



**Protocolo de
Enfermagem**

**Saúde da
Mulher**

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MACAÉ**





Prefeitura Municipal de Macaé
Secretaria Adjunta de Atenção Básica
Coordenação de Enfermagem



Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Município de Macaé

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ

ELABORADO EM 2019 /2020

Prefeito

Aluizio dos Santos Junior

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretária de Saúde

Deusilane Hermes Froes Galiza de Almeida

Secretário de Atenção Básica

Hélio Conceição da Cruz

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Carla Pires Rocha Corga

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Coordenador Técnico

Sérgio da Silva Ornellas Filho

ELABORADO POR:

Simone Sales Caldeira Rodrigues (Enfermeira)

REVISADO POR:

Ana Eleonora Feydit Arêa de Abreu (Enfermeira)

ENFERMEIROS COLABORADORES:

ALINE DA SILVA LOPES CEZAR

ANA PAULA DAL-CIN TEIXEIRA

ANA PAULA TOURINHO ROBIM

ANA ELEONORA FEYDIT AREA DE ABREU

ANDRESA DA SILVA PINHEIRO

ANDREIA PEREIRA DOS SANTOS

ANDREA KIMIE YAMAMOTO

ANGELA MIRCHELLE BARBOSA DA PAZ

ARIANE IGREJA BUCCOS MARINHO CRUZ

CARLA PIRES ROCHA CORGA

CINTIA DE OLIVEIRA SOARES

CLAUDIO AUGUSTO RODRIGUES QUITAR JUNIOR

DALVA MARIA ASSIS DA VINHA

DANIELA BASTOS SILVEIRA

DANIELLY GOMES DA SILVA

DEBORA MANCEBO ZAROOUR SARDINHA

DULCE MARA RODRIGUES

ELENICE SALES DA COSTA

ELAINE DE SOUZA BARCELLOS

ELAINE GONCALVES DE CASTRO

ELIANE GUEDES RABELLO FERNANDES

ELIELSON VIANA FERREIRA

EMILIA DA COSTA MOREIRA FALCAO

FABRIZIO DO CARMO PEREIRA

FLAVIA BARBOSA DO ESPIRITO SANTO

FLAVIO DE ALMEIDA CABRAL DE MELO

GISELE RAIMUNDO PASTANA

HERICA ALMEIDA DAS CHAGAS

IEDA MARIA LOPES PEREIRA

IRMA TEREZINHA KOVACS

ISABELLE DE FATIMA NOGUEIRA PEREIRA

JANAINA DE AVILA MAGALHAES COUTINHO

JANICE ROSA DE JESUS CONCEICAO

JERUSA DE ARAUJO QUEIROZ

JOYCE BECKER SILVEIRA

JOSANE DE OLIVEIRA GEREMIAS SOARES

KISSILA VERONICA DE ARAUJO

JULIANA CRISTINA SEABRA TOME DA COSTA AURICHIO

JULIANA DIAS TATAGIBA

JULIANA NUNES AMORIM MACIEL

JULIANA SOUZA SILVA

LEANDRA FARIA BIZZO

LEILA MARIA NOGUEIRA DE ARAÚJIO

LENISE LOBO DA SILVA

LILIA MARCIA GOMES MOREIRA

LISA PRISCILLA DE CASTRO FLORENCIO BARCELOS CHAGAS

LIVIA HELENA PEREIRA DA SILVA

LUCIANE BARBOSA MARTINS

LUCIANO DE SOUZA RAMOS

LUCIANO FERREIRA FERNANDES

LUCIENE DE AGUIAR DIAS BARCELOS COUTINHO

LUZIA MARCILINA

MANOELA GOMES NASCIMENTO GERALDO

MARIA DE NAZARE BASTOS EFIMA

MARIA DE FATIMA RODRIGUES DE BRITO

MARIA DO CARMO FAGUNDES DA SILVA

MARIA NAZARETH PINHEIRO CORREA

MAIANA MARIA DE LIMA DANTAS

MARIANA GOMES JORGE

MARCIO MAGALHAES MEIRELES

MARIELLA VIAL DE SOUZA PINTO

MAXMILIANO CEZAR PERDOMO COSTA

MICHELE RODRIGUES DE OLIVEIRA

MILAUDY DA CUNHA AMORIM DE MELLO

MONIQUE DOS SANTOS MATTOS

MYRNA BERNARDO DA CONCEICAO SILVA

NATALIA PIRES ANTUNES

NEISA CRISTINA PACHECO DO NASCIMENTO SOARES

PATRICIA GONCALO MOREIRA

PRISCILLA MOUTELLA BARROSO ARAUJO

RAYSSA MAIA DO NASCIMENTO DE SOUZA

RENATA RAMOS PORTELLI MAGALHAES

RITA DE CASSIA VILAS BOAS SARMENTO

ROBERTA FREITAS CUSTODIO DA CRUZ

RODRIGO AZEVEDO BEZERRA

SIMONE ABUGEBER DAMASCENO DE CARVALHO

SIMONE SALES CALDEIRA RODRIGUES

SORAIA VILELLA

TATIANA AVELAR DE OLIVEIRA

THAINA RAMOS LESSA

THALITA BARBOSA DA GAMA

THAIS COELHO PINTO

TEREZA RIBEIRO DA FONSECA

VICTOR TAVARES DE SOUZA

VILMA LUCIA ROCHA MOREIRA

VIVIAN MOREIRA AZEVEDO VIEIRA

HOMOLOGADO EM 2021

PREFEITO

Welberth Porto de Rezende

