BT ≈ 6mg/dL; Zona 2. Icterícia estendendo-se até o umbigo BT ≈ 9mg/dL; Zona 3. Icterícia estendendo-se até os joelhos BT ≈ 12mg/dL; Zona 4. Icterícia estendendo-se até os tornozelos BT ≈ 15mg/dl; Zona 5. Icterícia na planta dos pés e palmas das mãos BT ≈ 18mg/dL ou mais.</p> <p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio à amamentação frequente e com sucesso, se indicada; • Orientar a ordenha mamaria de 3 em 3 horas para manter a lactação e o condicionamento do leite ordenhado para ser usado quando o aleitamento for restabelecido; • Encorajar o reinício da amamentação se sua interrupção temporária for prescrita; • Orientar a observação da frequência, quantidade e coloração da urina e das fezes; • Orientar a importância da realização dos exames de sangue.
Particularidades ao RN pré-termo e de baixo peso	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar ou consulta de enfermagem logo após a alta hospitalar; • Organização da alta qualificada (hospital X Atenção Básica); • Coleta do teste do pezinho: atenção às três amostras; • Observar retorno no hospital de origem; • Verificar medicações prescritas e orientar os familiares sobre preparo da dosagem e horários; • Realizar o cálculo da idade corrigida tendo como objetivo realizar um ajuste para identificar a idade atual do bebê, caso tivesse nascido a termo, isto é, com 40 semanas. A correção da idade gestacional deve ser feita até 2 anos de idade, porém, bebês nascidos com idade gestacional menor que 30 semanas, corrige-se até 3 anos; • Orientar, capacitar e sensibilizar a família para a prática do método canguru, esclarecendo seu objetivo e benefícios para o recém-nascido e familiares; • Atenção para a utilização do Palivizumabe, medicamento indicado para aumentar a proteção de crianças contra a infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR), que em casos específicos poderá ser administrado em até cinco doses, a cada 30 dias, no período de sazonalidade (recomendado para pré-termos e RN de maior risco).

FONTE: Protocolo do RN- Saúde da Criança - SMS-RP

Práticas integrativas e complementares em saúde

As Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) surgem em um contexto de insatisfação do usuário com os tratamentos convencionais – estes muito técnicos, muitas vezes sem oferecer cura para algumas doenças. As PICS têm uma abordagem mais holística do indivíduo, uma vez que consideram a participação dele no próprio processo de cuidar-se.

É sabido que a cultura e o contexto social e familiar em que está inserido afetam diretamente o modo de cuidar do RN. Estar atento a estas questões e usá-las em benefício da família, além de ajudar no cuidado, auxilia o empoderamento dos sujeitos na atenção ao RN. Porém não temos muita produção científica neste sentido.

Há muitas opções empíricas de PICS para o RN. Destacam-se aromaterapia, reiki, musicoterapia, cromoterapia. No ambiente virtual, em uma simples pesquisa sobre o tema, várias páginas surgem em resposta. Mas pouco ou nenhum arquivo retornou na pesquisa sobre este assunto no LILACS ou Scielo. Como exemplo de como um conhecimento pode interferir no cuidado é o uso de chás. É cultural oferecer chás ao RN a fim de acalmar sua dor ou ajudá-lo a dormir, mas é amplamente conhecida a importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida.

À enfermagem cabe se apropriar destes cuidados, estudá-los e produzir conhecimento e atenção à saúde para oferecer assistência humana, digna e confiável, embasada em conhecimentos científicos e saberes baseados em evidências.

Destacamos aqui algumas PICS comprovadamente eficazes no cuidado ao RN.

1. Massagem

Ao nascer, o recém-nascido é um ser completamente dependente de cuidados e atenção. Temos uma cultura muito forte de não oferecer contato para “não acostumar no colo”. Porém, este discurso está em contradição com o que nos oferece a literatura.

Barcia (2010) sugere que o tato pode auxiliar os pais a conhecerem melhor seu bebê e responderem de forma mais adequada às suas necessidades. Verificou-se que a prática da massagem durante o primeiro ano de vida aumentou a autoconfiança materna ao desempenhar seu papel de mãe, além de melhorar a forma como elas lidam com aspectos estressantes da maternidade como a amamentação e as novas rotinas com a chegada do bebê.

Além disso, Castillo Ramirez e Vargas Duran (2017), em sua revisão sobre a efetividade da massagem abdominal, concluíram que, embora não haja suporte científico para a massagem abdominal, há alteração do comportamento, redução das horas de choro e melhora no sono dos lactentes que apresentam cólicas durante os seis primeiros meses de vida.

Ao inserir a massagem nos planos de cuidados aos recém-nascidos, pode-se observar a satisfação dos pais em aprender a técnica, uma vez que promove maior contato, autonomia no cuidado e melhora a auto estima do cuidador.

2. Shantalla

Frédéric Leboyer, médico francês, em uma viagem para a Índia, observou uma mãe que massageava seu bebê. A cena o impressionou pela simplicidade, calma e grande interação que a mãe demonstrava. Ele foi um grande difusor da prática no ocidente. Em seu livro “Shantala, massagem para bebê: uma arte tradicional”, Leboyer descreve sucintamente todo o movimento da técnica a fim de auxiliar as mães no cuidado com seus filhos e destaca todo o potencial adaptativo que esta prática promove ao recém nascido:

“A Shantala, enquanto toque terapêutico proporciona a estimulação cutânea e o desenvolvimento psicomotor da criança. O toque estimula a pele que, por sua vez, produz enzimas necessárias à síntese proteica. Ocorre também a produção de substância que ativa a diferenciação de linfócitos T responsáveis pela imunidade celular. Ainda em termos biológicos, diminui os níveis das catecolaminas (epinefrina, norepinefrina e cortisol) e ativa a produção de endorfinas, neurotransmissores responsáveis pelas sensações de alegria e bem estar. Como consequência a criança relaxa e o sono fica mais resistente a barulhos externos, a amamentação é facilitada, a ocorrência de cólicas diminui e o vínculo mãe e filho é ampliado” (VICTOR e MOREIRA, 2004).

Como recomendação, é preferível começar a utilizá-la com um mês de vida do bebê, podendo ser aplicada até quando a criança aceitar. Não é recomendável que seja aplicada assim que o bebê for alimentado ou estiver com algum desconforto (febre, resfriado etc). A massagem deve ser aplicada em um ambiente agradável onde mãe e bebê estejam de fato apreciando o momento e não esteja excessivamente quente ou frio.

Enfim, a massagem pode e deve oferecer um momento agradável de interação entre mãe e bebê a fim de promover benefícios aos dois.

3. Grupos de orientação

A atenção à saúde materno-infantil é uma das prioridades em saúde pública, com foco na assistência qualificada, redução dos índices de morbimortalidade, prevenção de agravos, promoção da saúde e bem-estar da díade mãe-filho. Tem como marco organizacional o programa de humanização no Pré-Natal e nascimento (PHPN), instituído pelo ministério da saúde com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao Pré-Natal, parto e puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

A conduta acolhedora tanto com ações de promoção, quanto de prevenção e assistência, para o atendimento da mulher e o recém-nascido determinam a qualidade e o vínculo que se estabelecerá para a continuidade da assistência. As atividades educativas referem-se às práticas de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas através de momentos ação-reflexão capazes de possibilitar às pessoas um aprendizado consciente para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida. (PEREIRA, 2003; GOMES, et.al, 2014).

Para o desenvolvimento e abordagem em grupos, podemos nos basear na metodologia de Pichon Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, que elaborou, na década de 1940, a teoria do grupo operativo (Rivière, 1988), na qual a aprendizagem é um processo contínuo, centrado na abordagem grupal, na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros não havendo, portanto, transmissão unilateral de conhecimentos, mas participação, comunicação e interação.

