

1

2

3

4

5

6

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

7

8

9

10

11

Saúde da Mulher

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45

Conselho Regional de Enfermagem do Pará

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Saúde da Mulher

Volume 1

Belém-PA
2021

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60 FICHA CATALOGRÁFICA

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72



73 **Conselho Federal de Enfermagem**
74 **Conselho Regional de Enfermagem do Pará**

75
76
77 **GESTÃO 2018 – 2020**

78
79 **DIRETORIA E PLENÁRIO**

80 Conselheiros Efetivos do Quadro I

81 Danielle Cruz Rocha, Coren-PA-150.604-ENF - Presidente

82 Horácio Ferreira Cunha Bastos, Coren-PA-55.885-ENF - Conselheiro Secretário

83
84 Conselheiros Suplentes do Quadro I

85 Rodrigo Batista Balieiro, Coren-PA-299.376-ENF

86 Andréia Pessoa da Cruz, Coren-PA-69.199-ENF

87 Ana Gabriela Sabaa Srur de Andrade, Coren-PA-131.754-ENF

88
89 Conselheiros Efetivos do Quadro II/III

90 Luiz Heleno Mendes de Oliveira, Coren-PA-216.194 –TE - Conselheiro Tesoureiro

91 Ione Costa Queiroz Coren-PA-333.222-TE

92
93 Conselheiros Suplentes do Quadro II/III

94 Edalzir da Silva, Coren-PA-131.650-AE

95 Charles Carvalho dos Santos, Coren-PA-578.480-TE

96
97 **Sede**

98 Avenida Duque de Caxias, nº 862, bairro Marco, Belém/Pará - CEP: 66.093-026

99
100 **Subseções**

101
102 Altamira

103 Travessa 13 de Maio, nº 632, bairro Uirapuru, Altamira/Pará - CEP: 68.171-030

104
105 Marabá

106 Folha 31, Q - 1 Lote 15, Sala 4, bairro Nova Marabá, Marabá/Pará - CEP: 68.507-530

107
108 Redenção

109 Avenida José Carrion, nº 75, bairro Alto Paraná, Redenção/Pará - CEP: 68.550-315

110
111 Santarém

112 Travessa Silvino Pinto, nº 894, Sala C, bairro Santa Clara, Santarém/Pará - CEP: 68.005-330

113

114

115

116

117

118 AUTORES

119 Dra. Adriana Karlla Neves da Silva Loureiro – Enfermeira, Mestre em Enfermagem e
120 especialista em saúde coletiva pela Universidade Federal do Pará, especialista em Regulação
121 em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP), enfermeira na Secretaria municipal de
122 Saúde de Ananindeua/PA, colaboradora do Conselho Regional de Enfermagem do Pará
123 (Coren-PA), membro do Grupo de Trabalho para elaboração do Protocolo Coren-PA.
124 adrianakarlla@gmail.com

125

126

127 Dra. Fabiane Oliveira da Silva – Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade do
128 Estado do Pará (UEPA), colaboradora do Coren-PA, membro do Grupo de Trabalho para
129 elaboração do Protocolo Coren-PA.
130 oliveirafabiane315@gmail.com

131

132

133 Dra. Elisanete de Lourdes Carvalho de Sousa – Enfermeira, Especialista em Enfermagem
134 Obstétrica e Ginecológica pela UEPA, enfermeira na Fundação Santa Casa de Misericórdia do
135 Pará, coordenadora do Grupo de Trabalho Saúde da Mulher do Coren-PA, membro da
136 Comissão Nacional de Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).
137 elisanetecarvalho@yahoo.com.br

138

139

140 Dr. José Jorge da Silva Galvão – Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pela Universidade
141 Federal do Pará (UFPA), preceptor na Faculdade Metropolitana da Amazônia (UNIFAMAZ),
142 colaborador do Coren-PA, membro do Grupo de Trabalho para elaboração do Protocolo
143 Coren-PA.
144 jgalvao92@hotmail.com

145

146

147 Dra. Marcandra Nogueira de Almeida Santos – Enfermeira, Doutora em Biologia Parasitária
148 na Amazônia/epidemiologia pela UEPA e Instituto Evandro Chagas (IEC), Mestre em
149 Enfermagem pela UEPA/UFAM, especialista em Gestão de Serviços de Saúde e
150 Administração Hospitalar pela UFPA, enfermeira fiscal do exercício profissional no Coren-
151 PA.
152 marcandraa@yahoo.com.br

153

154

155 COAUTORES

156 xxxxxxxxxxxxxx

157

158

159

160

161

162

163

164

165

SUMÁRIO

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

APRESENTAÇÃO

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

Texto pela Presidência do Coren-PA

206

207 **1 A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA** 208 **MULHER**

209 Há mais de quarenta anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a
210 base de um sistema de saúde eficaz e responsivo. A Declaração de Alma-Ata de 1978
211 reafirmou o direito ao mais alto nível de saúde, com igualdade, solidariedade e o direito à
212 saúde como seus valores fundamentais. Sublinhou a necessidade de serviços de saúde
213 abrangentes, não apenas curativos, mas também serviços que atendam às necessidades em
214 termos de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de condições comuns. Um
215 forte nível resolutivo de atenção primária de saúde é a base para o desenvolvimento de
216 sistemas de saúde (OPAS, 2018).

217 Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia de
218 expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de
219 trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos, de
220 ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de
221 propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

222 As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e são
223 tradicionalmente as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para
224 acompanhar os filhos ou as pessoas que estejam sob seus cuidados, como pessoas idosas, com
225 deficiência, vizinhos, amigos, seja para cuidarem de si mesmas. Constituem, portanto, um
226 importante segmento social para as políticas de saúde pública, pela importância numérica e
227 porque as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto
228 nas condições de saúde feminina.

229 É evidente a importância do protagonismo do enfermeiro na APS. De acordo com a
230 lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei n. 7.498/1986, o enfermeiro assume
231 diferentes modelos assistenciais e atividades indispensáveis. Algumas delas incluem
232 planejamento, execução e avaliação dos serviços, prescrição medicamentosa, consultas e
233 solicitação de exames, entre outras.

234 **Este protocolo busca enfatizar o cuidado à saúde da mulher na APS** e dialoga
235 com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
236 (PNAISM), ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas
237 privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob
238 orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania
239 (BRASIL, 2016). A partir da PNAISM são oferecidas ações educativas a vacinas; do
240 planejamento reprodutivo a disponibilização dos métodos contraceptivos; do pré-natal,

241 parto ao puerpério; do incentivo a hábitos saudáveis aos exames preventivos; dos cuidados
242 da saúde da adolescente aos cuidados à saúde da mulher idosa (BRASIL, 2019).

243 A equipe de Enfermagem executa seus serviços de maneira primordial contribui para
244 a prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde das mulheres, utilizando-se de
245 variadas ferramentas que incluem estratégias para educação em saúde, consultas de
246 Enfermagem e práticas avançadas capazes de contemplar a integralidade e a longitudinalidade
247 do cuidado para pessoas, famílias e coletividades (FERREIRA et al., 2018).

248 Para a saúde das mulheres em todo o país a equipe de Enfermagem atua de maneira
249 transversal, desde o **cuidado para a saúde geral e planejamento reprodutivo, pré-natal,**
250 **puerpério, prevenção ao câncer do colo do útero e de mama, prevenção e cuidado diante**
251 **de situações de violências, climatério, enfrentamento de doenças negligenciadas,**
252 **combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** e inúmeras outras possibilidades
253 cotidianas de prestação de cuidados profissionais de Enfermagem.

254 Para cuidado profissional a ser prestado o enfermeiro na condição de líder da equipe
255 de Enfermagem baseia-se em ações fortalecidas e bem orientadas. No campo da ESF cabe ao
256 enfermeiro substituir o modelo hegemônico biologicista e melhorar a sua assistência para
257 intervir, de acordo com suas competências profissionais, na saúde das pessoas e famílias para
258 o alcance de bons indicadores de qualidade na assistência (OLIVEIRA, PEDRAZA, 2019).
259 **Sobre a atuação da equipe de Enfermagem no âmbito da APS,** destacam-se **competências**
260 **legais** voltadas a prestação de **assistência à saúde da mulher,** conforme a **legislação do**
261 **exercício profissional do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar de**
262 **enfermagem no Brasil,** em especial, a Lei federal n. 7.498/1986 e o Decreto n. 94.406/1987:

263

264 **1.1 ENFERMEIRO**

- 265 a) Direcionar, gerenciar, coordenar, planejar, programar, prescrever, executar,
266 supervisionar e avaliar a assistência prestada por si e pela equipe de Enfermagem,
267 para a atenção integral à saúde da mulher;
- 268 b) Realizar consultas de Enfermagem e solicitar exames complementares;
- 269 c) Prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde
270 pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde;
- 271 d) Executar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam
272 conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas,
273 incluindo classificações de riscos, exames físicos em geral, exame ginecológico

- 274 com ou sem coleta de material biológico para exame preventivo de câncer de colo
275 uterino (PCCU), e procedimentos como cateterismo vesical, dentre outros;
- 276 e) Anotar no prontuário das mulheres as atividades da assistência de Enfermagem
277 prestada;
- 278 f) Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos
279 que possam ser causados às mulheres durante a assistência de Enfermagem,
280 incluindo o planejamento e gerenciamento de processos de desinfecção e
281 esterilização de materiais no âmbito da equipe de Enfermagem;
- 282 g) Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis e nos programas de
283 vigilância epidemiológica à saúde da mulher, incluindo a realização de notificação
284 de agravos;
- 285 h) Participar nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual
286 e de grupos de mulheres específicos, particularmente daqueles prioritários;
- 287 i) Participar na elaboração, execução e avaliação de planos assistenciais de saúde;
- 288 j) Participar em programas e atividades de educação visando à melhoria de saúde das
289 mulheres, famílias e população em geral;
- 290 k) Participar na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-
291 referência das mulheres nos diferentes níveis de atenção à saúde, realizando o
292 acompanhamento conjunto;
- 293 l) Participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde,
294 particularmente nos programas de educação continuada e permanente para a
295 qualificação do trabalho a ser desempenhado pelo técnico de enfermagem ou
296 auxiliar de enfermagem membro da equipe;
- 297 m) Participar nos programas de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e
298 do trabalho, incluindo a prevenção de acidentes com material perfurocortante para
299 evitar exposição ocupacional a material biológico, dentre outros;
- 300 n) Participar no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- 301 o) Participar na organização dos processos de trabalho da equipe multiprofissional
302 em saúde, responsabilizando-se pelos processos que envolvem as atribuições
303 (atividades e tarefas) a serem desempenhadas por si e por outros profissionais sob
304 sua responsabilidade técnica ou administrativa;
- 305 p) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da Enfermagem.
- 306

307 1.2 TÉCNICO DE ENFERMAGEM

308 O técnico de enfermagem participa, contribui e executa atividades de nível médio
309 técnico, em acompanhamento do trabalho enfermagem em grau auxiliar, sob direção,
310 coordenação, gerenciamento e supervisão de enfermeiro. Compete ao técnico de enfermagem:

- 311 a) Assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das
312 atividades de assistência de Enfermagem à saúde da mulher; na prevenção e
313 controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância
314 epidemiológica; na prevenção e controle sistemático de infecções; na prevenção e
315 controle sistemático de danos que possam ser causados às mulheres durante a
316 assistência de Enfermagem; na execução dos programas e atividades de assistência
317 integral à saúde individual e de grupos de mulheres específicos; nos programas de
318 prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho, incluindo a
319 prevenção de acidentes com material perfurocortante para evitar exposição
320 ocupacional a material biológico; dentre outros;
- 321 b) Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do
322 enfermeiro, conforme determina a legislação do exercício profissional no país, e de
323 acordo com o que especificam as Resoluções e Decisões do Sistema
324 Cofen/Conselho Regional de Enfermagem vigentes;
- 325 c) Executar as atividades de assistência de Enfermagem atribuídas ao auxiliar de
326 enfermagem;
- 327 d) Anotar no prontuário das mulheres as atividades da assistência de Enfermagem
328 prestada;
- 329 e) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da Enfermagem.

330

331 1.3 AUXILIAR DE ENFERMAGEM

332 O auxiliar de enfermagem participa, contribui e executa atividades de nível médio,
333 de natureza repetitiva, para acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar,
334 sob direção, coordenação, gerenciamento e supervisão de enfermeiro. Compete ao auxiliar de
335 enfermagem assistir ao enfermeiro e desenvolver as seguintes ações voltadas à assistência a
336 saúde das mulheres:

- 337 a) Preparar a mulher para consultas e exames;
- 338 b) Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- 339 c) Ministrando medicamentos prescritos;

- 340 d) Fazer curativos, conforme avaliação do enfermeiro, orientação e prescrição de
341 Enfermagem;
- 342 e) Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- 343 f) Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- 344 g) Realizar testes simples e proceder à sua leitura para subsídio de diagnóstico, tais
345 como teste de glicemia capilar e outros, conforme orientação e supervisão de
346 enfermeiro;
- 347 h) Executar atividades de desinfecção e esterilização;
- 348 i) Zelar pela limpeza e ordem do material de Enfermagem, incluindo insumos e
349 equipamentos necessários à assistência de Enfermagem;
- 350 j) Participar de atividades de educação em saúde, inclusive orientar as mulheres na
351 pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e outras;
- 352 k) Participar de outras atividades simples, conforme planejamento, orientação e
353 supervisão do enfermeiro;
- 354 l) Anotar no prontuário das mulheres as atividades da assistência de Enfermagem
355 prestada;
- 356 m) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da Enfermagem.

357 Para o desenvolvimento de suas competências com segurança, ética e observância
358 aos preceitos legais da Enfermagem, é essencial a todo profissional conhecer e agir de acordo
359 com as normativas legais que amparam as condutas assistenciais no contexto da prevenção,
360 promoção e recuperação da saúde das mulheres. As seguir, destacam-se algumas normativas
361 para o exercício profissional na assistência à saúde da mulher na APS:

362 **Quadro 1** - Principais normativas para o exercício profissional da Enfermagem na Atenção à
363 saúde da mulher na APS

Normativa	Ano de publicação	Título/ementa
Lei federal nº 7.498	1986	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.
Decreto nº 94.406	1987	Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
Resolução Cofen nº 195	1997	Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro.
Resolução Cofen nº 358	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.
Resolução Cofen nº 381	2011	Normatiza a execução, pelo enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau
Resolução Cofen nº 429	2012	Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico
Resolução Cofen nº 450	2013	Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical, ato privativo de enfermeiro.
Resolução Cofen nº 464	2014	Normatiza a atuação da equipe de Enfermagem na atenção domiciliar.
Resolução Cofen nº 487	2015	Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.
Resolução Cofen nº 545	2017	Dispõe sobre Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas de identificação das categorias profissionais.
Resolução Cofen nº 564	2017	Aprova o novo código de ética dos profissionais de Enfermagem.
Resolução Cofen nº 567	2018	Regulamenta a atuação da equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas.
Resolução Cofen nº 625	2020	Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registros de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.
Resolução Cofen nº 634	2020	Autoriza e normatiza, “ <i>ad referendum</i> ” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências.

365
366
367

REFERÊNCIAS

- 368 BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício
369 da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n.
370 119, p.9.273-9.275, 11 jan. 1986. Disponível em:
371 [https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3519139/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-](https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3519139/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-26-06-1986)
372 [26-06-1986](https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3519139/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-26-06-1986). Acesso em: 13 Dez. 2019.
373
- 374 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto
375 Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, 2016. Disponível em:
376 http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso
377 em: 12 Abr. 2020.
378
- 379 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a
380 Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização
381 da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da
382 Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017)
383 [-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017). Acesso em: 23 Mar. 2020.
384
- 385 BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS cuida da mulher em todas as fases da vida**. DF:
386 Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45286-sus-cuida-da-mulher-em-todas-as-fases-da-vida)
387 [saude/45286-sus-cuida-da-mulher-em-todas-as-fases-da-vida](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45286-sus-cuida-da-mulher-em-todas-as-fases-da-vida). Acesso em: 01 Jul. 2020.
388
- 389 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Legislação**, 2020. Disponível em:
390 <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao>. Acesso em: 01 Jul. 2020.
391
- 392 DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: OMS; Unicef. **Primeira Conferência Internacional**
393 **sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata (URSS), 1978. Disponível
394 em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2020.
395
- 396 FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of
397 nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**; v.71, (Supl 1), p.704-9, 2018. Disponível
398 em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Acesso em: 17 Jun. 2020.
399
- 400 OLIVEIRA, M. M.; FIGUERO, A.; PEDRAZA, D. Contexto de trabalho e satisfação
401 profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Debate**, v.
402 43, n. 122, p. 765-779, jul-set, 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-1104201912209.
403 Acesso em: 20 Jun. 2020.
404
- 405 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros**
406 **na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em:
407 [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&i](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
408 [sAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y). Acesso em: 20 Jul. 2020.
409

410 2 A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE 411 ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

412 No cuidado realizado pelo profissional de Enfermagem, sobretudo na APS, é
413 essencial a **sistematização da assistência de Enfermagem (SAE)**. A SAE é uma ferramenta
414 científica que na prática se constitui na aplicabilidade da ciência de Enfermagem. Ao executá-
415 la, o enfermeiro organiza os processos de trabalho de todos os membros da equipe, pois essa
416 sistematização não está vinculada somente ao atendimento individual realizado pelo
417 enfermeiro (WANZELER et al., 2019; PEREIRA et al., 2017).

418 O uso da SAE visa a prestação de **assistência de modo seguro**, pois proporciona
419 planejar e gerenciar recursos técnicos, científicos e humanos, melhorando a qualidade do
420 cuidado prestado, além de possibilitar o **reconhecimento e a valorização da Enfermagem**
421 **frente à sociedade** (OLIVEIRA, 2019). Tem como objetivo somar e conformar o
422 planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados diretos e indiretos
423 aos usuários, que orienta a sequência do raciocínio clínico e melhora a qualidade do cuidado.

424 **Existem diversas maneiras de sistematizar a assistência de Enfermagem, entre**
425 **os quais existem os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos**
426 **e o Processo de Enfermagem (PE)** (SOARES, 2015).

427 A SAE deve estar baseada no desenvolvimento de **metas e de resultados**, assim
428 como a de um plano de **assistência capaz de atuar frente aos problemas diagnosticados**.
429 Deve ser utilizada como um instrumento do processo assistencial do enfermeiro, uma vez que
430 contempla uma gama de ferramentas como a comunicação, a interação e a articulação das
431 dimensões gerenciais e assistenciais (RIBEIRO, 2018).

432 **Nesse sentido, “a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método,**
433 **pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE”** (COFEN, 2009).

434 Por isso, a **falta de sistematização** no trabalho do enfermeiro pode **influenciar**
435 **negativamente** as ações de coordenação, planejamento, organização, supervisão, avaliação e
436 execução da assistência de Enfermagem por toda a equipe (PEREIRA et al., 2019; PIMENTA
437 et al., 2015; COREN-BA, 2016).

438 Com base nas leis e nos atos que normatizam o exercício da Enfermagem no país,
439 compreendemos a composição da SAE na rede da APS de acordo com a figura 1 a seguir:

440

441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476

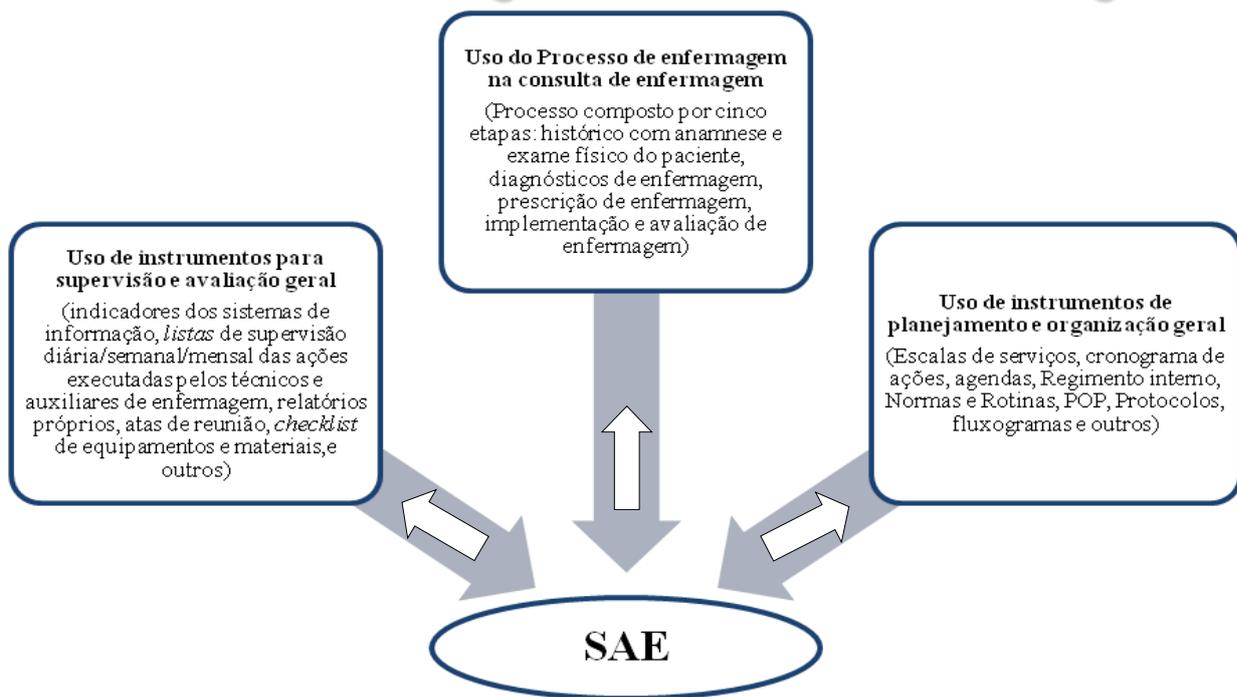


Figura 1. Composição básica da SAE na APS.

Fonte: elaborado pela autora (SANTOS, MNA), Belém-PA, março de 2020.

2. 1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O PE possui cinco etapas **inter-relacionadas**, interdependentes e recorrentes:

COLETA DE DADOS, DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM.

Fonte: COFEN, 2009.

As **etapas encontram-se relacionadas às necessidades humanas e sociais dos usuários e ou pacientes**. Para utilizá-las deve-se levar em consideração “um trabalho profissional particular, que demanda habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores)” do profissional de Enfermagem para estabelecer o planejamento adequado as necessidades do ser cuidado (AZEVEDO et al., 2018).

O enfermeiro, apesar de enfrentar desafios, necessita empoderar-se da sua identidade, da sua prática científica, tornar-se responsável pela realização do PE, que compreende atividade privativa do enfermeiro. Assim o PE constitui base para o exercício profissional, cujas respectivas etapas do PE são indissociáveis e indispensáveis na assistência de Enfermagem (GUTIÉRREZ; MORAES, 2017).

477 a) **Roteiro de consulta de Enfermagem**

478 **I – Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):**

479 Enfermeiro:

480 - Colete e registre toda informação necessária para:

Prevenir/detectar e controlar os problemas de saúde potenciais ou reais, visando à promoção da saúde, a independência e o bem estar da pessoa, família e coletividade.

- Utilize as técnicas da entrevista e exame físico.

481

482 **II – Diagnóstico de Enfermagem:**

483 Enfermeiro:

484 - Analise os dados coletados, tire conclusões e determine se existem:

Problemas de saúde potenciais ou reais que exigem intervenção e controle de Enfermagem

Riscos para a segurança ou transmissão de infecção

Sinais ou sintomas que necessitam de avaliação de outro profissional da equipe de saúde

Necessidades de aprendizado da pessoa, família e coletividade que devem ser abordadas

Recursos da pessoa, família e coletividade, pontos fortes e uso de comportamentos saudáveis

Estados de saúde que são satisfatórios, mas podem ser melhorados

485 - Realize o julgamento clínico e estabelecer o enunciado Diagnóstico de
486 Enfermagem que irá subsidiar o Planejamento de Enfermagem.

487

488 **III – Planejamento de Enfermagem:**

489 Enfermeiro:

490 - Esclareça os resultados esperados, com base nas prioridades e determine as
491 intervenções/ações (prescrição) de Enfermagem:

Intervenções Independentes: não exigem orientações ou prescrições de outros profissionais, são ações autônomas, com base científica. Estão relacionadas às atividades da vida diária, educação e promoção da saúde.

Intervenções Interdependentes: são aquelas que envolvem a participação de outros profissionais, como o fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, dentre outros.

Intervenções Dependentes: são aquelas que requerem a prescrição médica, visando tratar ou controlar as alterações fisiopatológicas. O enfermeiro executa essas ações de forma colaborativa, tendo por base as prescrições médicas, como por exemplo, a administração de medicamentos.

492 Assim, como todas as ações de Enfermagem, tanto as intervenções independentes
493 quanto as dependentes, o enfermeiro necessita desenvolver competência técnica e
494 conhecimentos para a sua execução. Sabendo reconhecer os resultados esperados após a ação,
495 o que influenciará na avaliação do cliente e requer saber identificar os possíveis efeitos
496 advindos da ação. No momento de selecionar a intervenção, o enfermeiro deve conhecer as
497 possibilidades de planejá-las, seja através de protocolos, rotinas ou padrões de orientações.

498

499 **IV – Implementação:**

500 **Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem**

- 501 - Coloque o plano em ação:
- Realize as intervenções/ações de Enfermagem.
- Registre as intervenções/ações de Enfermagem e as respostas da clientela
(pessoa, família ou coletividade) no prontuário.

502

503 **V – Avaliação de Enfermagem:**

504 **Enfermeiro**

- 505 - Faça uma investigação abrangente da clientela (pessoa, família ou coletividade)
506 para decidir se os resultados esperados foram alcançados ou se surgiram novos problemas:
 - Decida se modifica, mantém ou encerra o plano de cuidados.
 - Realize investigação contínua até a alta da clientela (pessoa, família ou
coletividade), sempre revisando os enunciados de diagnósticos e intervenções de
Enfermagem.

507

508

509

510

511

- 513 AZEVEDO, O. A.; GUEDES, E. S.; ARAÚJO, S. A. N.; MAIA, M. M.; CRUZ, D. A. L. M.
514 Documentation of the nursing process in public health institutions. **Rev Esc Enferm USP**, v.
515 53, e03471, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>. Acesso em:
516 02 Jul. 2020.
- 517
518 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 358/2009, de 15 de
519 OUTUBRO de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a
520 implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. **Diário**
521 **Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Entidades de Fiscalização do
522 Exercício das Profissões Liberais, Brasília, DF, 23 Out. 2009. Seção 1, p.179.
- 523
524 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. Ieda Maria Fonseca Santos *et*
525 *al.* (org). **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem**: Guia prático. Salvador:
526 COREN-BA, 2016. 40p. Disponível em: [http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf)
527 [content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf). Acesso em: 20 Mar.
528 2020.
- 529
530 GUTIÉRREZ MGR, MORAIS SCR.V. Systematization of nursing care and the formation of
531 professional identity. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 2, p. 436-41. Disponível em: DOI:
532 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>. Acesso em: 01 Jul. 2020.
- 533
534 OLIVEIRA, M. R.; ALMEIDA, P. C.; MOREIRA, T. M. M.; TORRES, R. A. M. Nursing
535 care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. **Rev Bras Enferm**,
536 v. 72, n. 6, p. 1547-53, 2019. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606)
537 [2018-0606](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606). Acesso em: 05 Abr. 2020.
- 538
539 PEREIRA, G. N.; ABREU, R. N. D. C.; BONFIM, I. M.; RODRIGUES, A. M.U.;
540 MONTEIRO, L. B.; SOBRINHO, J. M. Relação entre sistematização da assistência de
541 enfermagem e segurança do paciente. **Rev Enferm Foco**, v.8, n.2, p.21-25, 2017. Disponível
542 em: [http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Rela%C3%A7%C3%A3o-](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Rela%C3%A7%C3%A3o-entre-sistematiza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%Aancia-de-enfermagem-e-seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf)
543 [entre-sistematiza%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%Aancia-de-enfermagem-e-](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Rela%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%Aancia-de-enfermagem-e-seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf)
544 [seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/Rela%C3%A7%C3%A3o-da-assist%C3%Aancia-de-enfermagem-e-seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf). Acesso em: 10 Mai. 2020.
- 545
546 PEREIRA, M. A. D.; LIMA, B. C.; DONNINI, D. A.; OLIVEIRA, V. C.; GONTIJO, T. L.;
547 RENNO, H. M. S. Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e
548 potencialidades. **Rev Enferm UFSM**, v. 9, p.1-18, 2019. Disponível em: DOI:
549 <https://doi.org/10.5902/2179769233279>. Acesso em: 28 Fev. 2020.
- 550
551 PIMENTA CAM *et. al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**.
552 COREN-SP – São Paulo: COREN-SP; 2015. Disponível em: [https://portal.coren-](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf)
553 [sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf). Acesso em: 08 Jul. 2020.
- 554
555 RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M.C. Nursing Care Systematization in a basic health unit:
556 perception of the nursing team. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03375, 2018. Disponível em:
557 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>. Acesso em: 04 Abr. 2020.
- 558
559 SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S.; CAMELO, S. H. H. Sistematização da
560 assistência de enfermagem: facilidades e desafios. **Rev Enferm Esc Anna Nery**, v. 19, n.1,
561 Jan-Mar, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-](http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf)
562 [0047.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf). Acesso em: 04 abr. 2020.

563

564 WANZELER, K. M., et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na atenção
565 primária à saúde. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, v. suppl, n. 35, p. e1486, 2019. Disponível
566 em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1486.2019>. Acesso em 28 fev. 2020.

567

568

569

570 3 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM A INFECÇÕES 571 SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

572 3.1 INTRODUÇÃO

573 As IST são reconhecidas como importante problema de saúde pública em todo o
574 mundo por sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle (PINTO
575 et al., 2018). Pode-se destacar mais de 30 agentes etiológicos como causa das IST, incluindo
576 protozoários, fungos, vírus e bactérias (BRASIL, 2019a).

577 Com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, a Organização Mundial da
578 Saúde (OMS) estimou o total de casos incidentes de IST curáveis em 376,4 milhões, entre os
579 quais 127,2 milhões (95% IC: 95,1-165,9 milhões) de casos de clamídia, 156,0 milhões (95%
580 IC: 103,4-231,2 milhões) de casos de tricomoníase, 86,9 milhões (95% IC: 58,6-123,4
581 milhões) de casos de gonorreia e 6,3 milhões (95% IC: 5,5-7,1 milhões) de casos de sífilis. A
582 prevalência global estimada de sífilis, em homens e mulheres, foi de 0,5% (95% IC: 0,4-0,6),
583 com valores regionais variando de 0,1 a 1,6% (BRASIL, 2020b).

584 Os dois principais fatores de risco para IST são a idade mais baixa e as práticas
585 sexuais sem uso de preservativos. Em relação à sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil
586 vêm apresentando tendência de aumento na população mais jovem, de 13 a 29 anos. Por esse
587 motivo, foram incluídas no rastreamento anual as pessoas de até 30 anos de idade com vida
588 sexualmente ativa. Caso a pessoa de 30 anos ou mais pertença a algum outro subgrupo
589 populacional, deve-se optar pelo que for mais representativo (BRASIL, 2019a).

590 A notificação é obrigatória em casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis
591 congênita, hepatites virais B e C, acquired immunodeficiency syndrome (aids), infecção pelo
592 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou
593 puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV. A síndrome do corrimento
594 uretral masculino é de notificação compulsória e deve ser monitorada por meio da estratégia
595 de vigilância em unidades-sentinelas e suas diretrizes. As demais IST, caso seja considerado
596 conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios (BRASIL,
597 2019a).

598 O principal modo de transmissão é por via sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de
599 camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada, podendo também
600 ser transmitida por via sanguínea, durante o período de gravidez da mãe para a criança,
601 através da amamentação ou do parto (MARTINS et al., 2018).

602 **Usaremos neste protocolo a abordagem sindrômica às IST que é baseada nos**
603 **aspectos clínicos para classificação dos principais agentes etiológicos** e a fim de garantir o
604 tratamento sem o apoio de testes laboratoriais ou rápidos, não possui cobertura completa nos
605 diferentes aspectos das IST. Assim, sempre que dentro das possibilidades, os testes
606 laboratoriais ou rápidos devem ser utilizados no auxílio para a definição do diagnóstico e
607 sempre que disponíveis no serviço podem ser realizados exames para triagem de gonorreia,
608 clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C (BRASIL, 2019b).

609 Características principais da abordagem sindrômica:

- **É orientada a problemas (responde aos sintomas/sinais dos usuários);**
- **É de alta sensibilidade e não ignora infecções mistas;**
- **Trata os usuários já na primeira visita;**
- **Torna o tratamento das IST mais acessível já que pode ser implantada na APS;**
- **Usa fluxogramas que guiam o trabalhador de saúde através de uma sequência lógica;**
- **Provê oportunidade e tempo para educação em saúde e aconselhamento.**

610 Fonte: WHO, 2007.

611 Para o combate às IST é necessário realizar de ações de Enfermagem para
612 interromper a cadeia de transmissão, detectando precocemente os casos, tratando os
613 infectados e seus parceiros, prevenindo-os de outras IST e de complicações advindas das
614 infecções, a partir do aconselhamento na consulta de Enfermagem (FERREIRA et al., 2018).

615 O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim
616 de estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a
617 morbimortalidade do agravo rastreado (BRASIL, 2019a).

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

623 A comunicação por busca ativa só ocorrerá quando se esgotarem todos os recursos
624 disponíveis. As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas
625 com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser priorizadas para busca
626 ativa (Brasil, 2019a). O Quadro abaixo descreve como deve ser feito o rastreamento de
627 algumas IST de acordo com as mulheres/grupos populacionais.

628

629 **Quadro 2** - Rastreamento de algumas IST por pessoas/grupos populacionais

Pessoas/Grupos populacionais	HIV/Sífilis	Clamídia e gonococo	Hepatites B e C
Adolescentes e jovens com idade igual ou superior a 30 anos	Anual	Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais
Gestantes	- Na primeira consulta do pré-natal, idealmente no 1º trimestre da gravidez. - Início do 3º trimestre. - No momento do parto ou em caso de aborto/natimorto.	Na primeira consulta do pré-natal, de preferência no 1º trimestre.	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal, de preferência no 1º trimestre. Hepatite C: de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição.
Gays/trabalhadores do sexo/travestis/transsexuais/pessoas que usam álcool e outras drogas	Semestral	Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico/ -	-	-
Pessoas com diagnóstico de tuberculose (TB)	No momento do diagnóstico/ -	-	-
PVHIV	- / Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal passiva sem uso de	Semestral	Semestral	-

preservativo			
Pessoas privadas de liberdade	Anual/Semestral	-	Semestral
Vítimas de violência sexual	No atendimento inicial; e 3 meses após exposição/ No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e após 6 meses de exposição
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço/ trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; e 3 meses após exposição/ No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e após 6 meses de exposição

630

NOTAS:

- HIV: preferencialmente com teste rápido.
- Sífilis: preferencialmente com teste rápido para sífilis.
- Clamídia e gonococo: detecção por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta.
- Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível a hepatite B. Pessoa suscetível é aquela que não foi vacinada ou que foi vacinada, mas apresenta títulos de anti-HBs inferiores a 10 mUI/mL e HBsAg não reagente (ou teste rápido não reagente).
- Hepatite C: preferencialmente com teste rápido.

É recomendada a realização da sorologia em gestantes com fatores de risco para infecção por hepatite C, tais como, infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente.

631 Fonte: DCCI/SVS/MS.

632

633 3.2 ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

- 634 - Verificar habilidade no manuseio do preservativo e estimular o seu uso em todas as relações
- 635 sexuais, mesmo com parceiro único;
- 636 - Informar sobre preservativo feminino, viabilizando o seu uso;

- 637 - Esclarecer os riscos de se ter vários parceiros sem o uso de preservativos;
- 638 - Explicar os mecanismos de transmissão das IST;
- 639 - Enfatizar a importância de convocar e tratar o parceiro e o uso correto da medicação;
- 640 - Orientar a mulher a evitar manter relações sexuais no período de tratamento e caso não seja
- 641 possível, fazer uso do preservativo;
- 642 - Orientar a não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento e até 3 dias após a sua
- 643 conclusão;
- 644 - Manter o tratamento se a mulher menstruar;
- 645 - Orientar higiene pessoal mais frequente durante o fluxo menstrual;
- 646 - Orientar o uso de roupas mais folgadas e de algodão que facilitem a ventilação e a
- 647 diminuição da umidade local;
- 648 - Orientar o modo correto da higiene dos genitais;
- 649 - Incentivar as adolescentes a procurarem as unidades de saúde, para realizarem a vacinação
- 650 completa contra Papilomavírus Humano (HPV);

651

652 **3.2.1 Atribuições do Enfermeiro**

- 653 - Inserir a abordagem de risco para as IST e infecção pelo HIV nas diferentes atividades
- 654 realizadas (acolhimento, atividades em grupo, planejamento familiar, pré-natal e outros);
- 655 - Atuar para definição de diagnóstico precoce das IST;
- 656 - Realizar tratamento adequado de casos de IST;
- 657 - Prevenir a sífilis congênita e transmissão vertical do HIV;
- 658 - Tratar a sífilis e realizar seguimento sorológico e controle de cura para todas as pessoas
- 659 tratadas, incluindo gestantes;
- 660 - Realizar aconselhamento e oferecer os testes diagnósticos aos usuários com IST, pessoas
- 661 vulneráveis e pessoas que buscam o serviço com clínica sugestiva de IST, HIV/aids ou
- 662 história de risco para esses agravos;
- 663 - Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao usuário com IST, levando em conta o
- 664 contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve;
- 665 - Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais
- 666 dos usuários com esses agravos;
- 667 - Realizar a coleta de sangue para encaminhamento ao laboratório de referência na medida em
- 668 que a unidade esteja organizada para essa atividade;
- 669 - Agendar o retorno para acompanhamento da evolução do caso;

670 - Encaminhar as pessoas vivendo com HIV/aids e/ou hepatites virais aos serviços de
671 referência, e realizar acompanhamento que contribua com esses serviços para melhorar a
672 adesão às recomendações ao tratamento.

673

674 **3.2.2 Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem**

- 675 - Execução da prescrição de Enfermagem e realização da anotação de Enfermagem;
- 676 - Atuação em conjunto com a equipe para tratamento da dependência química e na assistência
677 aos usuários de drogas portadores do HIV e/ ou hepatites virais;
- 678 - Orientar para que a pessoa conclua o tratamento, mesmo que os sintomas ou sinais estejam
679 ausentes;

680

681 **3.3 MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS**

682 O enfermeiro precisa ter em mente os seguintes objetivos ao fazer qualquer abordagem
683 em pessoas com IST:

- 684 - Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível;
- 685 - Evitar as complicações advindas das IST assim como a transmissão do HIV;
- 686 - A regressão imediata dos sintomas;
- 687 - Evitar transmissão da doença para parcerias sexuais e para os conceitos no caso de
688 gestantes. A primeira consulta é muito importante, por isso busca-se o mais rápido possível
689 fazer o diagnóstico, para iniciar o tratamento e o aconselhamento adequados.

690 Fonte: LONDRINA, 2016.

691

692 Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional estará habilitado:

- 693 - Fazer o diagnóstico sindrômico;
- 694 - Iniciar o tratamento imediatamente;
- 695 - Realizar o acolhimento para:
 - 696 a) Oferecer os testes rápidos e/ou sorologias disponíveis: HIV (anti-HIV), Hepatites Virais
697 (HBsAg, Anti-HBc e Anti-HBS) e sífilis (VDRL ou teste rápido conforme disponível na
698 UBS);
 - 699 b) Fortalecer a adesão ao tratamento;
 - 700 c) Promover o uso de preservativos (masculino ou feminino) com vistas à redução de riscos
701 de reinfecção e transmissão para o(s) parceiros(s) sexual(is);
 - 702 d) Buscar o(s) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de IST e infecção pelo HIV.

703 Fonte: LONDRINA, 2016.

704

705 Além disto, é fundamental que se discuta a existência de casos **assintomáticos** ou
706 **pouco sintomáticos**, também suscetíveis a graves complicações. É fundamental seguir os
707 princípios básicos do método de comunicação das parcerias sexuais: a **confidencialidade, a**
708 **ausência de coerção, a proteção contra discriminação e a legalidade da ação**, devendo ser
709 voluntária a comunicação às parcerias sexuais pelo caso índice e este deve continuar tendo
710 acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento.

711

712 3.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ABORDAGEM SINDRÔMICA

713 **3.4.1 Síndrome do corrimento uretral**

714 As uretrites caracterizam-se por inflamação da uretra acompanhada de corrimento
715 uretral. São transmitidas por meio da relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral) exceto
716 os casos em que podem ter origem traumática, sendo que devem sempre ser observados por
717 possuírem íntima relação com a doença os fatores demográficos, sociais e comportamentais
718 como idade, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceira sexual,
719 histórico de IST e uso inconsistente de preservativos.

720 A infecção retal pelos mesmos agentes infecciosos é geralmente assintomática. Nos
721 casos em que há manifestação de sintomas pode ocorrer desconforto anal e corrimento
722 anorretal em uma pequena parcela dos expostos. A sintomatologia em orofaringe também
723 costuma ser assintomática na ampla maioria dos casos.

724 Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia*
725 *trachomatis*, e por isso os antimicrobianos para esses agentes são os de primeira escolha para
726 o tratamento dessa síndrome. A abordagem sindrômica não faz diferença do agente causal,
727 sendo que o tratamento será sempre feito para ambos os agentes. A vantagem dessa
728 abordagem se dá, principalmente, pelo fato de os sintomas das uretrites gonocócica e não-
729 gonocócica se confundirem, em alguns casos. O tratamento errado por definição equivocada
730 do agente etiológico resulta em um tempo maior de cura, podendo gerar consequências mais
731 graves, além de oneração do serviço de saúde.

732

733

734

735

736

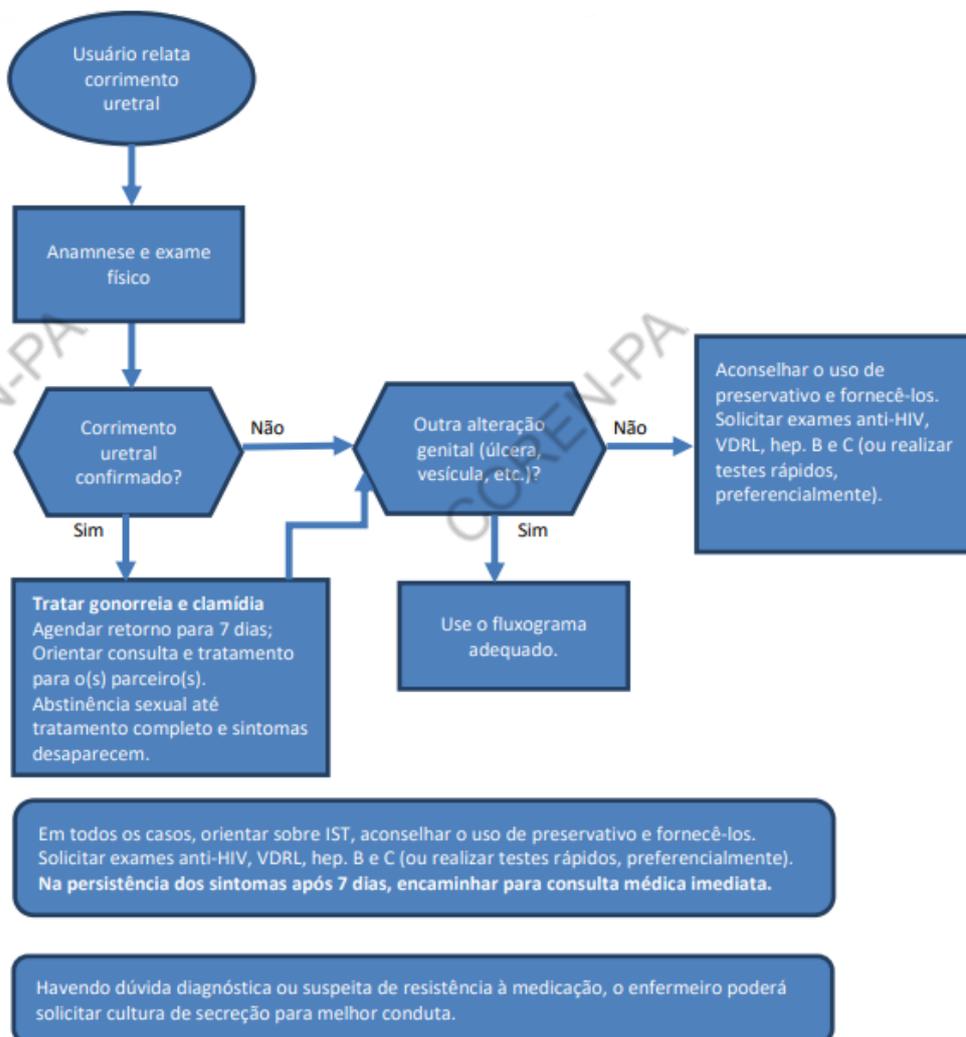
737 **Quadro 3** - Manifestações da síndrome do corrimento uretral

Agente etiológico	Infecção	Manifestações
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia	Corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Ao exame físico, podem encontrar dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamídia	

738 Fonte: BRASIL, 2018.

739

740 **Fluxograma 1 - Síndrome do corrimento uretral**



741

742 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis

743

744

745 **Quadro 4** - Esquema terapêutico para síndrome do corrimento uretral

Agente	1ª opção (exceto para gestantes e menores de 18 anos)	2ª opção (única opção para gestantes e menores de 18 anos)	Observações
Clamília e gonorréia (infecção sem complicação)	Azitromicina 1g VO, dose única + Ciprofloxacino 500mg VO dose única	Ceftriaxona* 500mg dose única IM + Azitromicina 1g (2cp de 500mg) VO dose única	Se manutenção dos sintomas após 7 dias do tratamento inicial, encaminhar para tratamento médico imediato.