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretária de Saúde

Liciane Furtado Cardoso

SECRETÁRIO DE ATENÇÃO BÁSICA

Luiz Carlos Braga Edmundo

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Natalia Pires Antunes

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Coordenador Técnico

Edilson Simões da Silva

Coordenação de Enfermagem Estratégia de Saúde da Família

Simone Sales Caldeira Rodrigues

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	Pág 12
DAS ATRIBUIÇÕES.	Pág 13
DO ACOLHIMENTO E TRIAGEM.	Pág 24
SAÚDE DA FAMÍLIA	Pág 26
• Estratégia de Saúde da Família.....	Pág 27
• Mapeamento	Pág 28
• Cadastramento	Pág 28
• NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	Pág 29
• Reunião de Equipe.....	Pág 30
• Educação Permanente	Pág 30
• Consulta de Enfermagem/SAE.	Pág 30
• Visita Domiciliar.	Pág 31
• Coordenação do Cuidado	Pág 32
• Participação do Usuário	Pág 32
• Validade das prescrições medicamentosas realizadas pelo Enfermeiro	Pág 33
SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL	Pág 35
• Introdução.....	Pág 36
• Assistência ao Pré-Natal de baixo risco	Pág 36
• Atribuições do enfermeiro nas equipes da Atenção Básica	Pág 37
• Consulta de Pré-Natal	Pág 39
• Calendário das Consultas.....	Pág 47
• Consultas Subsequentes.	Pág 49
• Solicitação de Exames.	Pág 50
• Classificação de Risco gestacional	Pág 52
• Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe básica	Pág 53

- Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco..... **Pág 54**
- Fatores relacionados às condições prévias..... **Pág 54**
- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior..... **Pág 55**
- Fatores relacionados à gravidez atual..... **Pág 55**
- Fatores de risco indicando encaminhamento à urgência/emergência obstétrica **Pág 56**
- São fatores de risco de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica **Pág 56**
- Encaminhamento para o alto risco e ginecologista **Pág 57**
- Infecções Sexualmente Transmissíveis em gestantes..... **Pág 58**
- Realização de testes rápidos..... **Pág 63**
- Achados clínicos e condutas..... **Pág 66**
- Queixas mais comuns na gravidez..... **Pág 72**
- Cuidados com a mama na gravidez..... **Pág 75**
- Colpocitologia oncológica na gestação..... **Pág 76**
- Assistência à gestante com diabetes gestacional..... **Pág 76**
- Consulta de puerpério **Pág 78**

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....Pág 84

- Exame citopatológico..... **Pág 85**
- Técnica de realização da coleta do material para o exame preventivo do câncer do colo do útero..... **Pág 87**
- Recomendações prévias à mulher para a realização do exame..... **Pág 87**
- Adequabilidade da amostra **Pág 89**
- Resultados Citológicos..... **Pág 91**

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA Pág 95

- Prevenção do câncer de mama Pág 96
- Recomendações / Observações..... Pág 97
- Classificação BI-RADS..... Pág 98

SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO.....Pág 100

- Climatério.....Pág 101
- Manifestações transitórias. Pág 101
- Manifestações não transitórias. Pág 101
- Consulta de enfermagem..... Pág 102
- Orientações de acordo com as queixas. Pág 103

SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVOPág 105

- Planejamento Reprodutivo..... Pág 106
- Consulta de enfermagem..... Pág 106
- Condutas/Intervenções de enfermagem. Pág 107
- Escolha do método anticoncepcional.....Pág 108
- Métodos hormonais. Pág 111
- Contraceptivos ofertados na rede..... Pág 117