Quadro 14: Sugestões para a elaboração de grupos operativos

Tema	Estratégia	Resultados
Cuidados com o recém-nascido	Oficinas com demonstração dos primeiros cuidados que pode ser tanto com boneca como RN de mães participantes dos grupos de Pré-Natal.	Possibilitar o treino para o banho, limpeza do coto umbilical, troca de fraldas, banho de sol e identificação de sinais de risco (desidratação, febre, sonolência, icterícia, cianose). Sensibilizar para as consultas de puericultura e imunização.
Aleitamento materno	Oficina para abordagem de aleitamento materno exclusivo, as intercorrências que podem surgir e como lidar, os benefícios, o desmame na volta ao trabalho. (Sugestão: dramatização).	Sensibilização para aleitamento materno exclusivo.

Destaca-se que o quadro não traz a totalidade dos temas trabalhados, mas exemplifica o método que poderá ser utilizado.

Na finalização de cada encontro, deve-se realizar o feedback para avaliação do efeito e da eficácia do grupo, questionar sobre sugestões ou adaptações e, ainda, deverá ser pactuado o assunto que será explorado no encontro seguinte.

4. Acupuntura

Uma outra possibilidade é a realização da acupuntura.

II. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

Quadro 15: Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na assistência à puérpera e recém-nascido - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Nanda 2018-2020	
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Amamentação interrompida	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o binômio mãe-filho; • Orientar a oferta de leite através do copo; • Orientar e estimular a sucção efetiva da mama.
Hiperbilirrubinemia neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar os sinais vitais; • Orientar banho de sol nos horários recomendados; • Monitorar a evolução do quadro.
Padrão de sono prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar o ambiente; • Orientar quanto ao: <ul style="list-style-type: none"> • Conforto; • Banho; • Posicionamento. • Orientar a realização de shantala.
Risco de constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o risco; • Monitorar a dor; • Orientar exercícios que estimulem os movimentos peristálticos (bicicletinha); • Avaliar o tipo de amamentação.

Risco de morte súbita do lactente	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o nível de risco; • Orientar quanto à posição correta de dormir do bebê; • Orientar sobre o uso excessivo de roupas no bebê.
-----------------------------------	--

Fonte: NIC, 2016; NANDA-I, 2018-2020.

Quadro 16: Alguns diagnósticos e intervenções na assistência no puerpério e RN - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

CIPE 2018	
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Desenvolvimento do lactente, prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a altura e o peso do recém-nascido; • Acompanhar o gráfico de crescimento do recém-nascido; • Obter dados sobre amamentação exclusiva; • Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de desenvolvimento do lactente; • Orientar família sobre desenvolvimento do recém-nascido.
Integridade da pele, prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe sobre o cuidado da pele do recém-nascido; • Examinar cuidadosamente a integridade da pele do recém-nascido; • Identificar causa de prurido, lesão, eritema etc.; • Aplicar medidas terapêuticas para o tratamento, se necessário.
Respiração, prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar condição respiratória; • Obter dados sobre condição respiratória; • Orientar a desobstrução nasal através do uso de soro fisiológico.
Sono, prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a diminuição de estímulos no momento de dormir; • Orientar o uso de massagens no recém-nascido; • Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir.
Risco do efeito de imunização	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que é um evento inesperado da vacina; • Orientar retorno à unidade de saúde, se piora do quadro; • Prescrever medicação antitérmica, se necessário.

Fonte: CIPE, 2018 (revisado).

Referências

- BARCIA, S.; VERISSIMO, M. A importância da massagem do bebê para as atitudes face à maternidade. **Psicol. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 271-281, 2010.
- BASTOS, A. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicol.InF*, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-9, jan./dez. 2010.
- BENFATTI, B. Nova terapia alivia dores de puérperas. **EntreTeses**, São Paulo, n. 3, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/reitoria/dci/edicao-atual-entreteses/item/2279-nova-terapia-alivia-dores-de-puerperas>>. Acesso em: ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. 230 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.
- BULECHEK, G M.; BUTCHER H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C .M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- CASTILLO RAMIREZ, M.; VARGAS DURAN, K. *Efectividad del masaje en el área abdominal para la reducción de los cólicos del lactante*. **Enferm. Actual Costa Rica**, San José, n. 32, p. 79-89, jun. 2017.
- CERVellini, M. P.; GAMBA, M. A.; COCA K. P.; ABRÃO, A. C. F. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar para um problema conhecido. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 346-56, 2014.
- CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; SANTIAGO, L. B.; VIEIRA, G.O. Uso de galactagogos na prática clínica para o manejo do aleitamento materno. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 146-153, 2008. Suplemento 1.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **CIPE® Versão 2017. Português do Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 039, de 28 de junho de 2013.** Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. Aprovado em 10 de julho de 2013 na 32ª Reunião da Câmara Técnica. Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 843ª Reunião Plenária Ordinária. São Paulo: COREN, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério.** São Paulo: FEBRASGO, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Saúde da mulher na Atenção Primária:** acolhimento das demandas à mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis: PMF, 2016. (Protocolo de Enfermagem, v. 3).

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. 3. ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_bebe_prematuro_3ed.pdf. Acesso em: 5 ago. 2019.

GIUGLIANI, C.; GIUGLIANI, E. R. J. Uso de fármacos e outras exposições na lactação. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. **Medicina ambulatorial:** conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GIUGLIANI, E. R. J. Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 197-198, 2003.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p.147-154, 2004a. Suplemento.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: principais dificuldades e manejo. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. **Medicina ambulatorial:** conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004b. cap. 23, p. 232-239.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. **Medicina ambulatorial:** conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004c. cap. 22, p. 219-231.

ICTERÍCIA NEONATAL. **Enfermagem e Saúde.** 2011. Disponível em: <http://enfermagemesaude.com.br/guia-enfermagem/4317/ictericia-neonatal>. Acesso em: 05 ago. 2019.

INDAIAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU). **Protocolo de assistência ao Pré-Natal.** Indaial: Secretaria de Saúde, 2016.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, s181-s188, 2004. Suplemento.

LEBOYER, F. **Shantala, massagem para bebês:** uma arte tradicional. 7. ed. São Paulo: Ground, 1995.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do cuidado no Pré-Natal e puerpério na Atenção Primária em Saúde.** 2. ed. Londrina: SMS, 2016.

LOWDERMILK, D. L. **Obstetrícia e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MASCARELLO, K. C.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 21, p. e180010, 2018.

MORAIS, A. E. P.; THOMSON, Z. Problemas das mamas e dos mamilos. In: CASTRO, M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento materno:** manual prático. 2. ed. Londrina: AMS, 2016.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NOUBOUOSSIE, D.; KEY, N. S. *Sickle cell disease and venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium*. **Thromb. Res.**, Elmsford, v. 135, p. S46–S48, 2015. Supplement 1.

PEREIRA, M. J. B.; REIS, M. C. G.; QUELUZ, M. C.; SOUZA, L. A.; MARTINEZ, G. L.; CAVALLI, R. C. Protocolo clínico e de regulação para manejo das intercorrências mamárias durante a amamentação pós-parto. In: SANTOS, J. S.; PEREIRA JUNIOR, G. A.; BLIACHERIENE, A. C.; FORSTER, A. C. **Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 281-300.