746 Fonte: Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

747

748 O parceiro deverá ser tratado exatamente com o mesmo esquema terapêutico (observadas as
749 particularidades quanto à idade e gestação), mesmo que assintomática.

750

751 **3.4.2 Síndrome da úlcera genital**

752 As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes
753 infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como:

754 **Quadro 5** - Manifestações da Síndrome da úlcera genital

Agente etiológico	Infecção	Manifestações
<i>Treponema pallidum</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Klebsiella granulomatis</i> Herpes Simplex Vírus (HSV), tipos 1 e 2	Sífilis Cancro mole Donovanose Herpes Genital	Lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas que são acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

755

756 **3.4.2.1 Sífilis**

757 A lesão cancroide ou cancro duro indolor é a característica principal desta patologia
758 em sua fase inicial. Apresenta um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (fase
759 primária), sendo que esta lesão desaparece espontaneamente em até 4 semanas após o
760 aparecimento, sem deixar cicatrizes.

761 A Sífilis secundária surge de 6 semanas a 6 meses após a lesão inicial, sendo
762 caracterizada por alterações cutâneas, dentre as quais a principal é a roséola (exantema não

763 pruriginoso), em sua fase mais precoce. Tardiamente a isto, outras reações cutâneas e
764 sistêmicas podem ser observadas como: alopecia, pápulas palmo-plantares, placas mucosas e
765 adenopatia generalizada, as quais novamente desaparecem após algumas semanas, mesmo que
766 nenhum tratamento tenha sido realizado.

767 Vale ressaltar que, mesmo sem a presença da lesão cancroide, o paciente é
768 transmissor da sífilis e, considerando a possibilidade da involução espontânea da
769 sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar
770 suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos
771 (teste rápido FTA-ABS*) e não treponêmicos (VDRL) fazer parte da rotina da Enfermagem
772 para todas as usuárias que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àquelas
773 que nunca tenham realizado o exame.

774 Teste rápido treponêmico (FTA-ABS) será sempre reagente em pessoas com história
775 de diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado neste caso o VDRL (não treponêmico) para
776 controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nesta situação a
777 possibilidade de cicatriz sorológica.

778 **a) Acompanhamento de Titulação de VDRL**

779 Na evidência de sífilis, indiferentemente do estágio, o acompanhamento de cura
780 deverá ser feito através da solicitação de VDRL, no seguinte esquema:

- 781 - Não gestante: solicitar VDRL a cada 3 meses no 1º ano, e a cada 6 meses no 2º ano;
- 782 - Gestante: solicitar VDRL mensalmente até o final da gestação. Após, seguir o mesmo
783 esquema para não-gestante. Após tratamento completado, a conduta a partir do próximo
784 VDRL dependerá do resultado deste exame, da seguinte forma:
 - 785 - Novo VDRL é $\leq 1:4$ ou sem alteração OU Novo VDRL é $> 1:4$ mas pelo menos 4 vezes
786 menor que o anterior (ex. era 1:32 e agora é 1:8) após 3 meses, ou após 12 meses de
787 tratamento para sífilis tardia prévia.

788 Conduta: continuar monitoramento com VDRL conforme esquema acima até completar 2
789 anos do início do tratamento, quando poderá ser dado alta na continuidade desta titulação. Se
790 titulação de VDRL maior do que a especificada ou insegurança na interpretação do exame,
791 solicitar atendimento conjunto com médico.

792 **b) Sífilis Congênita**

793 A transmissão vertical da sífilis continua como um grave problema de saúde pública
794 no Brasil, sendo a IST que possui maior taxa de transmissão vertical. No município de Belém,
795 a taxa de infecção por este agravo apresentou um aumento substancial nos últimos anos,

796 passando de uma incidência de 0,61 por 1000 nascidos vivos em 2013 para 2,65 até outubro
 797 de 2019, considerado significativo. Sendo este grave problema de saúde pública e tendo a
 798 sífilis um grau de transcendência bastante considerável em relação a atenção ao pré-natal, o
 799 diagnóstico realizado de forma adequada e em tempo oportuno, assim como o tratamento
 800 correto, são fatores importantes no enfrentamento desta situação. O quadro abaixo traz
 801 resumidamente o tratamento geral e da gestante, de acordo com a fase clínica.

802

803 **Quadro 6** - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico	Opções terapêuticas na impossibilidade da penicilina ou alergia	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão em cada nádega)	Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 14 dias	VDRL trimestral - redução da titulação
Sífilis latente. Latente tardia ou terciária	Penicilina G Benzatina, 7,2 milhões UI em 3 doses (2,4 milhões de UI por semana)	Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 28 dias	VDRL trimestral - redução da titulação
Sífilis em gestante (qualquer estadiamento ou titulação)	Penicilina G Benzatina 7,2 milhões UI, IM em 3 doses (2,4 milhões de UI por semana)	Preferencialmente penicilina. Caso alergia, referenciar para atenção terciária para desensibilização	VDRL mensal - redução da titulação

804 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

805

806 *Em caso de suspeita de neurosífilis, encaminhar para atendimento médico imediato.

807 *O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódica.

808

809 3.4.2.2 Cancro Mole

810 Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em
 811 região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos

812 hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com
813 secreção amarelada de odor fétido.

814 O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por
815 até duas semanas. O risco de infecção em um intercuro sexual é de 80%. O acompanhamento
816 do paciente deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a
817 abstinência sexual até resolução total da doença.

818 3.4.2.3 Donovanose

819 IST crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*,
820 apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica,
821 bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu
822 diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito a cronicidade da lesão.

823 3.4.2.4 Herpes Genital

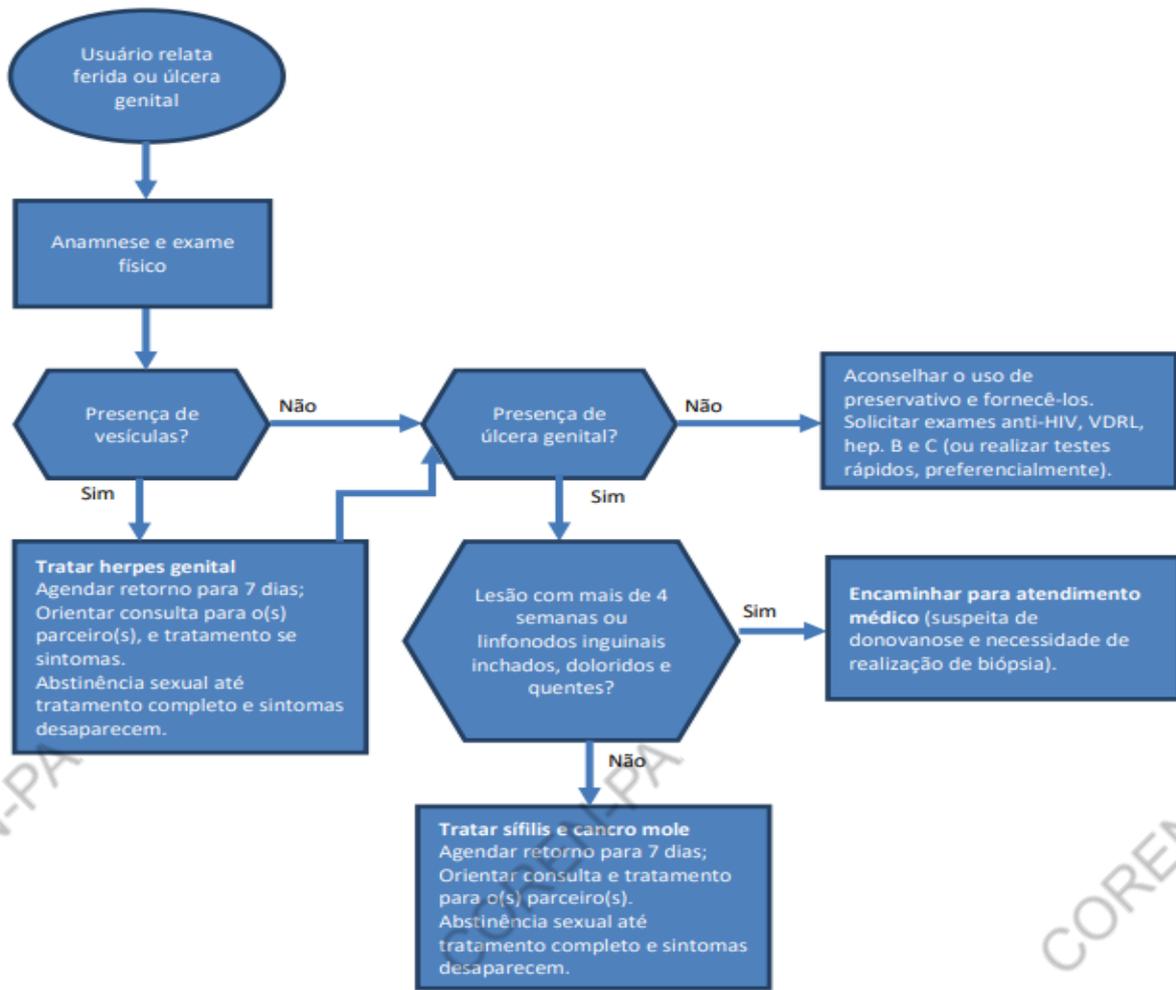
824 Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que
825 apresentam um período de incubação médio de 6 dias. Muitos indivíduos que adquirem a
826 infecção por HSV (Vírus da Herpes Humana) nunca desenvolverão manifestações, sendo que
827 a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%.

828 Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais
829 dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estes pacientes devem ser manejados pelo
830 profissional médico. Indivíduos com presença de lesões disseminadas, mesmo que
831 imunocompetentes devem passar por avaliação médica imediata a fim de estabelecer a melhor
832 conduta clínica.

833

834

835 **Fluxograma 2 - Síndrome da úlcera genital**



836

837 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

838

839 **Quadro 8 - Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital**

Agente	1ª opção	2ª opção	Observações
Herpes Genital	Aciclovir 400mg VO 3x ao dia por 7 dias. Se dor, prescrever lidocaína gel (uso tópico) a cada 8 horas nas lesões.		Se recidiva, prescrever aciclovir 800mg VO 3x ao dia por 2 dias, iniciando preferencialmente no período podrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, prurido e hiperemia da região genital), mesmo antes das vesículas aparecerem.
Sífilis*	Penicilina G Benzatina , 2.4	Doxiciclina 100mg,	Doxiciclina é

	milhões UI, IM, dose única (1.2 milhão UI em cada nádega) – esquema para sífilis primária	VO, 12/12h, por 14 dias (apenas se alergia à penicilina e não gestante/nutriz)	contraindicado e gestantes e nutrízes. Considerando a problemática da sífilis congênita e em gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, referenciar a atenção terciária para dessensibilização, em virtude da penicilina ser a única droga a romper a barreira placentária.
Cancro Mole	Azitromicina 1g VO, dose única	Ciprofloxacino 500 mg, VO, 12/12h por 3 dias	Ciprofloxacino é contraindicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrízes.

840 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

841

842 *Conduta válida apenas para tratamento de sífilis primária (evidência de lesão ulcerativa no momento
843 da consulta), exceto para gestantes.

844 Orientar consulta dos parceiros. Os diagnósticos e condutas terapêuticas para esses deverão
845 seguir o mesmo esquema descrito acima. No caso de tratamento para úlcera genital, deverá ser
846 solicitado VDRL para parceiro, mesmo que este(a) não tenha evidência de lesão genital, prosseguindo
847 ao tratamento caso necessário. Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada doxiciclina (exceto nas
848 gestantes e nutrízes).

849

850 **3.4.3 Síndrome do corrimento vaginal e cervicite**

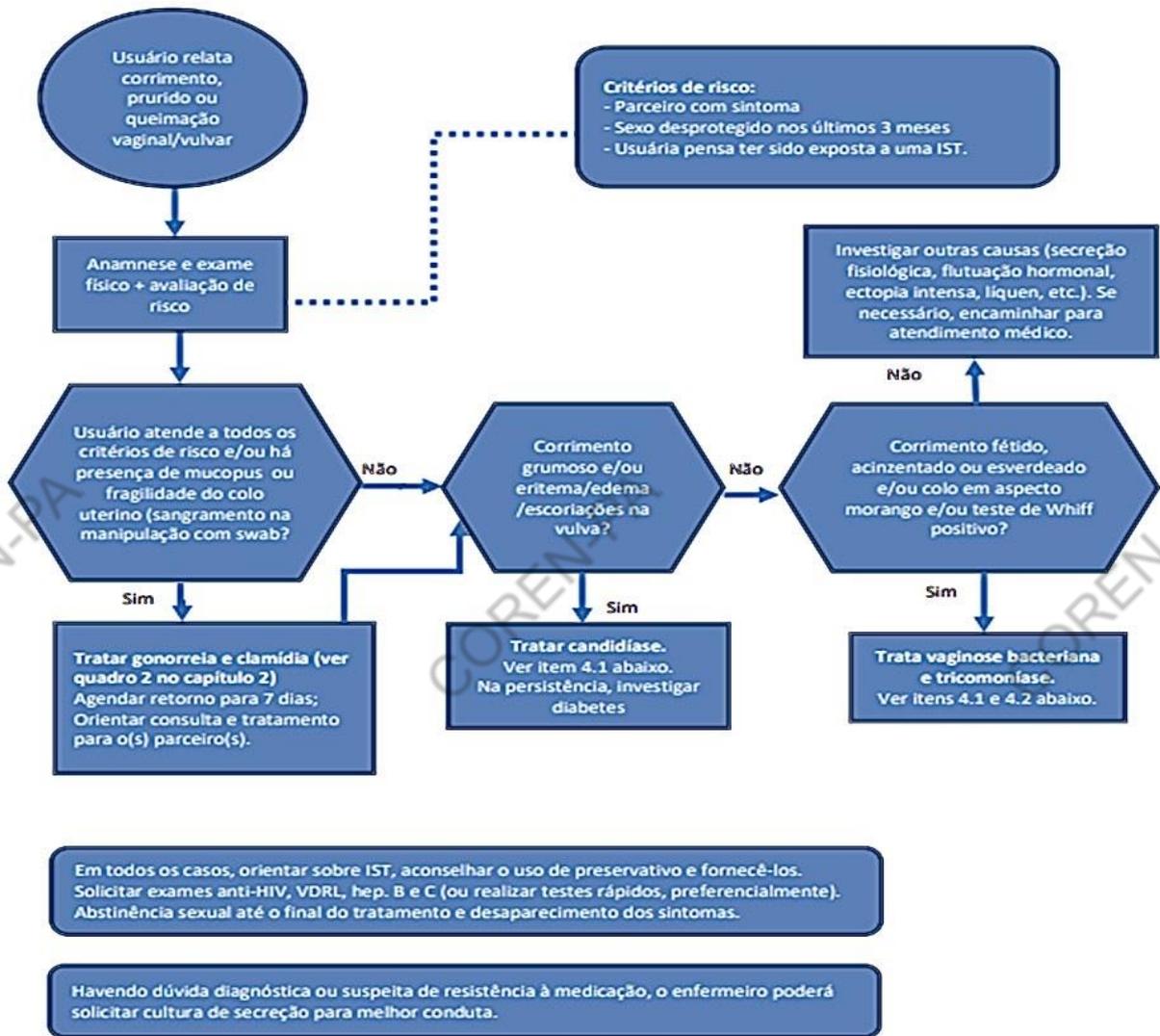
851 O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consultas de Enfermagem na
852 APS, tendo o enfermeiro um importante papel no diagnóstico e tratamento do mesmo. É
853 fundamental a diferenciar o corrimento vaginal fisiológico e o causado por agentes
854 infecciosos. Uma boa coleta de dados e o exame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

856 Pode-se classificar o corrimento vaginal em infecções endógenas (candidíase e
857 vaginose bacteriana) e as IST (tricomoniase, gonorreia, clamídia). Esta classificação torna-se
858 importante pelo fato que no primeiro caso não há necessidade de tratamento dos parceiros
859 (exceto se os mesmos estiverem sintomáticos, quando deverão passar por consulta para

860 avaliação), enquanto na outra situação o tratamento é fundamental para a quebra da cadeia de
 861 transmissão.

862 O fluxograma abaixo apresenta de forma resumida as condutas para o tratamento de
 863 corrimento vaginal, associando ainda a possibilidade de presença de cervicite.

864 **Fluxograma 3 - Síndrome do corrimento vaginal e cervicite**



865

866 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis

867

868 **Quadro 9 - Resumo dos esquemas terapêuticos para corrimento vaginal**

	1ª opção	Tratamento para parceiro masculino (se necessário)	Tratamento em gestantes e nutrízes
Candidíase	Miconazol creme vaginal a 2% por 7 noites ou Fluconazol	Fluconazol 150 mg VO dose única ou Clotrimazol 10 mg/g	Somente tratamento tópico (Miconazol creme). O tratamento oral está

	150 mg VO dose única	creme (ou Miconazol creme dermatológico) de 12/12h por 7 dias.	contraindicado durante a gestação e amamentação.
Vaginose Bacteriana e Tricomoníase*	Metronidazol 500mg VO 12/12h por 7 dias*** Evitar bebidas alcoólicas.	Metronidazol 2g VO dose única. Evitar bebidas alcoólicas.	Metronidazol 500mg VO 12/12h por 7 dias*** Suspender amamentação durante o tratamento e até 24 horas depois da última dose; evitar álcool.

869 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis

870

871 *Para diferenciação clínica e de abordagem entre vaginose bacteriana e Tricomoníase verificar 3.4.4
872 abaixo. Contudo, devido a dificuldades em diferenciar essas duas situações é recomendado o
873 tratamento indicado neste quadro, incluindo o tratamento do parceiro ver item 3.4.4 abaixo. No caso
874 de parceira feminina que compartilhe objetos de uso vaginal, o tratamento deverá ser o de primeira
875 opção.

876 **Para outras opções terapêuticas é necessário a diferenciação entre Tricomoníase e vaginose
877 bacteriana, conforme abaixo.

878

879 **3.4.4 Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoníase e infecções mistas**

880 Os itens abaixo descrevem as principais diferenças entre vaginose bacteriana e
881 tricomoníase. Contudo, vale ressaltar que tal diferenciação pode não ser clara devido a
882 sintomas/sinais comuns a ambas, sendo indicada conduta comum com tratamento do parceiro,
883 conforme indicador no quadro (acima):

884

Vaginose bacteriana	Tricomoníase	Infecções mistas
<p>Corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia.</p> <p>Não é considerada IST por se desenvolver normalmente por desequilíbrio da flora normal vaginal.</p> <p>Não é necessário tratar parceiro.</p> <p>Pode ser utilizado o gel de Metronidazol 100 mg/g (uma aplicação à noite por 5 noites) como primeira escolha, inclusive em gestantes e nutrízes.</p>	<p>Corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a “framboesa”.</p> <p>É considerada IST, sendo necessário o tratamento do parceiro.</p> <p>Pode ser utilizado como primeira escolha o tratamento em dose única, com Metronidazol 2g VO dose única (8cp de 250 mg, na opção disponível no município).</p>	<p>Não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso.</p> <p>Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Neste caso, recomenda-se o tratamento do quadro mais sugestivo, com retorno antes do final do tratamento para avaliação, ou o tratamento de ambos os quadros em conjunto, optando-se, preferencialmente, por tratamento oral para uma condição e tópica para outra.</p>

886 Fonte: protocolo de enfermagem de Florianópolis, 2016.

887

888

889

890

891

892

893

894

Uma das maneiras mais fáceis de realizar a diferenciação entre candidíase e vaginose/Tricomoníase é a realização do teste de Whiff, que consiste na colocação de 2 gotas de KOH (hidróxido de potássio) a 10% sobre o conteúdo vaginal em uma espátula ou lâmina (este material não poderá ser utilizado para outros fins, como análise laboratorial). O teste é positivo quando esta reação exala cheiro forte, semelhante a peixe podre, sendo indicativo de vaginose bacteriana.

895 **3.4.9 Tratamento do parceiro**

896 A diferenciação clínica entre vaginose bacteriana e Tricomoníase pode ser difícil,
897 sendo recomendada a abordagem sindrômica com tratamento comum a ambos os problemas.
898 Nesse caso, o tratamento deve ser realizado conforme o quadro (acima), incluindo tratamento
899 do parceiro. Caso seja realizada diferenciação clínica com **diagnóstico de vaginose**
900 **bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.**

901 Já a **candidíase**, mesmo não sendo IST, pode manifestar sintomas no homem, ainda
902 que isso ocorra em uma minoria dos casos. Os sintomas mais comuns **envolvem prurido e**
903 **irritação na glândula do pênis**, podendo haver descamação no local em casos mais
904 exacerbados. Na maior parte, **lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando**
905 **adequadamente, pode solucionar o problema.** Contudo, devido ao grande incômodo e
906 consequências sociais (devido ao prurido), o tratamento medicamentoso pode ser necessário.

907

908 **3.4.5 Doença inflamatória pélvica**

909 A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma complicação importante das IST nas
910 mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que
911 a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde
912 internações evitáveis por condições sensíveis a APS, ou mesmo a evitabilidade de óbito por
913 complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa.

914 Além dos critérios de urgência e necessidade de referenciamento a atenção terciária,
915 na presença de sinais de gravidade (ver fluxograma abaixo), a **DIP é considerada uma das**
916 **causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas**
917 **como gravidez ectópica e dor pélvica crônica.** A suspeita clínica é caracterizada geralmente
918 com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre.

919 A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em
920 pequena quantidade (spotting) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial
921 ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.

922

923

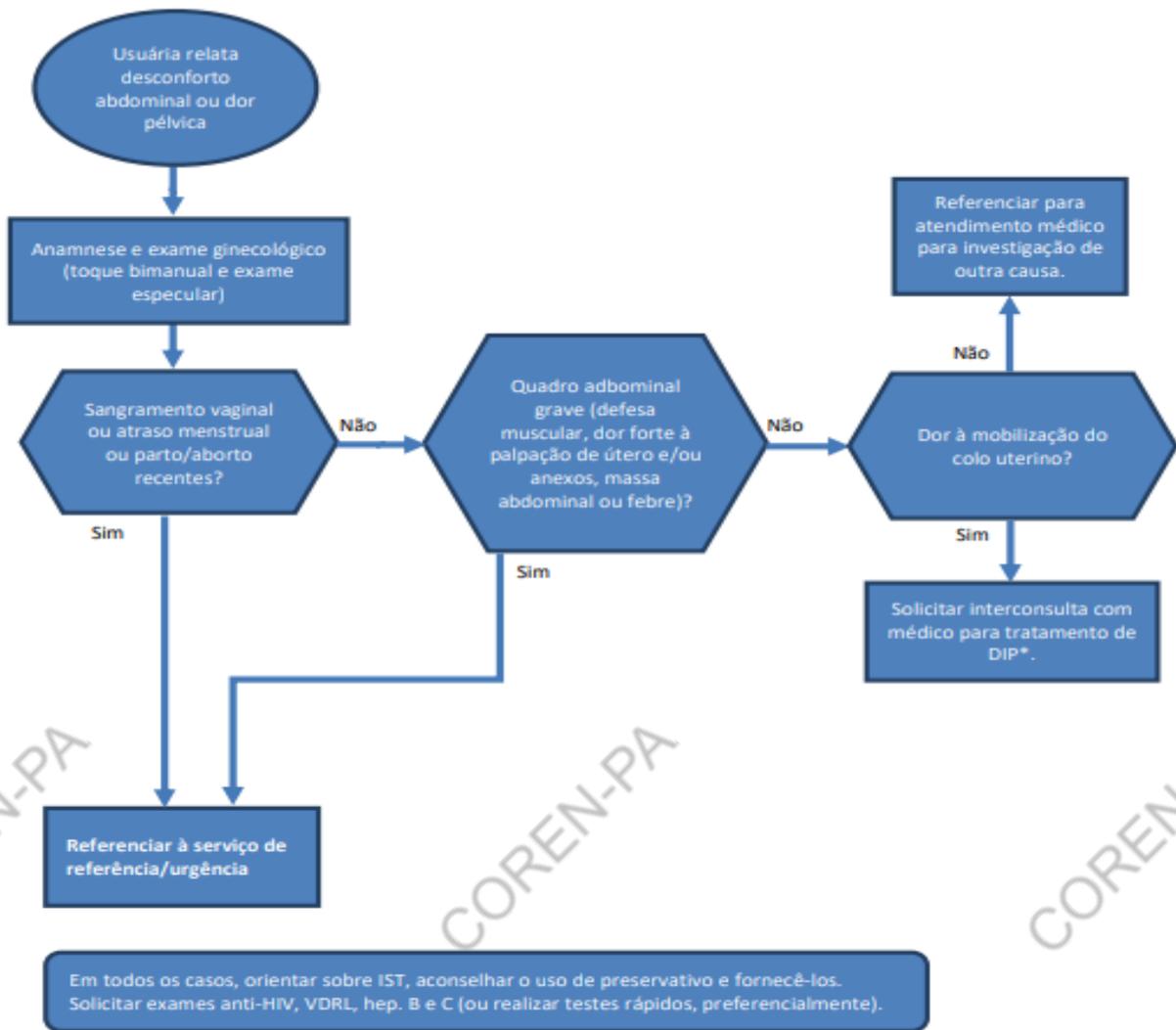
924 **Quadro 11** - Esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

	1ª opção*	2ª opção*	PRESCRITOR
Doença Inflamatória pélvica	Ceftriaxona * 500 mg IM dose única + Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 14 dias + Metronidazol 500mg VO de 12/12h por 14 dias	Ciprofloxacino 500mg VO 12/12H por 14 dias + (Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 14 dias ou Azitromicina 2g VO dose única) + Metronidazol 500g VO 12/12h por 14 dias.	Médico(a)
Alívio da dor	Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual (evitar uso superior a 7 dias); Ibuprofeno 600mg; ou Diclofenaco sódico 50 mg, de 8/8 horas; Piroxican 29 mg ou Nimesulida 100mg de 12/12 horas.	Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: Escopolamina 10 mg de 6/6 horas; Dipirona ou paracetamol 500mg de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/Médico(a)

925

926

927 **Fluxograma 4 - Síndrome da dor pélvica**



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).

***Considerando o impacto que a DIP tem e a possibilidade de, mesmo com o uso do fluxograma, confusão com outras causas de dor em baixo ventre, o tratamento para esta doença deverá em conjunto com o médico, sendo a prescrição responsabilidade deste último.**

928

929 **Fonte:** Protocolo de Enfermagem – volume 2 da Prefeitura Municipal de Florianópolis

930

931 **3.4.11 Papilomavírus Humano**

932 É um vírus que tem mais de 150 genótipos diferentes, sendo que **12 deles são**
933 **considerados oncogênicos** pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC) e
934 associados a neoplasias malignas do trato genital, enquanto os demais subtipos virais estão
935 relacionados a verrugas genitais e cutâneas.

936 A partir deste ano, serão apenas **duas doses da vacina**, sendo que a segunda
937 acontece 6 meses após a primeira aplicação. Vale lembrar que não basta tomar apenas a
938 primeira dose. Para a prevenção acontecer, é preciso tomar as duas doses (BRASIL, 2020). Os

939 tipos virais oncogênicos mais comuns são HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos
940 casos de câncer do colo do útero, enquanto os HPV 6 e 11 estão associados a até 90% das
941 lesões verrucosas anogenitais. Outros tipos de câncer que podem estar associados ao HPV são
942 de vagina, vulva, pênis, ânus e orofaringe.

943 Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos podem tomar a vacina
944 gratuitamente pelo SUS. A vacina é segura, eficaz e a principal forma de prevenção contra 4
945 tipos do HPV (6,11,16,18). Para os que vivem com HIV, a faixa etária de vacinação contra o
946 Papilomavírus humano quadrivalente (HPV4) foi ampliada para homens de até 45 anos com
947 imunossupressão. O esquema tradicional de três doses será utilizado, independentemente da
948 idade. A ampliação do acesso à vacina visa alcançar um público mais suscetível ao risco de
949 desenvolvimento de tipos de cânceres associados ao HPV, uma vez que o risco é quatro vezes
950 maior entre indivíduos vivendo com HIV/Aids e transplantados do que na população sem a
951 doença ou transplante (FIOCRUZ, 2022)

952

953 **Quadro 12** - Forma farmacêutica, apresentação e composição por dose da vacina HPV quadrivalente

Apresentação	Frasco-ampola de dose única de 0,5 mL
Via de administração	Intramuscular preferencialmente na região deltóide, na parte superior do braço
Indicação de uso	Adulto e pediátrico
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">- A vacina HPV quadrivalente é contraindicada em pessoas que desenvolveram sintomas indicativos de hipersensibilidade grave após receber uma dose da vacina.- A vacina é contraindicada durante a gestação, uma vez que não há estudos conclusivos em mulheres grávidas até o presente momento.- A vacina HPV quadrivalente é produzida em <i>Scharomy cescerevisiae</i> sendo, portanto, contraindicada para pessoas com história de hipersensibilidade comprovada imediata a leveduras.- Imunossupressão por doença ou medicamentos não contraindicam a vacinação.

Precauções	<ul style="list-style-type: none">- A vacina deve ser adiada em pessoas que estejam com doenças febris agudas, moderadas ou graves. Contudo, a presença de uma infecção leve, como é o caso de resfriado ou de febre baixa, não constitui motivo para o adiamento da vacinação.- Trombocitopenia: a vacina deve ser administrada com precaução em pessoas com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação pelo risco de ocorrer sangramento ou hematoma após a injeção intramuscular.- Pessoas com história prévia de doenças neurológicas, tais como crises convulsivas deverão ter avaliação médica anterior e apresentarem prescrição do médico assistente para realização da vacinação.- Não há evidência do uso durante a lactação.
Cuidados de armazenamento	Conservar em temperatura entre +2°C e +8°C e ao abrigo da luz. Não congelar.

954 **Fonte:** Bula do laboratório/CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

955

956

957 **Quadro 13** - Indicação da vacina HPV quadrivalente conforme as possíveis situações vacinais
958 encontradas

Situações	Conduta	Orientações técnicas
1. Se previamente recebeu Dose 1 da vacina bivalente na clínica privada	O ideal é manter o esquema com a mesma vacina (bivalente). Mas se a vacina usada na dose anterior não estiver disponível, recomenda-se administrar a vacina quadrivalente, disponível na rede pública, para completar o esquema	Não existem dados disponíveis sobre a segurança, imunogenicidade ou eficácia das duas vacinas contra o HPV quando usadas de forma intercambiável. Essas vacinas têm características, componentes e indicações diferentes, e em situações onde ambas são comercializadas, todos os esforços devem ser para a administração da mesma vacina para completar o esquema vacinal.
2. Se previamente recebeu Dose 1 da vacina quadrivalente na clínica privada	Administrar Dose 2 com a vacina quadrivalente, respeitando o intervalo mínimo de 06 meses entre as doses.	-
3. Se previamente recebeu a Dose 1 da vacina quadrivalente no SUS e, por opção, queira receber a Dose 2 em clínica privada para seguir o esquema 0, 2 e 6 meses	Não há impedimento em completar o esquema na clínica privada.	-

<p>4. Se previamente recebeu Dose 1 e Dose 2 da vacina quadrivalente na clínica privada e, por opção, queira receber a Dose 3 conforme o esquema 0, 2 e 6 meses</p>	<p>Considerar intervalo mínimo de 6 meses entre a Dose 1 e a Dose 3. Registrar esta dose como Dose 2 no sistema de informação, conforme esquema preconizado em 2016, pelo MS.</p>	<p>-</p>
<p>5. Se referiu ter recebido previamente a vacina HPV, mas desconhece o tipo e não tem o comprovante.</p>	<p>Considerar não vacinada. Administrar Dose 1 da vacina quadrivalente e agendar Dose 2, seis meses após essa dose.</p>	<p>Segundo a OMS, se a vacina com a qual o adolescente iniciou o esquema é desconhecida ou não está disponível, recomenda-se utilizar a vacina disponível na rede pública.</p>
<p>6. Se recebeu a Dose 1 da vacina quadrivalente há mais de 6 meses</p>	<p>Administrar a Dose 2 da vacina quadrivalente.</p>	<p>-</p>
<p>7. Se esquema completo da vacina bivalente.</p>	<p>Não revacinar com a quadrivalente.</p>	<p>-</p>
<p>8. Adolescente que recebeu a Dose 1 da vacina quadrivalente aos 14 anos de idade.</p>	<p>Administrar a Dose 2 com um intervalo mínimo de seis meses e máximo de até 12 meses.</p>	<p>-</p>
<p>9. Adolescente que já completou 14 anos e recebeu a Dose 1 e a Dose 2 da vacina quadrivalente</p>	<p>Considerar vacinado</p>	<p>-</p>

959 Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS (2018).

960 **Importante:**

- 961 - Adolescentes de 15 anos que comprovarem dose 1, administrar Dose 2 mesmo após o intervalo de
 962 seis meses entre essas doses.
 963 - Para adolescentes que irão fazer a primeira dose nas UBS não há necessidade de autorização escrita
 964 ou acompanhamento dos pais ou responsáveis.

965

966 **3.4.12 Diagnósticos de enfermagem e intervenções dos sistemas de classificação NANDA-**
 967 **I, NIC e CIPESC® no atendimento aos usuários**

968 **Quadro 14** - Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com a classificação
 969 NANDA-I e NIC

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Risco de infecção	<p>Proteção contra infecção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar vulnerabilidade da infecção. - Monitorar contagens totais de granulócitos, células brancas e resultados diferenciais. - Ensinar o usuário e familiares sobre sinais e sintomas da infecção e quando recorrer ao serviço de saúde. - Orientar sobre o uso racional de antibióticos. <p>Ensino: sexo seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o usuário sobre os fatores que aumentam o risco de IST, como por exemplo, relação sexual sem proteção, área de superfície mucosa genital aumentada, número de contatos sexuais, presença de feridas genitais, doença avançada e relações sexuais durante a menstruação. - Fornecer produtos de proteção sexual (preservativos). - Discutir com o usuário a importância da notificação ao parceiro sexual quando diagnóstico com IST. - Incentivar o usuário a discutir histórias sexuais e práticas de sexo seguro com o parceiro.
Isolamento social	<p>Melhora da socialização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o usuário a desenvolver relacionamentos. - Encorajar atividades sociais e comunitárias. - Dar feedback positivo quanto o usuário conseguir aproximar-se de outras pessoas. - Encorajar o planejamento de pequenos grupos para atividades especiais.

	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar os pontos fortes e fracos da atual rede de relacionamentos. <p>Melhora da autopercepção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o usuário a mudar a visão de si mesmo como vítima definindo seus próprios direitos, conforme apropriado. - Auxiliar o usuário a reexaminar as percepções negativas de si mesmo. - Auxiliar o usuário a identificar comportamentos autodestrutivos.
--	---

970

971

972 **Quadro 15 - Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com CIPESC**

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Autocuidado adequado	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a participação em oficinas - Investigar hábitos e costumes de higiene - Reforçar orientações sobre o desenvolvimento de hábitos de vida saudável
Ansiedade frente a coleta e resultado de exames	<p>Atividades para o enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar compreender a expectativa apresentada. - Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo. - Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames. - Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado. - Estabelecer relação de confiança com a usuária. - Estimular a confiança no atendimento prestado. - Orientar quanto a terapêutica medicamentosa. - Orientar sobre a periodicidade do exame. - Tranquilizar a usuária durante a realização do procedimento. - Usar abordagem calma e segura.
Higiene das genitálias alterada	<p>Atividades para o enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável. - Estimular o autocuidado corporal. - Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar. - Fazer exame especular. - Orientar hábitos de higiene. - Orientar uso correto do preservativo.
Prurido vaginal	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Captar parceiro para tratamento.

	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a usuária a participar ativamente de seu cuidado. - Indicar banho de assento. - Investigar o tempo de aparecimento da queixa. - Orientar ingestão de alimentos. - Orientar o uso correto do preservativo. - Orientar sobre higiene das genitálias. - Realizar o exame preventivo de câncer do colo do útero.
Dor em baixo-ventre	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colher material para citologia oncótica. - Encaminhar para atendimento especializado. - Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo. - Fazer exame especular. - Relacionar a queixa com o método contraceptivo usado. - Investigar fatores fisiológicos.
Dor à relação sexual (dispareunia)	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para consulta médica. - Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medo. - Fazer exame especular. - Investigar fatores fisiológicos que interferem na relação. - Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado.
Cólica uterina	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar aplicação de calor local com média intensidade, em baixo-ventre, enquanto tiver dor. - Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado. - Orientar quanto as atividades físicas diárias, tipos e frequência. - Orientar métodos para alívio da dor.
Sangramento vaginal inadequado	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sangramento. - Encaminhar para consulta médica. - Orientar para não ter relação sexual vaginal neste período. - Investigar quantidade e duração do sangramento. - Monitorar sinais vitais. - Orientar e agendar retorno. - Orientar observação do sangramento. - Orientar para realização do exame preventivo. - Orientar sobre restrição as atividades.

<p>Negação</p>	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar compreender a perspectiva apresentada. - Determinar a capacidade de tomada de decisão do usuário. - Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. - Identificar habilidades de enfrentamento à situação atual. - Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. - Oferecer apoio durante a fase de negação. - Orientar quanto às técnicas de relaxamento. - Orientar quanto terapêutica medicamentosa. - Usar abordagem calma e segura.
<p>Abuso sexual</p>	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolher a usuária conforme suas necessidades. - Apoiar a mulher vítima de violência. - Assegurar respeito aos direitos da mulher. - Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo. - Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência. - Estabelecer relação de confiança com a usuária. - Estimular a confiança no atendimento prestado. - Notificar casos de violência conforme protocolo. - Orientar sobre a prevenção de IST/aids.
<p>Uso de contraceptivo inadequado</p>	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispensar método contraceptivo. - Esclarecer dúvidas quanto aos métodos contraceptivos. - Orientar para realização do exame preventivo. - Reforçar orientação quanto ao uso correto do contraceptivo adotado. - Sensibilizar para uso de preservativos.

973 Fonte: CIPESC, 2019.

974

975 3.6 NOTAS DE PREVENÇÃO

976 3.6.1 Prevenção Combinada de IST

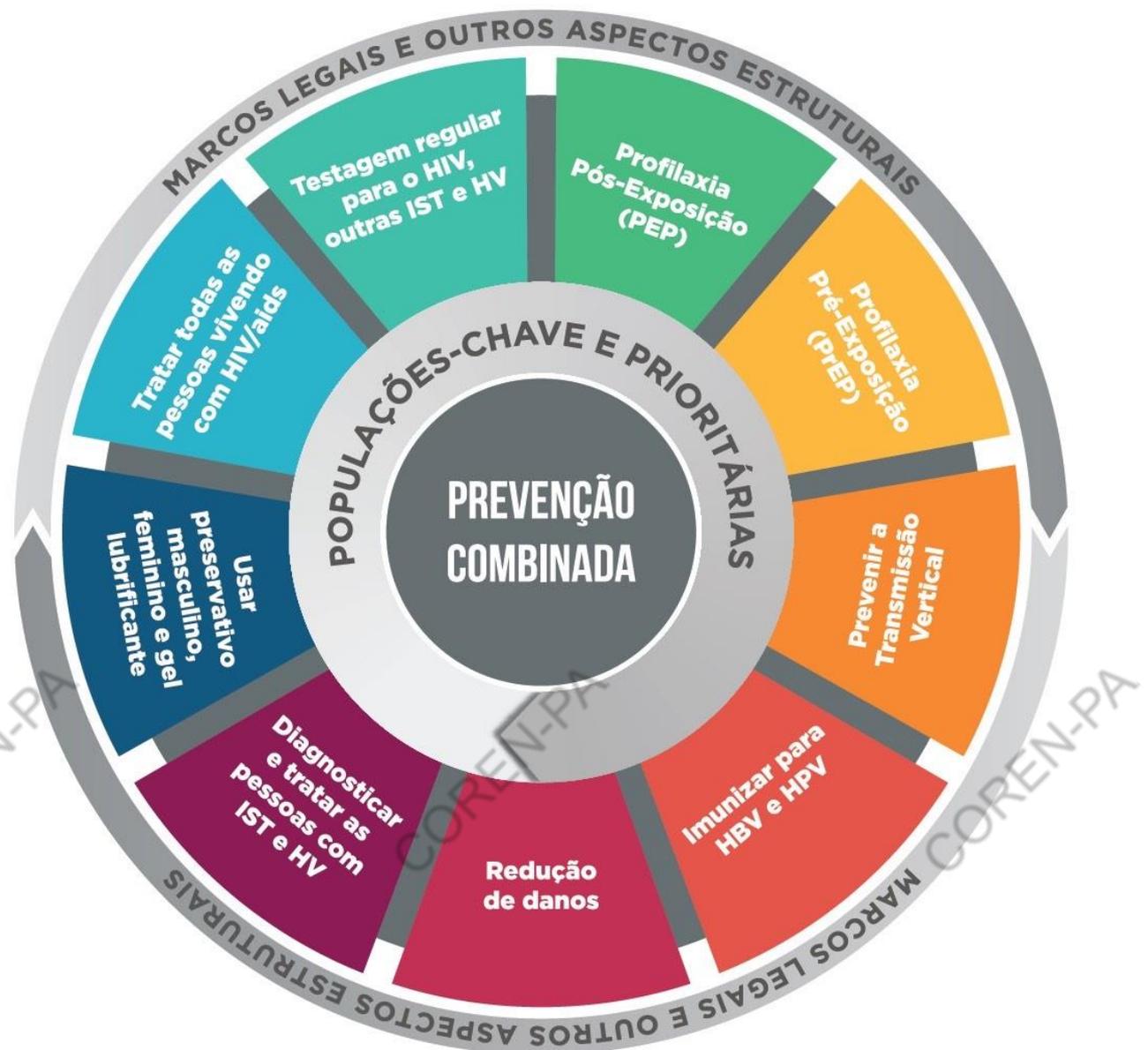
977 A prevenção combinada remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST,
978 ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, é relacionada à combinação das
979 três intervenções: **biomédica, comportamental e estrutural**, aplicadas ao campo individual e

980 coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e
981 possibilidades da Prevenção Combinada (BRASIL, 2020c).

982 **Os profissionais de saúde devem usar a mandala na orientação para prevenção às**
983 **pessoas sob risco de IST, HIV e hepatites virais.** É empregada a mesma lógica em relação à
984 saúde reprodutiva. Quando uma pessoa/casal chega ao serviço de saúde em busca de
985 anticoncepção, oferecem-se várias opções, como: anticoncepcional oral ou injetável, DIU com
986 cobre, preservativo, vasectomia etc. Até métodos com menor eficácia podem ser utilizados
987 pelas pessoas/casais a depender de sua indicação, como preservativos e tabelinha. Portanto, a
988 pessoa/casal é quem identifica o método que melhor se enquadre à sua rotina, com auxílio do
989 profissional de saúde. Da mesma maneira, pensa-se a Prevenção Combinada (Figura 2)
990 (BRASIL, 2019a).

991

992



994

995 Fonte: DCCI/SVS/MS, 2020c.

996 O profissional deverá clicar nas "fatias" da mandala e conheça as formas de prevenção
 997 ao HIV, às IST e às hepatites virais, disponível em [http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-](http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se)
 998 [geral/previna-se](http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se).

999 Lembrando que o melhor método é o que o indivíduo escolhe, com auxílio do
 1000 profissional de saúde, e que atende às suas necessidades sexuais e de proteção. Nenhuma
 1001 intervenção de prevenção isolada é eficaz suficiente para reduzir novas infecções (BRASIL,
 1002 2020c).

1003

1004

REFERÊNCIAS

1005

1006 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. Secretaria de
 1007 Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente**
 1008 **Transmissíveis**. Brasília, 2015. Disponível em:

1009 http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf.
1010 Acesso em: 10 Jan. 2020.
1011

1012 BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas**
1013 **papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e**
1014 **meningocócica C (conjugada)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de
1015 Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de
1016 Imunizações. Brasília – DF, 2018. Disponível em:
1017 [http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf)
1018 [MENINGITE.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf). Acesso em: 28 Jul. 2019.
1019

1020 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção**
1021 **Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Secretaria de
1022 Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções
1023 Sexualmente Transmissíveis. – Brasília – DF, 2019a. Disponível em:
1024 http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_i
1025 [ntegral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_i). Acesso em: 10 Set. 2019.
1026

1027 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções
1028 Sexualmente Transmissíveis. **Institucional**. Brasília – DF, 2019b. Disponível em:
1029 <http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso-informacao/institucional>. Acesso em: 10 Nov. 2019.
1030

1031 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Quem pode ser vacinado**
1032 **contra o HPV?** Brasília – DF, 2020a. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/perguntas-](https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quem-pode-ser-vacinado-contra-o-hpv)
1033 [frequentes/quem-pode-ser-vacinado-contra-o-hpv](https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quem-pode-ser-vacinado-contra-o-hpv). Acesso em: 02 Mar. 2020.
1034

1035 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**
1036 **Sífilis**. Número Especial, Out. 2020. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/pt-](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020)
1037 [br/pub/2020/boletim-sifilis-2020](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020). Acesso em: 29 Dez. 2020.
1038

1039 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções
1040 Sexualmente Transmissíveis. **Prevenção combinada**. Brasília – DF, 2020a. Disponível em:
1041 <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>. Acesso em: 20 Abr. 2020c.
1042

1043 CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. CIPESC - beta 2 - **Classificação**
1044 **Internacional para as Práticas de Enfermagem**. Trad. de Heimar de Fátima Marin. São
1045 Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/cipesc.pdf>.
1046 Acesso em: 24 Out. 2019.
1047

1048 FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Vacina HPV quadrivalente é ampliada para homens**
1049 **de até 45 anos com imunossupressão**. Rio de Janeiro-RJ, Julho de 2022. Disponível em:
1050 [https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/3012-vacina-hpv-quadrivalente-e-ampliada-](https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/3012-vacina-hpv-quadrivalente-e-ampliada-para-homens-de-ate-45-anos-com-imunossupressao)
1051 [para-homens-de-ate-45-anos-com-imunossupressao](https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/3012-vacina-hpv-quadrivalente-e-ampliada-para-homens-de-ate-45-anos-com-imunossupressao). Acesso em: 27 Jul. 2022.
1052

1053 FERREIRA, I. T.; NEVES, K. T. Q.; OLIVEIRA, A. W. O.; GALVÃO, T. R. A. F.;
1054 MANGANE, E. M.; SOUSA, L. B. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem em
1055 infecções sexualmente transmissíveis. **Enferm. Foco**, v. 9, n.3, p. 42-47, 2018. Disponível
1056 em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/1119/459>. Acesso
1057 em: 12 Nov. 2019.
1058

1059 MARTINS, D.C.; PESCE, G. B.; SILVA, G. M.; FERNANDES, C. A. M. Sexual behavior
1060 and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. **Rev. Latino-Am.**
1061 **Enfermagem**, v. 26, p. e3043, 2018. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/1518-](http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2568.3043)
1062 8345.2568.3043. Acesso: 10 Nov. 2019.
1063
1064 NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e**
1065 **classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
1066
1067 PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.
1068 **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em**
1069 **Saúde Pública**. 1. ed. Florianópolis - SC: [s.n.], 2016. 55 p. v. único. Disponível em:
1070 [www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d846564ca2.pdf)
1071 [a0d846564ca2.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d846564ca2.pdf). Acesso em: 8 Jul. 2019.
1072
1073 PREFEITURA DE LONDRINA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE
1074 LONDRINA. **Abordagem do HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis na**
1075 **atenção básica**. 1. Ed. Londrina: UEL/CCS – Deto de Saúde Coletiva, 2016. Disponível em:
1076 [http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_ist.pdf)
1077 [saude/prot_ist.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_ist.pdf). Acesso em: 10 Jan. 2020.
1078
1079 WORLD HEALTH ORGANIZATIN (WHO). **Training modules for the syndromic**
1080 **management of sexually transmitted infection**. 2ed. Genebra: World Health Organization,
1081 2007. Disponível em:
1082 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43275/9241593407_trainersguide_eng.pdf;js](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43275/9241593407_trainersguide_eng.pdf;jsessionid=EB036BFD6F66D4347EDD931CD759BBE1?sequence=1)
1083 [essionid=EB036BFD6F66D4347EDD931CD759BBE1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43275/9241593407_trainersguide_eng.pdf;jsessionid=EB036BFD6F66D4347EDD931CD759BBE1?sequence=1). Acesso em: 7 Out. 2019.
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094

1095 **4 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM À PREVENÇÃO E CONTROLE DO CANCER**
1096 **DE MAMA E CANCER DE COLO DE ÚTERO**

1097 4.1 INTRODUÇÃO

1098 O protocolo de Enfermagem é utilizado como uma **estratégia para detecção**
1099 **precoce do câncer de mama e do colo do útero**, o rastreamento é uma ação dirigida à
1100 população assintomática, na fase subclínica da doença, enquanto o diagnóstico precoce diz
1101 respeito à abordagem de indivíduos que apresentam sinais e/ou sintomas da doença em
1102 estágio inicial.

1103 O **câncer de mama** causada pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse
1104 processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. Há vários tipos de
1105 câncer de mama que podem evoluir de diferentes formas. Alguns têm desenvolvimento rápido
1106 e outros se multiplicam mais lentamente. Esses comportamentos distintos estão relacionadas a
1107 característica própria de cada tumor(INCA, 2020).

1108

1109 **Quadro 16** - Outros fatores que aumentam o risco da doença

Fatores ambientais e comportamentais	Fatores da história reprodutiva e hormonal
Obesidade e sobrepeso após a menopausa; Sedentarismo e inatividade física; Consumo de bebida alcoólica; Exposição frequente a radiações ionizantes (Raios-X) e BRCA2.	Primeira menstruação antes de 12 anos; Não ter tido filhos; Primeira gravidez após os 30 anos; Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos; Uso de contraceptivos hormonais (estrogênio-progesterona); Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos; Fatores genéticos e hereditários, História familiar de câncer de ovário; Casos de câncer de mama na família, principalmente antes dos 50 anos; História familiar de câncer de mama em homens; Alteração genética, especialmente nos genes BRCA1.

1110 Fonte: INCA, 2016.

1111 **Importante:** A mulher que possui **um ou mais desses fatores genéticos/ hereditários é considerada**
1112 **com risco elevado** para desenvolver câncer de mama.

1113

1114 Cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados com a adoção de
1115 hábitos saudáveis como: **Praticar atividade física; alimentar-se de forma saudável;**

1116 **manter o peso corporal adequado; evitar o consumo de bebidas alcoólicas; amamentar,**
1117 **evitar uso de hormônios sintéticos, como anticoncepcionais e terapias de reposição**
1118 **hormonal.**

1119 A recomendação brasileira segue a orientação da OMS e de países que adotam o
1120 rastreamento mamográfico, o MS recomenda que a mamografia de rastreamento seja ofertada
1121 para mulheres entre **50 e 69 anos**, a **cada dois anos** e mulheres de **40 a 49 anos** é
1122 recomendada a realização do **exame clínico das mamas por profissional de saúde**, e
1123 realização de **mamografia**, **apenas** se existir a **indicação** por um profissional de saúde
1124 (BRASIL 2019).

1125 Para a investigação, além do exame clínico das mamas, exames de imagem podem ser
1126 recomendados, como mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética. A confirmação
1127 diagnóstica só é feita, porém, por meio da biópsia, técnica que consiste na retirada de um
1128 fragmento do nódulo ou da lesão suspeita por meio de punções (extração por agulha) ou de
1129 uma pequena cirurgia. O material retirado é analisado pelo patologista para a definição do
1130 diagnóstico (BRASIL, 2020).

1131 Muitos avanços vêm ocorrendo no tratamento do câncer de mama nas últimas décadas.
1132 Há hoje mais conhecimento sobre as variadas formas de apresentação da doença e diversas
1133 terapêuticas estão disponíveis. O tratamento do câncer de mama depende da fase em que a
1134 doença se encontra (estadiamento) e do tipo do tumor. Pode incluir cirurgia, radioterapia,
1135 quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (terapia alvo). **Quando a doença é**
1136 **diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo** (LIGA CONTRA O
1137 CÂNCER, 2019).

1138 A prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e o aumento de morte desse
1139 grupo populacional considerado hoje o maior problema de saúde pública no país e no mundo
1140 atingindo em torno de 71% das causas de mortes, no Brasil corresponde a 75%, sendo que as
1141 neoplasias correspondem a 18%, estudos realizados em 2016 apontaram que a 3ª causa de
1142 morte é o câncer de mama e o câncer de colo de útero esta como a 9ª causa de morte, na
1143 população feminina e na faixa etária de 30 a 60 anos, estima-se que no biênio 2018 a 2019
1144 ocorra 600 mil novos casos de câncer onde 60 mil de serão de mama e 16.370 de colo de
1145 útero (INCA, 2016).

1146 Já o **câncer do colo do útero** é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres,
1147 sendo responsável por aproximadamente 570 mil casos novos por ano no mundo. Ele é
1148 responsável por 311 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por
1149 câncer em mulheres. No Brasil, em 2020, são esperados 16.590 casos novos, com um risco

1150 estimado de 12,6 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de
1151 incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, sem considerar tumores de pele
1152 não melanoma. Em 2017, ocorreram 6.385 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa
1153 ajustada de mortalidade por este câncer de 5,14/100 mil mulheres (INCA, 2020b).

1154 Sua ocorrência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos, e
1155 sua mortalidade aumenta progressivamente a partir de 40 anos. É uma doença de
1156 desenvolvimento lento passa por diferentes fases antes de se transformar em câncer e pode
1157 demorar anos para se desenvolver e gerar sintomas como sangramento vaginal, secreção
1158 vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais nos casos mais
1159 avançados. Também chamado de câncer cervical, **é causado por algum tipo de HPV,**
1160 **chamados de oncogênicos**, em alguns casos evoluem para o câncer quando na ocorrência de
1161 alterações celulares, sendo essas **diagnosticadas facilmente através do exame preventivo**
1162 **(Papanicolau)** (INCA, 2020b).

1163 A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais
1164 adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. O câncer do colo do útero inicia-se a
1165 partir de uma lesão precursora curável em quase totalidade dos casos. Trata-se de
1166 anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III
1167 (NIC II/III), além do adenocarcinoma in situ (AIS). Apesar de muitas dessas lesões poderem
1168 regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior o que justifica o seu
1169 tratamento. O câncer do colo do útero é passível de prevenção e cura quando diagnosticado
1170 precocemente e realizada intervenção oportuna (SECRETARIA DE ESTADO DO
1171 DISTRITO FEDERAL, 2018).

1172 No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da
1173 agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das
1174 doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O MS recomenda que o exame citopatológico
1175 em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames
1176 anuais consecutivos normais. Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de
1177 repetição do exame em seis meses (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
1178 ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016c). Analisando regionalmente, o câncer do colo do
1179 útero é o segundo mais incidente nas regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil)
1180 e Centro-Oeste (15,92/100 mil). Já na região Sul (17,48/100 mil), ocupa a quarta posição e, na
1181 região Sudeste (12,01/100 mil), a quinta posição (INCA, 2020b).

1182

1183 4.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1184 **4.2.1 Atribuições do Enfermeiro**

- 1185 - Atender a mulher de maneira integral;
- 1186 - Realizar consulta de Enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa
1187 etária e quadro clínico da mulher;
- 1188 - Realizar consulta de Enfermagem e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa
1189 etária e quadro clínico da usuária;
- 1190 - Solicitar exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor
1191 local;
- 1192 - Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama e colo
1193 do útero;
- 1194 - Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e
1195 diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico
1196 e/ou tratamento do câncer de mama;
- 1197 - Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como IST, na oportunidade do
1198 rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;
- 1199 - Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da
1200 mulher;
- 1201 - Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes
1202 acompanhadas e que estão em tratamento, e, se necessário, realizar o encaminhamento para
1203 unidades de internação;
- 1204 - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros
1205 da equipe;
- 1206 - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da
1207 UBS.

1208

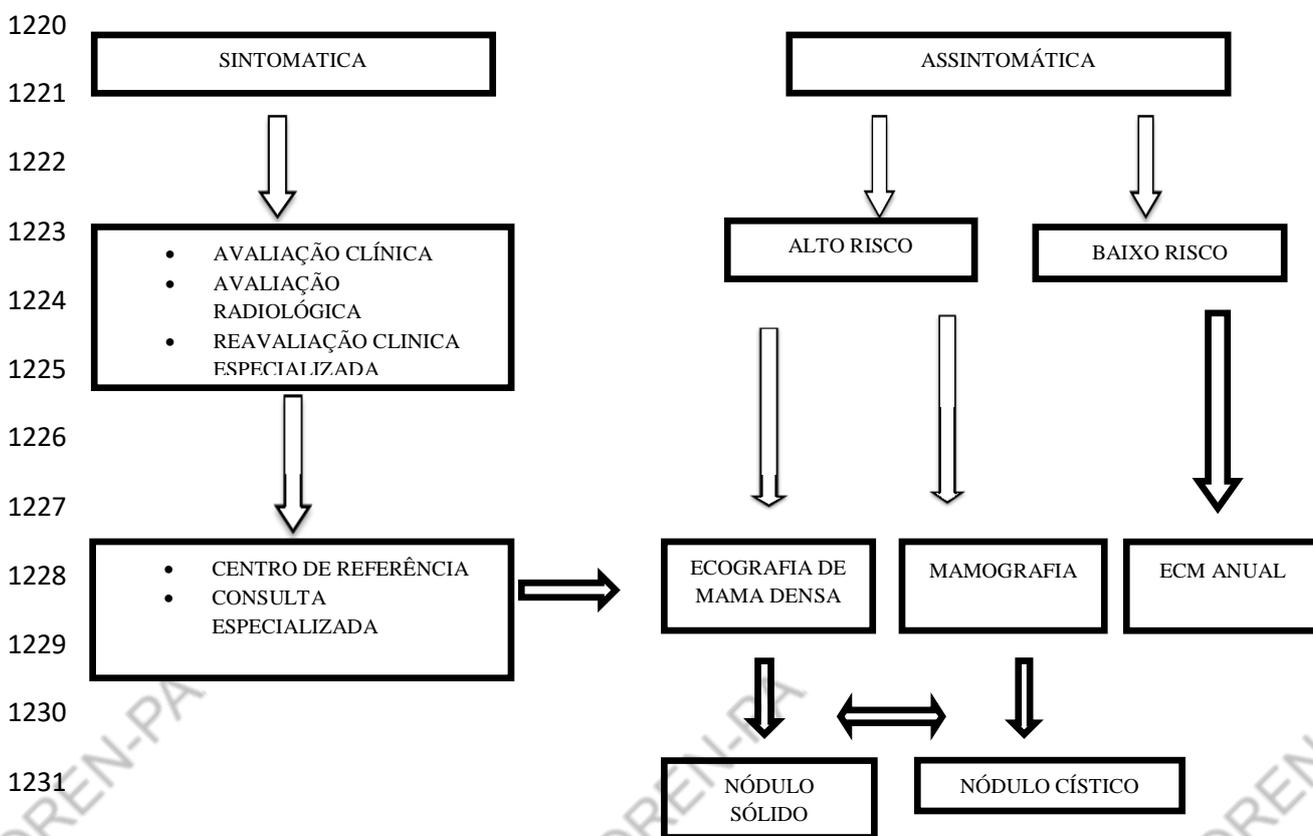
1209 **4.2.2 Atribuições do Auxiliar/Técnico De Enfermagem**

- 1210 - Atender as mulheres de maneira integral;
- 1211 - Auxiliar o enfermeiro na coleta de exame citopatológico;
- 1212 - Realizar cuidado paliativo, na UBS e no domicílio, de acordo com as necessidades da
1213 mulher, conforme prescrição e orientações do enfermeiro;
- 1214 - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame
1215 citopatológico;
- 1216 - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

1217

1218 4.3 MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS

1219 Fluxograma 5 - Cuidado do câncer de mama



1233 4.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

1234 O profissional **enfermeiro** desempenha um importante papel no programa de
1235 assistência integral a mulher **buscando o diagnóstico precoce do câncer de mama e do colo**
1236 **do útero e orientação à prevenção.**

1237 Na consulta de Enfermagem examina e avalia essa paciente e realizando a anamnese e
1238 o exame físico da mama e no momento da coleta do material para citologia proporcionando o
1239 sistema de apoio aos diagnósticos, sistema de informação e sistema de regulação.

1240 Ou seja, **avaliação da mama em sua anatomia e fisiologia a partir da palpação e**
1241 **visualização da estrutura, informações gerais, queixas principais, histórico da doença,**
1242 **antecedente pessoais, antecedentes familiares, hábitos de vida, sinais vitais e medidas**
1243 **antropométricas, exame da cabeça e pescoço e tórax buscando outras anomalias.**

1244

1245 Todo esse processo e estruturado por meio da SAE e dentre os cuidados integrais a
1246 mulher estão à promoção da saúde, redução de risco, detecção precoce, assim como, o
1247 rastreamento, e o tratamento somado a reabilitação. Em situações especiais de mulheres com

1248 risco elevado, ou que demandem espontaneamente a realização de rastreamento, cabe ao
1249 profissional de Enfermagem à orientação quanto aos riscos e benefícios e a decisão
1250 compartilhada quanto a essa prática.

1251 O **Exame Clínico das Mamas (ECM)** faz parte das ações de diagnóstico precoce e da
1252 investigação diagnóstica. Os principais sinais e sintomas suspeitos são: **nódulos mamários,**
1253 **assimetria, abaulamentos e retrações na mama, alteração na pele da mama, como**
1254 **eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, distorção nos mamilos e saída de**
1255 **secreção sanguinolenta, transparente ou rosada, espontaneamente pelo mamilo.** A
1256 **solicitação da mamografia para rastreamento poderá ser realizada pelo profissional**
1257 **enfermeiro** (PORTO ALEGRE, 2018).

1258

1259 **Fluxograma 6 - Roteiro de assistência de Enfermagem**

1260

1261

1262

1263

1264

1265

1266

1267

1268

1269

1270

1271

1272

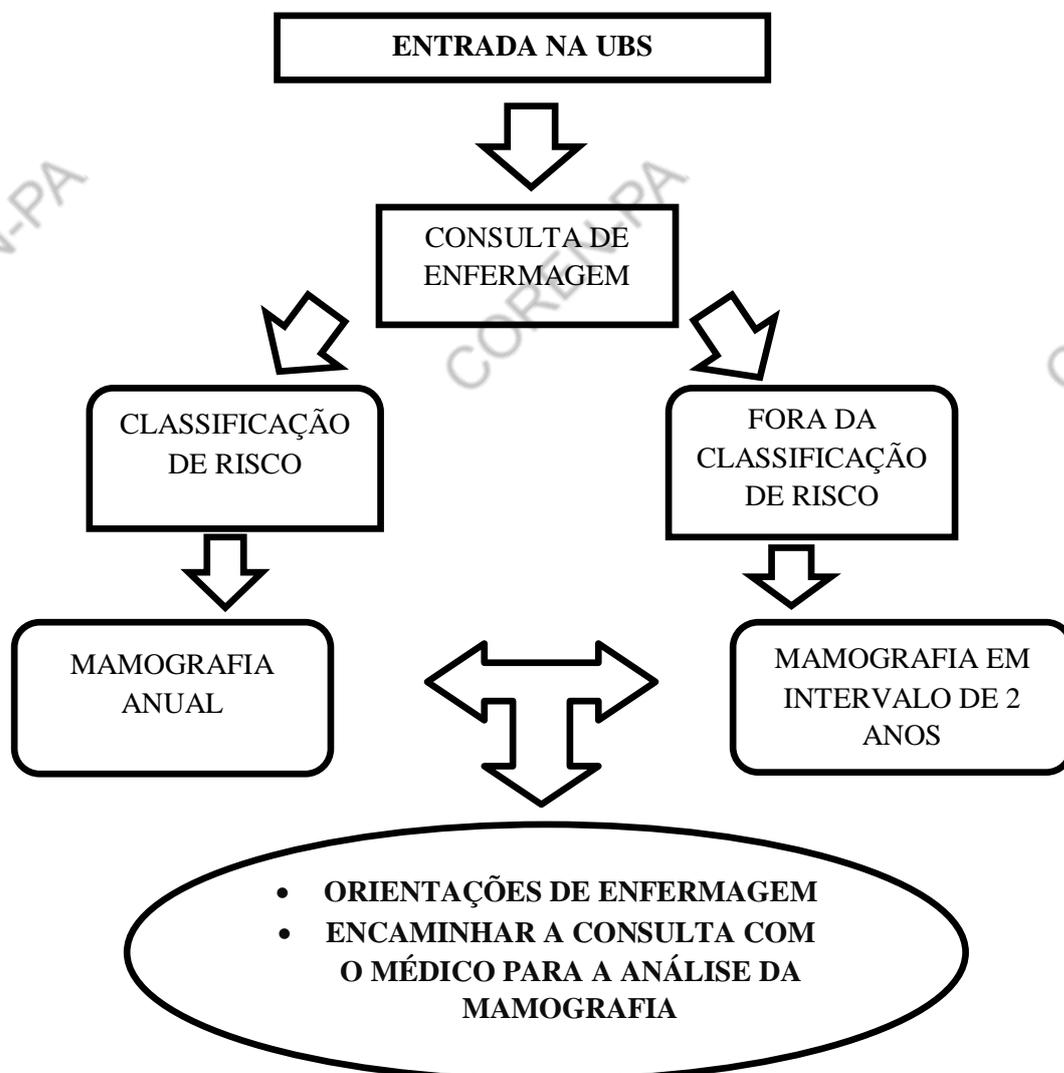
1273

1274

1275

1276

1277



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS PRINCIPAIS ACHADOS CLÍNICOS DA MAMA

1278

1279

1280

1281

1282

1283

1284

1285

1286

1287

1288

1289

1290

1291

1292

1293

1294

**ANAMNESE
E
EXAME FISICO**

NORMAL

ALTERADO

**SEGUIR O
FLUXO DO
EXAME
NORMAL
DEFINIDO**

**AVALIAÇÃO
PROFISSIONAL
PARA
DIAGNOSTICO**

Em situações especiais de mulheres com risco elevado, ou que demandem espontaneamente a realização de rastreamento, cabe ao enfermeiro à orientação quanto aos riscos e benefícios e a decisão compartilhada quanto a essa prática.

4.4.1 Exame clínico das mamas

Inspeção Estática

- Colocar a mulher sentada, com o tórax desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça.
- Observar simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, saída espontânea de secreção e características da pele: presença de achatamento, abaulamento ou espessamento da pele da mama e/ou retrações. Diferenças na cor, temperatura, textura e padrão de circulação venosa.

Inspeção Dinâmica

- A mulher permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços em direção do segmento cefálico. Após, solicitar que a mulher coloque as mãos atrás da nuca e faça movimentos de abrir e fechar os braços.
- Outra técnica é pedir para que a mulher comprima as palmas das mãos umas contra as outras. Alguns autores recomendam que se faça a inspeção visual ao mesmo tempo em que se realiza a palpação das mamas.
- Observar presença de retrações

Palpação

- a) **Região Axilar**
 - A mulher permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador.
- b) **Região Supra e Infraclavicular**
 - A mulher permanece sentada.
 - Palpar a região à procura de linfonodos palpáveis
- c) **Mamas**
 - Colocar a mulher em decúbito dorsal e as mãos

- Diferenças na cor, temperatura, ou exacerbações de assimetrias, atrás da nuca.
- textura e padrão de circulação além de verificar - Iniciar a palpação com a face
- venosa. comprometimento do plano palmar dos dedos sempre de
- muscular em casos de encontro ao gradeado costal,
- carcinoma. de forma suave, no sentido
- horário, partindo da base da
- mama para a papila, inclusive
- o prolongamento axilar.
- Observar a presença ou
- ausência de massa palpável
- isolada.
- d) Aréola e Papila
- Mamária
- É realizada após a palpação
- da mama, com a mulher
- deitada.
- Observar presença de fluxo
- papilar.

1295

1296 **4.4.2 Sinais e sintomas sugestivos que necessitam de encaminhamento para avaliação**
 1297 **diagnóstica**

1298 **Quadro 17 - Sinais e sintomas que precisam de encaminhamento para avaliação diagnóstica**

- Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas ou palpável com conteúdo sanguinolento na aspiração ou nódulo palpável com linfonodos axilares, aumentados, densos e confluentes ou;
- Descarga papilar suspeita: sanguínea, serrosanguinea ou cristalina “agua rocha”, ou qualquer descarga uniductal, unilateral ou espontânea, ou qualquer descarga papilar em mulheres com idade superior a 50 anos, ou;
- Retração ou distorção recente, ou;
- Espessamento ou retração cutânea recente.

1299

1300 **4.4.3 Classificação dos resultados dos exames e conduta pós-rastreamento**

- 1301 A conduta a ser adotada após realização de mamografia de rastreamento deve ser
- 1302 orientada pela classificação dos achados de imagem, uma vez que não há alteração clínica.
- 1303 Com a finalidade de alinhar a classificação dos resultados, o Colégio Americano desenvolveu,

1304 em 1992, o um sistema da padronização de laudo, o Breast Imaging Reporting and Data
1305 System (BI-RADS).

1306

1307 **Quadro 18** - Conduta pós-rastreamento do câncer de mama

Categoria	Classificação	Achados mamográficos	Conduta
0	INCONCLUSIVO	Achados atípicos, massa notada ao exame físico, porém não aparece na mamografia. Nódulos observados pela primeira vez nas imagens mamográficas, de aparência incomum e que não sejam palpáveis, assim como possíveis cicatrices em pacientes que já tenham sido tratadas para câncer de mama.	Exames de imagens adicionais para definição do BI-RADS
1	NEGATIVA	Mamas normais	Mamografia de acordo com a faixa etária
2	B	Benignos (B)	Mamografia de acordo com a faixa etária
3	PB	Provavelmente benigno (PB)	Mamografia semestral no 1º ano, anual no 2º e 3º anos – após, de acordo com a faixa etária
4	S	Suspeitos de malignidade (S), não podem ser classificados como PB	Realizar estudo histopatológico
4	S 4A	Suspeição baixa	Realizar estudo histopatológico
4	S 4B	Suspeição intermediária	Realizar estudo histopatológico
4	S 4C	Suspeição alta (sem lesões típicas)	Realizar estudo histopatológico
5	AS	Altamente suspeito de malignidade	Realizar estudo histopatológico
6	---	Diagnóstico de câncer já comprovado histologicamente	Iniciar tratamento

7	---	Inconclusivo	Realizar outras incidências mamográficas, ultrassografia etc.
---	-----	--------------	---

1308
1309

1310 **Fluxograma 7** - Agendamento da coleta

1311 Linhas de Cuidados ao PCCU – Diretrizes

1312



1313

1314



1315

1316 Linhas de Cuidados e Níveis de Atenção

1317



1318

1319 NOTA: Cabe ao enfermeiro orientar as mulheres sobre os fatores de risco e proteção,
1320 identificar a população de risco elevado para avaliação individualizada.

1321

1322 **4.4.4 Consulta de Enfermagem para o exame citopatológico**

1323 **Quadro 19** - Consulta de Enfermagem relacionado ao exame citopatológico

a) Entrevista/Histórico de Enfermagem
Roteiro da Consulta: <ul style="list-style-type: none">- Idade;- Data da Última Menstruação (DUM);- Antecedentes Familiares;- Queixas Ginecológicas;- Amenorreia;- Dor Pélvica;- Disúria;

- Atividade Sexual;
- Corrimento Vaginal.

1324

b) Técnica da Coleta

Recomendações prévias:

- A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais devem ser evitados por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.
- A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor.
- Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação.
- O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
- Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres
- Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas podem ser excluídas do rastreamento.
- Mulheres sem história de atividades sexual não há indicação para rastreamento.
- Imunodeprimidas Intervalos semestrais no primeiro ano, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

1325

c) Procedimento de Coleta

- O enfermeiro deve lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel-toalha, antes e após o atendimento.
- A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível.
- Cubra-a com o lençol.
- Posicionar o foco de luz.
- Colocar as luvas descartáveis.
- Sob boa iluminação observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.
- Colocar o espécuro, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e

vaginais da mulher a ser examinada. Não deve ser usado lubrificante, mas em casos selecionados, principalmente em mulheres idosas com vaginas extremamente atroficas, recomenda-se molhar o espécúlo com soro fisiológico.

- O espécúlo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta. Iniciada a introdução fazer uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécúlo fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente e com delicadeza. Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.

- Nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico citopatológico e devem ser relatados na requisição do exame citopatológico.

- A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncológico.

- Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.

- Reserve a espátula para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical.

- Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.

- Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

- O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. É importante observar a validade do fixador. Na fixação com álcool a 96%, considerada mundialmente como a melhor para os esfregaços citológicos, a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição. Na fixação com spray de polietilenoglicol borrifa-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma distância de 20 cm. Acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas revestida

com espuma de náilon e papel, a fim de evitar a quebra, para o transporte ao laboratório, lacrando-se a tampa da caixa com fita gomada.

- Fechar o espécuro não totalmente, evitando beliscar a mulher.
- Retirar o espécuro delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais.
- Retirar as luvas.
- Auxiliar a mulher a descer da mesa.
- Solicitar que ela troque de roupa.
- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho.
- Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da UBS.

1326

1327 **Quadro 20 - Quadro de Situações Especiais**

Situações Especiais	Recomendações
Gestantes	O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
Pós-Menopausa	Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.
Histerectomizadas	Submetidas à histerectomia total por lesões benignas, podem ser excluídas do rastreamento.
Mulheres Sem História de Atividade Sexual	Não há indicação para rastreamento.
Imunossuprimidas	Intervalos semestrais no primeiro ano, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

1328

1329 **Quadro 21 - Recomendações para encaminhamento ao médico frente aos resultados do exame de**
 1330 rastreamento do câncer do colo uterino

Diagnóstico citopatológico	Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	> 25 anos	Repetir em 03 anos
	Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses.
	≥ 30 anos	Repetir citologia em 06 meses.
Não se podendo afastar lesão de alto		Encaminhar para citologia

	grau (ASCH)		
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia.
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 03 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 06 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão.			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

1331 Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero INCA, 2016.

1332

1333 **4.4.5 Diagnósticos de enfermagem e intervenções dos sistemas de classificação NANDA-**

1334 **I, NIC e CIPESC® no atendimento aos usuários**

1335 **Quadro 22-** Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com NANDA-I

1336 e NIC

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Glândula mamária aumentadas	<p>Atividades do Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detectar alterações de sinais e sintomas nas mamas. - Orientar autoexame de mama, conforme protocolo. - Realizar exame das mamas. - Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado. <p>Atividades da usuária:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer autoexame de mama 7 dias após menstruação. - Realizar autoexame das mamas. - Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados.
Glândula mamária alterada	<p>Atividades do Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolher e apoiar a usuária conforme suas necessidades. - Controlar o uso de medicação. - Encaminhar para atendimento especializado. - Esclarecer dúvidas quanto ao auto-exame de mamas. - Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero. - Investigar outras patologias pessoais e/ou familiares. - Investigar causa da dor. - Orientar o controle do uso de medicação. <p>Orientar uso correto de sutiã.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame das mamas. <p>Atividades da usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer autoexame de mama 7 dias após menstruação. - Fazer autoexame de mamas mensalmente na data do aniversário (menopausa). - Realizar auto-exame das mamas. - Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados.
Glândula mamária com secreção	<p>Atividades do Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletar secreção de mamas. - Encaminhar para atendimento especializado. - Esclarecer dúvidas quanto ao auto – exame de mamas. - Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero. - Orientar coleta de secreção para exame. - Realizar exame das mamas. <p>Atividades da usuária:</p> <p>Realizar auto-exame das mamas.</p>

1337

1338 **Quadro 23-** Principais diagnósticos de Enfermagem de acordo com CIPESC

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
	<ul style="list-style-type: none"> -Acolher a usuária conforme suas necessidades usando abordagem clara, calma e segura, estabelecendo uma relação de confiança com a usuária. - Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo. - Esclarecendo quanto a realização do exame e aos achados.

Ansiedade frente à coleta e resultado de exames	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado. - Orientar quanto à terapêutica medicamentosa caso necessite. - Orientar sobre a periodicidade do exame.
Autoestima baixa	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a reflexão sobre a importância da realização do exame e do diagnóstico precoce e como será a interferência da doença na sua vida. - Encorajar a identificação de pontos fortes e capacidades. - Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo. - Encorajar o usuário quanto a adesão ao tratamento dependendo do resultado do exame - Investigar atitudes e comportamento sexual. - Investigar indícios de violência psicológica/física. - Investigar interação social e familiar.
Higiene das genitálias alterada	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o autocuidado corporal. - Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável. - Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar. - Orientar hábitos de higiene.
Dor e sangramento no momento da coleta	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar fatores fisiológicos.
Presença de vaginose.	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uso de calcinha de algodão - Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) 1 vez ao dia, alivia sintomas. - Evitar usar roupas apertadas; - Encaminhar para coleta de exame para elucidação do diagnóstico;

1339 Fonte: CIPESC, 2019.

1340

1341 4.6 NOTAS DE PREVENÇÃO

1342 Vimos que existem fatores de risco que são modificáveis e os não modificáveis que
1343 podem ou não interferir no aparecimento do câncer de mama. Dessa forma, são várias as
1344 características que podem levar ao aparecimento da doença, contudo constituem ações que
1345 podem diminuir a incidência dela, dentre eles, **controlar o excesso de peso; praticar**
1346 **atividade física; e evitar o uso de bebidas alcoólicas, ou seja, ter uma boa alimentação.**
1347 Contudo, a melhor forma de combate ao câncer de mama, ainda, e descobrir nos primeiros
1348 estágios para assim tratar a doença o mais rápido possível a partir do diagnóstico (BRASIL,
1349 2020).

1350 Portanto, torna-se indispensável para **prevenir a evolução do câncer de mama e de**
1351 **colo de útero** que essa paciente pratique o **autocuidado por meio do autoexame da mama**
1352 constantemente pelo menos uma vez ao mês; buscar a assistência do profissional de saúde e se
1353 necessário realizar a **mamografia** principalmente após os 40 anos ou se enquadrar no grupo
1354 de risco e realizar o **exame preventivo (papanicolau)** periodicamente e utilização do
1355 **preservativo** para prevenção do câncer do colo de útero.

1356

1357

REFERÊNCIAS

- 1358
1359
1360 BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção.**
1361 Brasília: DF, 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>. Acesso
1362 em: 17 Jul. 2020.
1363
1364 BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de mama.** Brasília, DF, 2019. Disponível em:
1365 <https://www.saude.mg.gov.br/sausedamulher>. Acesso em: 16 Jul. 2020.
1366
1367 CIPESC. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em saúde Coletiva.**
1368 SP. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/cipesc.pdf>>. Acesso em:
1369 21 Jan. 2020
1370
1371 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Câncer de mama.**
1372 Brasília – DF, 2020a. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-](https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama)
1373 [mama](https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama). Acesso em: 10 Mai. 2020.
1374
1375 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Conceito e**
1376 **magnitude.** Brasília – DF, 2020b. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/controle-do-](https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude)
1377 [cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude](https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude). Acesso em: 20 Jul. 2020.
1378
1379 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes**
1380 **para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível
1381 em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro detecção precoce final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro%20detec%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20final.pdf)>. Acesso em:
1382 24 Jan. 2016.
1383
1384 LIGA CONTRA O CÂNCER. **Outubro Rosa: Liga na luta contra o câncer de mama, 2019.**
1385 Disponível em: <https://ligacontraocancer.com.br/noticias/outubro-rosa-liga/>. Acesso em: 20
1386 Jul. 2020.
1387
1388 PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Protocolo de
1389 Enfermagem da Atenção Primária. **Guia de Apoio à tomada de decisão para o**
1390 **Acolhimento com Identificação de Necessidades das Unidades de Saúde da Atenção**
1391 **Básica.** Porto Alegre, 2015. Disponível em:
1392 http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/guia.pdf. Acesso em: 20 Jul.
1393 2020.
1394
1395 SECRETARIA DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo de Atenção à Saúde.
1396 **Condutas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde**
1397 **– APS, 2018.** Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/1.0._Condutas_para_Rastreamento_do_CA_de_colo_do_uterio_na_APS.pdf)
1398 [content/uploads/2018/03/1.0._Condutas_para_Rastreamento_do_CA_de_colo_do_uterio_na](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/1.0._Condutas_para_Rastreamento_do_CA_de_colo_do_uterio_na_APS.pdf)
1399 [_APS.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/1.0._Condutas_para_Rastreamento_do_CA_de_colo_do_uterio_na_APS.pdf). Acesso em: 20 Jul. 2020.
1400
1401

1402 **5 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO SEXUAL E** 1403 **REPRODUTIVO**

1404 5.1 INTRODUÇÃO

1405 Todo indivíduo têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades,
1406 para tal, homens e mulheres tem no planejamento reprodutivo um importante recurso. Entre
1407 outras vantagens o PNAISM contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o
1408 espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto,
1409 melhorando assim sua qualidade de vida e de seus filhos, além de poder realizar outras
1410 atividades (BRASIL, 2013).

1411 A Lei nº 9.263 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar na rede
1412 de atenção à saúde Brasileira, busca promover os direitos de homens e mulheres em relação à
1413 saúde sexual e à saúde reprodutiva. Seguindo tais diretrizes, procura-se assegurar ações
1414 relacionadas ao planejamento familiar, tanto para pré concepção quanto para a contracepção.
1415 Respeitar as escolhas do indivíduo, compreender sua realidade e expectativas, são papéis
1416 condizentes a todos os profissionais da saúde na APS (BRASIL, 2013).

1417 Fornecer acesso aos serviços de saúde e as informações, à escolha livre e informada
1418 dos métodos contraceptivos para que o indivíduo possa, assim, decidir livre e
1419 responsabilmente sobre ter ou não ter filhos e quando tê-los, de acordo com sua orientação
1420 reprodutiva e sexual. É acima de tudo uma questão de cidadania, onde mostra a importância
1421 de termos um programa para planejamento da vida sexual e reprodutiva, possibilitando
1422 garantir ao usuário o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2019).

1423 Na APS, o **programa de planejamento reprodutivo** deve incluir **atividade**
1424 **educativa e consultas clínica, podendo acontecer durante uma visita domiciliar,**
1425 **consultas ambulatoriais ou em outro momento de atendimento.** As atividades educativas
1426 acontecem com regularidade dentro dos “grupos de Planejamento Familiar”, cujos processos e
1427 infraestrutura são planejados previamente (LUIZ & NAKANO & BONAN, 2015).

1428 A **Enfermagem se faz indispensável** no âmbito do planejamento familiar
1429 considerando que a profissão esta presente desde orientação à população em geral até a gestão
1430 do processo de concepção planejada. Atendendo a população geral e as que procuram a APS
1431 buscando o programa de planejamento familiar, para a **contracepção de emergência,**
1432 **evitando gestações indesejadas, abortos inseguros, casos de IST, abortos inseguros**
1433 **levando a redução da mortalidade materna e infantil** (COREN-PE, 2019).

1434

1435

14365.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1437 **5.2.1 Atribuições do enfermeiro**

- 1438 - Solicitar exames laboratoriais incluindo sorologias ou teste rápido para toxoplasmose (IgG e
- 1439 IgM), rubéola (IgG), HIV, VDRL, HCV e HBSAG (para o casal e o PCCU (para a mulher
- 1440 atentando-se para a faixa etária e quadro clínico da usuária);
- 1441 - Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 90 dias antes da concepção;
- 1442 - Avaliar e atualizar (se necessário) o calendário vacinal do casal, atentar-se para as vacinas
- 1443 hepatite B, dupla adulto e tríplice viral. Atenção: o casal deverá evitar a concepção em até 30
- 1444 dias, em caso de necessidade de vacinação;
- 1445 - Orientar o paciente na escolha do melhor método contraceptivo, considerando cada caso
- 1446 individualmente;
- 1447 - Realizar a consulta de Enfermagem levantando a anamnese, histórico ginecológico do
- 1448 usuário e exame físico;
- 1449 - Solicitação de exames complementares que auxiliem na escolha do método contraceptivo;
- 1450 - Manter o usuário informado dos possíveis efeitos adversos de cada método;
- 1451 - Informar ao usuário as vantagens e desvantagens de cada método;
- 1452 - Acolher e realizar escuta qualificada, sem levar em consideração seus próprios conceitos,
- 1453 estigmas, paradigmas ou dogmas, em relação ao pedido da usuária, respeitando seu contexto e
- 1454 vivência com empatia, para facilitar o acesso da mesma ao método;
- 1455 - Realizar consulta de Enfermagem com histórico do caso em que levou a usuária à procura
- 1456 do serviço, afim de, auxiliar na contracepção de emergência. (em casos de estupro, ou
- 1457 violência doméstica, informar às autoridades policiais e preencher ficha de notificação de
- 1458 violência);
- 1459 - Esclarecer possíveis dúvidas sobre este método, riscos e benefícios e seus efeitos adversos.

1460

1461 **5.2.2 Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem**

- 1462 - Atualizar do calendário vacinal do usuário, conforme avaliação do enfermeiro;
- 1463 - Orientar e oferecer preservativos (tanto masculino, quanto feminino);
- 1464 - Realizar acolhimento do usuário que procura o serviço, de maneira qualificada e respeitando
- 1465 sua singularidade;
- 1466 - Estabelecer vínculo com a comunidade, por meio das visitas domiciliares em parceria com o
- 1467 Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou outros membros da equipe;
- 1468 - Participar de ações de educação em saúde, abordando temas pertinentes ao programa, tais
- 1469 como: direitos sexuais e reprodutivos, prevenção de IST, planejamento familiar entre outros;

- 1470 - Realizar acolhimento e escuta qualificada, para identificar possíveis situações de
1471 vulnerabilidade e encaminhar ao enfermeiro ou médico;
- 1472 - Em casos de métodos contraceptivos hormonais injetáveis, administrar corretamente
1473 respeitando a via de administração, a dose, a duração, a validade e o registro, corretamente;
- 1474 - Conhecer os métodos e seus riscos e benefícios, a fim de manter a população informada;
- 1475 - Acolher e realizar escuta qualificada, sem levar em consideração seus próprios conceitos,
1476 estigmas, paradigmas ou dogmas, em relação ao pedido da mulher, respeitando seu contexto e
1477 vivência com empatia, para facilitar o acesso da mesma ao método e conduzi-la ao
1478 atendimento de Enfermagem ou médico.

1479

1480 5.3 CONCEPÇÃO

1481 É papel fundamental da Enfermagem, fornecer informações relacionadas à métodos
1482 contraceptivos e métodos conceptivos, visando abordar o tema não só para a prevenção da
1483 gestação mas também o planejamento dessa gestação seja ela desejada ou não, abordando o
1484 usuário de maneira humana e profissional, seja no apoio emocional e psicológico ou na
1485 solicitação de exames ou início do suplemento férreo. Visando a mulher na conquista e luta
1486 de seus direitos em um momento da história em que as mesmas vêm se fortalecendo dentro da
1487 sociedade patriarcal.

1488 **Assim cabe à Enfermagem, ao assistir as mulheres/casais, prevenir, detectar e**
1489 **tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção, tal qual informar e**
1490 **ouvir o usuário, respeitando suas crenças, porém sempre embasado cientificamente.**

1491 Quando se trata de concepção, o enfermeiro da APS deve estar atento ao número de
1492 mulheres em idade fértil presente em seu território e que manifestem o desejo de engravidar,
1493 para que estas tenham acesso ao acolhimento com orientações, consulta de Enfermagem e
1494 assistência à concepção.

1495 Vale ressaltar que o profissional precisa descartar a hipótese de infertilidade do casal.
1496 Para isso o enfermeiro deve investigar se nos últimos 12 meses houve ausência de gravidez
1497 mesmo sendo mantidas relações sexuais regulares com total ausência de métodos
1498 contraceptivos, caso confirme a hipótese de infertilidade, o casal deverá ter seu atendimento
1499 garantido em um centro de especialidades para que sejam realizadas demais condutas
1500 (BRASIL, 2018).

1501

1502

1503 **5.3.1 Consulta de Enfermagem na concepção**

1504 **Quadro 24** - Roteiro para consulta de Enfermagem na concepção

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame físico, anamnese, avaliação do estado vacinal do casal, antecedentes ginecológico/obstétricos e solicitação de exames laboratoriais; - Investigar a presença de doenças crônicas que possam interferir na concepção; - Orientar acerca do uso de drogas lícitas (álcool/tabagismo) e/ou ilícitas; - Orientar sobre os registros e acompanhamentos do ciclo menstrual e das datas de menstruação. |
|--|

1505

1506 **Quadro 25** - Principais diagnósticos de Enfermagem de acordo com NANDA-I e NIC

Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoio espiritual; - Auxiliar na busca para redução de ansiedade; - Ensinar técnicas para acalmar; Ensinar técnicas para relaxamento
Disfunção sexual	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar as ações realizadas; - Pactuar um contrato com o paciente; - Estimular a participação em grupos educativos
Insônia	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher de forma ética, solidária, sem julgamentos; - Proporcionar conforto, segurança, privacidade e sigilo; - Oferecer apoio emocional; - Incentivar adoção de práticas integrativas; - Referenciar para atendimento psicológico de acordo com os recursos de rede de atendimento.

1507 Fonte: NANDA-I (2018/2020); NIC, 2016.

1508

1509 **Quadro 26** - Principais diagnósticos de Enfermagem de acordo com CIPESC

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
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

	<p>independente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
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.
Comportamento sexual problemático	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciar o comportamento sexual inapropriado; - Orientar sobre o comportamento sexual.
Desconforto	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar cuidados de conforto; - Orientar sobre cuidados de conforto no climatério.
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.
Termorregulação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar temperatura corporal; - Orientar sobre o manejo da termorregulação; - Implementar cuidados com a termorregulação. - Promover ingestão adequada de líquidos

1510 Fonte: CIPESC, 2018.

1511

1512 5.3.2 Métodos Contraceptivos

1513 Em casos onde a mulher ou o casal veja a necessidade da adesão a **métodos**
1514 **contraceptivos**, o profissional **enfermeiro poderá subsidiar na escolha do melhor método**,
1515 **adequando à realidade da mulher e suas particularidades**, tais como: **Idade**,
1516 **sedentarismo, tabagismo, doenças associadas, respeitando suas escolhas reprodutivas e**
1517 **contraceptivas, sempre ponderando os efeitos adversos de cada método e os critérios de**
1518 **elegibilidade.**

1519 Para a escolha do método contraceptivo deve ser fornecidas informações claras e
1520 objetivas sobre o método, assegurar o acompanhamento clínico dentro do programa com
1521 consultas de controle e exames quando necessário, e a oferta de métodos variados para livre
1522 escolha do usuário.

1523 Orientações como a **necessidade de se utilizar dois métodos**, pois é mais eficiente
1524 que apenas um; de que **não há métodos que possuam 100% de eficácia** na contracepção;
1525 que o uso em longo prazo de métodos contraceptivos hormonais pode levar a infertilidade e
1526 que o **uso de preservativo masculino ou feminino é indispensável durante as relações**
1527 **sexuais**, a fim de evitar também IST; ou seja, sempre incentivar a dupla proteção. Estas são
1528 informações imprescindíveis no momento da consulta de Enfermagem.