QUELUZ, M. C. **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana -SP**. 2011. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

QUELUZ, M. C.; PEREIRA, M. J. B.; SANTOS, C. B.; LEITE, A. M.; RICCO, R. G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo. Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

REGO, J. D. **Aleitamento materno – “ordenha de leite: como, quando e por que fazê-la?”**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Saúde da Criança e do Adolescente. **Protocolo de Enfermagem na Assistência à Criança**. Ribeirão Preto: Secretaria de Saúde, 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo de Aleitamento Materno. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Legislação e aleitamento materno**. Direitos da Mulher no Trabalho. Ribeirão Preto, [201-?]. Folder. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau/programas011.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Diretrizes para Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Processo de Enfermagem em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. **Linha de cuidado materno-infantil**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2018.

SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M. H. S. N. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 854-863, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do Pré-Natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.

SCHMITZ, E. M. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1995.

SILVA, D. G.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p.439-450, set. 2003.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VICTOR, J. F.; MOREIRA, T. M. M. Integrando a família nos cuidados de seus bebês: ensinando a aplicação da massagem shantala. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 35-39, 2004.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: CLR Balieiro, 2002.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Introdução

O climatério é definido como uma fase biológica da vida da mulher que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo e ocorre habitualmente na idade entre 40 e 65 anos (BRASIL, 2008; 2016; WHO, 1996).

Nesta fase, várias alterações fisiológicas são observadas e devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde, a fim de que estejam aptos a fornecer orientações visando a diminuição da ansiedade e o estímulo à reflexão de como a mulher lida com este processo, não somente fisiológico, mas também cultural, relacionado ao envelhecimento.

A menopausa, marco do período do climatério, é conceituada como a interrupção da menstruação após 12 meses consecutivos de amenorréia e que ocorre, geralmente, entre os 48 e 50 anos de idade (BRASIL, 2016).

É importante ressaltar que esta fase é um processo biológico e não patológico e que deve envolver uma abordagem humanizada por parte dos profissionais de saúde, pautada em princípios éticos e competências relacionais, orientações, educação em saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2008; 2016; SBGG, 2012).

Aspectos culturais e psíquicos são importantes, destacando-se entre eles o medo de envelhecer, a preocupação com a autoimagem – cada vez mais sentida na sociedade moderna –, a instabilidade conjugal, a síndrome do ninho vazio e a competição com o marido (ROCHA *et al.*, 2014).

I. Manifestações associadas ao climatério

As manifestações associadas ao climatério podem ser transitórias ou não e estão ligadas principalmente ao hipostrogenismo, no entanto, o aparecimento de sintomas dependerá também de fatores hereditários, culturais e socioeconômicos (FEBRASGO, 2010).

Quadro 1: Manifestações associadas ao climatério

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

Alterações dentárias	Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.
Obesidade	Há tendência à obesidade do tipo androide (circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso/altura ²) maior que 25.

FONTE: FEBRASGO, 2010

II. Atribuições da equipe de enfermagem

Atribuições do enfermeiro no período do climatério e menopausa:

- Utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de enfermagem em saúde da mulher, por meio do processo de enfermagem;
- Realizar a consulta de enfermagem com o objetivo de viabilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Prescrever cuidados de enfermagem;
- Realizar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, tal como ocorre na coleta de exame Papanicolau;
- Solicitar exames e prescrever medicamentos estabelecidos em protocolos ou normas técnicas aprovadas pela instituição e gestor local;
- Realizar práticas integrativas e complementares em saúde dentre as ações de cuidado, se detentor de formação especializada com registro do título no conselho regional;
- Conduzir e coordenar grupos terapêuticos;
- Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente;
- Efetuar a referência e contra referência das usuárias;
- Desenvolver e atualizar protocolos relativos à atenção de enfermagem;
- Desenvolver ações de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem.

Atribuições comuns a técnicos e auxiliares de enfermagem no período do climatério e menopausa:

- Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados de maior complexidade técnica;
- Participar dos cuidados gerais aos usuários de acordo com a legislação e com a prescrição de enfermagem ou protocolo pré-estabelecido;
- Participar de atividades grupais junto aos demais profissionais da equipe de saúde;
- Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referentes às boas práticas da atenção à saúde da mulher.

III. Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem é prerrogativa do enfermeiro e um momento de suma importância para o levantamento de dados fiéis, que possam dirigir à intervenção adequada. Como em todas as fases da vida da mulher, as condições socioculturais e os fatores individuais podem influenciar e promover variações na sintomatologia do climatério.

De forma geral, os principais objetivos da consulta devem ser identificar a mulher climatérica, rastrear as condições de risco e adequar a terapêutica dessas pacientes (BARROS, MARIN, ABRÃO, 2009).

O enfermeiro deve conferir à mulher possibilidades de liberdade e autonomia, além de promover a construção de um estilo de vida saudável e a adoção de mudanças de paradigmas, para que esta entenda a concepção ampliada de cuidado em suas diversas dimensões, como indispensável para a vida humana (FABRI *et al.*, 2013).

O enfermeiro tem papel fundamental para a escolha da mulher no que se refere ao seu tratamento e autocuidado, o qual deve ser aceito e reconhecido por ela. Para isso, a abordagem deve se fundamentar no paradigma humanístico e desmedicalizador. A posição assumida pela mulher deve ter como base ações educativas para seu empoderamento (KANTOVISKI, VARGENS, 2010).

IV. A. Anamnese

Visando reconhecer precisamente as necessidades das mulheres atendidas, recomenda-se, minimamente, a coleta das informações abaixo listadas, durante a consulta de enfermagem.

Ressalta-se que é preciso que os profissionais adotem postura acolhedora, com disponibilidade para a escuta empática e o estabelecimento de vínculo (CUNHA, SOUZA, 2017).

Quadro 2: Roteiro para entrevista focada

- Data da primeira menstruação;
- Data da última menstruação;
- Orientação e hábitos sexuais;
- Antecedentes pessoais e familiares;
- Métodos contraceptivos;
- Hábitos alimentares;
- Hábitos de sono/repouso;
- Hábitos de atividades físicas;
- Histórico de quedas;
- Patologias existentes;
- Tabagismo e história familiar de câncer de mama;
- Última coleta de citopatológico do colo do útero – resultado;
- Sangramento genital pós-menopausa;
- Queixas;
- Realização de mamografia – último resultado;
- Medicamentos de rotina;
- Dados sobre alergias;
- Situação vacinal;
- Atentar-se para as vulnerabilidades – exemplo: violência*.

*Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual

A violência contra a mulher por sua magnitude e complexidade é reconhecida como questão de saúde pública, visto que afeta a saúde individual e coletiva e exige ações públicas e da sociedade civil para o seu enfrentamento.

Cabe às unidades de Atenção Básica:

- Acolher a mulher e identificar o tipo de violência;
- Orientar e prescrever: contracepção de emergência em até cinco dias, vacinação para esquemas incompletos ou não imunizadas para hepatite B + imunoglobulina;
- Preencher a notificação do Sinan e encaminhar para o serviço de referência.

Quadro 3: Exame físico específico

- Questionar dificuldades visuais;
- Observar alterações na mucosa oral;
- Observar alterações tegumentares;
- Observar alterações no sistema cardiovascular;
- Verificar o índice de massa corporal e a circunferência abdominal;
- Examinar as mamas, com orientação para o autoexame e solicitação oportuna de mamografia (ver capítulo sobre prevenção do câncer de mama);
- Realizar exame ginecológico orientado para as queixas urogenitais, com coleta oportuna de exame citopatológico de colo uterino (ver capítulo sobre prevenção do câncer de colo do útero);
- Observar as condições musculoesqueléticas com enfoque na perda de força e equilíbrio.