1529 O enfermeiro deve atentar-se durante sua consulta: **Registrar o histórico clínico,**
1530 **ginecológico e obstétrico da paciente; investigar comorbidades; doenças**
1531 **cardiovasculares; patologias crônicas; medicação em uso; uso de drogas ilícitas,**
1532 **tabagismo e etilismo são assuntos importantes de serem abordados; se a mesma está com**
1533 **gestação em curso, pois o uso de método contraceptivo durante a gestação pode causar**
1534 **aborto.**

1535 No âmbito do SUS são oferecidos diversos **métodos contraceptivos** divididos em
1536 **Hormonais, Barreira, Intrauterinos e Definitivos**. Abaixo segue um quadro com estes
1537 métodos.

1538

1539 **Quadro 27 - Tipos de Métodos Contraceptivos**

Métodos de Barreira		
Preservativo Masculino	Preservativo Feminino	Diafragma
Métodos Hormonais		
Via de Administração	Tipos	Apresentação
Hormonais Orais	Combinado (Monofásico) - AOC	Etinilestradiol 0,03 Mg + Levonorgestrel 0,15 Mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 Mg
	Pílula Anticoncepcional de Emergência	Enantato de Noretisterona 50 Mg + Valerato de Estradiol 5mg
Hormonais Injetáveis	Mensais (Combinado)	Enantato de Noretisterona 50 Mg + Valerato de Estradiol 5 Mg
	Trimestrais (Progestágeno)	Acetato De Medroxiprogesterona 150 Mg
Métodos Comportamentais (naturais)		

Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)	Curva térmica ou basal de temperatura
Sintotérmico; Bilings (mucocervical)	Coito interrompido
Método Mecânico Reversível	
Diu - Dispositivo Intra Uterino Tcu – 380 A (Diu T De Cobre)	
Métodos Cirúrgicos Irreversíveis	
Feminino - Laqueadura Tubária	Masculino - Vasectomia

1540 **Fonte:** Adaptado a partir de Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Primária: Saúde das
1541 Mulheres, 2016.

1542

1543 Logo, podemos classificar estes métodos em dois grandes grupos: **Temporários**
1544 (reversíveis) e **Definitivos** (irreversíveis).

1545 A OMS (2009) define critérios na escolha do método contraceptivos, dividindo em
1546 04 categorias, aqui adaptadas para melhor auxiliar o enfermeiro, junto à mulher/casal, na
1547 escolha do contraceptivo ideal para os casos que possivelmente podem aparecer na APS,
1548 sempre **ponderando os riscos e benefícios do uso medicamentoso**. Utilize o QUADRO 21,
1549 correlacionado com o QUADRO 22, para guiar a escolha do método.

1550

1551 **Quadro 28** - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

Categoria	Definição	Pode ser usado?	Quem pode prescrever?
Categoria 01	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM	Enfermeiro(a)/Médico(a)
Categoria 02	Uso permitido, em geral.	SIM	Enfermeiro(a)/Médico(a)
Categoria 03	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO	Médico(a)
Categoria 04	Não deve ser usado (risco inaceitável).	NÃO	Médico(a)

1552 **Fonte:** Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Primária: Saúde das Mulheres, página 161, 2016.

1553

1554

1555 **Quadro 29** - Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

		ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL				
CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)	MINIPILULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA
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)
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	3	3	1	1	1	1

cigarros/dia.						
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 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS > 160 e PAD ≥ 100 mmHg	4	4	3	2	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	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do	2(introdução do método) 3(manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do	1	1

	método)			método)		
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 anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

1556
1557

1558 Legenda:
 1559 A – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco
 1560 de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para
 1561 contrair IST.
 1562 B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação
 1563 nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.
 1564 C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação
 1565 nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez, mas ainda não está definida a relação
 1566 entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.
 1567 D – O DIU de cobre é categoria 1 se: a) For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem
 1568 aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); b) For introduzido após quatro semanas do
 1569 parto.
 1570 E – O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.
 1571 F – Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia
 1572 ou gonorreia.
 1573 G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é categoria 2, se o caso for continuação
 1574 do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as
 1575 listadas na letra.
 1576 Fonte: Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Primária: Saúde das Mulheres, página 161, 2016.
 1577

1578 5.3.6 Métodos Comportamentais

1579 Os métodos comportamentais formam um **conjunto de técnicas para obter ou**
 1580 **evitar a gravidez mediante a auto-observação do ciclo menstrual.** A partir da identificação
 1581 do período fértil da mulher, assim mantendo relações sexuais mais frequentes neste período,
 1582 se estes objetivarem uma gravidez, ou abster-se de ter relações sexuais, caso queira evitar a
 1583 gravidez ou adiá-la. Para tal, listamos aqui 04 métodos comportamentais que podem ser
 1584 utilizados na APS (BRASIL, 2002).

1585 **Quadro 30** - métodos comportamentais que podem ser utilizados na APS

<p>Método de Ogino-Knaus (Tabelinha)</p>	<p>Possibilita a determinação do período fértil da mulher. A ovulação ocorre entre 11 e 16 dias antes do início do ciclo menstrual. O óvulo, após ter sido liberado, tem uma sobrevivência de aproximadamente 24 horas. O espermatozóide, após sua inoculação no trato genital feminino, tem capacidade para fecundar um óvulo em até 48 ou 72 horas. O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 a 12 meses.</p>
<p>Método da Temperatura Basal Corporal</p>	<p>Fundamenta-se no fato que, por um ou dois dias próximo da ovulação, a temperatura em repouso da mulher aumenta um pouco. Esse aumento é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem efeito termogênico. O método permite, portanto, através da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase fértil (ovulatória) e infértil (pós-ovulatória).</p>

<p>Método de Billing (muco cervical)</p>	<p>Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva. O muco cervical, no início do ciclo, é espesso, grumoso, dificultando a ascensão dos espermatozóides pelo canal cervical. Na fase ovulatória, com a ação estrogênica, o muco fica mais elástico, transparente, escorregadio e fluído, semelhante a clara de ovo, indicando o período de fertilidade. Nesse período, o muco garante umidade e lubrificação a vulva e ao canal vaginal, facilitando a relação sexual e a ascensão dos espermatozóides pelo canal cervical.</p>
<p>Método Sinto-Térmico</p>	<p>Consiste na combinação dos múltiplos indicadores de ovulação (temperatura basal corporal e muco cervical), com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.</p>

1586

1587

1588

1589

1590

1591

1592

1593

1594

1595

1596

1597

1598

1599

1600

1601

1602

1603

1604

1605

1606

Estes métodos **são pouco indicados em situações onde se procura evitar ou adiar a gravidez**, dados mostram que a taxa de gravidez é de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso destes, além de não prevenir contra IST.

São **contraindicados** em mulheres que possuam 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).

4.3.7 Métodos Cirúrgicos (Irreversíveis)

Há ainda a possibilidade de realizar a **esterilização voluntária**, este método possui caráter permanente, que consiste **na mulher a Laqueadura e no homem a Vasectomia**. Como a laqueadura e a vasectomia são métodos definitivos, sua indicação deve obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº. 9.263, de 12/01/96. Tanto o profissional médico **quanto enfermeiro poderão indicar** tal procedimento desde que:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta 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;

1607 **II** - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em
1608 relatório escrito e assinado por dois médicos. Cabe ao enfermeiro:

1609 - Realizar consulta individual ou ao casal, e/ou atividade educativa;

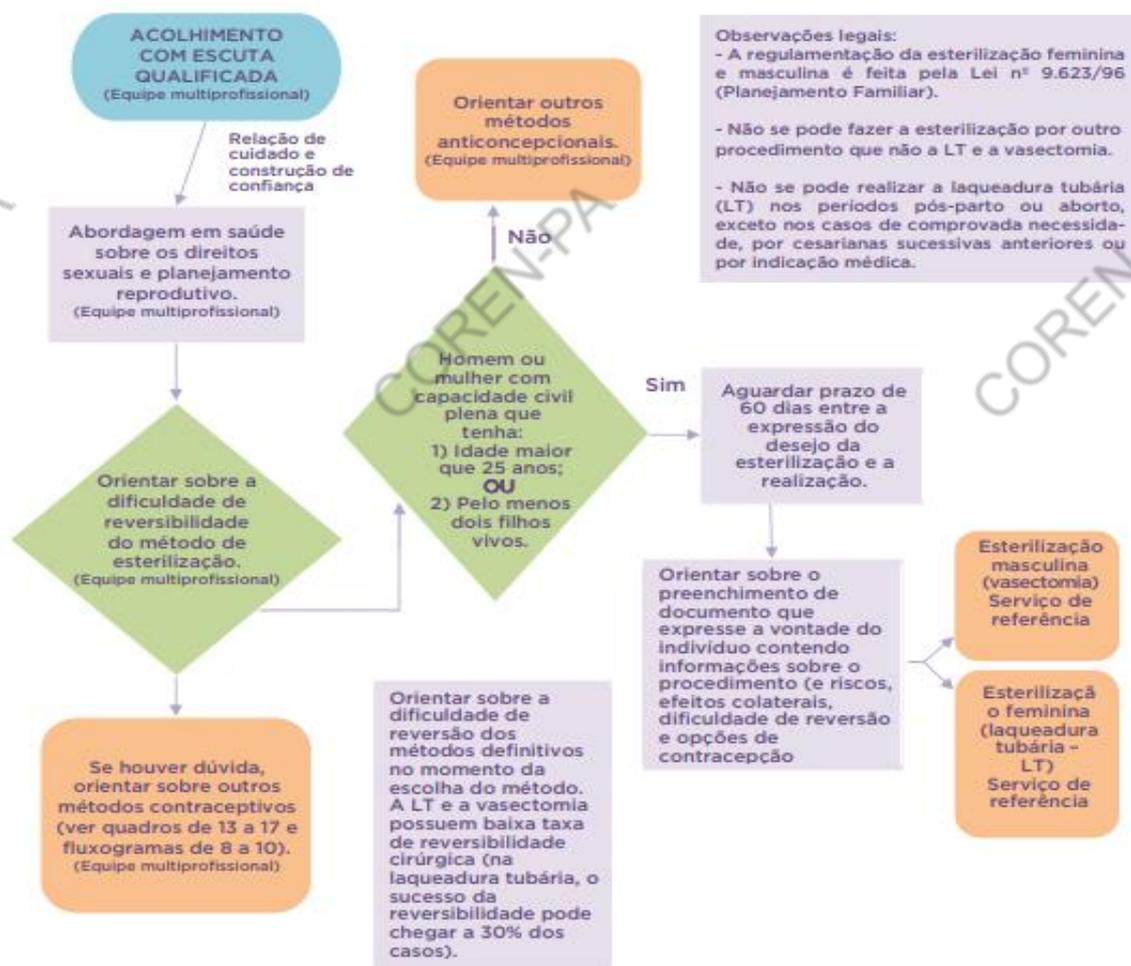
1610 - Orientar sobre os métodos contraceptivos reversíveis existentes;

1611 - Esclarecer sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e as dificuldades de sua
1612 reversão

1613 - Solicitar os exames pré-operatórios: Glicose, hemograma, TAP, TTPa, PU, BHCG e, para
1614 usuários (as) acima de 40 anos, ECG.

1615

1616 **Fluxograma 8** - Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e
1617 cirúrgicos)



1618

1619 5.3.8 Anticoncepção no pós-parto e pós-aborto

1620 Deve-se considerar que **após o parto ou o episódio de abortamento a mulher passa**
1621 **por diversas alterações hormonais**. Alternativas contraceptivas devem ser oferecidas à

1622 usuária, a fim de evitar ou adiar outra possível gravidez, neste caso o **enfermeiro deve**
1623 **considerar em mulheres pós-parto:**

1624 - **Tempo pós-parto;**

1625 - **Frequência das mamadas;**

1626 - **Retorno ou não da menstruação;**

1627 - **Possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.**

1628

1629 **Quadro 31 - Métodos Anticoncepcionais no pós-parto**

Métodos que podem ser usados por mulheres que estejam amamentando	- 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	- Pílulas combinadas; - Injetável mensal.

1630 Fonte: Fonte: MS. Protocolo da atenção primária: saúde das mulheres, 2016.

1631

1632 Já em mulheres **pós-abortamento** deve-se orientar acerca do rápido retorno da
1633 fertilidade nestes casos e que o **método contraceptivo**, seja este hormonal **oral ou injetável**,
1634 pode ser iniciado **entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento.**

1635

1636 5. 4 MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS

1637 A partir do momento em que há escolha do método contraceptivo correto, torna-se
1638 imprescindível o conhecimento das queixas comuns dos mesmos e o repasse desta informação
1639 ao usuário, abaixo lista-se as queixas relacionados ao uso destes contraceptivos:

1640

1641 **Quadro 32 - Escolha do método contraceptivo correto**

Queixa	Quais Métodos Possuem Maior Incidência?	Intervenção
Alterações da menstruação	AOC Minipílula Injetável trimestral	Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e

	<p>(progestágeno) Injetável mensal (combinado) DIU de cobre</p>	<p>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</p>
--	---	--

		se suspeite de que algo esteja errado, considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.
Alterações da menstruação	AOC Minipílula DIU de cobre Injetável mensal (combinado)	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.
Alterações da menstruação	Minipílula Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado) DIU de Cobre	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
Náuseas ou tonturas	AOC Minipílula	No caso da náusea, sugerir ingerir os comprimidos na hora de dormir ou junto do alimento. Na persistência: considerar soluções localmente disponíveis.
Alterações de peso	AOC injetável mensal (combinado)	Analise a dieta e aconselhe conforme necessidade
Alterações de humor ou no desejo sexual	AOC Minipílula Injetável trimestral (progestágeno)	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. Questione sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de atendimento. Considerar as soluções localmente disponíveis.
Acne	AOC	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.
Cefaleia comum	AOC Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado)	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
Dores de cabeça com enxaqueca	AOC minipílula Injetável mensal (combinado)	Com o aparecimento da enxaqueca, independentemente da idade

	Injetável trimestral (progestágeno)	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	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

		<p>tempo. Sugerir um analgésico, de preferência um anti-inflamatório não esterooidal 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.</p>
Expulsão do DIU	DIU de cobre	<p>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</p>

		<p>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</p>
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;

		<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Verificar se há alergia pelo látex do preservativo masculino ou lubrificantes. Considerar a possibilidade de utilizar a camisinha feminina, que é feita de poliuretano.</p>

1642 Fonte: BRASIL. 2016; OMS, 2009; FEBRASGO, 2009. Adaptado a partir do Protocolo de
1643 Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Módulo 1: Saúde da Mulher – COREN-SP, 2019.

1644

1645 **5.3.5 Contra indicações**

1646 Em algumas circunstâncias especiais a aplicação do método contraceptivo não é
1647 indicada. Abaixo se apresenta tabela listando os métodos contraceptivos e em quais
1648 circunstâncias o mesmo não deverá ser indicado:

1649

1650

Método contraceptivo	Contra indicações
Diafragma	- Não há contra indicações
Preservativo masculino e feminino	- Não há contra indicações
	<ul style="list-style-type: none"> - Durante a gravidez; - Lactentes com menos de 6 semanas pós parto; - Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (mais de 20 cigarros/dia); - Hipertensão arterial com doença vascular; - Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado; - Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada; - Cardiopatia isquêmica; - Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC); - Doença cardíaca valvular complicada - Cefaleia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais; - Câncer de mama atual; - Cirrose hepática descompensada; - Hepatite viral em atividade; - Tumores de fígado malignos ou benignos.
Minipílula	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez - Câncer de mama atual
Anticoncepcional de emergência	- Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, desde que não esteja grávida.
Anticoncepcional injetável trimestral	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez - Câncer de mama atual - Sangramento vaginal inexplicado
Anticoncepcional injetável mensal	<ul style="list-style-type: none"> - Durante a gravidez; - Lactentes com menos de 6 semanas pós parto; - Hipertensão arterial grave ou com doença vascular;

	<ul style="list-style-type: none"> - 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;
DIU de cobre	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez; - Sepses puerperal; - Após aborto séptico; - Sangramento vaginal inexplicado; - Câncer de colo uterino, de ovário ou de endométrio; - Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses - Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos 3 meses - Doença trofoblástica gestacional maligna; - Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina; - Tuberculose pélvica;
Laqueadura tubária	<p>- Não há contra indicações. Em todas as situações fora do período gravídico puerperal, deve ser feita no período pós-menstrual e pré-ovulatório, para evitar realizar o procedimento numa gestação inicial. Pode ser feita em qualquer período se a mulher estiver usando um método contraceptivo eficaz ou em abstinência sexual</p>
Vasectomia	<p>- Não há contra indicações.</p>

1652 Fonte: OMS, 2010; BRASIL, 2018. Adaptado a partir do Protocolo de Enfermagem na
1653 Atenção Primária à Saúde Módulo 1: Saúde da Mulher – COREN-SP, 2019.

1654

1655 5.4 CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

1656 O anticoncepcional de emergência deve ser utilizado nos casos onde há relação
1657 sexual sem utilizar qualquer outro método contraceptivo, a fim de evitar uma gestação
1658 indesejada. Como nos casos de rompimento dos métodos de barreira (preservativo), violência
1659 sexual, deslocamento ou expulsão do DIU.

1660 **Quadro 34** - Métodos contraceptivos de emergência

MEDICAMENTO DISPONÍVEL NO SUS PARA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	
Medicamento	Posologia
Levonorgestrel 0,75mg	01 comprimido em até 72h após a relação sexual desprotegida e a segunda dose 12 horas depois da primeira.

1661 Fonte: MS. Protocolo da atenção primária: saúde das mulheres, 2016.

1662

1663 Atente-se que **se apresentar vômito até uma hora** após a ingestão dos
1664 comprimidos, **repetir a dose**, ou em casos de indisponibilidade dos comprimidos de
1665 levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.

1666

1667 REFERÊNCIAS

1668 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da
1669 Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de**
1670 **Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a Ed., Brasília, 2002. Disponível em:**
1671 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 09 Out. 2019.

1672

1673 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações
1674 Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:**
1675 **princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
1676 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10
1677 Abr. 2020.

1678

1679 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção
1680 Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1. ed., Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
1681 Disponível em:
1682 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em:
1683 10 Abr. 2020.

1684

1685 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das**
1686 **Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília:**
1687 **Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:**
1688 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.
1689 Acesso em: 20 Mar. 2020.

1690

1691 BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de
1692 Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e
1693 das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às**
1694 **Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2018. Disponível em:
1695 [http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PCDT_Atencao_Integral_IST_22](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PCDT_Atencao_Integral_IST_22-10-18.pdf)
1696 [-10-18.pdf](http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PCDT_Atencao_Integral_IST_22-10-18.pdf). Acesso em: 09 Jul. 2020.

1697

1698 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Atenção as mulheres. Principais
1699 **Questões sobre Planejamento Reprodutivo: contracepção**. Brasília, 2019. Disponível em:
1700 [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-contracepcao/)
1701 [contracepcao/](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-contracepcao/). Acesso em: 09 Jul. 2020.

1702

1703 COREN-PE. **Protocolo de Enfermagem na atenção básica do COREN-PE**. Recife, 2019.
1704 Disponível em: [http://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-](http://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2019/05/PROTOCOLO-DE-ENFERMAGEM-NA-ATEN%C3%87%C3%83O-B%C3%81SICA-1.pdf)
1705 [content/uploads/2019/05/PROTOCOLO-DE-ENFERMAGEM-NA-](http://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2019/05/PROTOCOLO-DE-ENFERMAGEM-NA-ATEN%C3%87%C3%83O-B%C3%81SICA-1.pdf)
1706 [ATEN%C3%87%C3%83O-B%C3%81SICA-1.pdf](http://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2019/05/PROTOCOLO-DE-ENFERMAGEM-NA-ATEN%C3%87%C3%83O-B%C3%81SICA-1.pdf). Acesso em: 14 Jul. 2020.

1707

1708 COREN-SP. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da**
1709 **mulher**. São Paulo, COREN-SP, 2019. Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/wp-](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf)
1710 [content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf)
1711 [saude-da-mulher.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf). Acesso em: 09 Jul. 2020.

1712

1713 CIPESC. **Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**,
1714 2018. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/cipesc.pdf>. Acesso em
1715 09 Jul. 2020.

1716

1717 DOCHETERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de**
1718 **Enfermagem (NIC)**. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008.

1719

1720 LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Reproductive planning in a family clinic within
1721 a Teias: facilitating conditions and limits on assistance. **Rev Saúde Debate**, RIO DE
1722 JANEIRO, v. 39, n. 106, p. 671-682, jul-set 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-
1723 110420151060003009. Acesso em: 10 Jul. 2020.

1724

1725 NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e**
1726 **Classificação - 2018/2020 Nanda**. 11. ed.: Artmed, 2018. 488 p. ISBN 9788582715031.

1727

1728 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health**, 2009. Disponível
1729 em: <https://www.who.int/reproductivehealth/en/>. Acesso em: 17 Dez. 2019.

1730

1731

1732 **6 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO**

1733 6.1 INTRODUÇÃO

1734 A importância da realização do pré-natal baseia-se no acompanhamento do
1735 desenvolvimento da gestação, **garantindo o parto de um recém-nascido saudável e o**
1736 **bem-estar materno**, levando em consideração os aspectos psicossociais e as atividades
1737 educativas e preventivas (ANDRADE et al., 2019).

1738 O estabelecimento do pré-natal precoce constitui um passo fundamental para a
1739 adequada assistência. A recomendação brasileira, no ano de 2012, **recomenda que ocorra**
1740 **pelo menos seis consultas de pré-natal, realização de testes de diagnóstico laboratorial de**
1741 **exames de rotina, com uso de vacinas, oferta de suplementos e tratamento**
1742 **medicamentoso para os problemas encontrados**, com todos os procedimentos registrados
1743 na Caderneta da Gestante, necessário para a referência e a contrarreferência no momento do
1744 parto. A vinculação da gestante ao local do parto também é uma recomendação, para a
1745 prevenção da peregrinação na busca por atenção hospitalar durante o trabalho de parto (LEAL
1746 et al., 2020).

1747 A morte materna representa qualquer morte que ocorre durante a gestação, parto ou
1748 até 42 dias após o parto, em decorrência de qualquer causa relacionada ou agravada pela
1749 gravidez, descartado causas externas (acidentes). Algo em torno de **92% das mortes**
1750 **maternas tem causas evitáveis e ocorrem por: hipertensão, hemorragia ou infecções.**

1751 **A estratégia relativa a Rede Cegonha presta acompanhamento a mulher desde a**
1752 **concepção, no pré-natal até o parto e pós-parto, bem como a criança, no seu**
1753 **desenvolvimento e crescimento até completar dois anos de vida** (BRASIL, 2018).

1754

1755 6.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1756 **6.2.1 Atribuições do Enfermeiro**

- 1757 - Solicitar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG) laboratorial ou realizar teste rápido de
- 1758 gravidez às mulheres com atraso menstrual maior que 15 dias;
- 1759 - Realizar a consulta de pré-natal e providenciar o cadastramento no sistema de informação
- 1760 vigente, registrando em prontuário e cartão da gestante;
- 1761 - Identificar e encaminhar as gestantes e puérperas com necessidade de iniciar ou dar
- 1762 continuidade no tratamento odontológico;
- 1763 - Realizar a avaliação de risco durante cada consulta de Enfermagem à gestante ou puérpera;
- 1764 - Identificar as gestantes com situações de risco e encaminhá-las para o médico e/ou serviço
- 1765 de referência;

- 1766 - Registrar detalhadamente todo o atendimento no prontuário e no Cartão da gestante;
- 1767 - Realizar consulta de planejamento reprodutivo a puérperas e/ou casal;
- 1768 - Identificar e encaminhar gestantes e puérperas para ações de planejamento reprodutivo
- 1769 - Fomentar as ações educativas individuais ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a
- 1770 importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta,
- 1771 preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros;
- 1772 - Avaliar situação vacinal e orientar atualização do calendário vacinal se necessário;
- 1773 - Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para tratamento de combate ao tabagismo;
- 1774 - Realizar o cadastramento da gestante no Sistema de informação vigente e fornecer o Cartão
- 1775 da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada
- 1776 consulta);
- 1777 - Solicitar exames complementares referentes ao pré-natal;
- 1778 - Realizar testes rápidos;
- 1779 - Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido
- 1780 fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das IST conforme protocolo da
- 1781 abordagem sindrômica);
- 1782 - Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e
- 1783 encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver
- 1784 dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a
- 1785 gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- 1786 - Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- 1787 - Realizar a avaliação inicial de enfermagem com o objetivo de detectar situações de risco ou
- 1788 agravos, tais como perdas via vaginal, sangramentos, trabalho de parto prematuro, sinais de
- 1789 infecção urinária e outros;
- 1790 - Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de
- 1791 espera);
- 1792 - Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- 1793 - Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes
- 1794 faltosas;
- 1795 - Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- 1796 - Acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o
- 1797 planejamento familiar;
- 1798 - Monitorar as gestantes de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas
- 1799 (UBS e serviços de referência), resultado dos exames e quanto ao tratamento instituído;

- 1800 - Favorecer o vínculo das gestantes e puérperas com a UBS;
- 1801 - Certificar que as gestantes e crianças da área estão cadastradas na ESF;
- 1802 - Organizar as atividades educativas com grupos de gestantes;
- 1803 - Identificar precocemente as gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas programa
- 1804 de pré-natal e puericultura;
- 1805 - Monitorar a realização dos exames solicitados à gestante, bem como, a disponibilidade dos
- 1806 resultados, com registro dos mesmos em prontuário e cartão da gestante;
- 1807 - Organizar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- 1808 - Realizar e ou participar de ações de matriciamento referente à saúde materno-infantil junto à
- 1809 equipe da UBS;
- 1810 - Realizar ações educativas individuais ou em grupo as gestantes e seus familiares sobre a
- 1811 importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta,
- 1812 preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros.
- 1813

1814 **6.2.2 Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem**

- 1815 - Orientar sobre a importância do pré-natal a gestante e aos seus familiares;
- 1816 - Caso necessário agendar consulta com enfermeiro, para realização de teste rápido de
- 1817 gravidez o mais precoce possível;
- 1818 - Acolher a demanda espontânea para todas as mulheres com suspeita ou confirmação de
- 1819 gravidez;
- 1820 - Fazer o cadastro e acompanhamento no Sistema de Informação vigente conforme definição
- 1821 do coordenador ou enfermeiro da UBS;
- 1822 - Aplicar vacinas conforme avaliação e orientação do enfermeiro;
- 1823 - Realizar acolhimento das puérperas, atentando para as condições biopsicossociais.
- 1824 - Caso necessário, fornecer medicações mediante receita;
- 1825 - Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para atendimento com enfermeiro;
- 1826 - Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal da amamentação e da
- 1827 vacinação;
- 1828 - Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- 1829 - Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- 1830 - Realizar atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive em sala de espera;
- 1831 - Informar sobre as queixas referidas pelas mulheres e agendar consultas de Enfermagem e
- 1832 médicas quando necessário;

- 1833 - Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes
1834 faltosas;
- 1835 - Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o
1836 processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
- 1837 - Orientar sobre a importância do pré-natal a gestante e aos seus familiares;
- 1838 - Convocar as gestantes para ações educativas;
- 1839 - Captar as puérperas para a consulta no pós-parto;
- 1840 - Identificar precocemente as gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas programa
1841 de pré-natal e puericultura;
- 1842 - Captar as puérperas para consultas pós-parto no domicílio e/ou na UBS, com atenção
1843 especial as puérperas com risco reprodutivo, preferencialmente até o quinto dia após o parto;
- 1844 - Organizar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.
- 1845 - Participar de ações de matricialmento referente à saúde materno-infantil junto à equipe da
1846 UBS;
- 1847 - Participar das ações educativas individuais ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a
1848 importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta,
1849 preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros.

1850

1851 6.3 MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS

1852 As queixas apresentadas pelas gestantes são decorrentes de alterações fisiológicas
1853 no período. Assim, deve-se ressaltar que diante de uma queixa, deverá se relacionada com a
1854 idade gestacional, uma vez que a maioria das queixas diminuem ou desaparecem sem o uso de
1855 medicamentos (LONDRINA, 2017). Assim, as **orientações a seguir são válidas para os**
1856 **casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, sem apresentarem**
1857 **gravidade.**

1858 Deve-se ressaltar que nas consultas à gestante os **sinais e os sintomas e as queixas,**
1859 necessitam ser **avaliados periodicamente** no decorrer da gestação, sendo propostas condutas
1860 que possibilitem um acompanhamento qualificado e adequado a cada caso encontrado
1861 (BRASIL, 2016).

1862

1863

Alterações	Descrição/manifestações	Condutas/orientações de Enfermagem	Medicamentos
<p>Náuseas / Vômitos</p>	<p>Alterações hormonais comuns no primeiro trimestre gestacional, que apresentam de maneira mais intensa pela manhã durante jejuns prolongados. Náuseas e vômitos até cerca de 14 semanas de gestação: quadro de hiperêmese gravídica e é considerada normal. 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) 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. 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 	<p>Antieméticos orais prescritos pelo médico ou enfermeiro:</p> <p>Metocloramida 10 mg, de 8/8 horas, VO.</p> <p>2. Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia), VO.</p> <p>Nos casos de hiperêmese gravídica 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</p>

		<p>educativos relacionados à saúde alimentar no período gestacional e puerperal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoio emocional, se necessário; - Referenciar o serviço de Nutrição da rede de saúde, quando houver necessidade. 	<p>gestante imediatamente para um hospital (Fluxograma 01: Queixas sobre Náuseas e vômitos)</p>
Pirose/azia	<p>Causada pelo refluxogastresofágico, (mais frequente no 3º trimestre gestacional) e decorre de alterações hormonais, que influenciam em distúrbios na motilidade gástrica.</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antiácidos; Hidróxido de alumínio, 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se, ou; 2. Hidróxido de alumínio via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa) 2 a 4 vezes ao dia ou; 3. Sulfato de Magnésio, 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se. 4. Sulfato de Magnésio – via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa). 2 a 4 comprimidos mastigáveis após

			<p>as refeições e ao deitar-se.</p> <p>5.Sulfato de Magnésio – via oral, 10 ml após as refeições (uma colher de sopa).</p> <p>6.Encaminhar para avaliação clínica caso não tenha melhora do quadro.</p>
Sialorréia	<p>- A sialorreia, também conhecida como ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez (BRASIL, 2016).</p> <p>- Pode estar associada à náusea e causar a perda de líquidos, eletrólito 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> <p>- Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata de uma queixa comum no início da gestação;</p> <p>- Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos.</p> <p>- Orientar deglutir saliva e ingerir</p>	
Queixas urinárias	<p>Conjunto de sinais e sintomas que envolvem trato urinário.</p> <p>O aumento da frequência de micções e se deve a fisiologia da gestação onde há a compressão da bexiga pelo útero gravídico, o qual reduz a capacidade volumétrica levando a polaciúria.</p> <p>Em decorrência do aumento</p>	<p>- Manter ingesta hídrica;</p> <p>- Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo;</p> <p>- Orientar que o sintoma é transitório;</p> <p>- Nictúria: Reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna;</p> <p>Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção.</p> <p>- Caso exista outro sintoma,</p>	<p>Medicamentos:</p> <p>Antibióticos de escolha no tratamento de bacteriúria assintomática e ITU não complicada.</p> <p>- Nitrofurantoína (100mg)</p> <p>01 cápsula de 6/6hs, por 10 dias</p>

	<p>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 retropúbica e suprapúbica 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 (COREN-SC, 2017; LONDRINA-PR, 2017).</p>	<p>como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta com médico (UNICAMP, 2017).</p>	<p>(evitar após a 36ª semana de gestação) ou;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalexina 500mg, 01 cápsula de 6/6 horas, por 07 a 10 dias; ou - Amoxicilina-Clavulanato 500mg – 01 cápsula de 8/8 horas, 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. (Fluxograma 02: Sobre queixas urinárias)
Tonturas/vertigens e fraquezas e desmaios	<p>Instabilidade hemodinâmica, decorrente da vasodilatação e hipotoniavascular 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. 	
Cefaléia	<p>Comum no primeiro trimestre de gestação devido 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; 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 500-750mg 6/6horas ou; - Dipirona 500-1000mg 6/6horas. (BRASIL, 2016).

		<ul style="list-style-type: none"> - Orientar exercícios de relaxamento; - Referenciar à consulta médica, se os sintomas persistirem; 	
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 (comexceção 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>(Fluxograma 03: Sobre queixas relativas a dores abdominais e cólicas)</p>
Obstipação (flatulências)	Ação da progesterona favorece relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo (BRASIL, 2012; COREN-GO, 2017).	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a ingestão líquida; - Orientar dieta rica em fibra; - Aumentar o consumo de frutalaxativa (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 necessária prescrição de formadores de 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supositório de glicerina 1 vez ao dia; - Dimeticona 40-80mg de 6/6horas (caso flatulência);

		<p>bolo fecal, como farelo de trigo;</p> <p>- Não deve-se prescrever óleos minerais que diminuam absorção de vitaminas;</p> <p>Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica</p>	
Dispnéia	<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 trombozes (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. 	
Hemorroidas	<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, a fim de evitar a constipação 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. 	
Candidíase	Os principais sintomas são	- Uso de calcinha de	Medicamentos:

	<p>prurido vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiperemia vulvar; - Ardor ou dor à micção; - Corrimento grumoso (coalhada); - Dispareunia de introito. <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>	<p>algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de roupas apertadas; - Não usar absorventes diários; - Se persistir sintomas investigar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Miconazol creme vaginal 2%. <p>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 consecutivas.</p> <p>Obs.: Usar preferencialmente antifúngico tópico por setedias (em qualquer idade gestacional).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não usar tratamento sistêmico.
<p>Vaginose Bacteriana</p>	<p>Desequilíbrio da flora vaginal normal por aumento de bactérias, principalmente anaeróbias (<i>Gardnerella vaginalis</i>, Bacteróides sp., Mobiluncus sp., micoplasmas, peptoestreptococos) em conjunto com a diminuição de lactobacilos acidófilos, predominantes na vagina</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. 	<p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol creme vaginal 100mg/g 01 aplicador via vaginal ao deitar-se, por 7 dias consecutivos

	<p>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>- Não usar de roupas apertadas;</p> <p>- Verificar diagnóstico diferencial entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como IST, não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando de convocação dos mesmos.</p>	
Vaginosecitolítica	<p>Pode ser confundida com candidíase devido aos sintomas como prurido, queimação, dispareunia, disúria, corrimento esbranquiçado abundante. Ocorre pelo aumento dos lactobacilos, tornando o pH mais ácido (COREN-SC, 2017)</p>	<p>Orientar: 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 semanas cada 15 dias.</p>	
Dor nas mamas	<p>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).</p>	<p>- Orientar o uso de sutiã confortável durante a gestação;</p> <p>- Banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas);</p> <p>- Orientar as vantagens e o manejo na amamentação</p>	<p>Medicamentos:</p> <p>- Paracetamol 1 comprimido (500mg) de 6/6 horas VO;</p> <p>- Dipirona 1 comprimido (500mg) de 6/6 horas VO;</p>
Estrias	<p>Lesões dermatológicas definitivas, ocasionadas pela distensão dos tecidos</p>	<p>Orientar:</p> <p>- Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele;</p>	

	<p>localizadas no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.</p> <p>Costumam aparecer após 5º mês de gestação e que não existe método eficaz de prevenção ou detratoamento. (COREN-PB, 2015).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; - Controlar o ganho de peso; <p>Atenção: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, que é também contraindicado na amamentação.</p>
<p>Sangramentos Gengivas</p>	<p>A produção de hormônios esteróides 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)</p>	<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.
<p>Varizes</p>	<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 	<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 risco de complicações tromboembólicas. - Orientar quanto ao controle de peso e práticas seguras de atividades físicas, sob orientação de profissional.

	<p>durante a gestação são fatores de risco para trombose venosa periférica (COLMAN-BROCHU, 2004).</p>	
Câimbra	<p>- Iniciam normalmente no primeiro trimestre, são espasmos musculares involuntários, súbitos, dolorosos, impulsionados pelo estiramento dos músculos comprometidos, ocorrem especialmente na panturrilha.</p> <p>- Esta ocorrência pode estar relacionada pela diminuição da circulação sanguínea nos músculos, devido à pressão do útero, estando associada a uma acidose local regional, ocasionada pela diminuição de cálcio e acréscimo de fósforo na circulação materna (FLORIANÓPOLIS, 2017; LONDRINA, 2017).</p>	<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 excessos de atividades físicas; - Uso de compressas mornas no local
Edema	<p>- 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</p>	<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

	<p>(LONDRINA, 2017; MOLLART, 2003).</p> <p>- De acordo com Brasil (2012), deve-se entender a diferença entre edema patológico e fisiológico:</p> <p>-Edema Fisiológico: não há aumento dos níveis pressóricos ou proteinúria, apenas edema isolado.</p> <p>-Edema patológico: aumenta níveis pressóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como cefaleia e dores gástricas entre outros.</p>	<p>(BRASIL, 2016).</p> <p>Classificar o edema:</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>(Fluxograma 04: Queixas sobre o edema).</p>	
Dor lombar	<p>- Ocorrência frequente, tende a se intensificar com a evolução da gestação, podendo irradiar para os membros inferiores (BARBIANI et al., 2016).</p> <p>- São ocasionadas pela adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal.</p> <p>- É importante distinguir</p>	<p>- Orientar correção da postura ao andar, sentar-se ou abaixar-se;</p> <p>- Os sapatos devem ser baixos (aprox.3cm) e confortáveis, evitar saltos;</p> <p>- Compressas mornas ajudam a aliviar a dor;</p> <p>- Orientar a manter as atividades cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores.</p>	<p>- Paracetamol 500-750mg 6/6horas ou;</p> <p>- Dipirona 500-1000mg 6/6horas</p> <p>- Caso não ocorra a melhora dos sintomas em até três dias encaminhar para avaliação médica. No período gestacional estão</p>

	<p>entre dor mecânica (tempo de evolução, relacionada a movimentos) e/ou dor inflamatória (presença de febre, mal-estar) (COREN-SC, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, dependendo da evolução dador; - No caso de presença de febre ou 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, porém devem ser evitados excessos (BARBIANI et al., 2016). - Recomendar acupuntura e atividades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibilidade (BRASIL, 2016). 	<p>contraindicados os anti-inflamatórios, devido ao risco de oligodrômio.</p>
<p>Ganho ponderal inadequado</p>	<p>O ganho de peso em excesso na gestação representa um problema de saúde pública, pois está frequentemente associado à complicações maternas e fetais, como diabetes e hipertensão materna, macrossomias, prematuridade, sendo que problemas nutricionais durante a evolução fetal associa-se a alterações de</p>	<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, fisioterapeuta, nutricionista) (UNICAMP, 2017). - orientar a não ingesta de refrigerantes, doces, gorduras e também de bebidas alcoólicas (LONDRINA, 2017). - Preencher, no Cartão da Gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional e proferir as 	

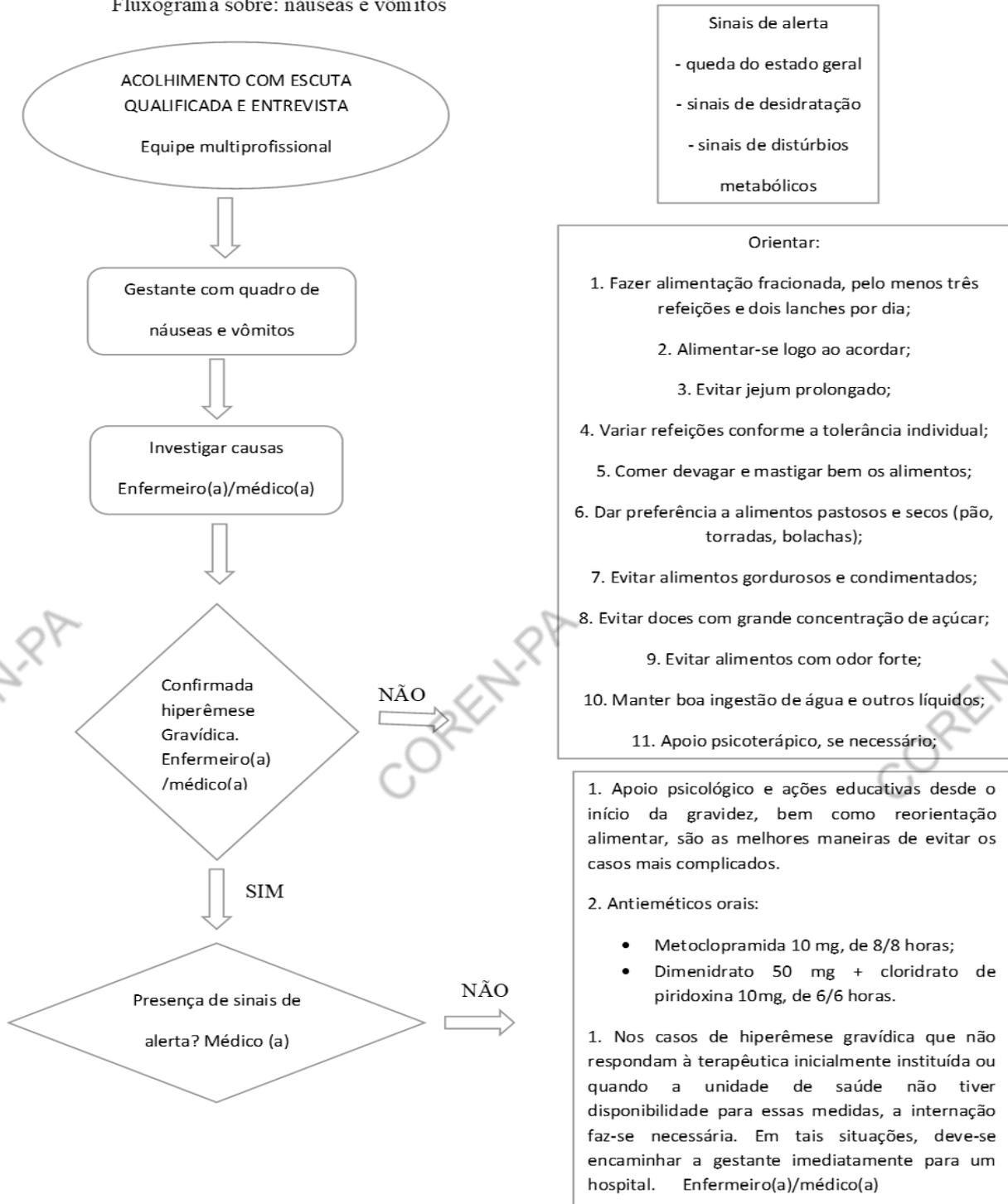
	saúde na vida adulta (FONSECA et al., 2014; SATO; FUJIMORI, 2012).	evoluções no prontuário (COREN-MG, 2017). - A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avaliação do peso inicial (Índice de Massa Corporal-IMC). - Baixo peso - ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg. - Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg - Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg - Obesidade – ganho total= 5,0 -9,0kg (CARVALHAES et al., 2013) O ganho ponderal excessivo é resultante também de retenção hídrica, precedido de hipertensão na pré-eclâmpsia, caracterizando-se “sinal de alerta” (UNICAMP, 2017).
--	--	---

1865 Fonte: COREN-SP, 2019.

1866

1867 **Fluxograma 9 - Queixas sobre Náuseas e vômitos**

Fluxograma sobre: náuseas e vômitos



1868

1869

1870

Referenciar ao
hospital
Médico(a)

1. Caso esteja disponível na unidade de saúde e haja
indicação, utilizar antieméticos injetáveis:

1. Metoclopramida 10 mg (uma ampola), de 8h/8h;

2. Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10
mg (uma ampola), de 6/6 horas.

Médico(a)

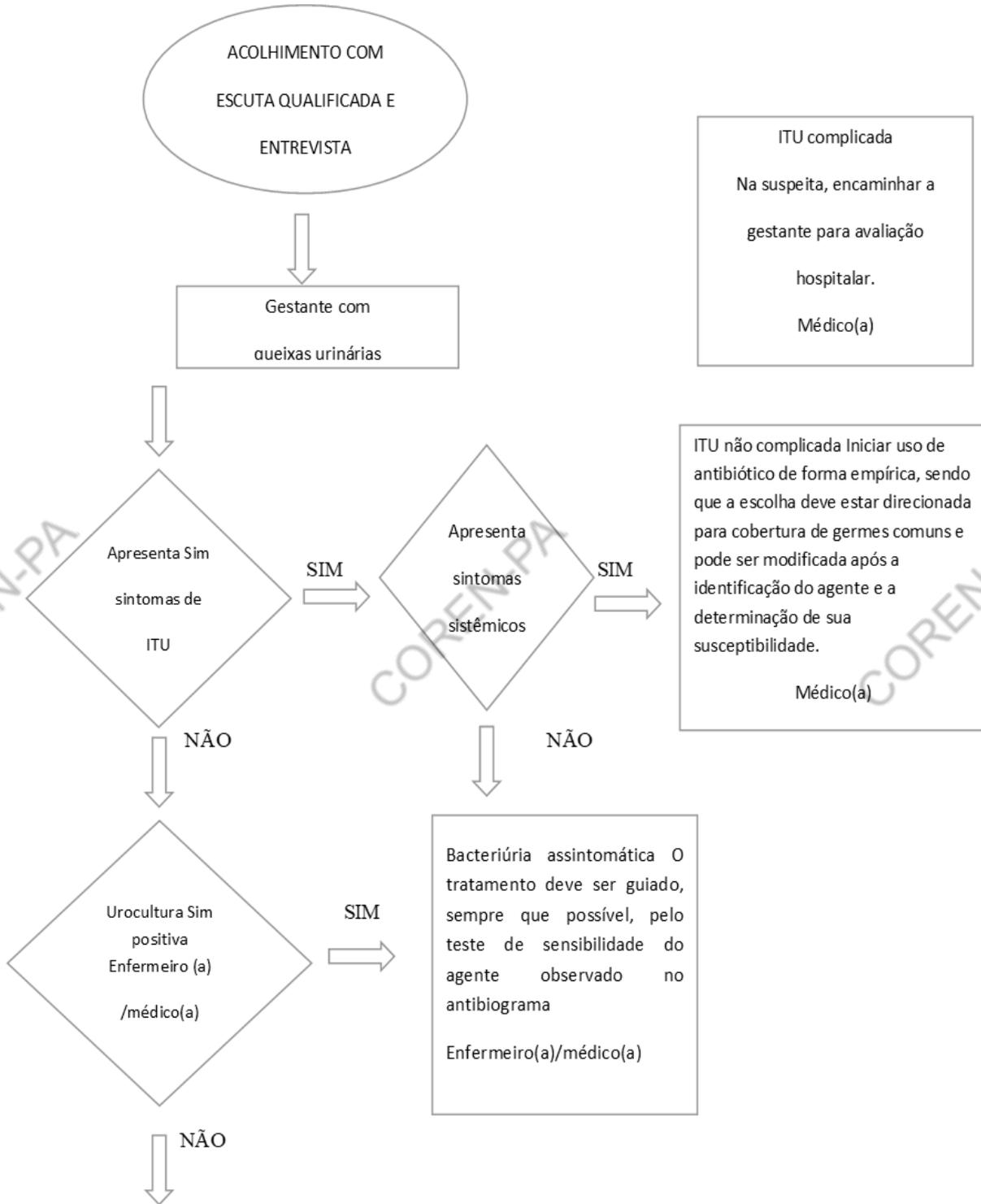
Fonte: BRASIL, 2016, p. 97.