IV. B. Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Quadro 4: Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem no climatério e menopausa – Nanda-I e NIC (Nursing Interventions Classification)

Nanda 2018-2020	
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Conforto prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o apoio espiritual; • Auxiliar a busca para redução da ansiedade.
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar técnicas para acalmar; • Ensinar técnicas para relaxamento.
Termorregulação ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar as mudanças relacionadas à fase do climatério/menopausa; • Promover ingestão adequada de líquidos; • Oferecer chá de folhas de sálvia em infusão.
Disfunção sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir as modificações do corpo durante o climatério/menopausa; • Discutir sobre técnicas que podem aprimorar a relação do casal.
Padrão de sexualidade ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a qualidade da lubrificação vaginal e o uso de lubrificantes, se necessário.

Fonte: NIC, 2016; NANDA-I, 2018-2020.

Quadro 5: Alguns diagnósticos e intervenções no climatério e menopausa - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

CIPE 2018	
Diagnósticos de enfermagem	Intervenções
Desconforto	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar cuidados de conforto; • Orientar sobre cuidados de conforto no climatério.
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar ansiedade; • Esclarecer sobre a ansiedade, medos, anseios, pensamentos perturbados e crises de pânico; • Orientar técnicas de auto controle, meditação, etc.
Termorregulação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura corporal; • Orientar sobre o manejo com a termorregulação; • Promover termorregulação positiva através de uso de fitoterápicos ou terapias complementares; • Encaminhar para avaliação médica, se necessário.
Comportamento sexual problemático	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; • Orientar sobre o comportamento sexual.
Desempenho sexual prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o uso de lubrificante vaginal; • Sanar dúvidas sobre a diminuição da libido; • Demonstrar técnica de relaxamento; • Encaminhar para avaliação psicológica; • Encaminhar para avaliação médica, se necessário.
Risco de função do sistema urinário prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar exercícios para fortalecimento da musculatura perineal; • Orientar aumento da ingestão hídrica; • Orientar sinais de urgência miccional.
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre as medidas de prevenção de quedas e suas consequências; • Orientar sobre a adaptação de móveis e estrutura da residência; • Encaminhar para avaliação ortopédica, se necessário.

Fonte: CIPE, 2018 (revisada)

Ressalta-se que as intervenções dos profissionais de enfermagem devem gerar resolução dos diagnósticos, em tempo hábil, visando agregar valor à assistência. Assim, as melhores práticas precisam ser buscadas constantemente em literatura científica.

IV. C. Exames complementares

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento das mulheres que se encontrarem na fase do climatério/menopausa, desde que haja documentação em consulta de enfermagem das condições que justifiquem a solicitação dos exames, conforme este documento. Além disso, deverá:

- encaminhar para atendimento médico as usuárias cujos resultados dos exames complementares estejam fora dos padrões de normalidade;
- obedecer a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento e não solicitá-los em frequência superior à estabelecida;
- realizar avaliação clínica da usuária e encaminhá-la para atendimento médico quando necessário.

Quadro 6: Exames complementares que podem ser solicitados por enfermeiro

Tipo de exame	Agravos associados	Periodicidade	Valores de referência e encaminhamentos
FSH - Hormônio folículo estimulante	Distúrbios na hipófise ou doenças que envolvem os ovários	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal	Hipofunção ou falência ovariana: > 40 mUI/ml
TSH – Hormônio estimulante da tireoide	Distireoidismo	Anual	Entre 0,3 e 4,0 mUI/L
Estradiol	Alterações menstruais, menopausa, menopausa precoce, doenças ovarianas.	Quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal.	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório. Baixos níveis podem indicar disfunções ovarianas e menopausa.
Glicemia de jejum	Intolerância à glicose, diabetes	Anual	<ul style="list-style-type: none"> • Desejável < 110 mg/dL; • ≥ 110 mg/dL, encaminhar para avaliação médica.
Triglicérides	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • Desejável < 150 mg/dL; • Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor ≥ 500mg/dL, encaminhar para avaliação médica.
Colesterol total	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • Desejável < 200 mg/dL; • Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto); • Se valor > 300mg/dL, encaminhar para avaliação médica.
Colesterol HDL	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 40 mg/dL; • Se <40 mg/dL encaminhar para avaliação médica.
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas	Se necessário, mediante sintomas sugestivos dos agravos relacionados	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
ALT/AST	Alteração das funções hepáticas associadas à diabetes e obesidade	Anual	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório

Urina 1 e urocultura	Infecção do trato urinário, comprometimento da função renal	Se necessário, mediante queixas do aparelho urinário	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
PSO – Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Anemia, alterações no aparelho digestório	Se necessário, mediante queixas do aparelho digestório	Se positivo, encaminhar para avaliação médica
ECG	Alterações cardíacas	Anual e mediante sintomas relatados	Encaminhar para avaliação médica as mulheres com traçados alterados
Mamografia	Rastreamento do câncer de mama	Vide capítulo sobre prevenção de câncer de mama	

IV. D. Prescrições farmacológicas e não farmacológicas do enfermeiro

Quadro 7: Abordagem farmacológica e não farmacológica

Prescrição	Justificativa	Realizar/orientar	Executor
Ioga	A ioga é efetiva na redução da insônia e fogachos	Orientar a paciente com relação à prática de acordo com suas condições físicas, esclarecendo os benefícios e cuidados.	Enfermeiro
Acupuntura	A acupuntura é comumente utilizada no tratamento de sintomas climatéricos e outras condições ginecológicas e pode ser entendida como uma forma de estimulação neurológica. (BARRA <i>et al.</i> , 2014)	Realizar sessão de acupuntura em ambiente adequado. Informar a paciente sobre o que será realizado, tempo da sessão e benefícios do procedimento, deixando-a confortável e segura	Enfermeiro especialista
Exercícios de Kegel	São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual. (USP, 2014)	Orientar a paciente como realizar o exercício e sobre sua importância. (Anexo 1)	Enfermeiro
Fitoterápicos	Fitoterapia é o uso de plantas medicinais como matérias-primas. Para as mulheres com intolerância ou contraindicação aos estrogênios como terapia medicamentosa, pode-se fazer uso de fitoestrogênios (FIGUEIREDO, <i>et al.</i> , 2011)	Prescrever fitoterápico, orientar o uso e possíveis efeitos colaterais. (Anexo 3).	Enfermeiro especialista

Banhos de assento	No período do climatério são frequentes as alterações na flora vaginal ocasionadas pela mudança hormonal. O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas tentando-se, para tal, restaurar o equilíbrio vaginal através da redução do número de lactobacilos e, conseqüentemente, aumento do pH vaginal.	Orientar a paciente quanto ao banho de assento (Anexo 2).	Enfermeiro
Homeopatia	A homeopatia tem sido utilizada para tratamento dos sintomas da menopausa. (FIGUEIREDO <i>et al.</i> , 2011) A avaliação para o tratamento deve ser realizada pelo enfermeiro homeopata.	Prescrever medicamento homeopático: - <i>Lachesis muta</i> , <i>Belladonna Sulphur</i> , <i>Sepia officinalis</i> , <i>Sanguinaria canadensis</i> , <i>Amylium nitrosum</i> , <i>Calcarea carbonica</i> , <i>Glonoinum</i> , <i>Natrum muriaticum</i> e <i>Pulsatilla</i> .	Enfermeiro especialista
Terapia de reposição hormonal* (estrogênio tópico vulvovaginal)	Diminuição de libido, disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital. (COREN-SC, 2017)	Prescrever medicamento alopático: Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações. (COREN-SC, 2017)	Enfermeiro
Lubrificação vaginal	A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão. (USP, 2014)	Orientar quanto à utilização de lubrificantes íntimos a base de água. Conversar sobre as mudanças no organismo durante o climatério.	Enfermeiro
Cosmético Hidratação da pele Filtro solar com FPS 15 ou superior	Uso diário de um filtro solar com FPS 15 ou superior (preferencialmente acima de 30) - permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserva a umidade necessária às células cutâneas (BRASIL, 2008).	Recomendar uso de filtro solar com base umectante no rosto, pescoço e mãos todas as manhãs após a limpeza. Deve ser reaplicado periodicamente a cada três ou quatro horas, sempre que possível após nova limpeza com água. (BRASIL, 2008)	Enfermeiro

Exercícios físicos	A prática regular de atividade física melhora a capacidade cardiovascular e respiratória, promove o ganho de massa óssea, diminui a pressão arterial em hipertensas, melhora a tolerância à glicose e a ação da insulina (BRASIL, 2008).	Recomendar a prática de atividades físicas e exercícios aeróbicos e musculação devidamente orientados por profissionais da área. Exemplos: caminhada, natação, hidroginástica, dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta, passear com o animal de estimação, etc.	Enfermeiro
Alimentação saudável	O consumo inadequado de alimentos pode contribuir para a osteoporose e o consumo excessivo pode causar obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, Diabetes mellitus e outras (BRASIL, 2008).	Recomendar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, devidamente orientados por profissionais da área.	Enfermeiro

*Terapia de reposição hormonal (TRH)

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal e realizar a reavaliação semestral, respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, desde que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método (COREN-SC, 2016).

É importante informar à paciente dos riscos associados ao uso da TRH (cardiovasculares, neoplasias, dentre outras) e do acompanhamento a ser realizado caso seja necessário tal tratamento (BRASIL, 2016).

Quadro 8: Contraindicações absolutas e relativas à terapia de reposição hormonal

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Câncer de mama; • Câncer de endométrio; • Doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfíria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Endometriose; • Miomatose uterina.

Fonte: BRASIL, 2019. p. 207

IV. E. Vacinas a serem administradas na menopausa e climatério

Quadro 9: Esquema de vacinação para adultos entre 20-59 anos

Intervalo entre as doses	Imunobiológicos	Esquema
Primeira visita	dT ² ; Hepatite B; Sarampo, caxumba, rubéola (SCR).	Primeira dose; Primeira dose; Dose única ³ .
2 meses após a primeira visita	dT; Hepatite B ⁴ ; Febre amarela.	Segunda dose; Segunda dose; Dose única.

4 - 6 meses após a primeira visita	dT; Hepatite B ⁵ .	Terceira dose; Terceira dose.
A cada 10 anos por toda a vida ⁶	dT.	Reforço.

Notas

1. Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacina incompleto, é suficiente completar o esquema iniciado;
2. Caso o adulto tenha recebido 3 ou mais doses das vacinas DTP, DTPa, dTpa, dT ou DT, aplicar uma dose de reforço, se decorridos 10 anos da última dose. Em caso de gravidez observar o calendário para gestante;
3. Para pessoas de 20 a 29 anos de idade e profissionais de saúde, recomendam-se duas doses da vacina SCR, com intervalo de 4 semanas. Demais adultos nascidos a partir de 1960, devem ter pelo menos uma dose. A vacina também está disponível para mulheres no puerpério; caso não tenha sido administrada no puerpério, administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde;
4. O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda doses da vacina hepatite B é de 4 semanas;
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. Na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos. Em caso de gravidez observar calendário específico para gestante.

Quadro 10: Esquema de vacinação para adultos com 60 anos ou mais de idade

Intervalo entre as doses	Imunobiológicos	Esquema
Primeira visita	dT ² ; Febre amarela ³ ; Hepatite B.	Primeira dose; Dose única; Primeira dose.
2 meses após a primeira visita	dT; Hepatite B ⁴ .	Segunda dose; Segunda dose.
4-6 meses após a primeira visita	dT; Hepatite B ⁵ .	Terceira dose; Terceira dose.
A cada 10 anos por toda a vida ⁶	dT.	Reforço.
Anualmente	Influenza ⁷	Doses anuais.

Notas

1. Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema iniciado;
2. Caso o adulto tenha recebido 3 ou mais doses das vacinas DTP, DT, dT, aplicar uma dose de reforço, se decorridos 10 anos da última dose;
3. Avaliar o risco-benefício da vacinação levando em conta o risco da doença e de eventos adversos nesta faixa etária ou decorrente de comorbidade;
4. O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda doses da vacina hepatite B é de 4 semanas;
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. Na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos;
7. Disponível na rede pública durante períodos de campanha.

Fonte: Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo, 2018; DOE – Res.SS Nº 68 de 25/09/2018

V. Grupos e atividades de educação em saúde – promoção da saúde

A Educação em saúde, por meio de grupos, pode contribuir na mudança de ações de indivíduos ou coletivos, visando o autocuidado (PMSP, 2016).

Assim, “a assistência à saúde da mulher no climatério também deve ser proporcionada por meio de programas educativos institucionalizados, com prioridade para a assistência em grupos de autoajuda e aconselhamento psicológico” (MILANEZ 2004, *apud* VEIGA 2016).

Ouvir outras mulheres que vivenciam problemas semelhantes pode contribuir para que cada uma se compreenda melhor, dê sentido às próprias vivências sobre o climatério, sexualidade e envelhecimento. Além disso, pode ampliar os grupos de amizades e melhorar a autoestima. No compartilhamento de experiências, a crise pessoal pode encontrar novas possibilidades de se “re-significar” diante da complexidade enfrentada nesta etapa de vida (BRASIL, 2008).

Segundo Freitas *et al.* (2016), a adesão e participação das usuárias em grupos educativos no climatério contribuíram para que estas tivessem uma melhor qualidade de vida, no fator relações sociais.

O enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, como membros da equipe de assistência à mulher no climatério, devem participar do planejamento e da execução dos grupos terapêuticos, principalmente os educativos no sentido de orientar, esclarecer e estimular as mulheres no aprendizado e na manutenção da saúde.

Mas ressalta-se que para que haja uma adequada relação entre a usuária e o serviço de saúde, é necessário que todos os funcionários recebam treinamento que possibilite o conhecimento dos fluxos do serviço, das finalidades e da importância que a mulher tem para o serviço e o crescimento técnico-científico nessa área.

Ao realizar um grupo educativo, deve-se atentar para:

- a. finalidade: quais aspectos serão trabalhados;
- b. organização: quem será o facilitador e o planejamento (local, público, objetivo, metodologia, recursos necessários, resultado esperado e avaliação) (PMSP, 2016).

Em relação à estrutura do grupo propriamente dita, é importante lembrar a existência das seguintes etapas:

1. Fase de apresentação: momento de apresentação do facilitador com o grupo. Além de se esclarecer os objetivos e a metodologia a ser utilizada;
2. Fase de desenvolvimento: é composta pelo aquecimento (introdução da temática), aprofundamento (exploração da temática) e processamento (*feedback* sobre a temática);
3. Fase de encerramento: momento final da atividade e de avaliação (PMSP, 2016).

Nota-se que os profissionais que estiverem envolvidos na organização e execução destes grupos devem considerar as particularidades, interesses e iniciativas da própria população, com sensibilidade de eleger os temas mais relevantes e enriquecedores para as usuárias (BARROS, MARIN, ABRÃO, 2009).

A seguir, há algumas sugestões de temáticas em Climatério (BRASIL, 2008).