1871

1872

1873 Fluxograma 10 - Queixas urinárias

Fluxograma: queixas urinárias



1874

1875

Orientar que o aumento do número de micções é comum na gestação, por conta da compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica.

Enfermeiro(a)/médico(a)

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);
- Cefalexina (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.

Enfermeiro(a)/médico(a)

- Repetir urinocultura sete a dez 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.
- Para orientações referentes à coleta da urinocultura.

Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):

- dor ao urinar;
- dor suprapúbica;
- 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.

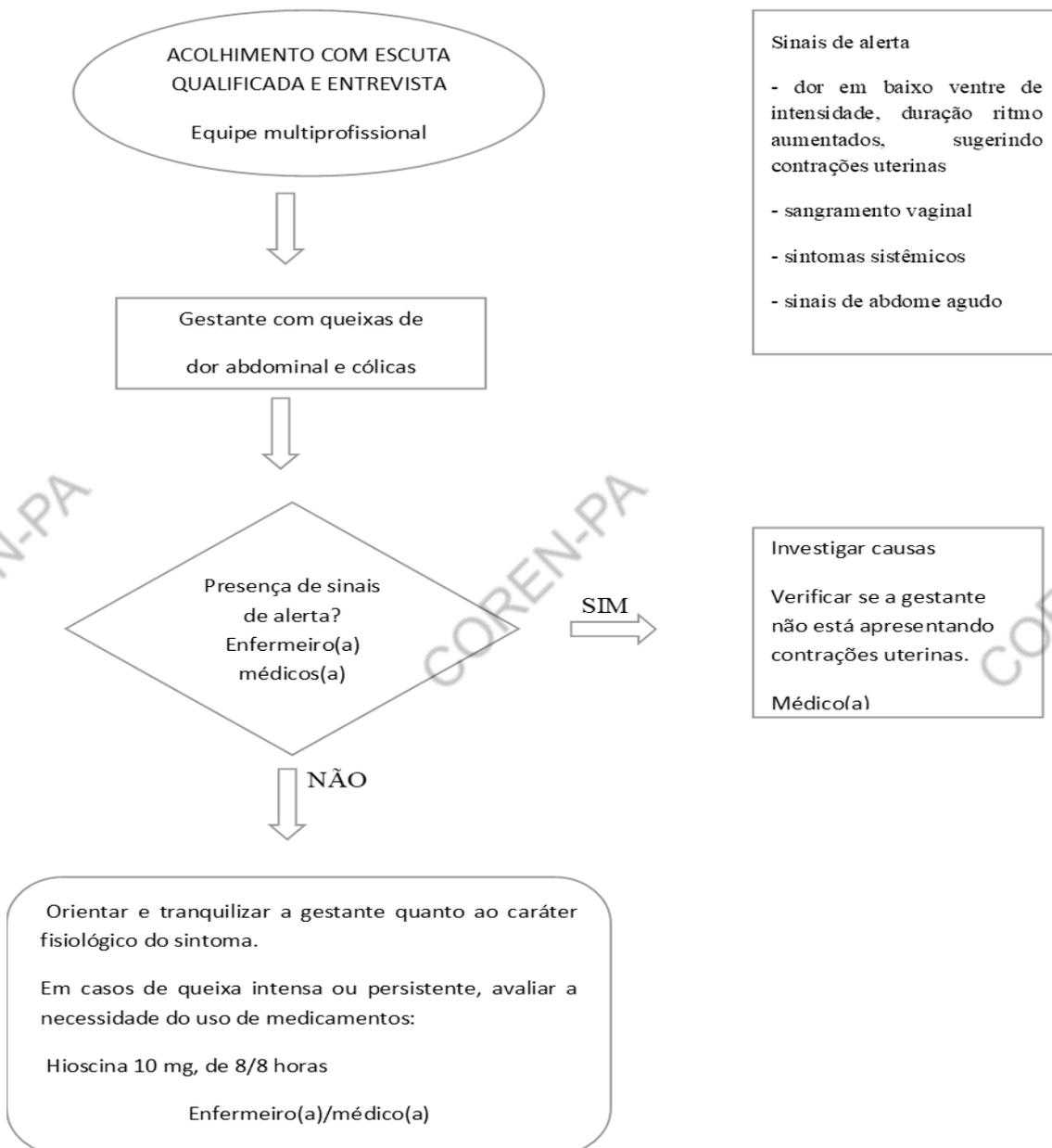
Fonte: BRASIL, 2016,p.98.

1877

1878 **Fluxograma 11** - Queixas relativas a dores abdominais e cólicas

1879

Fluxograma sobre dor abdominal e cólicas:



Fonte: BRASIL, 2016, p. 99.

1880

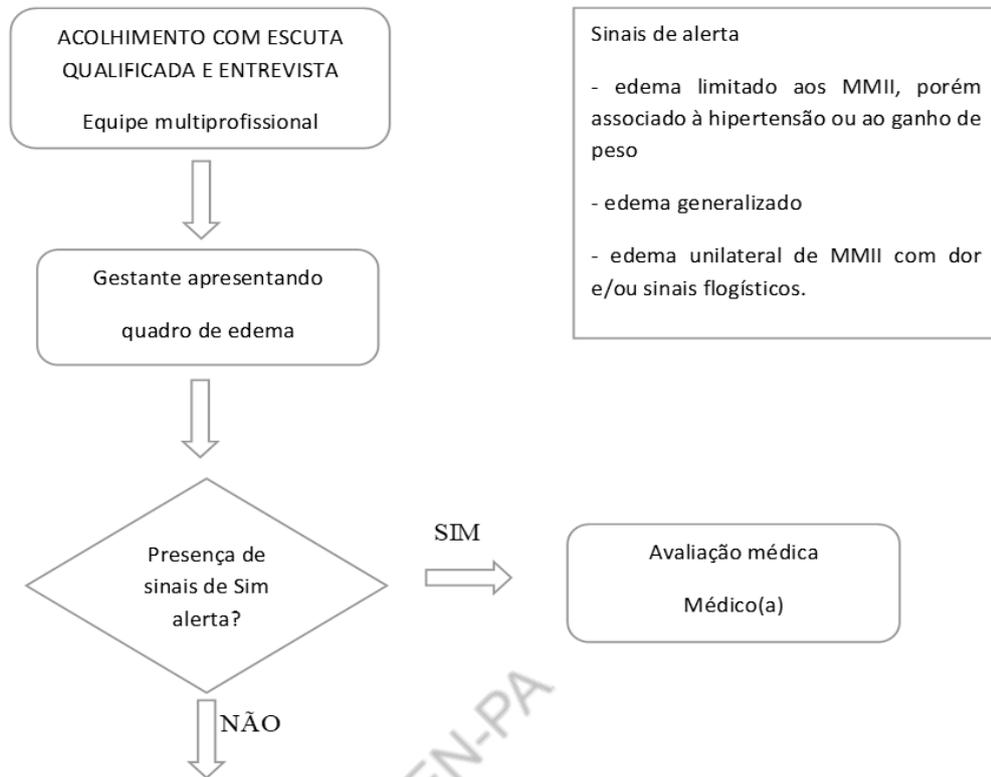
1881

1882

1883

1884 **Fluxograma 12** - Queixas sobre o edema

Fluxograma: sobre edema na gravidez.



Sinais de alerta

- edema limitado aos MMII, porém associado à hipertensão ou ao ganho de peso
- edema generalizado
- edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos.

Na maioria das vezes, a grávida se beneficia com medidas gerais assumidas:

- evitar ortostatismo prolongado;
- evitar permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas;
- fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com os membros inferiores elevados;
- usar meia elástica;
- evitar diuréticos e dieta hipossódica – frequentemente prescritos, não devem ser utilizados, sendo proscritos na gravidez.

Obs.: não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez

(Enfermeiro(a)/médico(a))

Fonte: BRASIL,2016,p.100.

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891 **6.3.1 Atenção às intercorrências do pré-natal**

1892 **Quadro 36** - Intercorrências do pré-natal

Intercorrência	Como identificar/avaliar	O que fazer	Quem deve fazer
Síndromes Hemorrágicas	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;- Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire);- Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <p>Realização do exame obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais;- Útero, em geral, encontra-	<p>Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.</p>	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>

	<p>se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; - Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea <p>(Fluxograma 08: Intercorrência sobre Síndromes Hemorrágicas)</p>		
Placenta prévia	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. <p>Realização do exame obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; - Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; - O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a 	Referenciar a gestante para o alto risco.	Enfermeiro(a)/médico(a)

	<p>realização de toque vaginal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de exame ultrassonográfico, se possível: - Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; - Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo. 		
<p>Trabalho de parto prematuro (TPP)</p>	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; - Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; - Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme o Fluxograma de queixa urinária e solicitar urina tipo I e urocultura; - Na presença de contrações uterinas rítmicas e 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar avaliação especializada, quando possível. - O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência. 	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>

	<p>regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base.</p>		
Anemia	<p>Fatores de risco para anemia na gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; - Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão; - Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); - Infecções de longo prazo; - Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme. <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto 	<p>Fluxograma 05: Anemia Gestacional</p>	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>

	<p>prematureo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros. 		
<p>Hipertensão arterial</p> <p>Pré-eclâmpsia</p> <p>Eclâmpsia</p>	<p>Hipertensão arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas; - As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30^a semana, quinzenais até a 34^a semana e semanais após essa idade gestacional até o parto. <p>Pré-eclâmpsia:</p> <p>Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20^a semana de gestação em mulheres previamente normotensas.</p> <p>Eclâmpsia: Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na hipertensão arterial: - A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia); - Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados com alternativas; - Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles 	<p>Enfermeiro(a)/médico(a)</p>

		<p>redução no crescimento fetal.</p> <p>- Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos.</p> <p>Na pré-eclâmpsia:</p> <p>- Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco.</p> <p>Na eclâmpsia:</p> <p>- Referenciar à urgência obstétrica.</p> <p>(Fluxograma 10:</p> <p>Intercorrência sobre: Síndrome Hipertensiva,</p>	
--	--	--	--

		Pré Eclâmpsia e Eclâmpsia)	
Diabetes mellitus gestacional	- Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.	(Fluxograma 09: Intercorrência sobre Diabetes Mellitus Gestacional)	
IST	- As IST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; - Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.	- Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação. (Fluxograma 06: Intercorrência sobre Sífilis) (Fluxograma 07: Intercorrência sobre a Toxoplasmose) (Fluxograma 11: Intercorrência sobre o HIV)	Enfermeiro(a)/médico(a)
Gestação prolongada ou pós-datismo	- Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; - Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.	- Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. - Monitorar a gestante até a	Enfermeiro(a)/médico(a)

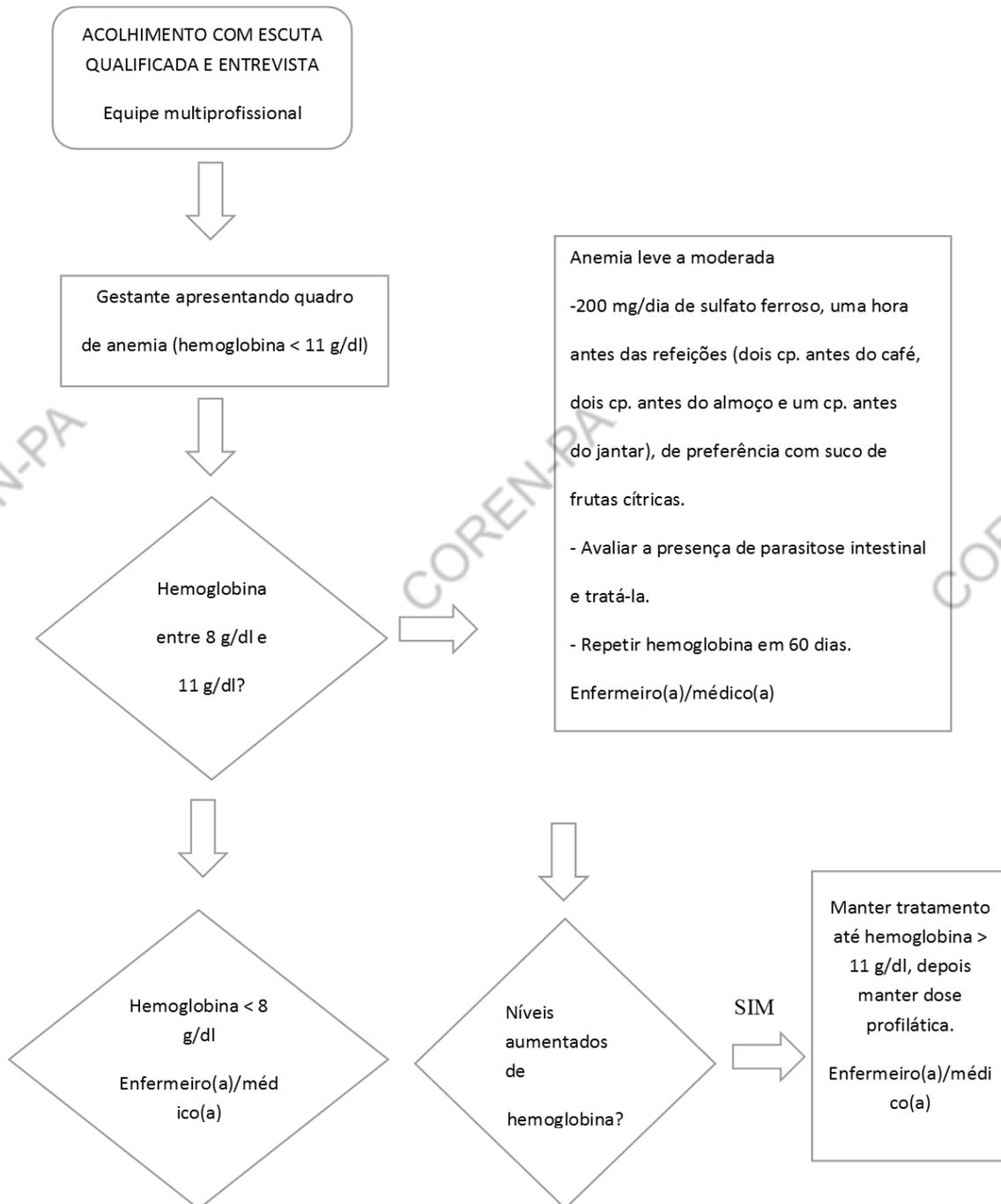
		internação para o parto.	
--	--	--------------------------	--

1893 Fonte: COREN-SP, 2019.

1894

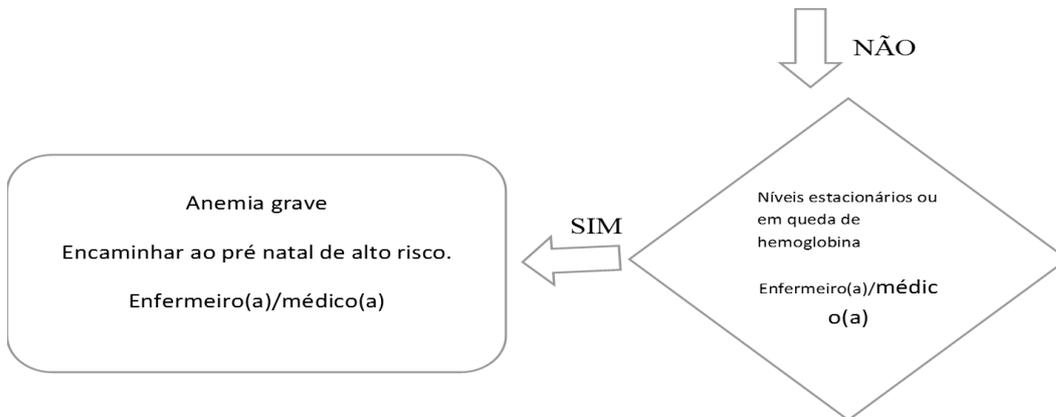
1895 **Fluxograma 13** - Intercorrências relacionadas a anemia gestacional

O que fazer na anemia gestacional:



1896

1897



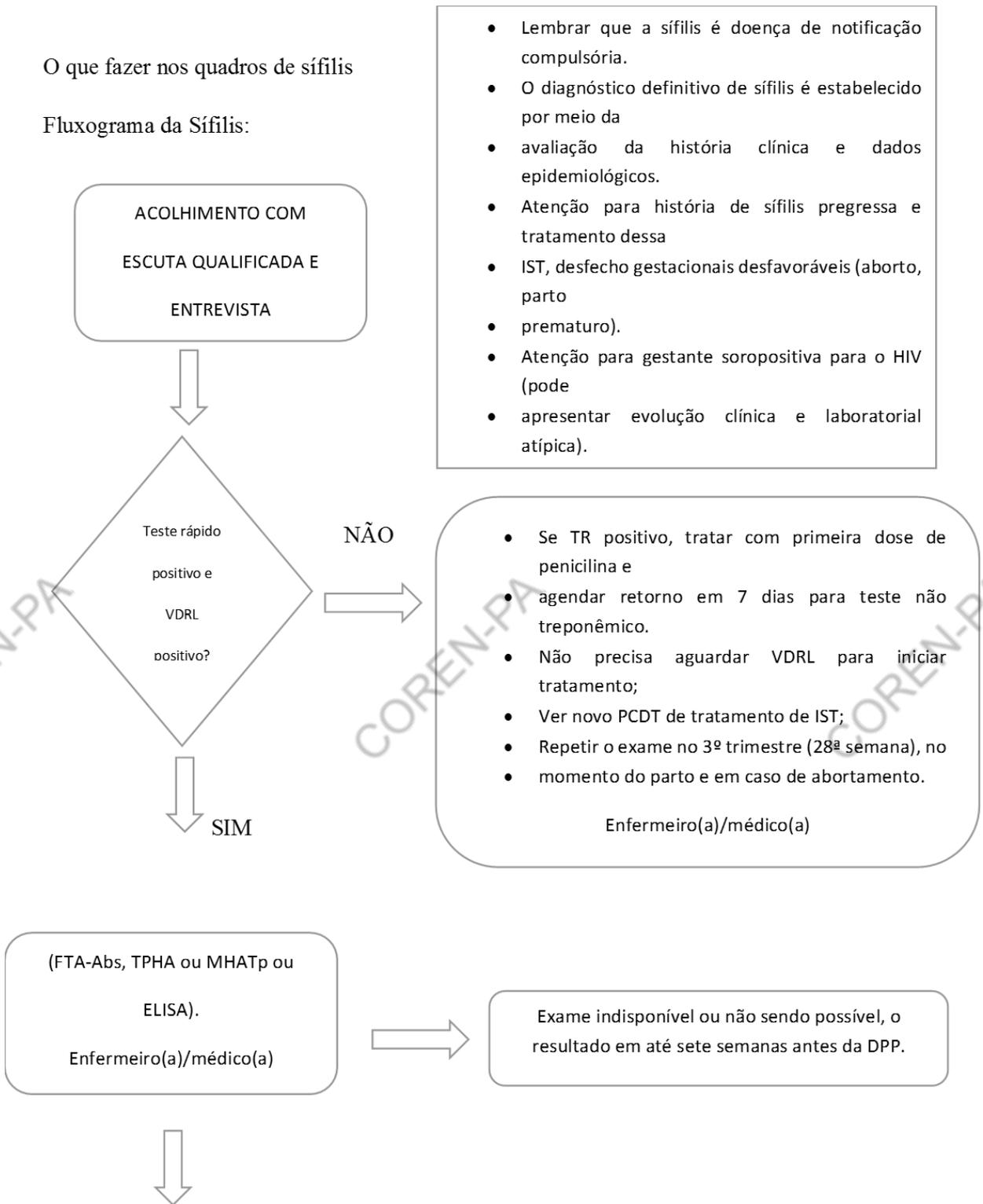
- A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.
- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
-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

Enfermeiro(a)/médico(a)

1910 **Fluxograma 14** – Intercorrências relacionadas a Sífilis

O que fazer nos quadros de sífilis

Fluxograma da Sífilis:



- Lembrar que a sífilis é doença de notificação compulsória.
- O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio da
- avaliação da história clínica e dados epidemiológicos.
- Atenção para história de sífilis pregressa e tratamento dessa
- IST, desfecho gestacionais desfavoráveis (aborto, parto prematuro).
- Atenção para gestante soropositiva para o HIV (pode
- apresentar evolução clínica e laboratorial atípica).

- Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e
- agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico.
- Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento;
- Ver novo PCDT de tratamento de IST;
- Repetir o exame no 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto e em caso de abortamento.

Enfermeiro(a)/médico(a)

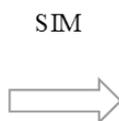
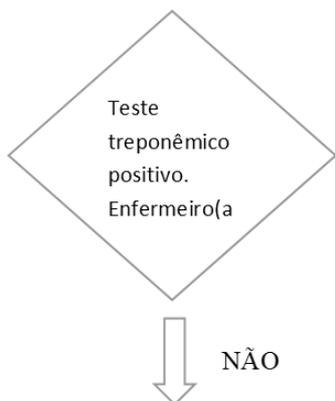
(FTA-Abs, TPHA ou MHATp ou ELISA).
Enfermeiro(a)/médico(a)

Exame indisponível ou não sendo possível, o resultado em até sete semanas antes da DPP.

1911

1912

1913



Testar gestante e parceria(s) sexual(is) (VDRL);

Realizar teste rápido no momento da consulta e do resultado do teste não treponêmico positivo

Se reagente, tratar conforme fase clínica da doença:

- Sífilis primária: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo);
- Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI;
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.

Se teste negativo, orientar sobre IST e repetir teste rápido no 3º trimestre da gestação (28ª semana). Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, que é a exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga. Tratamento alternativo:

- Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias

(gestantes e não gestantes).

Se parceria(s) com testes positivos, tratar conforme fase clínica da doença

- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.
- As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis.

- Os testes não treponêmicos (VDRL) devem ser realizados mensalmente para controle de cura.
- Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses.
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta

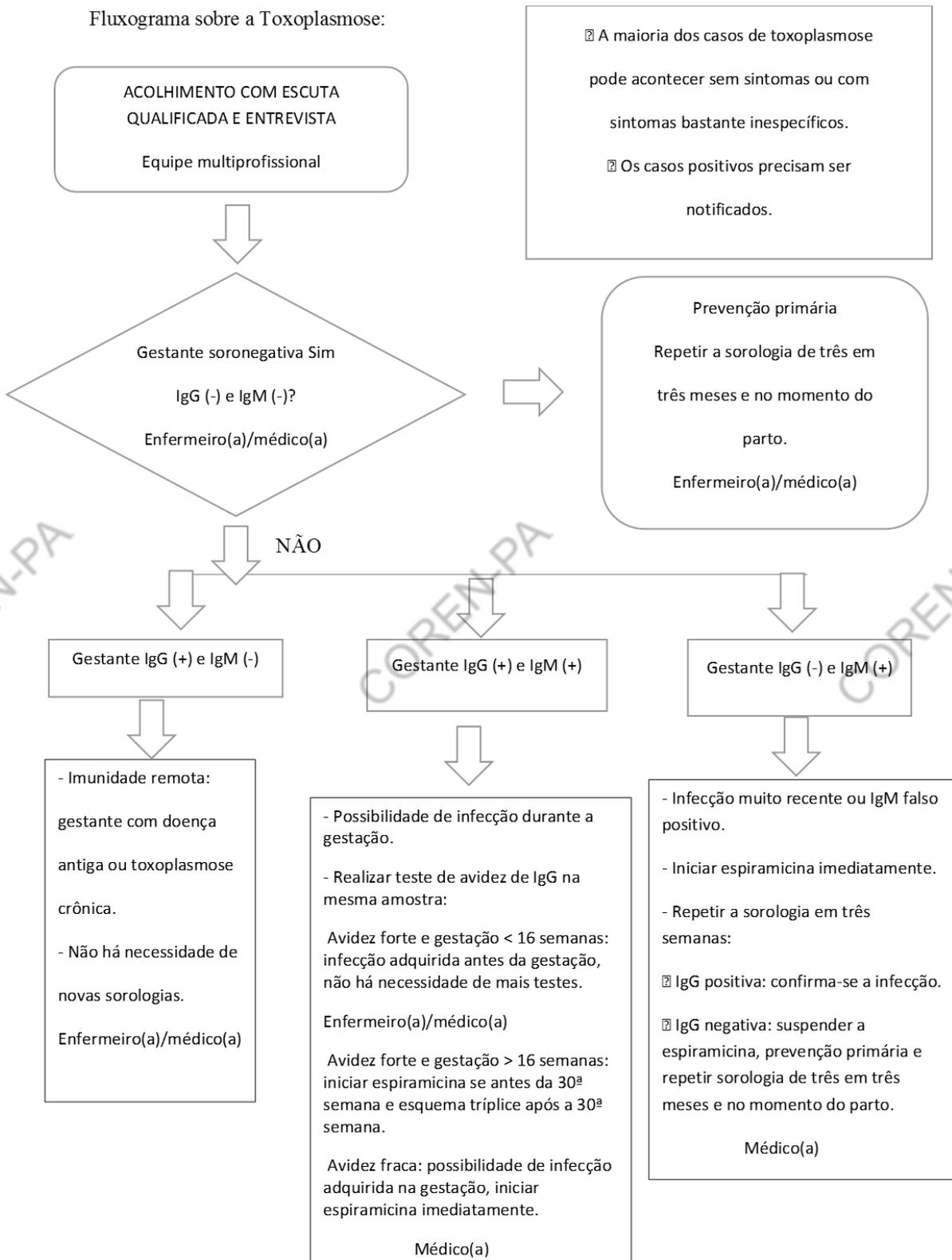
1914

1915 Fonte: BRASIL, 2016.

1916

1918 **Fluxograma 15 - Intercorrência relacionada a Toxoplasmose**

Fluxograma sobre a Toxoplasmose:



☒ A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos.
☒ Os casos positivos precisam ser notificados.

1921

1922

-Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina (1 g –3.000.000 UI), de 8/8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez.

- Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno: pirimetamina (25 mg), de 12/12 horas, por via oral; sulfadiazina (1.500 mg), de 12/12 horas, por via oral; e ácido folínico (10 mg/dia) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.

-Em gestantes com infecção aguda, deve-se realizar USG mensal para avaliar alterações morfológicas fetais e, caso haja alterações, encaminhar para o serviço especializado.

- Se há suspeita de infecção aguda materna, deve-se encaminhar a gestante para centro especializado em medicina fetal para realização de amniocentese, visando avaliar a presença de infecção fetal por análise do líquido amniótico por meio de PCR.

-Se idade gestacional > 30 semanas, não é necessário avaliar o líquido amniótico. Inicia-se esquema tríplice pela alta probabilidade de infecção fetal

1923

1924 Fonte: BRASIL, 2016.

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

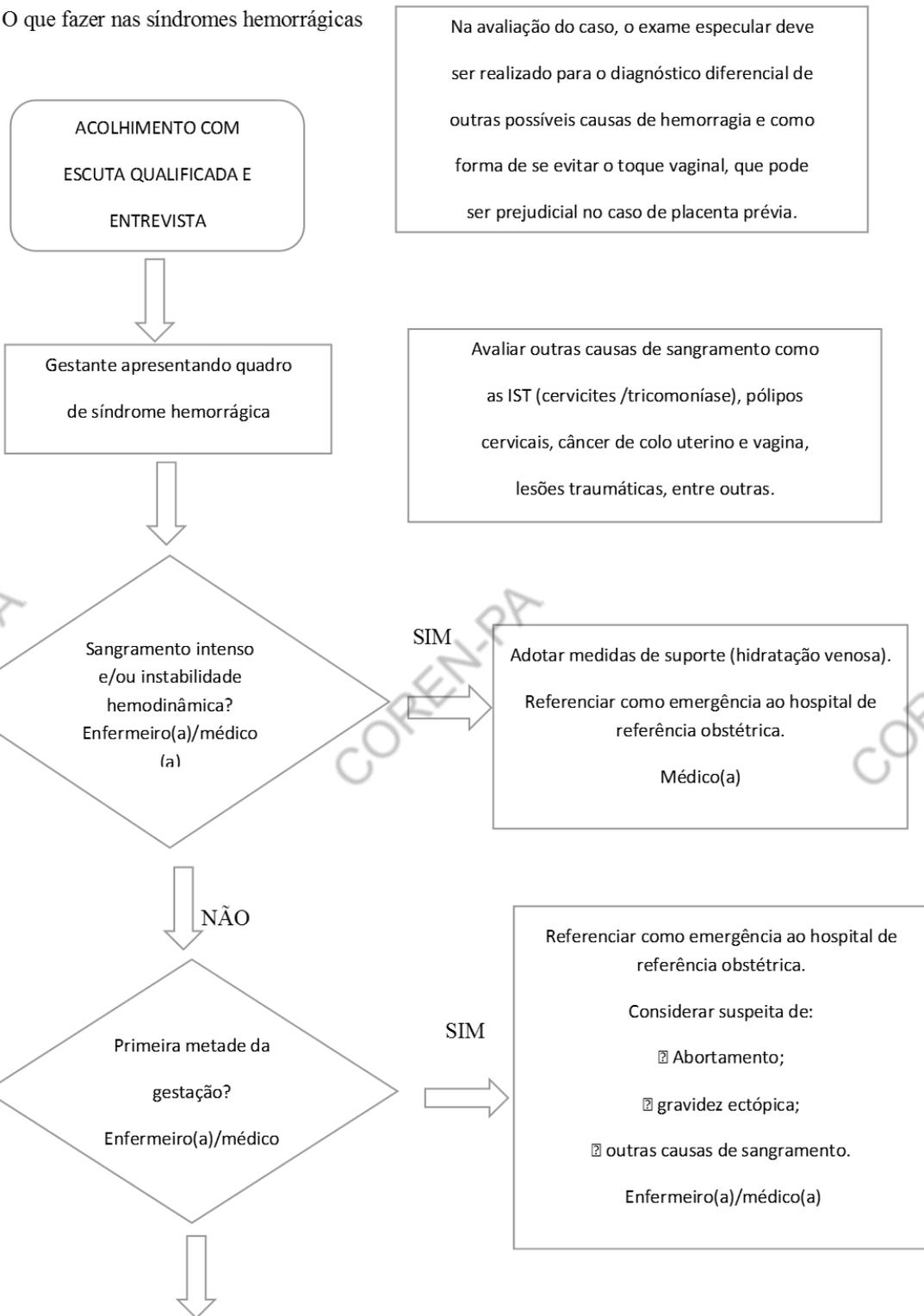
1933

1934

1935

1936 **Fluxograma 16 - Intercorrência relacionada a Síndromes Hemorrágicas**

O que fazer nas síndromes hemorrágicas



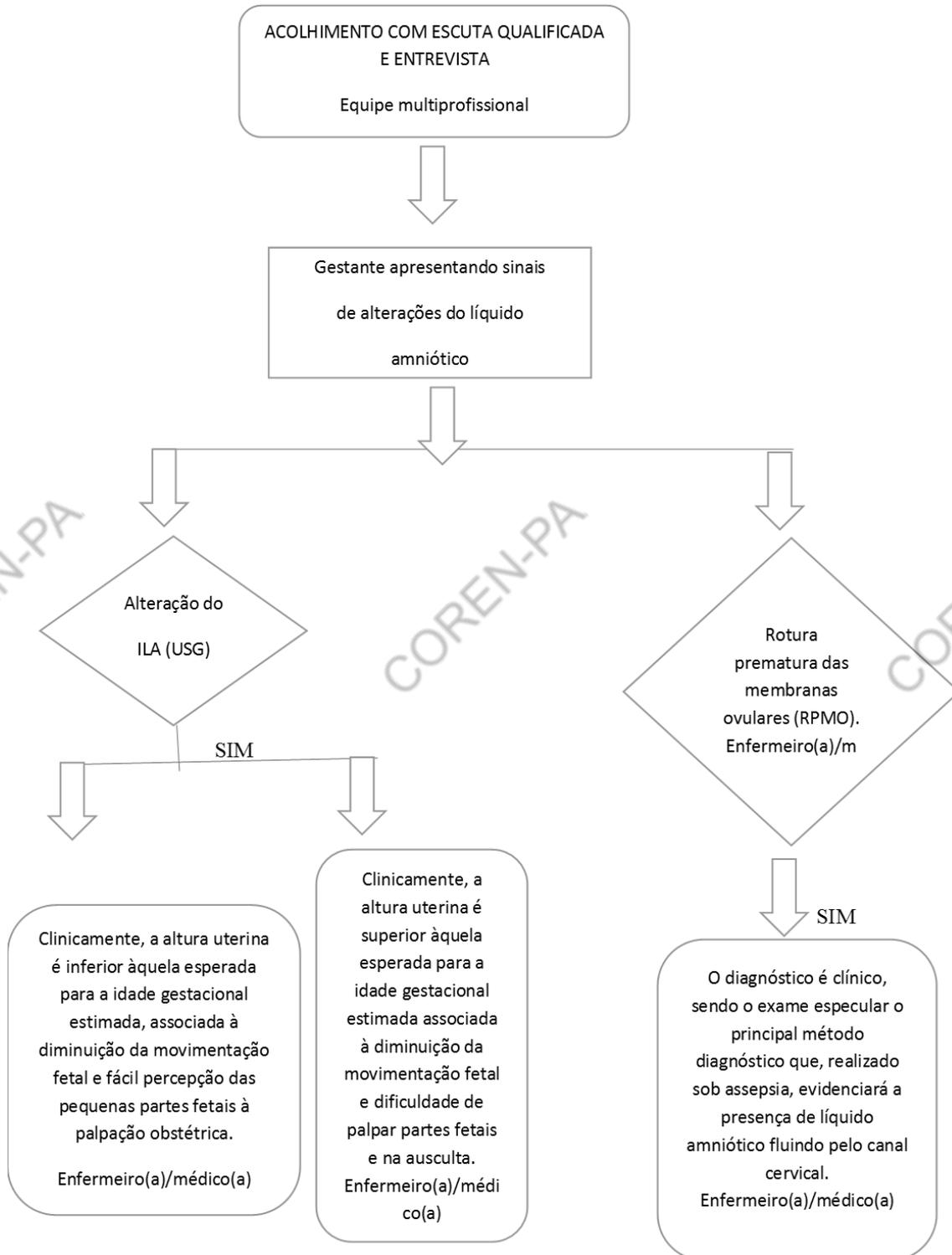
1937

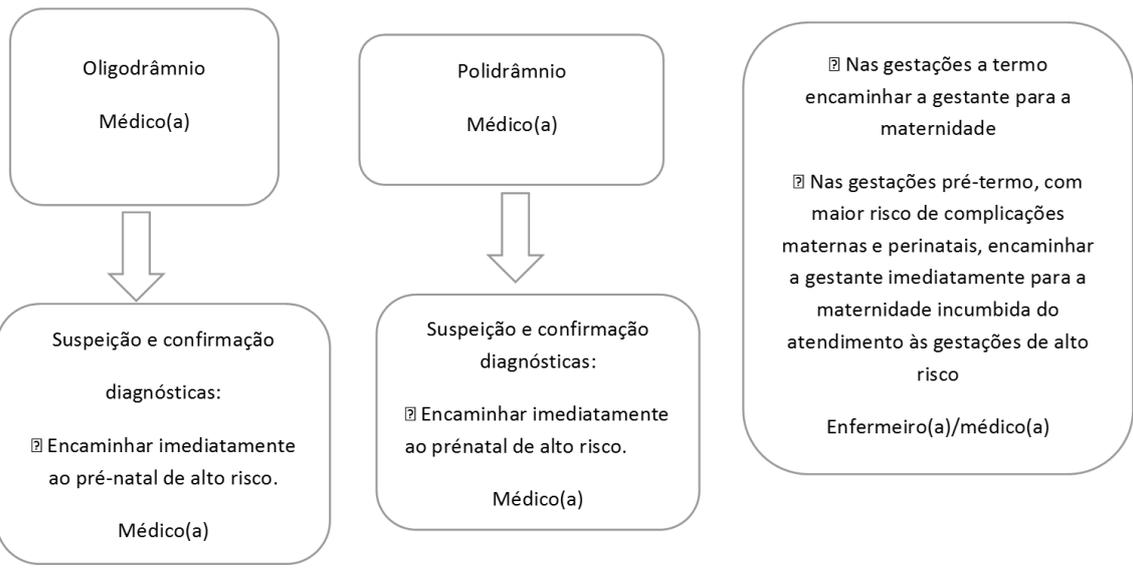
1938

1939 Fonte: BRASIL, 2016.

1941 **Fluxograma 17** - Sobre a Intercorrência relacionada a Líquido Amniótico

O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico





☑ No diagnóstico diferencial da RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica.

☑ Na RPMO, embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, a presença de oligodramnio.

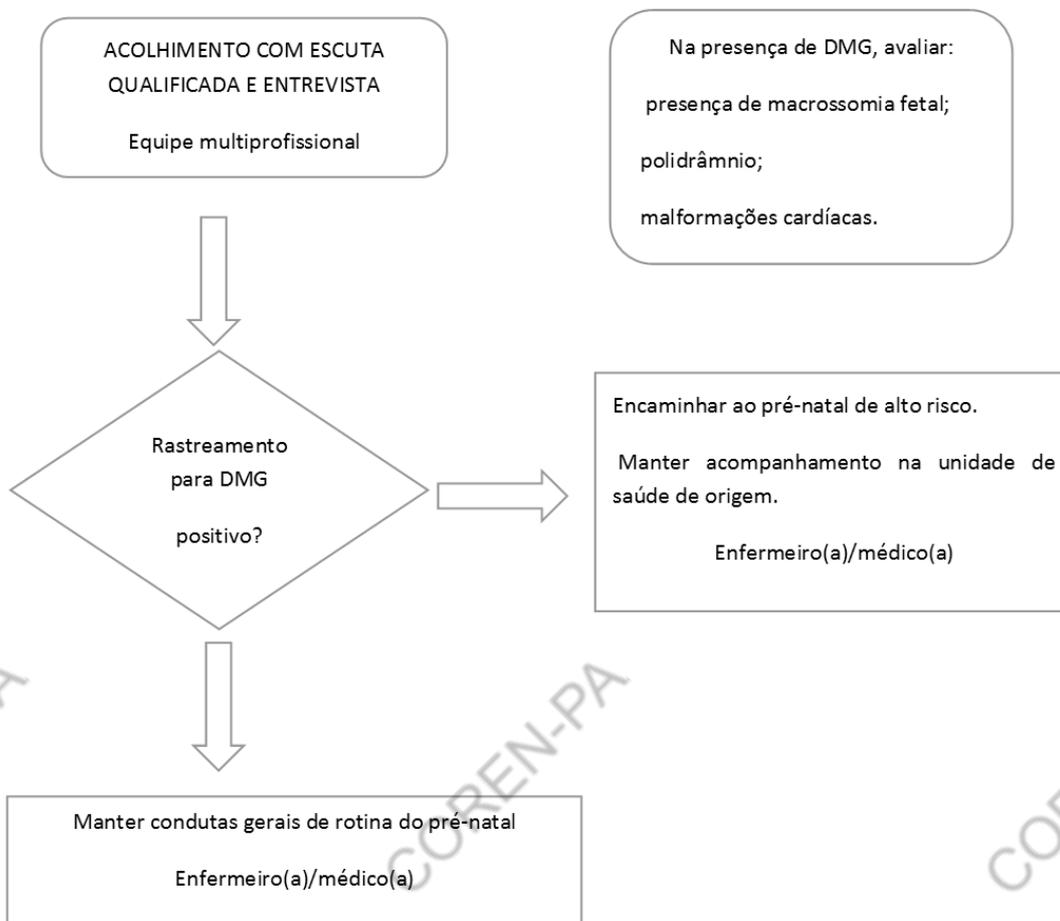
☑ Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952

Fonte: BRASIL, 2016.

1953 **Fluxograma 18** - Intercorrência relacionada a Diabetes Mellitus Gestacional

O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)



Manifestação do DMG:

Idade de 35 anos ou mais;

sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;

deposição central excessiva de gordura corporal;

baixa estatura ($\leq 1,50$ m);

crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;

antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso $\geq 4,5$ kg) ou DMG;

história familiar de DM em parentes de 1º grau;

síndrome de ovários policísticos.

1954

1955

Recomendações

Para a maioria das gestantes, o DMG responde bem somente com o controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com suspensão do fumo.

Algumas mulheres, entre 10% e 20%, necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG.

Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.

Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves.

O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.

Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle.

1956

1957

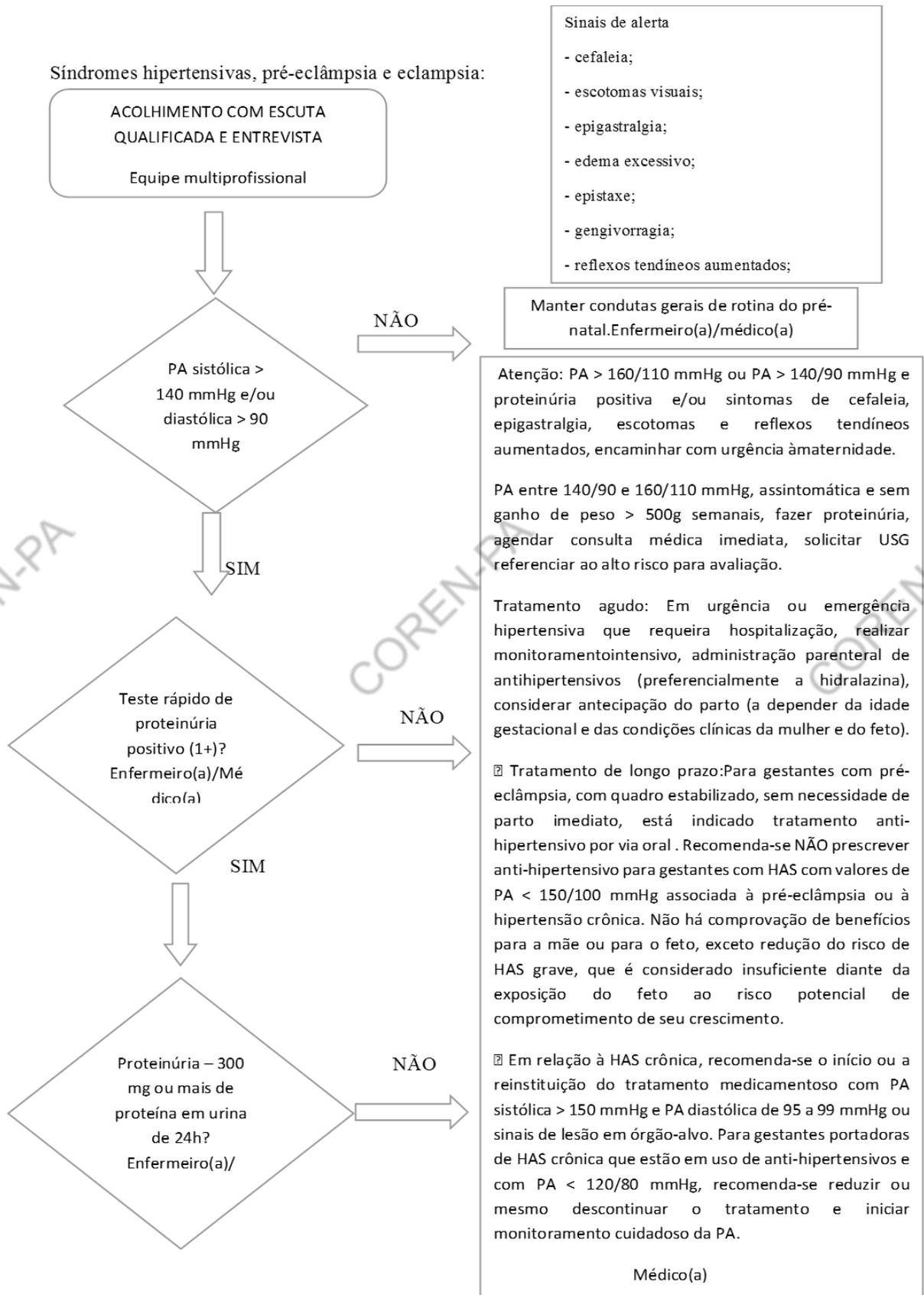
1958 Fonte: BRASIL, 2016.