Quadro 11: Sugestão de temas para grupos educativos

- Aspectos psicossociais da mulher no climatério;
- Envelhecimento e sexualidade (Alterações orgânicas no climatério e resposta sexual/ terapia hormonal e sexualidade);
- Promoção da alimentação saudável;
- Prevenção do câncer no climatério (Câncer de mama, corpo do útero, de ovário, de vulva, de pulmão, do cólon e do reto, pele);
- Atividade física na prevenção e melhora de algumas doenças;
- Saúde bucal – medidas de prevenção;
- Autocuidado (cuidados com pele e cabelos, sono, auto-massagem, técnicas de meditação e relaxamento e outras tantas formas que proporcionam o bem-estar físico e psicoemocional);
- Anticoncepção no climatério (Métodos hormonais, métodos de barreira, métodos comportamentais e esterilização cirúrgica);
- Gestação no climatério;
- As infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids no climatério;
- Agravos à saúde mais frequentes durante o climatério (indisposição, hipotireoidismo, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabetes mellitus (DM), transtornos psicossociais, alterações gastrointestinais, alterações urogenitais, efeitos do tabagismo, osteoporose);
- Terapia hormonal (Indicações da terapia hormonal, efeitos colaterais);
- Medicina natural e práticas complementares (fitoterapia, medicina tradicional chinesa - acupuntura, entre outros).

VI. Assistência de enfermagem às mulheres em situações de vulnerabilidade

VI. A. Mulheres negras

A política nacional de saúde da população negra (2011) nos aponta que:

“No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- a. geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
- b. adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e
- c. de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses” (BRASIL, *et al.*, 2001).

Desta forma, concordamos com a política nacional de saúde da população negra quando afirma que há necessidade de uma abordagem adequada para tal população, tendo em vista a especificidade que apresenta, além da questão do racismo no Brasil, que persiste na história e na cultura do país e influencia as instituições com o preconceito, afetando esta população.

VI. B. Mulheres idosas institucionalizadas

O envelhecimento populacional acelerado reafirma a necessidade da prestação de cuidados de longa duração e a instituição de longa permanência para idosos (ILPI) é uma das modalidades disponíveis de assistência.

Em acordo com a resolução da diretoria colegiada (RDC) da agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) nº 283 de setembro de 2005, as ILPIs são residências governamentais ou não, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Visando ao atendimento pleno das necessidades de saúde dos moradores das ILPIs, o regulamento técnico citado acima estabelece que a instituição deve elaborar, a cada dois anos, um plano de atenção integral à saúde para cada residente, em articulação com o gestor local de saúde, garantindo a aplicação dos princípios da universalização, equidade e integralidade do sistema único de saúde. A instituição deve ainda, avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

Assim, entende-se que as equipes de Atenção Primária à Saúde do território onde estiverem inseridas as ILPIs devem buscar os representantes legais destas instituições para construir o plano de atenção à saúde e estabelecerem as ações específicas de acompanhamento do climatério das mulheres idosas.

VI. C. Cultura indígena

Com relação às mulheres índias, a atenção à sua saúde ainda é precária e os 11 dados epidemiológicos disponíveis são insuficientes. Na maioria dos povos indígenas, o envelhecimento é encarado com respeito e as mulheres mais velhas, após a menopausa, tornam-se mais aceitas e valorizadas, pois o significado do sangue menstrual assume conotação diversa da usual entre as não índias. Mas em que pese este melhor espaço social, as iniquidades na atenção à saúde dos povos indígenas ao longo da vida repercutem na saúde das mulheres índias. Para superá-las são necessárias políticas contextualizadas na perspectiva do etnodesenvolvimento. (BRASIL, 2008).

Entre as mulheres indígenas, chama a atenção a problemas de saúde como sobrepeso, obesidade, alterações nos níveis pressóricos, diabetes mellitus, anemia em mulheres gestantes e não gestantes e doenças periodontais. Vale ressaltar que os mesmos problemas de saúde apontam para aspectos peculiares ao processo da transição entre a mulher indígenas, deixando as em uma situação de maior vulnerabilidade para doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis, além de outras complicações na sua saúde. Em parte, esses achados podem ser atribuídos a mudanças de hábitos alimentares, com a redução do consumo de alimentos tradicionais, em favor do consumo de alimentos industrializados.

Verifica-se também uma tendência à redução e intensidade da atividade física, que podem ser em decorrência de alterações importantes nas estratégias de subsistência das populações indígenas.

O controle sobre a fecundidade das mulheres tukano se dá pelos benzimentos e/ou uso de plantas contraceptivas. Esse controle é maior nas primeiras idades do período reprodutivo, o que se confirma na análise dos indicadores de fecundidade, por exemplo, nas médias de idade quando do nascimento do primeiro filho, de 19 a 20 anos nas diferentes etnias. As mulheres jovens, antes de se casar, pedem a um Kumu que faça um benzimento para que não tenham filhos até o momento do casamento ou um pouco depois. Durante o casamento, a fecundidade é controlada mais frequentemente pelo espaçamento entre os filhos. O período de “dieta” das mulheres, quando deve haver a ausência de relações sexuais, é de dois anos, segundo o relato das mulheres de Iauaretê. Essa informação também é confirmada pelos intervalos intergenésicos encontrados, de 2,5 a 3 anos. O outro período em que a mulher lança mão dos benzimentos contraceptivos é no final do seu período reprodutivo, quando pedem ao Kumu para benzê-las de forma que não mais engravidem, interrompendo definitivamente seu período reprodutivo. É o benzimento da menopausa, que pode ser realizado assim que a mulher sente os primeiros sintomas do climatério ou já teve inúmeros filhos.

VI. D. Refugiadas e imigrantes

Durante a história, houve diversos processos migratórios, o que não mudou na atualidade. Inúmeras são as razões que levam os indivíduos a migrar de sua pátria, desde o desejo de conhecer uma nova cultura ou perseguição em sua terra natal.

No Brasil, os principais grupos de refugiados são: sírios, angolanos e colombianos (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária a Saúde é tida como tradicional porta de entrada principal para a assistência à saúde no país e também o é para a mulher migrante. Assim sendo, é importante que a equipe de enfermagem no desenvolvimento de suas ações, tenha sempre em mente que essa mulher:

- Tem direito de acesso estabelecido para o atendimento como qualquer outro cidadão brasileiro;
- Provavelmente já sofreu ou sofre com uma visão estereotipada, reducionista e discriminatória de sua pessoa e/ou cultura. Portanto, carece de um atendimento ético e humanizado;
- Poderá ter um idioma, vestimentas, crenças e valores que, em um primeiro momento, poderão ser completamente novos aos profissionais de enfermagem. Contudo, compete à equipe não tornar essas diferenças culturais um obstáculo a mais para a mulher. Ao contrário, acolhê-la e garantir que seja prestada a melhor assistência possível;
- É uma usuária do SUS, porém quando não busca a APS, como ela cuida da própria saúde? Como ela considera os conceitos de saúde e adoecer? Quais são as redes de apoio que ela possui? Lembrando, que a essência da enfermagem é cuidar do ser humano de modo holístico.

VI. E. Mulheres em situação de rua

A mulher em situação de rua vivencia condições de vulnerabilidade relacionadas a questões psicossociais que geram sofrimentos físicos e emocionais. A vida na rua as expõe a riscos que merecem atenção à saúde sob diversos aspectos, necessitando de abordagem especial dos profissionais da saúde (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado em uma unidade de acolhimento institucional em Salvador (BA) com 46 mulheres em situação de rua, com idades entre 21 e 64 anos, concluiu que a maioria destas mulheres que requeriam o auxílio de um profissional de serviços de saúde, não procurava os serviços por questões burocráticas.

A categoria empírica resultante da análise de conteúdo das entrevistas foi composta por quatro subcategorias que expressam ações de higiene, de proteção contra situações de violência; questões de ordem sexual e reprodutiva e a busca por serviços de saúde. Os cuidados de saúde adotados pelas participantes estão pautados em ideias e construções socioculturais historicamente compartilhadas tendo como foco a higiene, redução de parceiros sexuais e parceria com pessoa do sexo oposto, como uma medida de proteção da violência no contexto de rua (SOUZA *et al.*, 2011).