1959

1960

1961

1962 **Fluxograma 19** - Intercorrência relacionada a Síndrome Hipertensiva, Pré Eclâmpsia e
 1963 Eclâmpsia



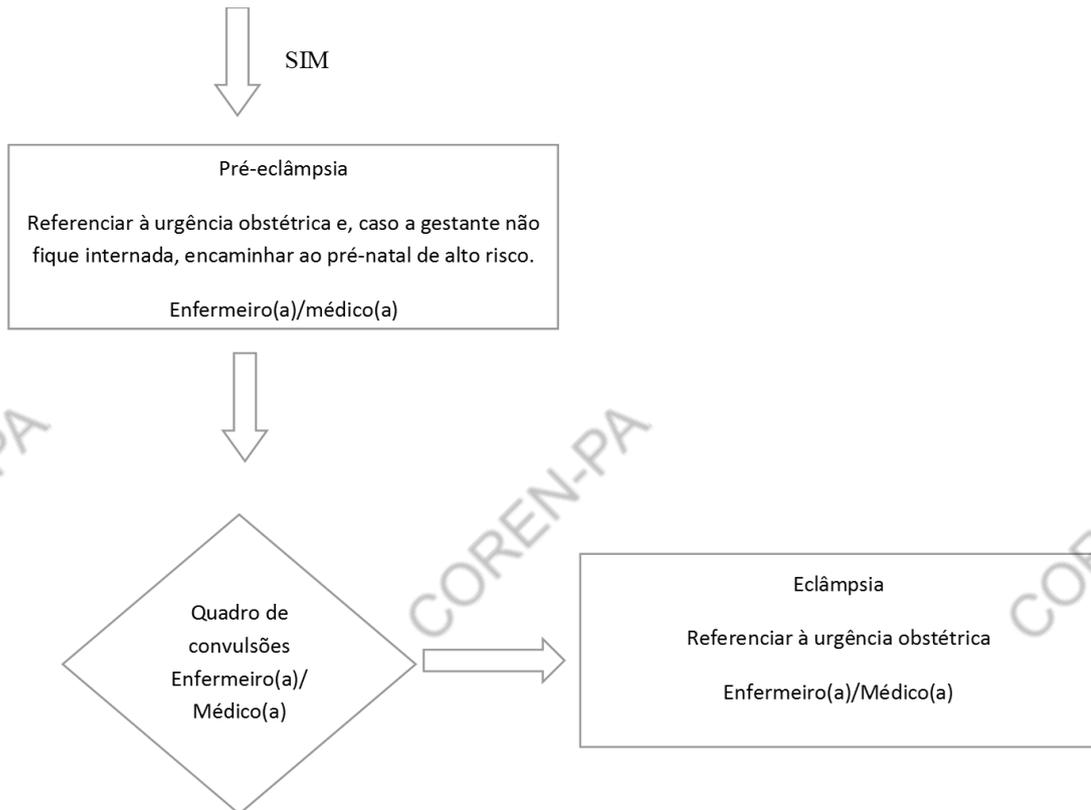
1965

1966

1967

1968

1969



As gestantes negras requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra.

Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for > 150/100 mmHg.

1970

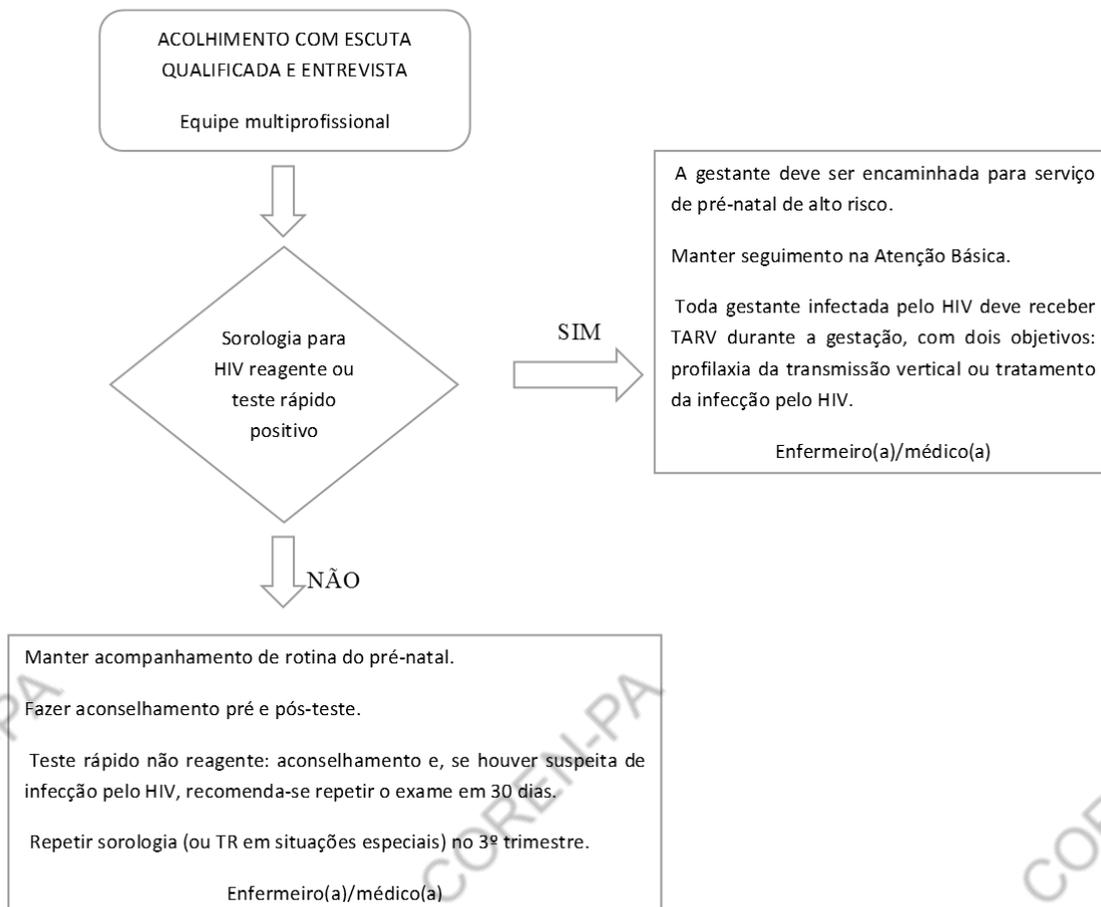
1971 Fonte: BRASIL, 2016.

1972

1973

1974 **Fluxograma 20 - Intercorrências relacionadas ao HIV**

Sorologia do HIV



O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2).

Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.

Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.

Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e atentar para a prevenção de transmissão vertical. Para mais informações, ver o capítulo Planejamento Reprodutivo.

O TR se destina a todas as gestantes.

As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar (para mais informações, ver seção sobre Promoção do aleitamento materno).

1975

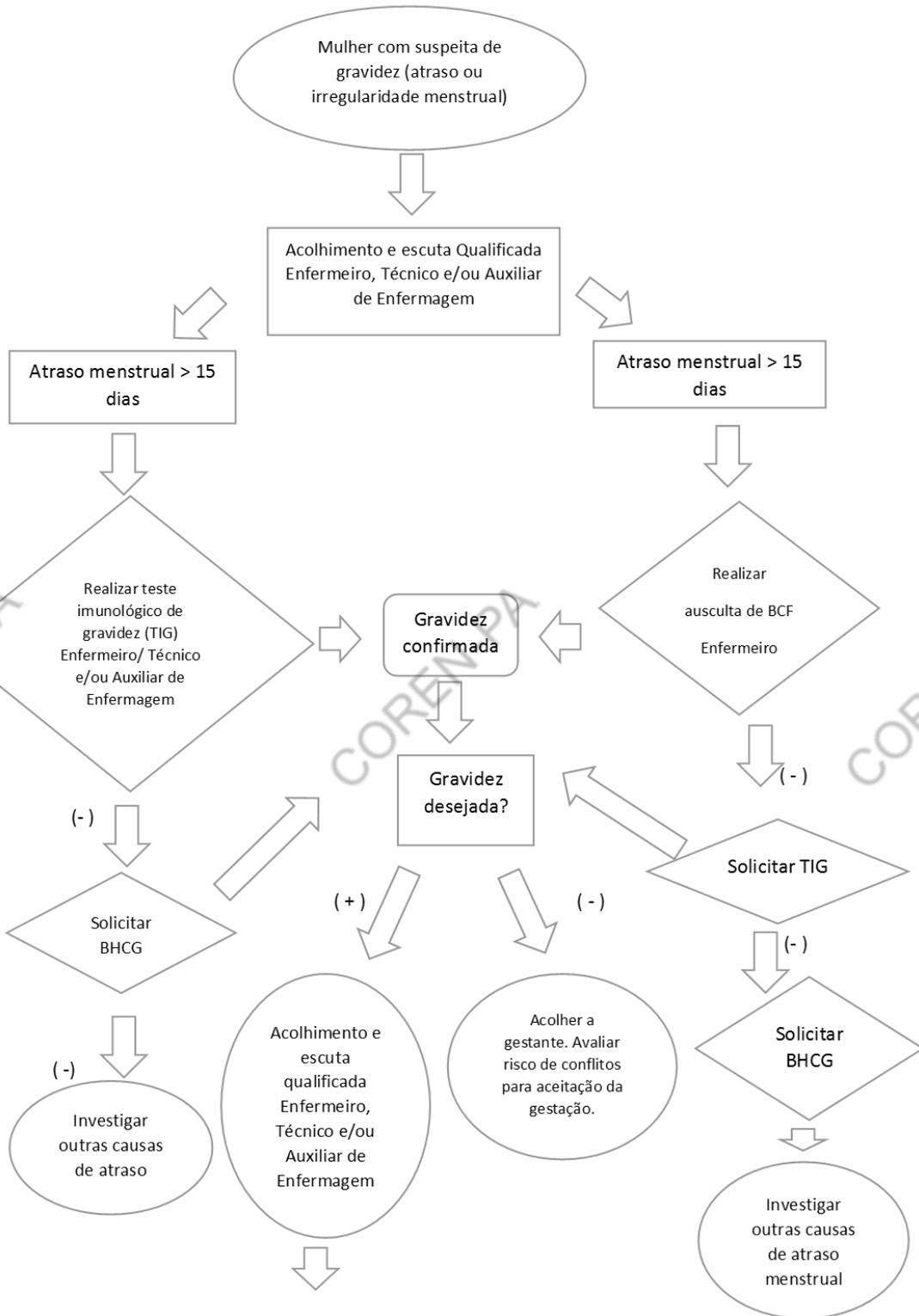
1976 Fonte: BRASIL, 2016.

1977

1978

1979 Fluxograma 21 - Atendimento do pré-natal na Atenção Primária

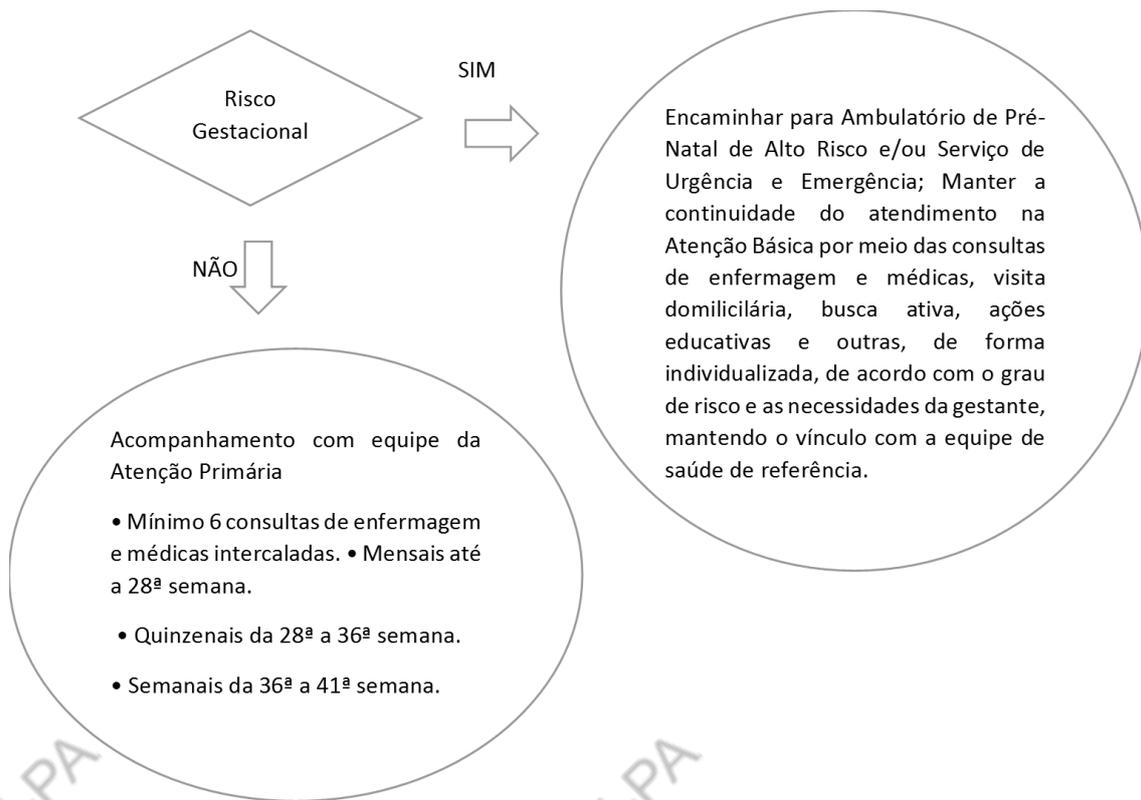
Diagnóstico de Gravidez e Pré-Natal na Atenção Primária



1980

1981

1982



FONTE: BRASIL, 2016, pag. 70

1986 6.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

1987 6.4.1 Objetivo da consulta de Enfermagem

1988 A consulta de **Enfermagem compreende uma atividade privatizado enfermeiro** e
 1989 tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na
 1990 sua qualidade de vida, segundo uma abordagem dinâmica. **O profissional enfermeiro pode**
 1991 **acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo**
 1992 **com o MS e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 2016).**

1993 Durante a consulta de Enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deverá
 1994 demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, escutando as dúvidas e os
 1995 questionamentos das gestantes. O enfermeiro deverá se aliar a uma **escuta qualificada para a**
 1996 **criação de vínculo**, para o cumprimento de seu papel nas mudanças concretas e saudáveis nas
 1997 atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim o seu papel educativo e
 1998 colaborador nas mudanças de comportamento decisivas para o cuidado pré-natal de qualidade
 1999 para a manutenção da saúde da gestante e do seu conceito (BRASIL, 2016).

2000

2001

2002

Quadro 37 - Exame Físico

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 de gestantes segundo o IMC:- Baixo peso - ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg.- Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg- Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg- Obesidade – ganho total= 5,0-9,0kg (CARVALHAES et al., 2013) <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 claviclar 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.

Abdome

- 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 de líquido amniótico (polidrâmnio).

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 (0 cm) 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 transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

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

	<p>a parte fetal que o ocupa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 córmica) e oblíquas.
	<p>Ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audível com uso de sonar doppler a partir da 10ª/12ª semana; - Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana; - Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm. <p>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 e 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.
<p>Avaliação Pélvica e Coleta de Exame Citopatológico</p>	<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, Batholinite, verrugas e perda de líquido via vaginal). - Realizar o exame especular de acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da gestante. - Realizar a coleta do exame citopatológico de colo de útero
<p>Membros Superiores e inferiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção: avaliar integridade da pele, coloração, varizes e edema; - Palpação: palpar pulsos e perfusão periférica para avaliar o sistema circulatório. - Avaliar e classificar o edema sacro e de MMII.

2004

2005

2006

2007

Quadro 38 - Roteiro de Primeira consulta de Pré-natal

Entrevista	Quando avaliar	O que avaliar	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	- Náuseas e vômitos; - Obstipação e flatulência; - Sintomas urinários; - Salivação excessiva; - Pirose; - Corrimento (que pode ou não ser fisiológico).	- Tontura; - Dor mamária; - Dor lombar; - Alterações no padrão de sono; - Dor e edema de membros inferiores; - Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	- Gestação desejada e/ou planejada; - Métodos contraceptivos utilizados.	- Data da última menstruação (DUM)
Rede familiar e social	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	Presença de companheiro; - Rede social utilizada.	Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; - História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	- Tipo de moradia; - Tipo de saneamento; - Grau de esforço físico; - Renda.	- Estresse e jornada de trabalho; - Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); - Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programa Bolsa família)
Atividade física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se	- Tipo de atividade física; - Grau de esforço; - Periodicidade.	- Deslocamento para trabalho ou curso; - Lazer.

	houve mudança		
História nutricional	Primeira consulta	- História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê.	- Peso e altura antes da gestação; - Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	- Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); - Exposição ambiental à fumaça de cigarro.	- Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)			- Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).
	Primeira consulta	- Diabetes, hipertensão, 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, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; - Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; - Avaliar sinais de depressão.
		- Idade na primeira	- Malformações congênitas;

Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	gestação; - Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos 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.	- Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; - Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; - Intercorrências no puerpério; - Experiência em partos anteriores.
	Primeira consulta	- Ciclos menstruais; - História de infertilidade; - Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino.	- História de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.
	Primeira consulta	- História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce.	- Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira consulta	- Idade de início da atividade sexual; - Intercorrências como dor, desconforto	- Desejo e prazer sexual; - Práticas sexuais; - Medidas de proteção para IST
Imunização	Primeira consulta	- Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral.	
Saúde bucal	Primeira consulta	- Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras	Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; - Data da última avaliação de saúde bucal.

		queixas.	
Antecedentes familiares	Primeira consulta	- Doenças hereditárias; - Gemelaridade; - Diabetes; - Hanseníase; - Transtorno mental; - Doença neurológica; - Grau de parentesco com o pai do bebê.	Pré-eclâmpsia; - Hipertensão - Tuberculose; - Câncer de mama ou ovário; - Deficiência e malformações; - Parceiro com IST ou HIV/aids.

2008 Fonte: BRASIL, 2016.

2009

2010 A avaliação de uma mulher em idade fértil quando, referir atraso menstrual igual ou
2011 superior a uma semana, o enfermeiro deverá investigar a possibilidade de gestação. Embora,
2012 esta mulher informe que utiliza os métodos contraceptivos, assim deverá ser considerada com
2013 a suposta possibilidade de ter algum descuido e o profissional deverá solicitar a realização do
2014 teste rápido (TIG) ou laboratorial (BHCG). Caso positivo as medidas iniciais de pré-natal
2015 deverão ser encaminhadas a começar pela classificação de risco para que o risco habitual seja
2016 iniciado pelo profissional de Enfermagem, assim como os encaminhamentos necessários
2017 (LONDRINA, 2016).

2018 Ao enfermeiro caberá acompanhá o pré-natal de risco habitual/baixo risco e
2019 encaminhar ao alto risco segundo as situações descritas no quadro abaixo:

2020

2021 **Quadro 39** - Avaliação do Risco Gestacional

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.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

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

Fatores relacionados à gravidez atual

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

2022 Fonte: BRASIL, 2016. p. 86.

2023

2024

Os casos que devem ser o mais rápido possível identificados e direcionados ao serviço de 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.

2025

2026

2027

2028

2029 **Quadro 40** - 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 IST (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);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite dever ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG commalformação fetal) e outras IST (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.

2031

2032

2033 **Quadro 41** - Encaminhamento da gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica

Encaminhamento da gestante ao serviço de urgência/emergência obstétrica

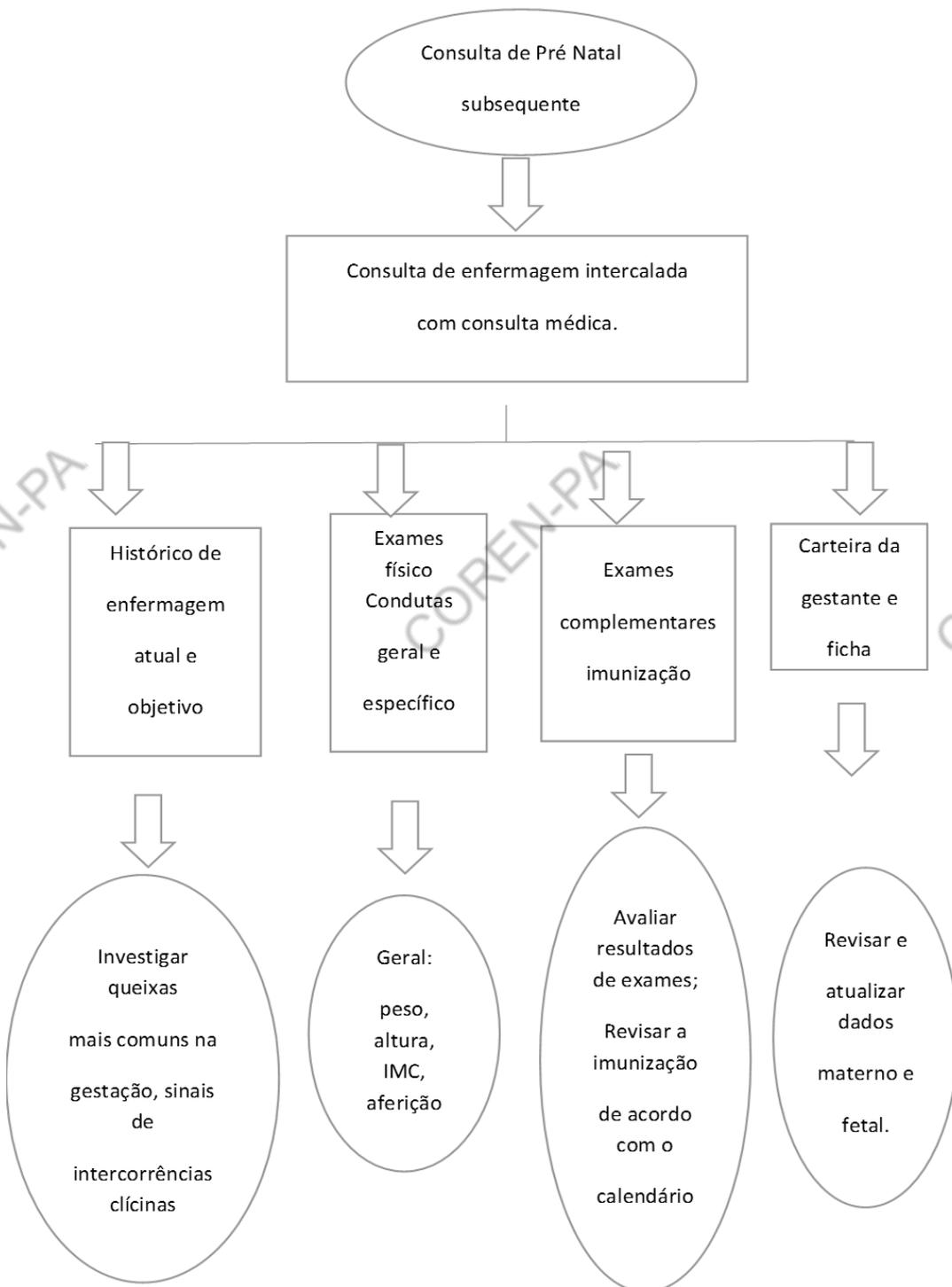
- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e idade gestacional. Nunca realizar toque vaginal antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica;
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Suspeita de pré-eclâmpsia: 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;

- Oligodrâmnio;
- Óbito fetal.

2034 Fonte: BRASIL, 2016. p. 89

2035 **Fluxograma 22** - Consulta Subsequente no pré-natal

Consultas Subsequentes:



2036

Conduas



- Interpretar dados da anamnese e do exame
- físico geral e específico e correlacionado com resultados de exames;
- Prescrever suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico;
- Orientar quanto a alimentação (atentar-se para o consumo alimentar diário);
- Reforçar cuidados com as mamas e orientar sobre importância do aleitamento materno até os 2 anos de idade;
- Orientar sobre sinais de alerta; para hemorragias e outras complicações e trabalho de parto (terceiro trimestre);
- Avaliar risco gestacional e necessidade de referenciar para pré natal de alto risco ou

2038

2039 Fonte: COREN-GO, 2015, p. 115.

2040

2041 **6.4.2 Requisições e resultados de Exames**2042 **Quadro 42 - Solicitação e Interpretação de exames**

Exames de rotina/ período de solicitação	Resultados	Conduas
Tipo sanguíneo e fator RH (1ª consulta)	- A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo; - A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo.	- 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, independente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Teste de coombs indireto (A partir da	- Coombs indireto positivo:	- Coombs indireto positivo: referenciar ao altorisco.

<p>24^a semana de gestação)</p>	<p>- Gestante sensibilizada. - Coombs indireto negativo: - Gestante não sensibilizada</p>	<p>- Coombs indireto negativo: - Repetir exame de 4/4 semanas; - Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e Coombs direto for negativo, após abortamento, gestão ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).</p>
<p>Hemoglobina e Hematócrito (1^a e 3^o trimestre) consulta</p>	<p>Hb > 11g/dL (Ausência de anemia)</p>	<p>Hemoglobina normal: - 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.</p>
	<p>Hb entre 8g/dL e 11g/dL (Anemia leve a Moderada)</p>	<p>Anemia leve a moderada: Tratamento: - 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.</p>
	<p>Hb < 8g/dl (Anemia grave)</p>	<p>Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.</p>
<p>Eletroforese de hemoglobina (para gestantes negras com antecedentes familiares de anemia)</p>	<p>HbAA: sem doença falciforme; - HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme.</p>	<p>- Gestantes com traço falciforme: devem receber informações e orientações genéticas pela equipe da APS. - Gestantes diagnosticadas com doença falciforme: devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco).</p>

falciforme história de anemia crônica (1ª consulta)	<ul style="list-style-type: none"> - HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. - HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; - HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	
Glicemia em Jejum3 (GJ) (1ª consulta e 3º trimestre)	<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 fatoresde risco ou - 90-110 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª - 28ª semana gestação; - Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular).
	<p>Diagnóstico de DMG: > 110 mg/dL</p>	<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 dealto risco; - Manter acompanhamento na UBS.
Teste detolerância à Glicose (jejum e 2h após sobrecarga com glicose 75g anidro) (24ª a 28ªSemana)	<p>Diagnóstico de DMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em jejum: 110 mg/dl; - Após 2 horas: > 140 mg/dL 	<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.
Teste rápido de Triagem para sífilis e VDRL (1ª consulta 3º trimestre)	<p>Teste rápido positivo: iniciar tratamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 sífilisprimária, secundária e latente

		<p>recente, visto que, a sevidências sugerem que a terapia adicional é benéfica para estas mulheres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Já na fase tardia utilizar 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 (BRASIL, 2016, p. 36.)
<p>Teste rápido (TR) para HIV ou Sorologia (anti-HIV I e II) (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 APS. - 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.
Sorologia para hepatite B (ou teste rápido) (1ª consulta e 3º trimestre)	Reagente	- Realize o aconselhamento pré e pós-teste;
	Não reagente	- 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 esquemacompleto; - Repita a sorologia no 3º semestre.
Sorologia Hepatite B (HBsAg) (1ª consulta e 3º trimestre)	HBsAg não reagente: normal. - BsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO).	Fazer aconselhamento pré e pós-teste. - HBsAg reagente e HBeAg reagentes: - deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco, CR/IST aids ou outras possibilidades de redes de atenção. - HBsAg não reagente: - Caso o esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina no 1º trimestre. - Toda gestante HBsAg não reagente deve recebera vacina para hepatite B ou ter seu calendáriocompletado, independentemente da idadegestacional.
Toxoplasmose IgG e IgM (1ª consulta e 3º trimestre)	IgG e IgM reagentes: - avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação encaminhar imediatamente para avaliação médica. - avidez forte e gestação <	- Fornecer orientações sobre prevenção primária paraas gestantes suscetíveis: - Lavar as mãos ao manipular alimentos; - Lavar bem frutas, legumes everduras antes de sealimentar; - Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); - Evitar o contato com o solo e a terra de

	<p>16 semanas: doença prévia – não repetir exame.</p> <p>- IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – Encaminhar imediatamente para avaliação médica.</p> <p>- IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame.</p> <p>- IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir a cada 3 meses e no momento do parto.</p>	<p>jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;</p> <p>- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo;</p> <p>- 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;</p> <p>- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra;</p> <p>- 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;</p> <p>- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;</p> <p>- Lavar bem as mãos após o contato com os animais.</p>
<p>Urina tipo I (1ª consulta e 3º trimestre)</p>	<p>Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo;</p> <p>- Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo;</p> <p>- Proteinúria: alterado > 10 mg/dl.</p> <p>- Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.</p>	<p>- Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar conforme fluxograma 4.</p> <p>- 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> <p>- Na presença de traços de proteinúria:</p> <p>- Repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>- Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>- Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto</p>

		risco. - Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco
Urocultura e antibiograma (1ª consulta e 3º trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> - Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). - Urocultura positiva: >100.000UFC/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:</p> <p>(prescrição médica e de enfermeiros)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); - Cefalexina (500 mg), uma cap., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias; - Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cápsula, de 8/8 horas, por 7 a 10 dias
Parasitológico de fezes	<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.

2043 Fonte: COREN-SP, 2019.

2044

2045 **6.4.3 Diagnósticos de enfermagem e intervenções dos sistemas de classificação NANDA-**
 2046 **I, NIC e CIPESC® no atendimento aos usuários**

2047 **Quadro 43 - Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com NANDA-**
 2048 **I e NIC**

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
----------------------------	--------------

Náuseas	<ul style="list-style-type: none"> - Os hábitos de alimentação fracionada, evitando longos períodos de jejum; - A ingestão de alimentos sólidos no primeiro período do dia com mastigações lentas; - Restringir o consumo de líquidos durante a refeição; - Evitar os alimentos gordurosos, condimentados e com muito carboidrato; - Incentivar o aumento de consumo de alimentos ricos em proteínas.
Deglutição Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a alimentação fracionada; - Esclarecer a restrição de líquidos durante a refeição; - Evitar deitar-se logo após as refeições; - Estimular o consumo de líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca.
Dor aguda (membros inferiores, pelve, região inguinal e lombar)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre o uso de técnicas não farmacológicas; (aplicação de calor/frio, massagens) antes que a dor ocorra ou aumente e juntamente a outras medidas de alívio da dor; - Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta da usuária ao desconforto (ex: temperatura do ambiente, iluminação, ruídos); <p>Assistência à analgesia controlada pelo paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a gestante e a família a monitorar a intensidade, qualidade e duração da dor; - Orientar como se utilizar as doses, dependendo da frequência respiratória, intensidade da dor e qualidade da dor; - Orientar a gestante e membros da família sobre a ação e efeitos adversos dos agentes para alívio da dor.
Conhecimento deficiente	<ul style="list-style-type: none"> - Marcar os grupos de alto risco e faixas de idades que mais se beneficiariam com a educação em saúde; - Identificar fatores internos e externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável; - Determinar o contexto pessoal e o histórico sociocultural do comportamento saudável do usuário, família ou comunidade; - Determinar o conhecimento atual sobre saúde e comportamentos de vida do usuário, família ou grupos-alvo; - Auxiliar pessoas, famílias e comunidades no esclarecimento das crenças e valores de saúde; - Identificar características da população-alvo que afete a seleção das

	<p>estratégias educacionais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorizar as necessidades de aprendizado identificadas com base na preferência do cliente, habilidades do enfermeiro, recursos disponíveis e probabilidade de atingir o objetivo com sucesso; - Formular objetivos para o programa de saúde educacional. - Identificar recursos (p. ex., pessoal, espacial, equipamento, financeiro etc.) necessários para conduzir o programa; - Considerar acessibilidade, preferência do consumidor e custo no planejamento do programa; - Posicionar estrategicamente um anúncio atrativo que capture a atenção da audiência-alvo; - Evitar usar técnicas de medo ou susto como estratégia para motivar pessoas a mudarem comportamentos de estilo de vida ou de saúde; - Incorporar estratégias para melhorar a autoestima das gestantes; - Desenvolver material educacional escrito em um nível apropriado de leitura; - Ensinar estratégias que possam ser usadas para resistir a comportamentos não saudáveis ou de risco, com ênfase na empatia; - Manter a apresentação focada e breve, iniciando e finalizando de forma objetiva; - Usar palestras para transmitir o máximo de informação, porém com o cuidado de ser objetivo e claro; - Usar discussões de grupo e jogos de interpretação para melhorar a atenção e percepção no processo de aprendizagem.
<p>Amamentação ineficaz</p>	<p>Aconselhamento para lactação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os benefícios psicológicos e fisiológicos da amamentação; - Investigar o desejo e a motivação da mãe em amamentar, bem como a percepção da amamentação; - Desfazer equívocos, desinformação e imprecisões sobre o aleitamento materno; - Incentivar pessoas significantes e próximas à mãe, familiares ou amigos em fornecer apoio (ex. oferecer orações, encorajamento e confiança, realizar as tarefas domésticas e assegurar que a mãe está recebendo adequados descanso e alimentação); - Fornecer material educativo, conforme necessário; - Incentivar o comparecimento às aulas de amamentação e grupos de

	<p>apoio;</p> <ul style="list-style-type: none">- Explicar a importância de amamentar logo após o nascimento, quando possível;- Direcionar dicas sobre a alimentação de bebê (p. ex., enraizamento, sucção e estado de alerta silencioso);- Esclarecer como segurar de forma adequada para amamentar (ex. monitorar o alinhamento adequado do bebê, forma de segurar e de comprimir a aréola e deglutição audível);- Elucidar sobre as várias posições de alimentação (p. ex., cruzado no berço, apreensão como de bola de “soccer” e deitado de lado);- Informar a mãe sobre os sinais de transferência de leite (p. ex., o vazamento de leite, engolir audível e sensação de “queda”).- Discutir as formas de facilitar a transferência de leite (p. ex., técnicas de relaxamento, massagem do peito e ambiente silencioso);- Informar sobre a diferença entre sucção nutritiva e não nutritiva.- Monitorar a capacidade do bebê em sugar;- Demonstrar o treino de sucção, se necessário (ex, usar um dedo limpo para estimular o reflexo da sucção e bloqueio);- Orientar a mãe a permitir que o bebê termine a amamentação no primeiro peito antes de oferecer o segundo peito;- Orientar sobre como interromper a amamentação, se necessário;- Orientar a mãe sobre os cuidados com o mamilo, para evitar fissuras e inflamações;- Monitorar a dor do mamilo e integridade da pele dos mamilos;- Discutir as técnicas para evitar ou minimizar o regurgitamento e desconfortos associados (p. ex., alimentação frequente, massagem do peito, compressa quente, expressão do leite, sacos de gelo aplicados após a amamentação ou bombeamento e medicação anti-inflamatória);- Orientar sobre os sinais, sintomas e estratégias de manejo para obstrução dos ductos, mastite, infecção e candidíase;- Discutir sobre as necessidades de descanso adequado, hidratação e dieta bem equilibrada;- Auxiliar nos esclarecimentos a respeito da alimentação Suplementar, chupeta e protetores de mamilo.- Incentivar a mãe a usar sutiã firme e adequado, com alças largas e boa sustentação;- Orientar sobre a manutenção de registros das sessões de amamentação
--	---

	<p>e de bombeamento, quando necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os padrões de fezes e urina do bebê; - Discutir a frequência dos padrões de alimentação normais; - Incentivar o aleitamento continuado após o retorno ao trabalho ou à escola.
--	---

2049 Fonte: NIC, 2016; NANDA-I, 2018-2020; COREN-SP, 2019; COREN-MG, 2017.

2050

2051

2052 **Quadro 44 - Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com CIPESC**

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
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"> - 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 ingesta hídrica; - Orientar que o sintoma é transitório; - Se nictúria, reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; - Evitar bebidas que estimulam a micção.
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a ingesta de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidade da pele; - Incentiva o uso de cremes e óleos específicos para gestação; - Controlar o ganho de peso.
Edema postural de MMII na gestante	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional; - Esclarecer dúvidas da mulher quanto à presença do edema; - Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar; - Investigar o tempo de aparecimento e características do edema;

	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema.
Ingestão alimentar inadequada da gestante	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar estado nutricional da gestante; - Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional; - Encaminhar a gestante para oficinas educativas; - Encaminhar para consulta médica se sobrepeso, baixo peso, Desnutrição; - Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência; - Monitorar gráfico de peso e idade gestacional; - Oferecer folder educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez; - Programar monitoramento domiciliar; - Realizar acompanhamento dos hábitos alimentares através da visita domiciliar. <p>Atividades para a Usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentar-se pela manhã com frutas, leite e pães; - Comer alimentos variados em todas as refeições, principalmente verduras, grãos e carboidratos; - Evitar líquidos durante a refeição; - Procurar a unidade de saúde ao apresentar salivação, náuseas e vômitos em excesso; - Tomar água, várias vezes ao dia.
Corrimento vaginal	<p>Atividades para o Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Captar parceiro para tratamento; - Encorajar a usuária a participar ativamente de seu cuidado; - Indicar banho de assento; - Investigar o tempo de aparecimento do corrimento; - Orientar ingestão de alimentos; - Orientar o controle do uso de medicação; - Orientar o uso correto do preservativo; - Orientar sobre higiene das genitálias; - Realizar o exame preventivo de câncer do colo do útero. <p>Atividades para a Usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar banho de assento.

2053 Fonte: COREN-SP, 2019; COREN-MG, 2017.

2054

2055

2056 **6.4.3 Prescrições/ intervenções de Enfermagem**

2057 Medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro perante queixas na gravidez.

2058 As medicações utilizadas durante a gestação necessitam causar mais benefícios do que riscos

2059 de intoxicação e teratogenicidade ao feto, mediante a presente questão, a seguir alguns

2060 detalhes das medicações mais utilizadas durante o pré-natal de baixo risco.

2061

2062 **Quadro 45** - Prescrição farmacológica durante o Pré-Natal pelo enfermeiro

Prescrição	Indicação
Paracetamol 500-750 mg de 6/6 horas (RISCO B/D)	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 (RISCO C)	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 (RISCO D)	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.

<p>Ferro elementar</p> <p>Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar, indicado no conhecimento da gravidez até o mês pós-parto.</p> <p>Recomenda-se ingerir a medicação com sucos cítricos, longe das refeições.</p> <p>(RISCO C/D)</p>	<p>Anemia branda</p> <p>Solicitar exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes;</p> <p>b. Tratar a anemia com Sulfato Ferroso 200mg ao dia, 2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 antes do jantar, uma hora antes das refeições;</p> <p>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 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre;</p> <p>Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
<p>Nitrofurantoína (100 mg), uma cápsula de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação) (RISCO B/D)</p> <p>Cefalexina (500 mg), uma cápsula, de 6/6 horas, por 7 a 10 dias (RISCO B)</p> <p>Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cápsula, 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.

2063 Fonte: COREN-SP, 2019.

2064

2065 **6.4.4 Abordagem farmacológica sobre medicações prescritas no pré-natal de baixo risco**

2066 O estudo da farmacovigilância possui a participação dos profissionais de saúde que
 2067 necessitam desde cedo ter a ciência da importância do relato de eventos adversos e da
 2068 exposição da gestante a medicamentos, para que assim se consiga a avaliação do
 2069 comportamento dos medicamentos à essa população em especial. Contudo, o envolvimento
 2070 dos profissionais de saúde possibilita o alcance aos pacientes para informar e ensinar a

2071 importância de relatar espontaneamente as informações relacionadas ao uso de medicamentos
2072 durante a gravidez com o objetivo de se garantir mais segurança e eficácia na administração
2073 dos mesmos (AZEVEDO, 2019).

2074 **Quadro 46** - Categorias de fatores de risco para uso de medicamentos na gravidez

Fatores de risco para uso de medicamentos na gravidez	
Fase I	Nessa primeira fase, o objetivo é encontrar a melhor dose de uma nova droga com menos reações adversas. Se o perfil de segurança for considerado suficiente, segue-se então com a fase dois do estudo. Nessa fase utiliza-se um número reduzido de participantes, normalmente saudáveis.
Fase II	O momento de administrar a droga em um grupo de pessoas com a doença ou condição a qual a droga está sendo desenvolvida. Com os dados obtidos nessa fase, é possível desenvolver o método de pesquisa e os protocolos que serão aplicados na fase seguinte;
Fase III	É onde ocorre a avaliação da eficácia do novo medicamento, em comparação com o tratamento padrão ouro. Essa fase permite conhecer se um produto oferece ou não um tratamento benéfico para a população à que se destina
Fase IV	Essa é a única fase do estudo que ocorre pós-comercialização do produto e, em termos de segurança, a partir da mesma é possível investigar os efeitos do uso do medicamento quando usado em larga escala

2075 Fonte: FDA, 2018.

2076

2077 Segundo a OMS, os defeitos congênitos podem estar relacionados à deficiência de
2078 folato, outros medicamentos ou história familiar, **assim recomenda-se que as mulheres**
2079 **tomem suplementos diários de ácido fólico antes da concepção e durante a gravidez**, para
2080 ajudar a prevenir defeitos do tubo neural e assim evitar possíveis mal formações (OMS,
2081 2018).

2082

2083 **6.4.5 Imunização no pré-natal**

2084 **Quadro 47** - Esquema vacinal para gestante

Vacina/Recomendação	Estado vacinal	Dose/Intervalo
Difteria, tétano e coqueluche - dTpa . Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto. Recomendada em todas as gestações, pois	Previamente vacinada, com pelomenos 3 doses de vacina contendo o	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.

além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a Bordetella pertussis 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).	componente tetânico.	
	Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
Hepatite B A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis	A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar as 3 doses.	Três doses, com intervalo de 0 - 1 – 6 meses
Influenza - A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. - A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. - Dose única anual		

2085 Fonte: BRASIL, 2016.

2086 *Passivo de atualização de acordo com o MS.

2087

2088

COREN-F

COREN-F

COREN-F

2089

COREN-PA

COREN-PA

COREN-PA

COREN-PA

COREN-PA

COREN-PA

- 2091 ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A Percepção da Gestante sobre a
2092 Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e**
2093 **Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019. Disponível em: DOI:
2094 <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>. Acesso em: 12 Jun. 2020.
- 2095
2096 AZEVEDO, A. A. **O uso de medicamentos durante a gestação e o papel da**
2097 **farmacovigilância**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:
2098 <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34992.htm>>. Acesso em: 10 Jan. 2020.
- 2099
2100 BARBIANI, R.; NORA, C. D.; SCHAEFER, R. Nursingpractices in
2101 theprimaryhealthcarecontext: a scoping review. **Revista Latino-Americana de**
2102 **Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: [http://](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
2103 [www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
2104 [11692016000100609&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 18 de Jul. 2019.
- 2105
2106 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção
2107 Primária. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível
2108 em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
2109 Acesso em: 18 de Jul. 2019.
- 2110
2111 BRASIL. **Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres**.
2112 Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível
2113 em:
2114 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.
2115 Acesso em: 18 de Jul. 2019.
- 2116
2117 CARVALHAES, M. A. B. L. et al. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal
2118 excessivo na gestação. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 11, p. 523–
2119 529, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001100008>. Acesso em: 22 de nov.
2120 2019.
- 2121
2122 COLMAN-BROCHU. Deep Vein thrombosis in pregnancy. **MCN Am J Matern Child Nurs**.
2123 v. 29, n. 3, P. 186-92, 2004. Disponível em: DOI: 10.1097/00005721-200405000-00010.
2124 Acesso em: 30 de jul. 2019
- 2125 COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Enfermagem na**
2126 **Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 3a ed. Goiania-GO: [s.n.], 2017. Disponível
2127 em: [http://www.corengo.org.br/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-](http://www.corengo.org.br/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias)
2128 [estado-de-goias](http://www.corengo.org.br/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias). Acesso em: 30 de jul. 2019.
- 2129
2130 COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Guia de Orientações**
2131 **para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Belo
2132 Horizonte-MG: [s.n.], 2017. Disponível em: [https://](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)
2133 [www.corenmg.gov.br/documents/20143/0/Guia+da+Equipe+de+Enfermagem+na+Atencao+](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)
2134 [Primaria+a+Saude.pdf/d7785bec-ad76-e815-dbc5-](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)
2135 [bae06abed895?version=1.0&t=1513184036887](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.
- 2136
2137 COREN-PB, Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Enfermeiro: protocolo da**
2138 **estratégia de saúde da família do estado da paraíba 2º Edição**. [S.l: s.n.], 2015. Disponível em:
2139 [http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Livro-Protocolo-do-Enfermeiro-](http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Livro-Protocolo-do-Enfermeiro-Coren-PB-2015.pdf)
2140 [Coren-PB-2015.pdf](http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Livro-Protocolo-do-Enfermeiro-Coren-PB-2015.pdf). Acesso em: 01 de ago. 2019.

2141
2142 COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de enfermagem**
2143 **na atenção primária à saúde módulo 1:** Saúde da Mulher. São Paulo. Coren-SP, 2019.
2144 Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/protocolo-de-](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf)
2145 [Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf) . Acesso em: 10 de
2146 dez. 2019.
2147
2148 COREN-SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Protocolo de**
2149 **Enfermagem - Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças**
2150 **Cardiovasculares.** Versão 1. Volume 1. 2017. Disponível em <
2151 [http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-](http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-1.pdf)
2152 [1.pdf](http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-1.pdf) > Acesso em 12 dez 2019.
2153
2154 FONSECA, M. R. C. C. et al. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto:
2155 estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19,
2156 n. 5, p. 1401–1407, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01401.pdf)
2157 [19-05-01401.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01401.pdf). Acesso em: 23 dez. 2019.
2158
2159 FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolo **de Infecções**
2160 **Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública.** 1 ed.
2161 Florianópolis-SC, 2016. 55p.v.único. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/arquivos/pdf.
2162 Acesso em : 8 jul 2019.
2163
2164 EUA. Food and Drug Administration. FDA-2006-N-0515. Content and Format of Labeling for
2165 Human Prescription Drug and Biological Products; Requirements for Pregnancy and Lactation
2166 Labeling. Disponível em: <[https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-](https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for)
2167 [28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-](https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for)
2168 [requirements-for](https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for)> Acesso em: 17 jan. 2020.
2169 LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.;
2170 GAMA, S. G. N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Ver Saude Publica**, v.54,
2171 n.8., 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em:
2172 15 jun. 2020.
2173
2174 LONDRINA-PR. **Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em**
2175 **Saúde. Secretaria Municipal de Saúde.** p. 419, 2017. Disponível em:
2176 [http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_primaria_saude.pdf)
2177 [saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_primaria_saude.pdf](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 de
2178 dez 2019.
2179
2180
2181 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Potential **safety issue affecting women living**
2182 **with HIV using dolutegravir at the time of conception.** Genebra: Organização Mundial da
2183 Saúde, 2018.
2184
2185 PIRACICABA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Assistência**
2186 **de Enfermagem da Saúde da Mulher.** 2 ed. Revisão 2019. Disponível em:
2187 [http://saude.piracicaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/ MANUAL-SA% C3% 9ADE-](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)
2188 [DA-CRIAN% C3% 87A-E-DO-ADOLESCENTE-2019-atual.pdf](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 Dez. de
2189 2019
2190

- 2191 MOLLART, L. Single-blind trialad dressing the differential effects of two reflexology
2192 techniques versus rest, on ankle and foot edema in late pregnancy. **Complementary Therapies**
2193 **in Nursing and Midwifery**, v. 9, n. 4, p. 203–208, 2003. Disponível em:
2194 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556770>. Acesso em: 02 de Dez. 2019.
2195
- 2196 NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e**
2197 **Classificação - 2018/2020 Nanda**. 11. ed.: Artmed, 2018. 488 p. ISBN 9788582715031.
2198
- 2199 SATO, Ana Paula Sayuri; FUJIMORI, Elizabeth. Estado nutricional e ganho de peso em
2200 gestantes. **Rev. Latino -Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 7 Telas, 2012. Disponível em:
2201 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a06v20n3.pdf. Acesso em: 28 de Dez. 2019.
2202
- 2203 UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. **Manual de consulta rápida para os**
2204 **profissionais de saúde: pré-natal e puerpério**. [S.l: s.n.], 2017. Disponível em:
2205 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: 14 de Dez. 2019.
2206
2207
2208
2209
2210

2211 7 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO

2212 7.1 INTRODUÇÃO

2213 As mulheres no período do climatério necessitam da assistência dos profissionais de
2214 saúde, especialmente em relação aos **planos de cuidados para o alívio dos sintomas que**
2215 **elas referem sentir nessa etapa da vida.** O enfermeiro deve estar preparado para essas
2216 situações de amenizar os efeitos através de **orientações em conformidade com a realidade**
2217 **clínica de cada mulher,** sendo necessária a importância da comunicação para melhor
2218 esclarecimento dentro dos grupos de mulheres, devendo ele estar preparado para proporcionar
2219 uma assistência de qualidade visando o contexto emocional, social, individual e cultural de
2220 cada mulher. O enfermeiro possui o papel importante durante essa etapa, devendo promover
2221 as orientações que permitam o autocuidado melhorando seu estilo e sua qualidade de vida,
2222 facilitando o **empoderamento** dessa mulher (ANDRADE et al., 2018)

2223 Assim, à medida que a mulher passa a ser incluída nesse processo, do atendimento de
2224 suas necessidades, aumentando a qualidade do cuidado na APS que consiga contemplar as
2225 necessidades da mulher assistida. (OLIVEIRA, 2017).

2226 O enfermeiro deve ter mecanismos facilitadores em que a mulher fale dos seus
2227 anseios, dúvidas e assimilem as informações relacionadas à mulher climatérica, desde os
2228 aspectos fisiológicos do climatério, suas manifestações e complicações, entre outros, tudo isso
2229 com respeito à individualidade da mulher, levando em consideração ao contexto sociocultural
2230 e o conhecimento prévio que ela tem sobre o climatério, os hábitos em relação à alimentação e
2231 o autocuidado.

2232

2233 7.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

2234 7.2.1 Atribuições do Enfermeiro

- 2235 - Utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de
2236 Enfermagem em saúde da mulher por meio do PE;
- 2237 - Realizar a consulta de Enfermagem com o objetivo de viabilizar o PE e registrá-lo no
2238 prontuário da mulher;
- 2239 - Prescrever cuidados de Enfermagem;
- 2240 - Realizar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos
2241 adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- 2242 - Solicitar exames e prescrever medicamentos estabelecidos em protocolos ou rotinas técnicas
2243 aprovadas pela instituição e/ou gestor local;

- 2244 - Realizar práticas integrativas e complementares em saúde dentre as ações de cuidado de
 2245 Enfermagem;
- 2246 - Conduzir e coordenar grupos terapêuticos e participar de estudos de casos clínicos;
- 2247 - Realizar a referência e contra referência das mulheres para outros serviços da rede de
 2248 atenção a saúde;
- 2249 - Desenvolver e atualizar normas e rotinas, regimentos, protocolos e outros instrumentos de
 2250 organização dos serviços relativos à atenção de Enfermagem, promovendo assim a
 2251 Sistematização da Assistência de Enfermagem na instituição;
- 2252 - Participar de processos de educação permanente voltados a temáticas sobre o climatério, de
 2253 modo a garantir a capacitação e atualização de seus conhecimentos, e dos demais membros da
 2254 equipe de Enfermagem, para promover boas práticas de atenção à saúde da mulher.

2255

2256 **7.2.2 Atribuições do Auxiliar/Técnico De Enfermagem**

- 2257 - Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados às mulheres;
- 2258 - Executar os cuidados gerais de acordo com a prescrição de Enfermagem, rotinas e/ou
 2259 protocolos de Enfermagem pré-estabelecidos;
- 2260 - Participar de atividades de grupos terapêuticos na condição de membro da equipe de
 2261 Enfermagem e de saúde;
- 2262 - Participar de capacitações conforme programas e estratégias estabelecidas para a atualização
 2263 de seus conhecimentos e para promover boas práticas de atenção à saúde da mulher.

2264

2265 **7.3 MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS**

2266 **Quadro 48** - Queixas mais comuns no climatério e manejo

Queixa	Conduta
<ul style="list-style-type: none"> - Disúria - Nictúria - Polaciúria - Urgência miccional - Infecções urinárias de repetição, - Dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal - Prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários; - Prescrever TRH: estrogênio tópico vulvovaginal, (contanto que não haja contraindicações para este método. - Sempre investigar outras possíveis causas.
<ul style="list-style-type: none"> - Fogachos 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a:

	<ul style="list-style-type: none"> - Dormir em ambiente bem ventilado; - Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; - Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; - Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; - Não fumar; - Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de caféina; - Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; - Praticar atividade física; - Perder peso, caso haja excesso de peso; - Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;
<p>Alterações emocionais/do sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; - Estimular a participação em atividades sociais; - Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir; - Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana; - Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; - Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno; - Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis; - Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de caféina no fim da tarde; - Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer. - Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; - Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo MFC quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia
<p>Diminuição da libido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o autocuidado;

	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); - Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica; - Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; - Estimular a prática de sexo seguro; - Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; - TRH: considerar a terapia hormonal local
--	--

2267 Fonte: COREN-SC, 2017.

2268

2269 **7.3.1 Orientações de enfermagem para melhoria da qualidade de vida no**
 2270 **climatério/menopausa**

2271 **Quadro 49 - Orientações de enfermagem no climatério/menopausa**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas; - Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia), incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas; - Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h; - Orientar a prática de 150 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período; - Orientar a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível; - Orientar exercícios da musculatura perineal (ginástica íntima para reforçar a musculatura pélvica). |
|--|

2272 Fonte: COREN-SC, 2017.

2273

2274 **7.3.2 Contracepção no Climatério**

2275 - Se em uso de ACO ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de
 2276 progestágenos quando idade maior ou igual a 50 anos;

2277 - Se em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 02 anos após o último ciclo;

2278 - Se em uso de pílula de progestágeno, continue até os 55 anos ou se ainda menstruando, até 1
 2279 ano após o último ciclo.

2280

2281 7.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO

2282 **7.4.1 Objetivo da consulta**

2283 Ao analisar qual a contribuição da Enfermagem em relação a autonomia da mulher no
2284 climatério, focando no contexto da APS faz-se necessária a colocação de uma **estratégia de**
2285 **perspectiva desmedicalizada**, ou seja, inovar no sentido de quebra do que já se faria
2286 entendido enquanto comum, tradicional, mas inovador ao espaço feminino (CRISPIM, 2018).

2287 A Enfermagem deverá desenvolver o seu trabalho relativo a essa fase de forma
2288 articulada com a equipe multidisciplinar para implementar estratégias, atendendo as
2289 necessidades dessas mulheres e estar preparado para detectar a fase inicial das
2290 sintomatologias, minimizando os efeitos através de orientações em conformidade com a
2291 realidade de cada mulher (ANDRADE et al., 2018).

2292

2293 **7.4.2 Anamnese**

2294 **Quadro 50** - Anamnese realizada pelo Enfermeiro

- A história da mulher deve ser semelhante a história ocorrida durante a menacme, acrescida de alguns aspectos importantes para esta fase.
- Nas queixas clínicas pode ocorrer queixas referentes a fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, diminuição da memória e do interesse pelas atividades de rotina, da libido, dispareunia, astenia e sintomas gênito-urinários relacionados com a hipotrofia das mucosas.
- A idade da menarca e a data da última menstruação/menopausa são importantes, além da forma como cada uma se instalou. A presença de irregularidades menstruais tem-se demonstrado muito comum nesta fase, necessitando de abordagem individualizada.
- A avaliação dos antecedentes pessoais, familiares, menstruais, sexuais e obstétricos colaboram muito para o entendimento do momento atual. A orientação sexual da mulher é uma informação importante e deve ser considerada sem preconceitos, de modo a oportunizar a abordagem desta questão durante a consulta. Este também é um bom momento para investigar os métodos de anticoncepção utilizados, a vulnerabilidade da mulher a IST/aids e sobre a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama. Dados sobre o funcionamento gastrointestinal indicam a existência ou o risco para o desenvolvimento de doenças.
- Da mesma forma são importantes informações acerca de sintomas urinários, como infecções ou incontinência.
- Deve-se levar em consideração os hábitos alimentares (ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos simples), atividades físicas (tipo, regularidade e duração), além da existência de patologias concomitantes, uso de medicações, alergias e problemas pessoais, do relacionamento

amoroso ou familiar.

- Nos antecedentes familiares, a investigação sobre a ocorrência de doenças crônicas degenerativas, como Diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, gastrointestinais, osteoporose, assim como de câncer de mama, útero (colo ou endométrio), ovários ou outros, indica a necessidade de maior atenção quanto à adoção de medidas de prevenção e de preservação da saúde relacionadas.

2295 Fonte: BRASIL, 2008.

2296

2297 **7.4.3 Exame físico geral**

2298 **Quadro 51 - Exame físico realizado pelo Enfermeiro**

- De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares e cânceres de mama e colodo útero).

- Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e circunferência de cintura).

- Avaliação de risco cardiovascular.

- A avaliação consta de um exame físico geral, com atenção voltada para alguns aspectos específicos deste grupo etário. Inicialmente, a verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea:

- IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$) define a necessidade de um maior cuidado com a alimentação, quando detectados índices de baixo peso ($\text{IMC}<18,5$), sobrepeso ($\text{IMC}>25$) ou obesidade ($\text{IMC}>30$).

- A verificação da pressão arterial ocorre devido ao rastreamento de alterações, acompanhamento e encaminhamentos necessários.

- A simples medida da circunferência abdominal (> 80 cm nas mulheres), associada a outros fatores, indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica e risco cardiovascular.

- A inspeção deve iniciar pelo fâscies, aspecto da pele, fâneros, mucosas, seguida da ausculta cardíaca e pulmonar, palpação da tireóide e do abdômen e observação dos membros inferiores à procura de edema e outras alterações circulatórias ou ortopédicas.

- A saúde bucal no envelhecimento apresenta algumas especificidades, portanto neste momento é também oportuno verificar a condição dos dentes, gengivas e língua e orientar a mulher para adoção de hábitos saudáveis e consulta regular ao dentista.

2299 Fonte: BRASIL, 2008.

2300

2301 **Quadro 52 - Requisição e Resultado de Exames**

Tipo de exame	Agravos associados	Periodicidade	Valores de referência e encaminhamentos
FSH - Hormônio	Distúrbios na hipófise ou	Quando houver	Hipofunção ou falência

fóliculo estimulante	doenças que envolvem os ovários	dúvidas em relação ao quadro hormonal	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	- Desejável < 110 mg/dL - ≥ 110 mg/dL, encaminhar para avaliação médica
Triglicérides	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável < 150mg/dL - Tolerável de 150 a 199mg/dL (limítrofe alto) - Se valor ≥ 500 mg/dL, encaminhar para avaliação médica
Colesterol Total	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável < 200mg/dL - Tolerável de 200 a 239mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300mg/dL, encaminhar para avaliação médica
Colesterol HDL	Dislipidemias	Anual ou 3 meses após iniciar estatinas	- ≥ 40 mg/dL - Se ≤ 40 mg/dL encaminhar para avaliação médica
Hemograma	Anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos, alterações imunológicas	Se necessário, mediante sintomas sugestivos dos agravos relacionados	Verificar os valores de referência indicados pelo laboratório
ALT/AST	Alteração das funções hepáticas associadas à	Anual	Verificar os valores de referência indicados pelo

	diabetes e obesidade		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 sangueoculto nas fezes	Anemia, alterações no aparelho digestório	Se necessário, mediante queixas do aparelho digestório	Se positivo, encaminhar para avaliação médica
ECG	Alterações cardíacas A	Anual e mediante sintomas relatados	Encaminhar para avaliação médica as mulheres com traçados alterados
Mamografia	Rastreamento do câncer de mama	Mama Vide Protocolo sobre Prevenção de Câncer de Mama	

2302 Fonte: COREN-SP, 2019.

2303

2304 **Quadro 53** - Consulta de primeira e segunda vez

O que fazer?	Como fazer?	Quem faz?
Acolhimento comescuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista Data da última menstruação; - Uso de métodos anticoncepcionais; - Tabagismo e história familiar de câncer de mama; - Última coleta de citopatológico do colo do útero; - Sangramento genital pós-menopausa; - Explorar as queixas e outras demandas relacionadas ao ciclo de vida.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral - De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares e cânceres de mama e colo do útero). - Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura paracálculo do IMC e circunferência de cintura). - Avaliação de risco cardiovascular.	Enfermeiro(a)/médico(a)

	<p>Exame físico específico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame ginecológico orientado para queixas e fatores de risco cardiovascular e quedas no idoso. - Coleta oportunística* de citopatológico de colo uterino, se necessário (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Colo do Útero) - Solicitação oportunística de mamografia se mulher maior de 50 anos (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Mama) 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Plano de cuidados	<p>Confirmação do climatério</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir climatério quando a mulher encontra-se na faixa etária esperada para o período e apresenta: a) Queixas sugestivas (vide manifestações transitórias); e/ou b) 12 meses consecutivos de amenorreia. - Nos casos em que há amenorreia e outras irregularidades menstruais, realizar abordagem ampliada considerando outros diagnósticos diferenciais (ver problemas relacionados à menstruação). - A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério) 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados não farmacológicos das queixas no climatério. - Práticas integrativas e complementares, em especial a fitoterapia: - Alguns fitoterápicos podem auxiliar no alívio dos sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período. 	Enfermeiro(a)/médico(a) e outros profissionais de nível superior de acordo com as atribuições das categorias

	<ul style="list-style-type: none"> - Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a isoflavona da soja. - Abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene do sono) e à elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida. - Atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. - Orientar anticoncepção no climatério (ver protocolo de Planejamento Reprodutivo). - Realizar ações de prevenção de forma individualizada, em especial, quanto a doenças crônico-degenerativas cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades: - Não há indicação da realização de exames de rotina no climatério, eles devem ser orientados de forma individualizada, quando necessário. - Não está indicado o rastreamento universal da osteoporose com realização de densitometria óssea. - Para mais informações sobre diagnóstico e tratamento da osteoporose e indicações da densitometria óssea. 	
	<p>Educação em saúde</p> <p>Realizar orientação individual e coletiva para as mulheres acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressignificação do climatério: - Abordar a vivência da mulher nessa fase, do ponto de vista biopsicossocial. Enfatizar que, como nas demais fases da vida, esta também pode ser experimentada de forma saudável, produtiva e feliz. - Incentivar e promover a troca de experiências entre as mulheres e a realização de atividades prazerosas, de lazer, de trabalho, de aprendizagem, de convivência em grupo, de acordo com os desejos, 	

	<p>necessidades e oportunidades das mulheres e coletivos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ressignificação dessa fase de vida, que pode ser saudável, produtiva e feliz.- Queixas do climatério.- Exercícios da musculatura perineal.- Alimentação saudável:<ul style="list-style-type: none">- Estimular a alimentação rica em vitamina D e em cálcio, por meio do consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas (veja prevenção da osteoporose, a seguir:<ul style="list-style-type: none">- Manutenção do peso normal. Prática de atividade física (ver Saiba Mais):- Orientar a prática de 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada/semana (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período.- Promover a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvem lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível.- Alterações e medidas de promoção à saúde bucal.- IST, HIV, hepatites.- Transtornos psicossociais.- Prevenção primária da osteoporose e prevenção de quedas:<ul style="list-style-type: none">- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas.- Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia).- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h.	Equipe multiprofissional
--	---	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - A suplementação de cálcio e vitamina D só está recomendada se não houver aporte dietético adequado destes elementos e/ou exposição à luz solar. - Recomendar exercícios físicos regulares para fortalecimento muscular e ósseo, melhora do equilíbrio e da flexibilidade. - Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de caféina. - Avaliar fatores de risco para quedas: ambiência doméstica; uso de psicotrópicos; dosagem de medicamentos anti-hipertensivos, distúrbios visuais e auditivos. 	
Abordagem farmacológica	<p>Terapia de Reposição Hormonal* (estrogênio tópico vulvovaginal):</p> <p>Prescrever medicamento alopático:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	Enfermeiro(a)

2305 Fonte: Elaborado a partir de BRASIL, 2016; COREN-SC, 2017.

2306

2307 **Abordagem Farmacológica**

2308 Segundo a Sociedade Brasileira do Climatério (SOBRACE) em seu Consenso
 2309 Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa, edição 2018, enfatiza a importância da
 2310 Terapia Hormonal (TH), em quatro situações:

2311 **Quadro 54 - Terapia Hormonal baseada em sua importância**

Sintomas Vasomotores	<p>Constituem as ondas de calor, fogachos que são mais comuns na peri e pós-menopausa e afeta cerca de 60% a 80% das mulheres, dependendo da intensidade, piorando bastante a qualidade de vida das mulheres. Os fogachos moderados a severos, a TH deve ser considerada, pois será o único tratamento realmente efetivo para aliviar os sintomas. A indicação do tratamento deve sempre ser considerada, pois as respostas são variáveis, assim cada mulher</p>
-----------------------------	--

	deve ser considerada uma dose, duração, esquema e via de administração mais adequada a cada mulher.
Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM)	Compreende um conjunto de sinais e sintomas vulvovaginais decorrentes do hipoestrogenismo, além de mudanças nos lábios maiores/menores, clitóris, vestibulo/introito, vagina, uretra e bexiga. A SGM afeta negativamente a saúde sexual e qualidade de vida das mulheres. A terapia estrogênica promove o crescimento celular vaginal, a maturação celular, a recolonização com lactobacilos, aumenta o fluxo sanguíneo vaginal, diminui o pH vaginal, melhora a espessura, a elasticidade vaginal e a resposta sexual, garantindo conforto e bem estar a mulher.
A Prevenção da Perda de Massa Óssea em relação a TH	A mesma atua na prevenção da perda óssea associada à menopausa e diminui a incidência de todas as fraturas relacionadas à osteoporose, incluindo fraturas vertebral e de quadril, mesmo em mulheres com alto risco de fratura. Dessa forma garante a eficácia e segurança da TH, como terapia de primeira linha para prevenir osteoporose em mulheres pós-menopausa com idade inferior a 60 anos ou até dez anos de menopausa.
Menopausa Precoce	Que ocorre em mulheres que apresentam a menopausa em idade precoce, antes dos 40 anos, através de causas orgânicas naturais ou por procedimento cirúrgico, compreendem um grupo que apresenta suscetibilidade a ocorrência de eventos adversos. Destacam-se nessas ocorrências o aumento na incidência e na persistência de sintomas vasomotores, maior perda de massa óssea, atrofia vulvovaginal, distúrbios do humor, maior risco de doença cardiovascular, demência, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, desordens oculares e mortalidade geral. Geralmente a dose de TH utilizada em mulheres com menopausa precoce deverá ser maior do que a utilizada em mulheres com menopausa na idade normal, assim a assistência prestada nesse grupo deverá ser mais intensa e sensível as queixas e intercorrências presentes.

2312

2313 A enfermagem e a equipe multiprofissional de saúde precisam **trabalhar em equipe**
 2314 **para a identificação de questões relativas à fase da vida das mulheres no climatério** para
 2315 que ocorra o exercício de realizar o **acolhimento, promover ações de autocuidado, prevenir**

2316 **agravos, tratar doenças e promover saúde, a fim de aliviar as situações desconfortáveis**
2317 **por elas vivenciadas nessa nova fase da vida** (SANTOS et al., 2018).

2318

2319 **7.4.4 Diagnósticos de enfermagem e intervenções dos sistemas de classificação NANDA-**
2320 **I, NIC e CIPESC® no atendimento aos usuários**

2321 **Quadro 55 - Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com NANDA-**
2322 **I e NIC**

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Padrão do sono perturbado Insônia	Melhora do sono <ul style="list-style-type: none">- Orientar a usuária a monitorar o padrão de sono e a observar as circunstâncias físicas (ex: apneia do sono, obstrução de vias respiratórias, dor/desconforto e frequência urinária).- Orientar a usuária a evitar alimentos e bebidas que interfiram no sono.- Orientar a usuária e outras pessoas significativas com relação aos fatores fisiológicos, psicológicos, estilo de vida.- Identificar quais medicamentos para dormir a usuária está tomando.- Fornecer folhetos com informações sobre técnicas para melhorar o sono.
Fadiga	Controle de energia <ul style="list-style-type: none">- Monitorar a ingestão nutricional para assegurar o consumo adequado de recursos energéticos.- Auxiliar a usuária a entender os princípios de conservação de energia (ex: necessidade de restrição de atividades ou de repouso).- Orientar a usuária/familiar a reconhecer sinais e sintomas de fadiga que requerem redução das atividades.- Monitorar resposta cardiorrespiratória (taquicardia ou arritmias, dispneia, palidez, frequência respiratória, pressão hemodinâmica).
Risco de função cardiovascular prejudicada	Terapia de reposição hormonal <ul style="list-style-type: none">- Monitorar a usuária quanto aos efeitos terapêuticos.- Monitorar os efeitos adversos.- Revisar informação sobre efeitos adversos e benefícios de

	<p>diferentes componentes hormonais (estrógeno, progesterona).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar informação a respeito dos efeitos de interações com terapias complementares (ex: suplementação com cálcio, vitamina D, exercícios).
<p>Dor aguda (relação sexual, muscular, articulações, cefaleia)</p>	<p>Assistência à analgesia controlada pela paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a usuária e a família a monitorar a intensidade, qualidade e duração da dor. - Orientar a usuária como titular as doses, dependendo da frequência respiratória, intensidade da dor e qualidade da dor. - Orientar a usuária e membros da família sobre a ação e efeitos adversos dos agentes para alívio da dor. <p>Controle da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor. - Explorar o conhecimento e as crenças da usuária sobre a dor. - Determinar o impacto da experiência da dor sobre a qualidade de vida (sono, apetite, cognição, humor, desempenho no trabalho, atividade sexual). - Encorajar a usuária a usar a medicação adequada para a dor. - Orientar sobre o uso de técnicas não farmacológicas (aplicação de calor/frio, massagens) antes que a dor ocorra ou aumente e junto a outras medidas de alívio da dor.
<p>Ansiedade</p>	<p>Aconselhamento sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um relacionamento terapêutico, baseado em verdade e respeito. - Estabelecer a duração do relacionamento de aconselhamento. - Proporcionar privacidade e garantir a confidencialidade. - Informar a usuária, logo no início do relacionamento, que a sexualidade é parte importante da vida e que a doença, medicamentos e estresse (ou outros problemas e eventos vivenciados pela usuária) frequentemente afetam a função sexual. - Encorajar a usuária a verbalizar temores e fazer perguntas

	<p>sobre função sexual.</p> <ul style="list-style-type: none">- Apresentar questões sobre sexualidade com uma afirmativa que diga à usuária que muitas pessoas têm dificuldades sexuais.- Começar pelos assuntos menos sensíveis e seguir para os mais sensíveis.- Obter a história sexual da usuária, prestando bastante atenção aos padrões normais de função e aos termos usados pela usuária para descrever a função sexual.- Determinar a duração da disfunção sexual e potenciais causas.- Monitorar quanto a estresse, ansiedade e depressão como possíveis causas de disfunção sexual.- Determinar o nível de conhecimento da usuária, bem como sua compreensão acerca da sexualidade em geral.- Fornecer informação sobre função sexual, conforme apropriado.- Discutir o efeito da saúde e da doença sobre a sexualidade.- Discutir o efeito das medicações e suplementos sobre a sexualidade, conforme apropriado.- Discutir as modificações necessárias na atividade sexual, conforme apropriado.- Auxiliar a usuária a expressar tristeza e raiva em relação as alterações envolvendo a aparência ou funcionamento do corpo, conforme apropriado.- Fornecer informação sobre mitos e informações equivocadas sobre sexo que a usuária possa verbalizar.- Discutir formas alternativas de expressão sexual que sejam aceitáveis para a usuária, conforme apropriado.- Orientar quanto ao uso de medicamentos e dispositivos para aumentar a capacidade de desempenho sexual, conforme apropriado.- Determinar o grau de culpa sexual associada à percepção da usuária dos fatores causais da doença.- Evitar encerrar precocemente discussões sobre sentimentos de culpa, mesmo que estes pareçam ser irracionais.- Incluir ao máximo outras pessoas significativas no
--	--

	<p>aconselhamento, conforme apropriado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer encaminhamento ou consulta com outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.
Intolerância à atividade	<p>Controle de energia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a ingestão nutricional para assegurar o consumo adequado de recursos energéticos. - Orientar a usuária/familiar a reconhecer sinais e sintomas de fadiga que requerem redução das atividades. - Monitorar resposta cardiorrespiratória (taquicardia ou arritmias, dispneia, palidez, frequência respiratória, pressão hemodinâmica). - Identificar estratégias para promover a participação da usuária em atividades desejadas. - Auxiliar a usuária a escolher atividades e metas compatíveis com as capacidades física, psicológica e social.
Incontinência urinária de esforço	<p>Cuidados na incontinência urinária</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar causas multifatoriais de incontinência (débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, medicamentos, problemas urinários pré-existent). - Explicar etiologia do problema e o motivo para suas ações. - Auxiliar na seleção da roupa/proteção apropriada. - Programar a administração de diuréticos para gerar menor impacto no estilo de vida. - Limitar a ingestão de irritantes da bexiga (refrigerantes, café, chá e chocolate). - Monitorar os hábitos intestinais. - Encaminhar para especialista em continência urinária, conforme apropriado. - Monitorar a efetividade de tratamentos cirúrgicos, farmacológicos e supraescritos. <p>Exercícios para a musculatura pélvica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar a capacidade de a usuária reconhecer a urgência miccional. - Orientar a usuária a enrijecer depois relaxar o anel do músculo ao redor da uretra e do ânus, como se estivesse tentando impedir a micção ou evacuação.

	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a usuária a evitar contrair o abdome, coxas e nádegas, prender a respiração, ou fazer força durante o exercício. - Assegurar que a usuária possa diferenciar entre a contração muscular direcionando o movimento para dentro e para cima e o esforço indesejado em sentido contrário - Orientar a usuária a realizar exercícios de fortalecimento, fazendo até 300 contrações por dia, mantendo as contrações por 10 segundos e repousando por pelo menos 10 segundos entre cada contração, de acordo com o protocolo da instituição. - Informar a usuária, que demora pelo menos 6 a 12 semanas para que os exercícios sejam efetivos. - Fornecer feedback positivo por fazer os exercícios do modo prescrito. - Orientar a usuária a monitorar a resposta aos exercícios tentando parar o fluxo de urina pelo menos uma vez por semana. - Informar sobre a existência do biofeedback ou estimulação elétrica para usuárias quando indicado para identificar os músculos que devem contrair e/ou para desencadear a força desejada da contração muscular. - Fornecer informações por escrito descrevendo a intervenção e o número recomendado de repetições. - Criar um registro diário da continência com a usuária para promover a confiança da usuária.
<p>Conhecimento deficiente</p>	<p>Educação em saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar fatores internos e externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável. - Determinar o contexto pessoal e o histórico sociocultural do comportamento saudável da usuária, família ou comunidade. - Determinar o conhecimento atual sobre saúde e comportamentos de vida da usuária, família ou grupos-alvo. - Auxiliar pessoas, famílias e comunidades no esclarecimento das crenças e valores de saúde. - Identificar características da população-alvo que afete a seleção das estratégias educacionais.

	<ul style="list-style-type: none"> - Priorizar as necessidades de aprendizado identificadas com base na preferência da usuária, habilidades do enfermeiro, recursos disponíveis e probabilidade de atingir o objetivo com sucesso. - Formular objetivos para o programa de saúde educacional. - Identificar recursos (p. ex., pessoal, espacial, equipamento, financeiro, entre outros) necessários para conduzir o programa. - Considerar acessibilidade, preferência da usuária e custo no planejamento do programa. - Posicionar estrategicamente um anúncio atrativo que capture a atenção da audiência-alvo. - Evitar usar técnicas de medo ou susto como estratégia para motivar pessoas a mudarem comportamentos de estilo de vida ou de saúde. - Incorporar estratégias para melhorar a autoestima do público-alvo. - Desenvolver material educacional escrito em um nível apropriado de leitura ao público-alvo. - Ensinar estratégias que possam ser usadas para resistir a comportamentos não saudáveis ou de risco, em vez de dar conselhos para evitar ou mudar comportamentos. - Manter a apresentação focada e breve, iniciando e finalizando com o assunto principal. - Usar apresentações de grupo para oferecer apoio e diminuir as ameaças aos alunos que vivenciam problemas e preocupações semelhantes, conforme apropriado. - Usar palestras para transmitir o máximo de informação, quando apropriado. - Usar discussões de grupo e jogos de interpretação para influenciar crenças, atitudes e valores de saúde.
--	---

2323 Fonte: COREN-MG, 2017.

2324

2325 **Quadro 56** - Principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de acordo com CIPESC

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Atividade sexual insatisfatória	Atividades do Enfermeiro: <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para equipe multidisciplinar;

	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; - Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual; - Identificar a importância do afeto; - Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual. - Investigar fatores que interferem na relação sexual; - Oferecer folder educativo sobre atividade sexual; - Promover ambiente de privacidade.
Sono inadequado	<p>Atividades do Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono. - Avaliar o período e o histórico do sono individual e familiar. - Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física. - Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir. - Orientar evitar a ingestão de café, chá-preto e chá-mate. <p>Atividades para a usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir.
Dor à relação sexual (dispareunia)	<p>Atividades do Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para consulta médica. - Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medo. - Fazer exame especular. - Investigar fatores fisiológicos que interferem na relação.
Prurido vaginal	<p>Atividades do Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Captar parceiro para tratamento. - Encorajar a usuária a participar ativamente de seu cuidado. - Investigar o tempo de aparecimento da queixa. - Orientar sobre higiene das genitálias. <p>Atividades para a usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o exame preventivo de câncer do colo do útero

2327

2328

REFERÊNCIAS

2329 ANDRADE, D. B. S.; LIRA, F. N. A.; SILVA, E. V.; AOYAMA, E. A.; FARIAS, F. C. O
2330 papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico. **Rev.**
2331 **Cient. Sena Aires**, v.7, n.1, p.18-22, 2018. Disponível em:
2332 <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/299>. Acesso em: 22Jun.
2333 2020.

2334

2335 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
2336 **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde;
2337 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/
2338 manual_atencao_mulher_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf). Acesso em: 25 de Fev. 2020.

2339

2340 BRASIL. **Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde,
2341 Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível
2342 em:
2343 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.
2344 Acesso em: 11 Jul. 2020.

2345

2346 COREN-MG. **Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na**
2347 **Atenção Primária à Saúde**, 2017. Disponível em:
2348 [https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/0/Guia+da+Equipe+de+Enfermagem+na+Ate
2349 ncao+Primaria+a+Saude.pdf/d7785bec-ad76-e815-dbc5-
2350 bae06abed895?version=1.0&t=1513184036887](https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/0/Guia+da+Equipe+de+Enfermagem+na+Ate). Acesso em: 25 Fev. 2020.

2351

2352 COREN- SC. SAÚDE DA MULHER. **Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes**
2353 **ciclos de vida**, 2017. Disponível em:
2354 [http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-
2355 3.pdf](http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-3.pdf). Acesso em: 24 Fev. 2020.

2356

2357 COREN- SP. **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À**
2358 **SAÚDE. Módulo 1: Saúde da Mulher**, 2020. Disponível em: [https://portal.coren-
2359 sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-
2360 saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-Enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf). Acesso em: 22 Fev. 2020.

2361

2362 CRISPIM, J. E. B, et. al. Assistência de Enfermagem à mulher lésbica e bissexual na Atenção
2363 Primária: protocolo de atendimento. **Rev. pesqui. cuid. Fundam**, v.10, n3, p.34-9, 2018.
2364 Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v10.7599>. Acesso em: 14 jul.
2365 2020.

2366

2367 SANTOS, R. C. F. et al. Saúde de mulheres no climatério em sistemaprisional. **Cogitare**
2368 **Enfermagem**, v. 22, n. 1, jan. 2017. Disponível
2369 em:<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48235>. Acesso em: 14 set. 2020.

2370

2371 SOBRAC (Sociedade Brasileira do Climatério). **Consenso Brasileiro de Terapêutica**
2372 **Hormonal da Menopausa 2018**. Disponível em:
2373 http://sobrac.org.br/consenso_brasileiro_de_th_da_menopausa_2018.html, acesso em: 14 set.
2374 2020.

2375 **8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÕES**
2376 **DE VULNERABILIDADES**

2377

2378 **8.1 MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**

2379 A saúde da população privada de liberdade no país tem sido tema de debates e
2380 discussões importantes nos últimos anos, principalmente em função da necessidade de
2381 garantia de direitos constitucionais básicos a essas pessoas, incluindo condições de saúde
2382 capazes de reverter os indicadores epidemiológicos desfavoráveis, tendo em vista a elevada
2383 ocorrência de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis nos ambientes prisionais.

2384 De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (Depen) a população
2385 prisional no Brasil em junho de 2016 somava um total de 726.712 pessoas, sendo a sua
2386 maioria composta por pessoas jovens, de baixa escolaridade e com precariedade nas
2387 condições de vida fora do cárcere. Naquele ano **o Pará foi o 14º estado brasileiro em**
2388 **número de pessoas privadas de liberdade (PPL)**, registrando o total de 14.212 na capital e
2389 interior do estado. Desse total, 740 pessoas eram mulheres, que representavam
2390 aproximadamente 5% da população prisional no Pará (DEPEN, 2017).

2391 Em setembro de 2019 no Pará já se somava um total de 17.825 PPL, custodiadas em
2392 45 unidades prisionais administradas pelo Sistema Penitenciário do estado. As mulheres
2393 somavam um total de 927 PPL (5%). Esse número não inclui as pessoas do gênero feminino
2394 que se declararam população LGBTI (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais,
2395 intersexuais) (SUSIPE, 2019).

2396 A rede de assistência à saúde das PPL no país é formada por serviços intra e
2397 extramuros, ou seja, serviços existentes dentro e fora das prisões. O direito a essa assistência
2398 está exposto em diversas normativas legais, dentre as quais se destacam a lei n. 7.210/1984
2399 (lei de execuções penais), a lei n. 8.080/1990 (lei orgânica da saúde), lei n. 10.216/2001 (que
2400 instituiu a reforma psiquiátrica nacional), Portaria Interministerial n. 1.777 MS-MJ/2003 (que
2401 aprovou o **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**), Portaria Interministerial n.1
2402 MS-MJ/2014 (que instituiu a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas**
2403 **Privadas de Liberdade no Sistema Prisional –PNAISP-** no âmbito do SUS, Portaria n.
2404 2.436/2017 (que aprovou a PNAB), dentre outras.

2405 Apesar dos esforços governamentais e não-governamentais a assistência à saúde
2406 dentro das prisões no Pará ainda é limitada, devido principalmente a problemas de estrutura
2407 física dos estabelecimentos prisionais e à escassez de serviços e de recursos humanos e
2408 materiais de saúde. De acordo com a Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará
2409 (Susipe), em novembro de 2018 o quantitativo de profissionais da área, distribuídos em 46

2410 estabelecimentos prisionais se mostrava da seguinte maneira: 146 técnicos e auxiliares de
2411 Enfermagem, 68 psicólogos, 64 assistentes sociais, 32 enfermeiros, 25 odontólogos, 22
2412 médicos, 13 terapeutas ocupacionais e dois farmacêuticos. Esses profissionais atuam em
2413 diferentes escalas de trabalho e concentram-se em sua maioria nas unidades de Belém e região
2414 metropolitana. **A equipe de Enfermagem é superior em número de profissionais e oferece**
2415 **a maior variedade de serviços e de atendimentos de saúde às PPL dentro nas prisões**
2416 (SUSIPE, 2018).

2417 Existem 12 UBS prisional no estado do Pará com registro ativo no Cadastro Nacional
2418 de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Desde a instituição da Política Nacional de Atenção
2419 Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, no ano de 2014, essas unidades passaram
2420 a ser pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios. As unidades básicas de saúde
2421 prisional são as seguintes:

2422

2423 **Quadro 57** - Unidades básicas de saúde prisional no estado do Pará

Município	Nome do estabelecimento	CNES
Abaetetuba	Centro de Recuperação do Sistema Penal de Abaetetuba	3097749
Ananindeua	Centro de Reeducação Feminino	7082266
Breves	Centro de Recuperação Regional de Breves	7571429
Marituba	Presídio Estadual Metropolitano PEM II	6632157
Paragominas	Centro de Recuperação Regional de Paragominas	9363084
Santa Isabel do Pará	Centro de Recuperação Penitenciária do Pará I	7596243
	Centro de Recuperação Penitenciária do Pará II	7571402
	Centro de Recuperação Penitenciária do Para III	7596316
	Central de Triagem Metropolitana I	7596251
	Colônia Penal Agrícola de Santa Izabel	7596308
	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ¹	7571313
Santarém	Unidade Básica de Saúde Prisional Cucuruna	7805810

2424 Fonte: CNES/DataSus, setembro de 2019.

2425

2426 Os serviços de saúde oferecidos pelas equipes de Enfermagem prisionais são
2427 principalmente: **acolhimento para obtenção de dados e abertura de prontuários de saúde;**

¹ Na unidade são prestados apenas serviços de Atenção Primária em Saúde.

2428 **consultas de Enfermagem; aferição de sinais vitais e de medidas antropométricas;**
2429 **administração de medicamentos; realização de curativos; controle e entrega de**
2430 **medicamentos de uso diário/controlado; aplicação de vacinas; coleta de material**
2431 **biológico para exames laboratoriais; esterilização de materiais, educação em saúde e**
2432 **outros** (SANTOS; SÁ, 2017; SUSIPE, 2019; ALLGAYER et al., 2019; MESQUITA et al.,
2433 2019).

2434 Os indicadores de saúde pública referentes à população prisional no Brasil destacam
2435 maior frequência de agravos como **TB, hanseníase, IST, hipertensão arterial sistêmica e**
2436 **diabetes**. Também são preocupantes os problemas relacionados aos **transtornos mentais e**
2437 **ao uso indevido de drogas**. Por isso, ações de promoção, prevenção e controle da saúde das
2438 mulheres privadas de liberdade são essenciais dentro e fora das prisões (MESQUITA et al.,
2439 2019; ARAUJO et al., 2019).

2440 Para a garantia do acesso das mulheres privadas de liberdade aos serviços de saúde
2441 da rede pública do SUS é necessário que haja pactuação e apoio técnico entre as equipes de
2442 APS e as equipes de saúde e segurança que atuam no sistema prisional.

2443 Nessa perspectiva, visando o sucesso da assistência à saúde dessas mulheres, bem
2444 como das medidas de segurança pública necessárias sugere-se na medida do possível **evitar**
2445 **que as mulheres privadas de liberdade adentrem as unidades de saúde da rede do SUS**
2446 **pela entrada principal da instituição**. Por motivos semelhantes sugere-se que ao serem
2447 recebidas nessas unidades de saúde as mulheres privadas de liberdade sejam atendidas em
2448 caráter de prioridade, tão somente para evitar riscos desnecessários à segurança dos demais
2449 cidadãos presentes na instituição, tendo em vista a presença de armas no local e todo o aparato
2450 de escolta e segurança envolvido para evitar problemas como fugas, por exemplo (ARAÚJO
2451 et al., 2019).

2452 As dificuldades de acesso universal à saúde enfrentadas pelas mulheres privadas de
2453 liberdade reforçam que **o momento da consulta de Enfermagem na instituição extramuros**
2454 **deve ser uma oportunidade para a investigação do estado geral de saúde dessas**
2455 **mulheres**, com atividades de prevenção e busca de sinais e sintomas voltados aos problemas
2456 de saúde mais frequentes no ambiente prisional (GRAÇA et al., 2018).

2457 É importante também que procedimentos complementares e diagnósticos, como
2458 coleta de material biológico para PCCU, testes de gravidez e testes rápidos para identificação
2459 de vírus HIV, sífilis, hepatites virais e outros sejam realizados durante a consulta de
2460 Enfermagem, assim como se sugere que a assistência na sala de vacinas, curativos e outros
2461 procedimentos seja priorizada para o dia da consulta, durante o menor tempo possível.

2462

2463 **8.1.1 Tuberculose em mulheres privadas de liberdade**

2464 A população prisional está entre os grupos mais vulneráveis para o adoecimento por
2465 TB em todo o país. De acordo com o MS houve aumento significativo do coeficiente de
2466 incidência da TB nessa população entre os anos de 2014 a 2018. A proporção de casos novos
2467 de TB em prisões aumentou de 6,3% em 2015 para 8,6% em 2018, contudo é possível que
2468 muitos outros casos ainda necessitem de diagnóstico (BRASIL, 2019a).

2469 Nesse sentido, **o acesso às ações de prevenção e diagnóstico da TB deve ser**
2470 **garantido a todas as mulheres privadas de liberdade em prisões.** É preciso considerar a
2471 vulnerabilidade dessas mulheres devido às condições de confinamento, má alimentação, más
2472 práticas de saúde individual e coletiva, pouco acesso aos serviços de saúde e precariedade nas
2473 condições de vida, mesmo antes do aprisionamento. Considera-se que **prevenir e controlar a**
2474 **TB em prisões é impedir a proliferação da doença também nos espaços extramuros,** pois
2475 a capacidade de transmissão aérea do bacilo e a rotina prisional favorecem maior risco de
2476 adoecimento também aos familiares, profissionais de saúde que atuam em prisões, agentes
2477 penitenciários e outros membros da comunidade prisional (MABUD et al., 2019; SACCHI et
2478 al., 2015; SANTOS e SÁ, 2014).

2479 Para o diagnóstico da TB em mulheres privadas de liberdade consideram-se casos
2480 suspeitos todas aquelas com **tosse produtiva contínua por duas semanas ou mais,** um
2481 conceito ampliado de sintomático respiratório. Diferente do que ocorre para a população em
2482 geral, recomenda-se que **100% dos casos suspeitos de TB pulmonar em PPL sejam**
2483 **inicialmente investigados com exames de baciloscopia do escarro e cultura com teste de**
2484 **sensibilidade, seja caso novo ou não.** Além disso, a **testagem para detecção do vírus HIV**
2485 deve ser garantida para 100% dos casos confirmados de TB (BARROS et al., 2018; BRASIL,
2486 2016).

2487

2488 **8.1.2 Vacinação em mulheres privadas de liberdade**

2489 Os profissionais de Enfermagem possuem relevante atuação em políticas, programas
2490 e estratégias de vacinação nacionais e internacionais (FRADE et al., 2019; CROSEWSKI et
2491 al., 2018). No Brasil, além das vacinas disponibilizadas pela rede do SUS à população geral
2492 de mulheres com 18 anos ou mais, nos últimos anos disponibiliza-se à população prisional a
2493 **vacinação contra influenza** durante a Campanha Nacional que ocorre no primeiro semestre
2494 de cada ano. Nesse sentido, essa vacina **deve ser oferecida para 100% das mulheres**
2495 **privadas de liberdade, independente de condição de gravidez, com vistas a prevenir**

2496 **surtos da doença no ambiente prisional** (BRASIL, 2019b). Nessa perspectiva, recomenda-
2497 se que as campanhas de vacinação contra influenza para as mulheres privadas de liberdade
2498 ocorram dentro das prisões, por profissionais de Enfermagem do próprio sistema prisional ou
2499 da rede de APS no estado e nos municípios. No primeiro caso, para o sucesso das ações de
2500 vacinação dentro das prisões torna-se indispensável **às equipes de saúde do sistema**
2501 **prisional o apoio material e suporte técnico pelas equipes da rede do SUS**, respeitando a
2502 organização e a gerência do serviço público de saúde das regiões onde estão localizadas as
2503 prisões.