Estudos brasileiros sobre menopausa e climatério não apontam especificidades para a mulher em situação de rua. Após acolhimento desta mulher, a enfermagem deverá, além dos cuidados específicos, oferecer todos os serviços da UBS e realizar educação em saúde para esta fase de sua vida.

VI. F. Mulheres em situação prisional

A Portaria interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, prevê a inclusão da população penitenciária no sistema único de saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos.

A atuação da enfermagem nesse cenário é de caráter preventivo, como: campanhas de vacinação (principalmente contra hepatite), distribuição de preservativos, planejamento familiar (realizar teste imunológico de gravidez), e orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Ainda, realiza coleta de exames laboratoriais, busca ativa utilizando testes rápidos para HIV, tuberculose, sífilis e campanhas educativas sobre as doenças de maior ocorrência nas respectivas unidades prisionais.

Se houver oportunidade de realizar consulta, o enfermeiro deve realizar conforme consta neste manual (levar os insumos necessários), mas deve se atentar para os possíveis encaminhamentos, devendo pactuá-los com seu gestor antes da visita técnica no presídio.

A atuação da enfermagem deve contribuir para com o resgate da condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico quanto social e psicológico, proporcionando conforto e bem estar e minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito (NORMAS E ROTINAS / SMS-SP, 2016).

Referências

BARRA, Alexandre de Almeida *et al.* Terapias alternativas no climatério. FEMINA. Janeiro/Fevereiro, 2014, V.42 n.1, p. 27-31. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4810.pdf>>. Acesso em 02 ago 2019.

BARROS. A.L.B.L. (Coord) *et al.* Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I – Definições e classificação 2018-2020. Versão 2018. 11. ed. Porto Alegre: Artmed 2018. 1187p.

BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2 Ed. 2009. p. 422.

BRASIL. Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 09 jun 1987.

_____. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:10.

_____. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climatario.pdf>. Acesso em 13 ago 2019.

_____. 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/DF: Ministério da Saúde, 2019. 248 p. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>>. Acesso em 13 ago 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014. 38p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf>. Acesso em 13 set 2019.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n.º 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN J.M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen n.º 564 de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de novembro de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Protocolo de Enfermagem - Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares. Versão 1. Volume 1. 2017. Disponível em <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-1.pdf>>. Acesso em 12 set 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Protocolo de Enfermagem - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Versão 1. Volume 3. 2016. Disponível em <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-3.pdf>>. Acesso em 02 ago 2019.

CUNHA, C.L.F.; SOUZA, I.L. (Organizadores). Guia de trabalho para enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: CRV, 2017. 199 à 201 p.

FABRI A.C.O.C, ALVES M.S., FAQUIM L.J., Oliveira M.L.L., FREIRE P.V, LOPES F.N. **Care in nursing: nurse knowledge of primary health care**. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 28] 7(2):474-80. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2911/pdf_2028>

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Climatério. 2010. Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf>. Acesso em 21 ago 2019.

FEUERSCHUETTE O.H.M., SILVEIRA S.K., FEUERSCHUETTE I., CORRÊA T., GRANDO L., TREPANI A. Candidíase vaginal recorrente: manejo clínico - *Recurrent vaginal candidiasis: clinical management/ Uma revisão sistematizada*. **FEMINA | Fevereiro 2010 | vol 38 | nº 2**. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a005.pdf>>. Acesso em 21 ago 2019.

FIGUEIREDO, A. L. de *et al.* **Menopausa: conceito e tratamentos alopático, fitoterápico e homeopático**. Ciência e cultura. V.7 n.2, p.59-68, Nov. 2011. Disponível em <https://www.unifeb.edu.br/uploads/arquivos/revista-cientifica/rev_nov2011.pdf>. Acesso em 02 ago 2019.

FREITAS, E. R. *et al.* **Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida**. Reprodução & Climatério. v.31, n.1, p. 37-43, jan-abr, 2016.

GARCIA, T. R. (Org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KANTOVISKI A.L.L., VARGENS O.M.C. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):567-70**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7589>>. Acesso em 13 ago 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. (Série Enfermagem).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Enfermagem: Saúde da Mulher, Coordenação da Atenção Básica. 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. (Série Enfermagem).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual Climatério, 2019. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/CLIMATERIO_3_4_2019.pdf>. Acesso em 13 ago 2019.

ROCHA.W., NASCIMENTO E.G.C. do, PESSOA Junior J.M. *et al.* As incertezas de mulheres em vivenciar a sexualidade no climatério. *The uncertainties of women in experiencing sexuality in the climacteric period. Las incertidumbres de las mujeres al experimentar la sexualidad en el climatério.* **Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):314-22, fev., 2014.** DOI: 10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201411.

SÃO PAULO – ESTADO. Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo 2018. DOE – Res.SS N° 68 de 25/09/2018

SOARES, R.; VIEIRA-BAPTISTA, P.; TAVARES,S. Vaginose citolítica: uma entidade subdiagnosticada que mimetiza a candidíase vaginal. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra , v. 11, n. 2, p. 106-112, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 jul 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia quanto ao uso de hormônios, vitaminas, antioxidantes e outras substâncias com o objetivo de prevenir, retardar, modular e/ou reverter o processo de envelhecimento. Rio de Janeiro: SBGG, 2 maio 2012. Disponível em: <https://laggce.files.wordpress.com/2012/08/sbgg_antienvelhecimento.pdf>. Acesso em 14 ago 2019.

USP. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem. É tempo de se cuidar mais. São Paulo, 2014. Material educativo para promover a saúde da mulher.

VEIGA, A. da S.. **Plano de intervenção para mulheres no climatério elaborado pela equipe de saúde da família 1 em Dom Cavati** - Minas Gerais. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ALLAN-SILVA-VEIGA.pdf>>. Acesso em 05 jul 2019.

VIEGAS, P.D. ; VARGA,I. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil, **Saude soc. vol.25 no.3 São Paulo July/Sept. 2016.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=>S0104-12902016000300619&script=sciarttext>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa.* Genebra: WHO, 1996.

Anexo 1

Orientações sobre os exercícios de kegel

Os exercícios de Kegel são feitos a partir da contração e do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico. É uma prática que proporciona uma maior consciência corporal e o fortalecimento dos músculos envolvidos nas sensações de prazer sexual, podendo ajudar as mulheres a atingir o orgasmo. O “segredo” para fazer esses exercícios é identificar os músculos certos.

Para isso, a mulher deve colocar um ou dois dedos limpos na vagina, quando estiver tomando banho, e segurar, contraindo os músculos como se estivesse tentando parar o fluxo de urina. Depois, deve-se parar de fazer a força e relaxar os músculos. Dessa forma, identifica-se o movimento básico do exercício (USP, 2014).

Quadro 12: Orientações para a realização dos exercícios de Kegel

- Faça os exercícios de Kegel quando estiver com a bexiga vazia;
- Quando você for iniciante na prática, tente praticar os exercícios enquanto estiver deitada;
- Segure suas contrações por 3 segundos e depois relaxe por 3 segundos;
- A duração das contrações deve aumentar aos poucos até chegar a 10 segundos;
- Conforme você for dominando a técnica, contraia e relaxe o mais rápido possível, iniciando com 30 repetições, até chegar a 200 vezes;
- Quando você sentir que seus músculos do assoalho pélvico estão ficando mais fortes, tente fazer os exercícios de Kegel enquanto estiver sentada, ou em pé. Você pode fazer esses exercícios em qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independente da posição adotada.

Fonte: USP, 2014

Anexo 2

Banhos de assento

As vulvovaginites são inflamações do tecido da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a vários fatores, desde desequilíbrio da microflora, alterações de pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

Dentre as vulvovaginites, a candidíase vulvovaginal (CVV) a *Candida albicans* é responsável por 85 a 90% dos casos, seguida pelas espécies *C. Glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* e *C. parapsilopsis*. O banho de assento com bicarbonato e utilização de nistatina na vulva também produz boa resposta, pois seu emoliente é extremamente bem tolerado pela pele lesada (FEUERSCHUETTE *et al.*, 2015).