2504 O quadro a seguir resume os principais problemas e riscos à saúde no ambiente
2505 prisional, assim como as medidas de ação para prevenção e diagnóstico precoce de doenças e
2506 agravos à saúde das mulheres privadas de liberdade. Ambos representam temas básicos para
2507 investigação das condições gerais de saúde das mulheres, os quais devem ser explorados
2508 durante as consultas de Enfermagem no serviço de saúde intramuros ou nas unidades básicas
2509 da rede de APS do SUS. Nessa perspectiva, sugere-se que toda e qualquer consulta de
2510 Enfermagem represente uma oportunidade de acesso das mulheres privadas de liberdade a
2511 cuidados básicos e gerais com sua saúde, independente dos motivos específicos que as tenham
2512 conduzido até o serviço.

2513 **Quadro 58** - Problemas e riscos à saúde em mulheres privadas de liberdade

Problemas e riscos à saúde a serem considerados nas consultas de Enfermagem de mulheres privadas de liberdade	Medidas de prevenção e diagnóstico precoce a serem consideradas nas consultas de Enfermagem de mulheres privadas de liberdade
<ul style="list-style-type: none">- Tuberculose- Hanseníase- Hipertensão arterial- Diabetes- Infecções Sexualmente Transmissíveis- Compartilhamento de materiais perfurocortantes para cuidados com as unhas- Agravos imunopreveníveis- Gravidez não planejada/indesejada- Tabagismo- Câncer de colo de útero e mama- Outros	<ul style="list-style-type: none">- Busca ativa de sinais e sintomas, com oferta de exames laboratoriais básicos- Realização de Testes Rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais- Vacinação- Oferta de métodos contraceptivos- Educação em saúde- Estratégias para redução de danos (oferta de equipamento para esterilização de materiais e outros)- Realização de exames PCCU e de mamas- Outras

2514

2515

2516 **8.1.3 Assistência às mulheres privadas de liberdade e seus filhos**

2517 Estudos demonstram que **o momento da maternidade em prisões é estressante e**
2518 **caracterizado de modo geral por precárias condições de acesso à saúde para as**

2519 **gestantes, parturientes, puérperas e seus recém nascidos.** Na maioria dos casos a
2520 assistência ao pré natal, parto e nascimento se mostra prejudicada devido aos problemas
2521 estruturais dos estabelecimentos prisionais, às fragilidades na definição de fluxos de
2522 assistência extramuros, aos sistemas de regras e imposições de segurança para a manutenção
2523 da ordem prisional e aos conflitos interpessoais entre as mulheres e equipes de saúde e de
2524 segurança dentro e fora das prisões, dentre outras situações desfavoráveis que colocam as
2525 mulheres privadas de liberdade em piores condições de atenção à gestação e ao parto, quando
2526 comparadas às mulheres em geral (LEAL et al., 2016; MATOS, SILVA e NASCIMENTO,
2527 2019; FLORES, SMEHA, 2018).

2528 A PNAISM por meio da estratégia **Rede Cegonha** visa o cuidado humanizado com
2529 garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, realização de exames durante o pré-
2530 natal, seguimento de itinerários terapêuticos adequados na rede do SUS e oferta de
2531 informações e ações à promoção da saúde e prevenção de doenças. A estratégia busca o
2532 alcance dos objetivos do milênio, que envolvem a **garantia do acesso à saúde pelas**
2533 **mulheres e crianças brasileiras**, a redução dos índices de mortalidade materna e infantil e a
2534 prevenção de IST, como o HIV/aids, a sífilis e as hepatites virais. Para o alcance desses
2535 objetivos é importante considerar a existência e necessidade de inclusão de grupos mais
2536 vulneráveis, como as mulheres e crianças que convivem nos ambientes prisionais (BRASIL,
2537 2014).

2538 O estado do Pará possui uma **unidade prisional materno infantil** localizada no
2539 Centro de Reeducação Feminino (CRF), no município de Ananindeua. A capacidade da
2540 unidade prisional é de 14 vagas para o binômio mãe-filho, contudo de janeiro a setembro de
2541 2019 a média mensal de custodiadas foi de 16 mulheres, dentre gestantes e puérperas lactantes
2542 com seus filhos recém-nascidos. A permanência de crianças na unidade prisional materno
2543 infantil está limitada a um ano de vida (SUSIPE, 2019; 2018), porém muitas delas são
2544 retiradas da unidade após completarem seis meses de aleitamento materno exclusivo.

2545

2546

2547

2548

2549

2550

2551

2552

2553

2554

2555

REFERÊNCIAS

2556 ALLGAYER, Manuela Filter et al . Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em
2557 prisões. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 5, p. 1304-1310, Oct. 2019. Disponível em:
2558 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0260>. Acesso em: 03 Mar. 2020.

2559

2560 ARAÚJO, Telma Maria Evangelista et al. Vulnerabilidade de pessoas privadas de Liberdade
2561 ao virus da imunodeficiência humana. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 34, n. 4,
2562 Fev. 2019. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1571>.
2563 Acesso em: 03 oct. 2019.

2564

2565 BARROS, A. K. R.; Neto, J. A. N.; Nogueira, L. M. V. et al. Monitoramento das ações de
2566 controle da tuberculose no Sistema Prisional . **Rev. Gestão & Saúde**, Brasília, v. 09, n. 02,
2567 p.192-207. Maio. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10447>. Acesso em 12 Jul. 2020.

2568

2569
2570 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações
2571 Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Inclusão das**
2572 **Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da
2573 Saúde, 2014.

2574

2575 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**
2576 **Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**.
2577 Brasília, v.47, n.13, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

2578

2579 BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (Depen).
2580 **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen)**. Brasília,DF: Ministério
2581 da Justiça e Segurança Pública, 2017.

2582

2583 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de**
2584 **Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da
2585 Saúde, 2018.

2586

2587 BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES.
2588 **Estabelecimentos de saúde prisional estado do Pará**. Disponível em:
2589 <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 03 Out. 2019.

2590

2591 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim**
2592 **Epidemiológico Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e**
2593 **operacionais da doença**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

2594

2595 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução Normativa**
2596 **sobre o calendário vacinal 2019**. Brasília, v.47, n.13, Brasília, DF: Ministério da Saúde;
2597 2019. Disponível em: [https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/Site-](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/Site-Instrucao-Normativa-Calendario-.pdf)
2598 [Instrucao-Normativa- Calendario-.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/Site-Instrucao-Normativa-Calendario-.pdf). Acesso em: 03 Out. 2019.

2599

2600 CROSEWSKI, Fernanda; LAROCCA, Liliana Müller; CHAVES, Maria Marta
2601 Nolasco. Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo
2602 de trabalho da enfermagem. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 203-

2603 213, jan. 2018 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811616>. Acesso em:
2604 10 Abr. 2020.

2605

2606 DOMINGUES, E.A.R.; EVARISTO L.R; CARVALHO M.R.F. et al. Situação de Saúde de
2607 Mulheres Privadas de Liberdade em um município do sul de Minas Gerais. **Revista da**
2608 **Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 3, 2018. Disponível em:
2609 <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i3.5614>. Acesso em: 24 Nov. 2019.

2610

2611 FLORES, N.M.P.; SMEHA, L.N. Mães presas, filhos desamparados: maternidade e relações
2612 interpessoais na prisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280420, 2018. Disponível
2613 em <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280420>>. Acesso em 07 Out. 2019.

2614

2615 FRADE, João Manuel Graça; HENRIQUES, Carolina Miguel Graça; FRADE, Fátima.
2616 Vaccination nursing records: importance for monitoring the health of populations. **Rev. Enf.**
2617 **Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 20, p. 107-116, mar. 2019 . Disponível em
2618 <http://dx.doi.org/10.12707/RIV18092>. Acesso em: 04 Out. 2019.

2619

2620 GRAÇA, Bianca Carvalho et al. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso
2621 aos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, Abril-Junho
2622 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7374>. Acesso em: 04 Out. 2019.

2623

2624 LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no
2625 Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-
2626 2070, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>.
2627 Acesso em: 07 Out. 2019.

2628

2629 MABUD, T.S.; ALVES, M. L.D.; KO, A.; et al. Evaluating strategies for control of
2630 tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: An observational and
2631 modeling study from Brazil. **PLOS Med** v.16, n.1, e1002737. 2019. Disponível em:
2632 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002737>. Acesso em: 10 Jun. 2019.

2633

2634 MATOS, Khesia Kelly Cardoso; SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; NASCIMENTO,
2635 Emanuela de Araújo. Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na
2636 prisão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.
2637 23, e180028, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180028>. Acesso em:
2638 07 Oct. 2019.

2639

2640 MESQUITA, D. S.; RIBEIRO, L. F. C.; SILVA, I. S. T.; CASTRO, N. J. C. DE; ARAÚJO,
2641 M. R. DE S. Agravos e assistência à saúde em um sistema prisional. **Revista Eletrônica**
2642 **Acervo Saúde**, v. 11, n. 7, p. e606, 2019. Disponível em:
2643 <https://doi.org/10.25248/reas.e606.2019>. Acesso em: 10 Jun. 2019.

2644

2645 PARÁ (estado). Superintendência do Sistema Penitenciário. **Susipe em números, nov 2018**.
2646 Belém, PA: Susipe. 14p. Disponível em: [http://www.susipe.pa.gov.br/content/susipe-em-](http://www.susipe.pa.gov.br/content/susipe-em-n%C3%BAmoros-0)
2647 [n%C3%BAmoros-0](http://www.susipe.pa.gov.br/content/susipe-em-n%C3%BAmoros-0). Acesso em: 18 Set. 2019.

2648

2649 PARÁ (estado). Superintendência do Sistema Penitenciário. **Detentas participam de curso**
2650 **sobre alimentação materno infantil**. Belém, PA: Susipe. Disponível em:
2651 [http://susipe.pa.gov.br/noticias/detentas-participam-de-curso-sobre-](http://susipe.pa.gov.br/noticias/detentas-participam-de-curso-sobre-alimenta%C3%A7%C3%A3o-materno-infantil)
2652 [alimenta%C3%A7%C3%A3o-materno-infantil](http://susipe.pa.gov.br/noticias/detentas-participam-de-curso-sobre-alimenta%C3%A7%C3%A3o-materno-infantil). Acesso em: 04 Out. 2019.

2653

- 2654 PARÁ (estado). Superintendência do Sistema Penitenciário. **Susipe em números, set 2019**.
2655 Belém, PA: Susipe. 14p. Disponível em: <http://www.susipe.pa.gov.br/content/susipe-em->
2656 [n%C3%BAmeros-0](http://www.susipe.pa.gov.br/content/susipe-em-n%C3%BAmeros-0). Acesso em: 18 Set. 2019.
- 2657
2658 SACCHI, F.P.C.; PRAÇA, R.M.; TATARA, M.B. et al. Prisons as reservoir for community
2659 transmission of tuberculosis, Brazil. **Emerg Infect Disv.** 21, n.3, 2015. Disponível em:
2660 <https://dx.doi.org/10.3201/eid2103.140896>. Acesso em: 15 Mai. 2019.
- 2661
2662 SANTOS, Marcandra Nogueira de Almeida; SA, Antonia Margareth Moita. Living with
2663 tuberculosis in prison: the challenge to achieve cure. **Textocontexto -**
2664 **enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 854-861, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000840013)
2665 [10.1590/0104-07072014000840013](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000840013). Acesso em: 04 Out. 2019.
- 2666
2667 SANTOS, Marcandra Nogueira de Almeida; SÁ, Antonia Margareth Moita. **Obstáculos para**
2668 **o diagnóstico da tuberculose em Prisões, um estudo fenomenológico**. In: Fernando
2669 Fidalgo; Nara Fidalgo. (Org.). Sistema Prisional, Teoria e Prática. 1ed., v. 1, p. 371-392. Belo
2670 Horizonte, MG: Editora UFMG, 2017.
- 2671
2672
2673
2674

2675 8.2 MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS

2676 Defini-se violência doméstica e familiar contra a mulher como **qualquer ação ou**
2677 **omissão com base no gênero que traga como consequência morte, lesão, sofrimento**
2678 **psicológico, físico ou sexual e danos morais ou patrimoniais.** Pode ocorrer no ambiente
2679 doméstico, com ou sem vínculo familiar, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima
2680 de afeto, independente de orientação sexual da mulher (BRASIL, 2006).

2681 A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui um grave problema de
2682 saúde pública no país, pois determina maior risco de desenvolvimento de condições e agravos
2683 à saúde como tabagismo, sobrepeso, hipertensão arterial, isolamento social e depressão,
2684 afetando a mulher em seus aspectos físico, biológico, psicológico e social. Por isso, **o**
2685 **enfrentamento dos problemas de saúde das mulheres pelos profissionais de saúde deve**
2686 **considerar a possibilidade de exposições a violências** (SILVA et al., 2013; SOUZA et al.,
2687 2018).

2688 A violência contra a mulher determina importante impacto econômico e social ao
2689 setor saúde, uma vez que são elevados os custos individuais e coletivos necessários ao
2690 enfrentamento do problema. As taxas de feminicídio no Brasil estão entre as maiores do
2691 mundo, situação que torna essencial conhecer e monitorar os indicadores epidemiológicos de
2692 violência doméstica e familiar contra a mulher, para subsidiar políticas públicas de promoção,
2693 prevenção e recuperação da saúde de mulheres vítimas de violências (BRASIL, 2013; MEIRA
2694 et al., 2019).

2695 Os profissionais da equipe de Enfermagem, em destaque o enfermeiro,
2696 desempenham papel fundamental para a promoção de cuidados qualificados em saúde para as
2697 mulheres vítimas de violências em todo o país. A atuação desses profissionais deve estar
2698 pautada nos princípios da ética e no respeito aos direitos das mulheres, que incluem
2699 autonomia sobre seu corpo e suas decisões. Além disso, a constante renovação do
2700 conhecimento pelo enfermeiro pode auxiliá-lo no aprimoramento de suas práticas, que
2701 incluem as atividades de **acolhimento, as consultas de Enfermagem, a notificação dos**
2702 **casos suspeitos ou confirmados para alimentação do Sistema Nacional de Agravos de**
2703 **Notificação (SINAN) e o encaminhamento das vítimas para serviços de referência**
2704 **intersectoriais.** A notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher
2705 é **compulsória** em todo o país (COSTA et al., 2018; SILVA et al., 2013; BRASIL, 2014).

2706 O acolhimento da mulher vítima de violência doméstica e familiar pela Enfermagem
2707 na APS deverá estar pautado em **atenção humanizada, livre de preconceitos e julgamentos,**
2708 para estabelecer relações de confiança e oferecer à mulher informações completas e

2709 fidedignas sobre todo o atendimento e serviços oferecidos na unidade de saúde. É importante
2710 que os profissionais de Enfermagem conheçam a rede de serviços para essas mulheres,
2711 inclusive para referenciá-las para atendimentos em serviços de **assistência social, delegacias,**
2712 **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Conselhos Tutelares, ambulatórios**
2713 **especializados e outros** (BRASIL, 2016).

2714 A consulta de Enfermagem à mulher vítima de violência doméstica e familiar deve
2715 considerar a necessidade de **escuta atenta** para a identificação de vulnerabilidades e rede de
2716 apoio familiar e comunitário, com avaliações profissionais para além dos aspectos biológicos
2717 (BRASIL, 2016). Essa consulta deve contemplar a realização de anamnese com perguntas
2718 diretas ou indiretas e exame físico específico, que permita ao enfermeiro **avaliar e classificar**
2719 **lesões físicas e julgar as respostas das mulheres aos problemas de saúde**, para assim
2720 identificar os diagnósticos de Enfermagem e instituir, junto com a mulher, o plano de
2721 cuidados necessários.

2722 Nessa perspectiva, todo o Processo de Enfermagem deve ser registrado de modo
2723 completo e fidedigno pelo enfermeiro no prontuário das mulheres, de acordo com as
2724 normativas vigentes, em especial as leis nacionais, as Resoluções instituídas pelo Conselho
2725 Federal de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN,
2726 2017).

2727 É importante que durante a consulta de Enfermagem o enfermeiro **identifique a**
2728 **necessidade de realização de anticoncepção hormonal de emergência e de**
2729 **encaminhamentos para profilaxias e tratamentos contra IST, para todos os casos de**
2730 **mulheres vítimas de violência sexual. Atenção humanizada e referência para as situações**
2731 **de interrupção legal de gestação também podem ser necessárias** (BRASIL, 2012).

2732 Além disso, atividades de educação em saúde individuais e grupais são importantes
2733 para a oferta de assistência de Enfermagem qualificada e ética a todas as mulheres vítimas de
2734 violência doméstica e familiar. No que tange à assistência de mulheres jovens e adolescentes é
2735 fundamental que o enfermeiro conheça os termos do **Estatuto da Criança e do Adolescente**,
2736 por meio do qual o acesso à saúde a esse grupo deve ser garantido com autonomia, liberdade e
2737 responsabilidade. Destaca-se nesse contexto também a necessidade de conhecimento da lei nº
2738 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de
2739 violência sexual, e do decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às
2740 vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento
2741 do SUS.

2742 Nesse contexto cita-se a lei estadual nº 8.097 de 01 de janeiro de 2015, por meio da
2743 qual foi criada no Pará a Fundação Propaz, denominada atualmente **ParáPaz**. Trata-se de uma
2744 instituição pública vinculada ao gabinete do governador, que possui entre suas finalidades o
2745 enfrentamento da violência contra a mulher e a disseminação da cultura de paz no estado
2746 (PARÁ, 2015).

2747 A Fundação possui núcleos de atenção na região metropolitana da capital Belém e
2748 núcleos regionais descentralizados para atuação em diversos municípios paraenses, dentre os
2749 quais se destacam Altamira, Bragança, Breves, Paragominas, Santarém e Tucuruí. De acordo
2750 com o Tribunal de Justiça do Estado do Pará (2019) os seguintes serviços também compõem a
2751 rede de atendimento à mulher nos municípios, sendo referências para os profissionais de
2752 saúde e outros:

BELÉM

- **Divisão Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) - Endereço:** Travessa Mauriti, 2.394, Bairro Marco. Belém-PA. **Telefone:** (091) 3246-6803/ 4862. **E-mail:** deam@policiacivil.pa.gov.br; cartoriodeam@policiacivil.pa.gov.br.

- **Núcleo de Atendimento Especializado à Mulher Vítima de Violência Doméstica (NAEM) – Endereço:** Travessa Padre Prudêncio, 154, 3º andar, Bairro Campina. Telefone: (091) 32394145/ 991726296 (funcional).

- **Coordenadoria de Integração de Políticas para Mulheres – Telefone:** (091) 40092718-2715. E-mail: coordenadoriadamulherpara@gmail.com.

- **1ª Promotoria de Justiça de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; 2ª Promotoria de Justiça de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; 3ª Promotoria de Justiça de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; 4ª Promotoria de Justiça de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher – Endereço:** Travessa Joaquim Távora, 412, Bairro Cidade Velha. Telefone: (091) 4006-3662; Fax: (091) 4006-3663. E-mail: pjmulher@mp.pa.gov.br.

- **1ª Vara do Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher - Endereço:** Rua Tomázia Perdigão, 310, Fórum Criminal, Bairro Cidade Velha. Telefone: (091) 3205-2126; Fax: (091) 3205-2126. E-mail: 1mulherbelem@tjpa.jus.br.

- **2ª Vara do Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher - Endereço:** Rua Tomázia Perdigão, 310, Fórum Criminal, Bairro Cidade Velha. Telefone: (091) 3205-2142. E-mail: 2mulherbelem@tjpa.jus.br.

- **3ª Vara do Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher - Endereço:** Rua Tomázia Perdigão, 310, Fórum Criminal, Bairro Cidade Velha. Telefone: (091) 3205-2196. E-mail: 3mulherbelem@tjpa.jus.br.

ANANINDEUA

- **Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (Deam).** Conjunto Cidade Nova 5, Travessa WE 31, nº 1.112, Bairro Coqueiro. **E-mail:** deamananindeua@gmail.com.
- **11ª Vara Penal – Ananindeua.** Endereço: Avenida Cláudio Sanders, 193, Bairro Centro. Telefone: (091)3201-4933. E-mail: 11crimeananindeua@tjpa.jus.br.
- **Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para Mulheres – Ananindeua.** Endereço: Rua Julia Cordeiro, 67, Bairro Centro. Telefone: (091) 992695901. E-mail: politicaspUBLICASmulher@ananindeua.pa.gov.br.

2753

ABAETETUBA

- **DEAM Abaetetuba - 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Baixo Tocantins.** Endereço: Rua Pedro Pinheiro Paes, 226, Bairro Centro. Sede da Superintendência Regional da Polícia Civil. Telefone: (091) 3751-5110. **E-mail:** abaetetubadeam@policiacivil.pa.gov.br.
- **Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher (CREAM).** Endereço: Estrada do Beja Km 01, s/n, Bairro Cristo Redentor, ao Lado do Centro de Atendimento Psicossocial. Telefone: (091) 3751-3767. E-mail: crmp_abaetetuba@hotmail.com.

ALTAMIRA

- **DEAM Altamira - 11ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Xingu.** Endereço: Rua Curitiba, S/N, Bairro Jardim dos Estados. Telefone: (093) 3515-5422. **E-mail:** deamaltamira@policiacivil.pa.gov.br.
- **Vara de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher – Altamira.** Endereço: Fórum Des. José Amazonas Pantoja - Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, 1651, Bairro São Sebastião. Telefone: (093) 3515-3712.

BARCARENA

- **DEAM Barcarena - 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Baixo Tocantins.** Endereço: Rua Cronge de Oliveira, 225, Bairro Beira Rio. CEP: 68.445-000.
- **Coordenadoria Municipal de Políticas para Mulheres – Barcarena.** Endereço: Rua Capitão Tomas Ferrão, 854, 2º andar. Bairro Nazaré. Telefone: (091) 98191-3064.

BRAGANÇA

- **DEAM Bragança - 6ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Caeté.**

Endereço: Rua Martins Pinheiro, S/N, Bairro Alegre. E-mail: propaz.braganca@policiacivil.pa.gov.br.

- **Coordenadoria Municipal de Políticas para Mulheres – Bragança.** Endereço: Trav. 07 de setembro, 391, Bairro Centro. Telefones: (091) 985217508/ 988507364/ 34252099. E-mail: coordenadoriamulherbragancapa@gmail.com.

BREVES

- **DEAM Breves - 8ª Região Integrada De Segurança Pública (RISP) Marajó Ocidental.** Endereço: Rua Angelo Fernandes Breves, S/N, Bairro Aeroporto. Telefone: (091) 3783-4200. E-mail: deam.breves@policiacivil.pa.gov.br.

- **Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) – Breves.** Endereço: Avenida Justo Chermont, 1114, Bairro Centro. Telefone: (091) 982177925.

- **Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres – Breves.** Endereço: Av. Justo Chermont, 1114, Bairro Centro. Telefone: (091) 993501238. E-mail: secretariadamulherbreves17@gmail.com.

CAPANEMA

- **DEAM Capanema - 6ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Caeté.** Endereço: Avenida João Paulo II, 1.660, Bairro Tancredo Neves. Capanema-PA. Cep: 68701-290.

CASTANHAL

- **DEAM Castanhal - 3ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Guamá.** Endereço: Rua 1º Maio, 1.376, Bairro Centro. Telefone: (091) 3712-3928. E-mail: castanhal.deam@policiacivil.pa.gov.br.

2754

ITAITUBA

- **DEAM Itaituba - 15ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Tapajós.** Endereço: Rodovia Transamazônica, esquina com Rua Paulo Maranhão. Telefone: (093) 3518-7091. E-mail: deamitaituba@policiacivil.pa.gov.br.

- **Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher – Itaituba.** Endereço: 9ª Rua da Cidade Alta, 420, Bairro Bela Vista, entre a 13 de Maio e Lauro Sodré. - CEP: 68181-130.

- **Coordenação Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres – Itaituba.** Endereço: Rua Eça de Queiroz, 420, Bairro Bela Vista. Telefone: (093) 981340606.

ITUPIRANGA

- **Departamento da Mulher - DIR – Itupiranga.** Endereço: Trav. Jacundá, 279, Bairro Centro. Telefones: (094) 991650052/ 981575054. E-mail: semasitupiranga@gmail.com.

2755

GOIANÉSIA

- **Departamento da Mulher – Goianésia.** Endereço: Rua Pedro Soares de Oliveira, S/N, Bairro Colegial. Telefone: (094) 991325154.

2756

GURUPÁ

- **Coordenadoria de Políticas Públicas dos Direitos da Mulher – Gurupá.** Endereço: Av. Santo Antonio, SN, Bairro Centro. Telefone: (091) 980770450.

2757

JACUNDÁ

- **Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) - Jacundá.** Endereço: Rua: Santa Rita, 146, Bairro Centro. Telefone: (094) 3345-1312. E-mail: secretariadamulherdejacunda36@gmail.com.

- **Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres - Jacundá.** Endereço: Rua: Santa Rita, 146, Bairro Centro. Telefones: (094) 3345-1312/ 991005552. E-mail: secretariadamulherdejacunda36@gmail.com.

2758

MARABÁ

- **DEAM Marabá - 10ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Carajás.** Endereço: Folha 10, Bairro Nova Marabá. Telefone: (094) 3321-4800. E-mail: maraba.deam@policiacivil.pa.gov.br.

- **Coordenadoria de Políticas para Mulheres – Marabá.** Endereço Secretaria Municipal de Assistência Social-SEASP - Agropólis do Incra, S/N. Telefones: (094) 3324-1382/1282/6877.

NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ

- **Secretaria de Políticas para as Mulheres de Nova Esperança do Piriá.** Endereço: Av. São Pedro, 752, Bairro Centro. Telefones: (091) 3817-1187/3817-1467. Email: spmep.2019@outlook.com.

PARAGOMINAS

- **DEAM Paragominas - 7ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Capim.** Endereço: Avenida das Indústrias, Rua do Quartel, S/N, Bairro Cidade Nova. Telefone: (091) 3729-1068. E-mail: deamparagominas@policiacivil.pa.gov.br.

PARAUPEBAS

- **DEAM Parauapebas - 10ª Região Integrada De Segurança Pública (RISP) Carajás.**

Endereço: Avenida Portugal I, S/N, Módulo II, Bairro Cidade Nova. **Telefone:** (094) 3346-6444. **E-mail:** parauapebas.deam@policiacivil.pa.gov.br.

- **Centro de Referência Especializado de Atendimento À Mulher - Parauapebas.** **Endereço:** Rua 14, 204, Bairro União, ao lado da Casa da Bíblia. **Telefone:** (094) 3346-5982.

- **Secretaria Municipal da Mulher – SEMMU – Parauapebas** - **Endereço:** Centro Administrativo, Morro dos Ventos, Qd. Especial S/N. Beira Rio II. **Telefones:** (094) 3356-0773/ 991573260. **E-mail:** sec.mulher@parauapebas.pa.gov.br.

REDENÇÃO

- **DEAM Redenção - 13ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Araguaia.** **Endereço:** Avenida Araguaia, 1.500, ao lado do Posto de Saúde. Bairro Jardim Cumaru. **Telefone:** (094) 3424-8566. **E-mail:** deamredencaop@policiacivil.pa.gov.br.

- **Departamento da Mulher – Redenção.** **Endereço:** Rua Henrique Timóteo, 383 – setor Oeste. **Telefone:** (094) 34241329. **E-mail:** assistenciasocial@redencaop.pa.gov.br.

SANTARÉM

- **DEAM Santarém - 12ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Baixo Amazonas.** **Endereço:** Avenida Sergio Henn, S/N, Bairro Interventória. **Telefone:** (093) 3522-2132. **E-mail:** propaz.santarem@policiacivil.pa.gov.br.

- **Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher – Santarém.** **Endereço:** Rua Magnólia, S/N, Bairro Aeroporto Velho. **Telefone:** (093) 99154-7290. **E-mail:** mariadoparastm@hotmail.com.

SOURE

- **DEAM Soure - 5ª Região Integrada De Segurança Pública (RISP) Marajó Oriental.** **Endereço:** Rua da Matriz, S/N, Bairro Centro. **Telefone:** (091) 3741-1350. **E-mail:** soure@policiacivil.pa.gov.br.

TUCURUÍ

- **DEAM Tucuruí - 9ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) Lago de Tucuruí.** **Endereço:** Rua Raimundo Veridiano Cardoso, S/N, Bairro Santa Mônica. **Telefone:** (094) 3787-3340. **E-mail:** tucuruideam@policiacivil.pa.gov.br.

- **Coordenação De Políticas Para Mulheres – Tucuruí.** **Endereço:** Avenida Brasília, 381, Bairro Bela Vista. **Telefone:** (094) 98161-1039/ 99192-8598. **E-mail:** cmpmtucuru@gmail.com.

XINGUARA

- **Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) – Xinguara.** **Endereço:** Rua

Tucumã, 10, Bairro Setor Selecta ao lado do INSS. Telefone: (094)-99131-6997. E-mail: mariaparaxinguara@hotmail.com.

REFERÊNCIAS

2759

2760 BRASIL. **Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência
2761 doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal,
2762 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e
2763 da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher;
2764 dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera
2765 o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras
2766 providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em:
2767 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm. Acesso em: 11
2768 Set. 2019.

2769

2770 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações
2771 Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência**
2772 **sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3 ed. atual. e ampl. Brasília, DF:
2773 Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
2774 [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)
2775 [d.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf). Acesso em: 03 Out. 2019.

2776

2777 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**
2778 **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan - Brasil,**
2779 **2011**. Brasília, v.44, n.9, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
2780 <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9---VIVA-SINAN.pdf>.
2781 Acesso em 03 Out. 2019.

2782

2783 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria GM/MS nº**
2784 **1.271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de
2785 doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em
2786 todo o território nacional. Disponível em:
2787 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 03
2788 Out. 2019.

2789

2790 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Primária: Saúde das Mulheres**.
2791 Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, DF: Ministério da
2792 Saúde, 2016. Disponível em:
2793 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.
2794 Acesso em: 03 Out. 2019.

2795

2796 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 564/2017, de 06 de**
2797 **novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
2798 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso
2799 em: 13 Ago. 2019.

2800

2801 COSTA, L C.;LORDES R. G.; FRAGA, D.; SANTANA,N. M. T.; BUBACH S.; LEITE, F.
2802 M. C. Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres vítimas de violência. **Revenferm**
2803 **UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, n. e19334, 2018. Disponível em:
2804 <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.19334>. Acesso em: 18 Set. 2019.

2805

2806 MEIRA, K. C.; COSTA, M. A. R.; HONÓRIO, A. C. C.; SIMÕES, T. C.; CAMARGO, M.
2807 P.; SILVA, G. W. S. Tendência temporal da mortalidade por homicídio de mulheres em
2808 região brasileira. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, n. 1: e39864, jan.-dez. 2019. Disponível em:
2809 <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039864>. Acesso em: 11 Set. 2019.

2810 PARÁ (estado). **Lei Ordinária 8.097, de 1 de janeiro de 2015**. Institui a Fundação
2811 PROPAZ no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. Belém, PA:
2812 Gabinete do Governador, 2015. Disponível em: [http://www.propaz.pa.gov.br/pt-](http://www.propaz.pa.gov.br/pt-br/content/lei-de-cria%C3%A7%C3%A3o-0)
2813 [br/content/lei-de-cria%C3%A7%C3%A3o-0](http://www.propaz.pa.gov.br/pt-br/content/lei-de-cria%C3%A7%C3%A3o-0). Acesso em: 13 Ago. 2019.

2814
2815 PARÁ. Tribunal de Justiça do Estado. **Serviços e rede de Atendimento à Mulher no Pará,**
2816 **2019**. Disponível em: [http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Coordenadoria-](http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Coordenadoria-Estadual-das-Mulheres-em-Situacao-de-Violencia-Domestica-e-Familiar/429261-servicos-e-rede-de-atendimento-a-mulher.xhtml)
2817 [Estadual-das-Mulheres-em-Situacao-de-Violencia-Domestica-e-Familiar/429261-servicos-e-](http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Coordenadoria-Estadual-das-Mulheres-em-Situacao-de-Violencia-Domestica-e-Familiar/429261-servicos-e-rede-de-atendimento-a-mulher.xhtml)
2818 [rede-de-atendimento-a-mulher.xhtml](http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Coordenadoria-Estadual-das-Mulheres-em-Situacao-de-Violencia-Domestica-e-Familiar/429261-servicos-e-rede-de-atendimento-a-mulher.xhtml). Acesso em: 08 Out. 2019.

2819
2820 SILVA, C. D.; GOMES, V. L. O.; ACOSTA, D. F.; BARLEM, E. L. D.; FONSECA, A. D.
2821 Epidemiologia da Violência Contra a Mulher: características do agressor e do ato violento.
2822 **Revenferm UFPE**, Recife, v. 7, n.1, p. 8-14, 2013. Disponível em:
2823 <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10197/10757>. Acesso em:
2824 11 Set. 2019.

2825
2826 SOUZA, E. G.; TAVARES, R.; LOPES, J. G.; MAGALHÃES, M. A. N.; MELO, E. M.
2827 Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência
2828 em 10 municípios brasileiros. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. spe4, p. 13-
2829 29, dez. 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s401>. Acesso
2830 em 11 Set. 2019.

2831

2832

2833

2834

2835

2836

2837

2838

2839

2840

2841

2842

2843

2844

2845

2846

2847

2848 8.3 SAÚDE DE MULHERES NEGRAS

2849 De acordo com a Organização das Nações Unidas no Brasil a **população negra é a**
2850 **mais acometida por problemas de saúde evitáveis, incluindo a mortalidade materna e**
2851 **infantil, as infecções sexualmente transmissíveis, a tuberculose e a hanseníase** (ONU,
2852 2018). Estudos demonstram que as vulnerabilidades sociais da população negra determinam
2853 maiores dificuldades de acesso a bens públicos e serviços de saúde, e **maior prevalência de**
2854 **doenças crônicas e agravos relacionados à obesidade, violência, discriminação, racismo e**
2855 **racismo institucional** (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018; SILVA; PEREIRA, 2017;
2856 SANTOS, 2016; BRASIL, 2017a).

2857 O racismo é definido como a ideologia por meio da qual se crê na existência de
2858 hierarquia étnica entre os diferentes grupos humanos. Essa crença é sustentada por
2859 desigualdades culturais, políticas, sociais e psicológicas, que legitimam as diferenças sociais e
2860 os julgamentos morais entre os grupos raciais (TAVARES; KURATANI, 2019).

2861 O racismo institucional, por sua vez, caracteriza-se por colocar ou manter grupos
2862 raciais/étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a bens e serviços,
2863 sustentando as desigualdades na prestação desses serviços ou na distribuição de oportunidades
2864 e benefícios com base no caráter racial. Sendo sutil, o racismo institucional se revela por meio
2865 de práticas, rotinas, normas e comportamentos discriminatórios, oriundos do preconceito, da
2866 falta de atenção, da ignorância ou de estereótipos em relação às pessoas negras (ASSIS, 2018).

2867 O combate ao racismo e ao racismo institucional no SUS se constitui importante
2868 proposta da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** (PNSIPN), instituída
2869 no Brasil por meio da Portaria GM/MS nº de 13 de maio de 2009. Essa Política visa à
2870 promoção da saúde integral para a população negra, com ações e estratégias voltadas à
2871 redução das iniquidades em saúde e dos índices de morbimortalidade que mais afetam a
2872 população negra (BRASIL, 2017b).

2873 Para isso, a PNSIPN possui cinco eixos estratégicos de implementação: a) acesso às
2874 redes de atenção à saúde; b) vigilância e promoção em saúde; c) educação permanente e
2875 produção do conhecimento em saúde da população negra; d) fortalecimento da participação e
2876 do controle social e; e) monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra
2877 (BRASIL, 2016).

2878 As doenças e agravos mais comuns entre as pessoas negras, no que se refere à
2879 influência de fatores genéticos ou hereditários são **anemia falciforme, diabetes mellitus tipo**
2880 **II, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, doença hipertensiva específica da**
2881 **gestação e complicações devido à hipertensão arterial sistêmica** (BRASIL, 2016; 2017a).

2882 Nesse contexto, mostra-se relevante a atuação do enfermeiro e demais membros da equipe de
2883 Enfermagem à prestação de cuidados qualificados em saúde, tanto para a identificação dos
2884 agravos como para o seu monitoramento e controle.

2885 Mostra-se relevante conhecer e reconhecer as vulnerabilidades das pessoas negras no
2886 território de atuação das equipes de APS, as quais devem atuar para o combate ao racismo e à
2887 discriminação sofrida por essas pessoas nas instituições e serviços de saúde do SUS, sendo o
2888 enfermeiro uma importante referência profissional para os demais membros da equipe
2889 (BRASIL, 2017b).

2890 Destaca-se a importância de conhecimento pelo enfermeiro e demais profissionais de
2891 Enfermagem dos termos da Portaria GM/MS nº 344 de 2017, que dispõe como **obrigatório o**
2892 **preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em**
2893 **saúde do SUS**. Para isso, os profissionais devem considerar o critério de **autodeclaração do**
2894 **usuário**, de acordo com os padrões definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e
2895 Estatística (IBGE), exceto em casos de impossibilidade de autodeclaração.

2896 Entende-se que o enfermeiro deve atuar de maneira proativa para, por exemplo,
2897 **viabilizar durante a assistência de mulheres negras na Atenção Primária a realização de**
2898 **exames laboratoriais para a identificação de casos de anemia falciforme, de doença**
2899 **hipertensiva específica da gestação e outros agravos mais comuns**. Destaca-se que o
2900 diagnóstico da doença falciforme está incluído no Programa de Triagem Neonatal do SUS,
2901 assim como o **exame de eletroforese de hemoglobina na estratégia Rede Cegonha**
2902 (BRASIL, 2018).

2903

2904

2905

2906

2907

2908

2909

2910

2911

2912

2913

2914

2915

2916

REFERÊNCIAS

2917

2918 ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à
2919 violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, dez. 2018. Disponível
2920 em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>>. Acesso em: 20 Set. 2019.

2921

2922 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento
2923 de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Manual de Gestão para**
2924 **Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF:
2925 Ministério da Saúde, 2018.

2926

2927 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico
2928 **Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/cor**, v. 48, n.4.
2929 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

2930

2931 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento
2932 de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral**
2933 **da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde,
2934 2017b.

2935

2936 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento
2937 de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**. Painel de Indicadores
2938 do SUS. v. 7, n. 10 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

2939

2940 CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades
2941 quilombolas. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n.4, p. 1037-1045, abr. 2018. Disponível
2942 em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>. Acesso em: 07 Out.
2943 2019.

2944

2945 SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saude soc.**, São
2946 Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-618, Sept. 2016 Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1590/s0104-](http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627)
2947 [129020162627](http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627). Acesso em: 09 Out. 2019.

2948

2949 SILVA, M. M. S.; PEREIRA, J. G. **Violência contra a população negra: ampliando olhares**.
2950 In. Minayo, Maria Cecília de Souza; Assis, Simone Gonçalves de. Novas e velhas faces da
2951 violência no Século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro, RJ:
2952 Editora Fiocruz, 2017. p. 341-362.

2953

2954 ONU. Organização das Nações Unidas. **Negros têm maior incidência de problemas de**
2955 **saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU**. 2018. Disponível
2956 em: [https://nacoesunidas.org/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-](https://nacoesunidas.org/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu/)
2957 [no-brasil-alerta-onu/](https://nacoesunidas.org/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu/). Acesso em: 07 Out. 2019.

2958

2959 TAVARES, J. S. C.; KURATANI, S. M. A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo
2960 entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.
2961 39, e184764, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003184764>.
2962 Acesso em: 10 Out. 2019.

2963

8.4 SAÚDE DE MULHERES RIBEIRINHAS

2964

2965 De acordo com Gama et al. (2018) no Brasil são poucas as informações
epidemiológicas disponíveis sobre a saúde das mulheres ribeirinhas, as quais compõem os

2966 diferentes grupos sociais que caracterizam a população ribeirinha na Amazônia, dentre eles os
2967 povos indígenas e os migrantes de diversas regiões.

2968 As mulheres ribeirinhas vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos, quase
2969 sempre sem estrutura mínima de saneamento básico, transporte coletivo, emprego formal,
2970 energia elétrica e bens e serviços de saúde pública em geral. Tais limitações expõem a
2971 precariedade nas condições sociais, econômicas, geográficas e ambientais a que estão
2972 submetidas essas mulheres nos diversos municípios da Amazônia paraense (GAMA et al.,
2973 2018).

2974 As estratégias de expansão do acesso das mulheres ribeirinhas à rede de saúde do
2975 SUS perpassam pela territorialização de políticas públicas, a exemplo da PNAB, que desde o
2976 ano de 2012 trouxe em sua configuração inovações para a composição de equipes de
2977 Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluvial
2978 (ESFF) (EL KADRI et al., 2019).

2979 As ESFR estão vinculadas a uma UBS de referência, que pode estar localizada na
2980 zona urbana do município ou na região da comunidade ribeirinha. Na maior parte do tempo a
2981 prestação de serviços pelos profissionais de saúde se dá em UBS terrestre localizada na área
2982 adscrita, que pode ser a unidade de referência ou uma unidade de apoio, para a qual o acesso
2983 se dá por meio de transporte fluvial. As equipes de ESFR são compostas minimamente por
2984 um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de Enfermagem e um médico, podendo ser expandidas
2985 de acordo com as características de dispersão territorial da população (BRASIL, 2017).

2986 As ESFF, por sua vez, atuam em unidades básicas de saúde fluviais (UBSF),
2987 responsáveis por comunidades dispersas e ribeirinhas na área adscrita, cujo acesso se dá por
2988 meio fluvial. As equipes de ESFF também são compostas minimamente por um enfermeiro,
2989 um auxiliar ou técnico de Enfermagem e um médico, e podem ser expandidas de acordo com
2990 as características de dispersão populacional. Para ambas as equipes (ESFR e ESFF) os
2991 processos de trabalho preveem a adoção de circuito de deslocamento em embarcações, para
2992 garantir o atendimento de todas as comunidades distantes da UBS de referência e/ou da
2993 unidade de apoio (BRASIL, 2017).

2994 Para todas as **relações de cuidado entre os profissionais de Enfermagem e as**
2995 **mulheres ribeirinhas devem estar presentes o acolhimento, as questões sanitárias e de**
2996 **territorialização, a organização dos fluxos assistenciais, a oferta de cuidado**
2997 **multiprofissional e a avaliação de riscos e vulnerabilidades, com atenção especial para as**
2998 **condições crônicas transmissíveis e não transmissíveis, como hipertensão, diabetes,**
2999 **câncer de mama e de colo do útero e outros.** Nessa perspectiva, sugere-se que o enfermeiro,

3000 no exercício diário de sua profissão, busque saber e compreender o contexto cultural em que
3001 vive a mulher ribeirinha, suas percepções, dúvidas e expectativas em relação aos serviços de
3002 saúde e de Enfermagem oferecidos (PEREIRA, et al.,2018).

3003 Em se tratando muitas vezes de serviços de assistência domiciliar sugere-se aos
3004 enfermeiros e demais profissionais de Enfermagem das equipes de ESFR ou ESFF, a prática
3005 das condutas instituídas na Resolução Cofen nº 464/2014, que normatiza a atuação da equipe
3006 de Enfermagem na atenção domiciliar em todo o território nacional. Segundo a normativa, a
3007 atenção domiciliar de Enfermagem deve ser pautada em **rotinas e protocolos validados e**
3008 **frequentemente revisados**, com a operacionalização e registro do Processo de Enfermagem
3009 em pelo menos cinco etapas, a saber: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem e
3010 prescrição, implementação e avaliação de Enfermagem (COFEN, 2014).

3011

3012

3013

3014

3015

3016

3017

3018

3019

3020

3021

3022

3023

3024

3025

3026

3027

3028

3029

3030

3031

3032

3033

3034

REFERÊNCIAS

3035 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a**
3036 **Política Nacional de Atenção Primária, estabelecendo a revisão de diretrizes para a**
3037 **organização da Atenção Primária, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília,
3038 DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível
3039 em:[http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017)
3040 [n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017). Acesso em: 5 Nov. 2019.

3041

3042 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 464/2014. **Normatiza a**
3043 **atuação da equipe de Enfermagem na atenção domiciliar**. Brasília, DF: Cofen, 2014.
3044 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso
3045 em: 10 Nov. 2019.

3046

3047 EL KADRI, M. R.; SANTOS, B. S.; LIMA, R. T. S. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um
3048 novo modelo da Atenção Primária para a Amazônia, Brasil. **Interface** (Botucatu), v.
3049 23, e180613, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.180613>. Acesso em:
3050 10 Nov. 2019.

3051

3052 GAMA, A. S. M.; FERNANDES, T. G.; PARENTE, R. C. P.; SECOLI, S. R. Inquérito de
3053 saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de
3054 Janeiro, v. 34, n. 2, e00002817, 2018. Disponível em:[https://doi.org/10.1590/0102-](https://doi.org/10.1590/0102-311x00002817)
3055 [311x00002817](https://doi.org/10.1590/0102-311x00002817). Acesso em: 10 Nov. 2019.

3056

3057 PEREIRA, A. A.; SILVA, F. O.; BRASIL, G.B.; RODRIGUES, I. L. A.; NOGUEIRA, L.
3058 M. V. Percepções de gestantes ribeirinhas sobre a assistência pré-natal. **Revista Cogitare**
3059 **Enfermagem**, v. 4, n. 23, e54422, 2018. Disponível em:
3060 <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.54422>. Acesso em: 10 Fev. 2020.

3061

3062