Lembramos que o pH da vagina constitui uma barreira de defesa, pois a acidez detém os germes (o pH normal da vagina varia entre 3,5 e 4,5). Na fase do climatério, devido a alterações hormonais, poderá haver alteração do pH vaginal. (BRASIL, 2016).

Quadro 13: Orientações sobre como realizar banho de assento

Deve-se misturar 30-60g de bicarbonato de sódio em 5 cm de água na bacia;
É aconselhado realizar 2-3 banhos de assento na primeira semana de tratamento e depois 1-2 vezes por semana para prevenir a recorrência sintomática;
A mulher deve sentar-se na bacia duas vezes por dia durante 15 minutos.
(SOARES, 2017)

Anexo 3: Fitoterapia

Fitoterápico	Indicação	Recomendação	Possíveis efeitos colaterais
Soja (Glycinemax)*	Ação estrogênica-símile para os sintomas do climatério. Melhora do perfil lipídico.	Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas. Uso: 50-180 mg/dia, que devem ser divididos em duas tomadas (12h/12h).	Alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.
Trevo vermelho (<i>Trifolium pratense</i>)	Alívio dos sintomas do climatério. Ação estrogênica-símile.	Extrato padronizado a 8% de isoflavonas. Uso: 40-60 mg/dia, com dose única diária.	Semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas. O uso concomitante de anticoagulantes orais ou heparina pode ter seu efeito potencializado. O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifem, pode sofrer interferência. Drogas de metabolização hepática como antialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (itraconazol, cetoconazol) antineoplásicos (paclitaxel, vimblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina, lovastatina) podem ter sua ação alterada.
Cimicífuga (<i>Cimicifuga racemosa</i>)	Sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos). Melhora da atrofia da mucosa vaginal.	Extrato padronizado entre 2,5% e 8% de 27-deoxiacteína. Uso: 40-80mg/dia - pode ser associada às isoflavonas.	São muito raros, incluem dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares.
Hipérico (<i>Hypericum foratum</i>)	Quadros leves a moderados de depressão não endógena.	Extrato padronizado a 0,3% de hipericinas. Uso: 300-900 mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900 mg), dividir em três tomadas diárias.	Irritação gástrica, sensibilização cutânea – fotodermatite, insônia, ansiedade.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde 2016. p. 204-205.

ENDEREÇOS E CONTATOS DO COREN-SP

- **São Paulo – Sede:** Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista – CEP 01331-000
Telefone: (11) 3225-6300 – Fax: (11) 3225-6380
- **Alto Tietê:** NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa. Atendimento somente por agendamento.
Rua Cabo Diogo Oliver, 248, térreo – Vila Mogilar – Mogi das Cruzes – CEP 08710-500 – Telefone: (11) 4790-9028
- **Araçatuba:** Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380
Telefones: (18) 3624-8783/3622-1636
- **Botucatu:** Praça Dona Isabel Arruda, 157 – Sala 81 – Centro – CEP 18602-111 – Telefones: (14) 3814-1049/3813-6755
- **Campinas:** Rua Saldanha Marinho, 1046 – Botafogo – CEP 13013-081
Telefones: (19) 3237-0208/3234-1861 – Fax: (19) 3236-1609
- **Guarulhos:** Rua Morvam Figueiredo, 65 – Conjuntos 62 e 64 – Edifício Saint Peter, Centro – CEP 07090-010
Telefones: (11) 2408-7683/2087-1622
- **Itapetininga:** Rua Cesário Mota, 418 – Centro – CEP 18200-080
Telefones: (15) 3271-9966/3275-3397
- **Marília:** Av. Rio Branco, 262 – Centro – CEP 17500-090
Telefones: (14) 3433-5902/3413-1073
- **Osasco:** Rua Cipriano Tavares, 130, sala 1 – térreo – Centro – Osasco – CEP 06010-100
Telefone: (11) 3681-6814/3681-2933
- **Presidente Prudente:** Av. Washington Luiz, 300 – Centro – CEP 19010-090
Telefones: (18) 3221-6927/3222-7756 – Fax: (18) 3222-3108
- **Registro:** NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.
Av. Prefeito Jonas Banks Leite, 456 – salas 202 e 203 – Centro – CEP 11900-000
Telefone: (13) 3821-2490
- **Ribeirão Preto:** Av. Presidente Vargas, 2001 – Conjunto 194 – Jardim América – CEP 14020-260
Telefones: (16) 3911-2818 ou 3911-2808
- **Santa Cecília:** NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa. Atendimento somente por agendamento
Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque (Metrô Santa Cecília) – CEP 01238-010
Telefone: (11) 3221-0812
- **Santo Amaro:** NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.
Rua Amador Bueno, 328 – sala 1 – térreo – Santo Amaro – São Paulo - SP – CEP 04752-005
Telefone: (11) 5523-2631
- **Santo André:** Rua Dona Elisa Fláquer, 70 – conjuntos 31, 36 e 38 - 3º andar – Centro – CEP 09020-160
Telefones: (11) 4437-4324 (atendimento)/4437-4325 (fiscalização)
- **Santos:** Av. Dr. Eptácio Pessoa, 214 – Embaré – CEP 11045-300
Telefones/Fax: (13) 3289-3700/3289-4351
- **São José do Rio Preto:** Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora – CEP 15015-000
Telefones: (17) 3222-3171 ou 3222-5232 – Fax: (17) 3212-9447
- **São José dos Campos:** Av. Dr. Nelson D’avila, 389 – Sala 141A – Centro – CEP 12245-030
Telefones: (12) 3922-8419/3921-8871
- **São Paulo - Coren-SP Educação** (atividades de aprimoramento): Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque (Metrô Santa Cecília) – CEP 01238-010
Telefone: (11) 3223-7261 – Fax: (11) 3223-7261
- **Sorocaba:** NAPE (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa. Atendimento somente por agendamento.
Av. Washington Luiz, 310, sala 36 (3º andar) – Jardim Emília – CEP 18031-000
Telefone: (15) 3233-0155

CANAIS DE DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO

 **Fale Conosco**

www.coren-sp.gov.br/fale-conosco

 **Ouvidoria**

www.coren-sp.gov.br/ouvidoria


0800-77-26736

 **Facebook**

www.facebook.com/corensaopaulo

 **Instagram**

@corensaopaulo

 **YouTube**

www.youtube.com/tvcorensp

 **Twitter**

twitter.com/corensaopaulo

Tenha acesso aos livros e manuais produzidos pelo Coren-SP e faça *download* gratuito em: www.coren-sp.gov.br/publicacoes/livros

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde – Módulo 1: Área Da Mulher

“Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde – Módulo 1: Saúde da Mulher” é fruto do trabalho do Grupo de Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (GEPE-APS) do Coren-SP, com a participação de autoras e autores profissionais de enfermagem de todo o estado de São Paulo. A publicação conta com sete capítulos que versam sobre as mais variadas áreas de atuação da enfermagem na saúde da mulher: atenção primária, câncer de colo de útero e mamas, ISTs, saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, puerpério, climatério e menopausa. O objetivo é que o livro seja uma ferramenta de incentivo à autonomia dos profissionais para melhorias na assistência e na prestação de serviços em prol da população.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

 coren-sp.gov.br



[/corensaopaulo](https://www.facebook.com/corensaopaulo)



[@corensaopaulo](https://www.instagram.com/corensaopaulo)



[/tvcoren-sp](https://www.youtube.com/tvcoren-sp)