SAÚDE DA MULHER NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE

TRANSMISSÍVEIS..... Pág 119

- Infecção sexualmente transmissível (IST). Pág 120
- Abordagem às pessoas com IST..... Pág 120
- Oferta de preservativos. Pág 121
- Abordagem às parcerias sexuais. Pág 122
- Comunicação por busca ativa Pág 122
- Princípios para comunicação das parcerias sexuais..... Pág 123
- Corrimentos vaginais.Pág 124
- Úlcera genital Pág 126

- Opções terapêuticas para úlceras genitais (exceto herpes) Pág 127
- Corrimento uretral Pág 129
- Desconforto ou dor pélvica Pág 133
- Tratamento DIP. Pág 133

SAÚDE DA CRIANÇA EM PUERICULTURA..... Pág 135

- Puericultura Pág 136
- Gráficos de crescimento e desenvolvimento Pág 137
- Avaliação do desenvolvimento Pág 139
- Calendário de acompanhamento das crianças. Pág 142
- Consulta de enfermagem..... Pág 142
- Condutas de enfermagem em queixas específicas..... Pág 146
- Aspectos gerais do desenvolvimento..... Pág 147
- Sinais de alerta de problemas no desenvolvimento Pág 148
- Orientações durante as consultas..... Pág 157
- Avaliação da alimentação da criança..... Pág 159
- Processo de desmame..... Pág 164
- Imunização Pág 166
- Notificação e investigação dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV)..... Pág 169
- Calendário de vacina da criança..... Pág 171

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).Pág 174

- Hipertensão Arterial Sistêmica Pág 175
- Consulta de enfermagem..... Pág 178
- Transcrição de receita realizada pelo enfermeiro Pág 187

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – DIABETES MELLITUS (HAS).Pág 192

- Diabetes Mellitus Pág 193
- Consulta de enfermagem..... Pág 196
- Orientações..... Pág 198
- Transcrição de receita realizada pelo enfermeiro Pág 203

CONTROLE DE TUBERCULOSE Pág 209

- Tuberculose..... Pág 210
- Consulta de enfermagem ao usuário com suspeita de tuberculose ou tuberculose confirmada.....Pág 210

PROTOCOLO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO E TRATAMENTO DA PESSOA COM HANSENÍASE.....Pág 214

- Hanseníase Pág 215
- Definição.....Pág 215
- Rastreamento de contato Pág 220

APRESENTAÇÃO

Com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem na prática cotidiana dos serviços de saúde, a Coordenação de enfermagem de Macaé elaborou o Protocolo para Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Neste protocolo, o profissional de Enfermagem terá acesso, de forma sucinta e objetiva, às diversas publicações dos órgãos envolvidos com a saúde pública em nosso país. Desta forma, acreditamos que este material contribuirá para facilitar a implementação de iniciativas simples e resolutivas que se encaixam nas carências da saúde, o que não exclui a necessidade de consultar os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, podendo o enfermeiro realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares prescrever medicações, previamente estabelecidos nos manuais dos programas de saúde pública.

A diversidade de procedimentos hoje disponíveis na saúde, a premente necessidade de organização dos serviços e o desenvolvimento de atitudes interdisciplinares exigem dos profissionais e gestores, a elaboração, a divulgação e a adoção de ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações de saúde são sustentadas por processos de trabalho e procedimentos que envolvem a equipe multidisciplinar. Neste, ressalta-se a enfermagem, pois possui um papel fundamental na implementação das políticas públicas, além de representar quantitativamente a maior força de trabalho no contexto da saúde.

O protocolo trata-se de um consolidado de normativas, políticas governamentais e pesquisas científicas que dão subsídios às ações dos profissionais de enfermagem. Assim, os capítulos foram elaborados ou atualizados a partir das evidências de melhores práticas para a tomada de decisão desses profissionais com base em referencial atualizado, confiável e de acordo com os pressupostos legais.

DAS ATRIBUIÇÕES:

Em 2017, o Ministério da Saúde por meio da portaria 2436, aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a reorganização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesta portaria são definidas as atribuições de toda a equipe de saúde, inclusive da enfermagem. São consideradas atribuições comuns a todos os profissionais:

ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS MEMBROS DAS EQUIPES QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA:

I- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

IV- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra

referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção,

buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXI-Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializações intersetoriais;

XXVI- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;e

XXVII- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

E QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO

BÁSICA?

A prática da Enfermagem no âmbito da atenção básica em saúde deve estar fundamentada na Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987. Cabe ressaltar que essa prática deve ser respeitada em todas as suas dimensões e graus de habilitação: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO A LEI Nº 7.498/1986 E DECRETO Nº 94.406/1987.

1. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO SEGUNDO A LEI 7.498/1986

Art. 11 – I – Privativamente:

- a.** Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b.** Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c-** Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- h.** Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- i.** Consulta de Enfermagem;
- j.** Prescrição da assistência de Enfermagem;
- l.** Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m.** Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

1.1. COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE:

- a.** Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f. Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;
- g. Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- h. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i. Execução do parto sem distocia;

Parágrafo Único: às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica desta lei incumbe, ainda:

- a. Assistência à parturiente e ao parto normal;
- b. Identificação das distocias obstétricas e tomada de providencias até a chegada do médico;
- c. Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

2- ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987

Art. 8 – I – Privativamente:

- a. Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b. Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

- c. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d. Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e. Consulta de Enfermagem;
- f. Prescrição da assistência de Enfermagem;
- g. Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h. Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

2.1- COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE:

- a. Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b. Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c. Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d. Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f. Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g. Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h. Prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i. Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l- Execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

m-Participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n. Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o. Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p. Participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q. Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r. Participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I. Prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II. Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III. Realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

3- ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A LEI 7.498/1986:

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a. Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b. Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 desta lei;
- c. Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d. Participar da equipe de saúde.

Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, denatureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b. Executar ações de tratamentos simples;
- c. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d. Participar da equipe de saúde;

4- ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SEGUNDO O DECRETO 94.406/1987:

Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – Assistir o Enfermeiro:

- a. No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- b. Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- c. Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- d. Na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;

e. Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f. Na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º.

II- Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III- Integrar a equipe de saúde.

Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

- a. Ministrando medicamentos por via oral e parenteral;
- b. Realizando controle hídrico;
- c. Fazendo curativos;
- d. Aplicando oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e. Executando tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f. Efetuando o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g. Realizando testes e procedendo à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
- h. Colhendo material para exames laboratoriais;
- i. Prestando cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
- j. Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- k. Executando atividades de desinfecção e esterilização;

IV – Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

- a. Alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V – Integrar a equipe de saúde;

VI – Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- Orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas. Auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII- Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII- Participar dos procedimentos pós-morte.

5- ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.

5.1- ENFERMEIRO (PNAB 2017):

I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em todos os ciclos de vida;

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

III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados à sua área de competência na UBS;
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

5.2-TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

- I – Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II- Realizar procedimentos de Enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo Enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;
- III- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

DO ACOLHIMENTO E TRIAGEM:

Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários. O Acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes

enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procurem a unidade de saúde.

“Inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (Brasil, 2004).

A triagem caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), limitando-se à divisão: quem não deverá ser atendido x quem deverá ser atendido. O foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença-cuidado não se constitui com base do trabalho. Outro aspecto importante relaciona o modo como a triagem foi incorporada no funcionamento dos serviços de saúde, em algumas realidades, não sendo incomum critérios como: nº de vagas na agenda (definidos previamente) e ordem de chegada (independente da necessidade clínica) definir o acesso do paciente ao serviço. É fato encontrar a triagem setorizada e realizada por funcionários administrativos.

O Acolhimento como diretriz, caracteriza um processo dinâmico, contínuo, que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado. Organiza-se sob orientação decididamente inclusiva, de modo que, ao abordar o usuário e escutá-lo em sua demanda.

SAÚDE DA FAMÍLIA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

A atenção à Saúde da Família está inserida no sistema de saúde brasileiro –Sistema Único de Saúde (SUS), como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema e de fortalecer a Atenção Básica (AB) como força motora das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Dentre as características mais marcantes da AB, está seu alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, chegar o mais próximo possível das vidas das pessoas. A AB se torna o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada deles no SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

As ações podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio:

- Nas unidades de saúde: geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médico e odontológico. Entretanto, podem ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações.
- Na comunidade: com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver diversas ações na comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários entre outros.

- No domicílio: o domicílio representa o epicentro da maioria dos processos e ações da ESF, pois é nesse local que tem o acesso aos condicionantes individuais, coletivos, sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.

Mapeamento:

O mapeamento é o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente. Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes.

A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território. No caso do número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é preciso considerar que uma ACS pode ter cadastrado em sua microárea um máximo de 750 pessoas e que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de SF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Cadastramento:

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente ao Agente Comunitário de saúde (ACS), é realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas que ajudará na definição precisa do território. Esse cadastro está organizado nas dimensões domiciliar e individual.

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que esse é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de SF e as famílias. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidades cadastradas.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O NASF faz parte da AB, mas não se constitui um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Os mesmos foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de AB para populações específicas, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF:

“discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc...”

Reunião de equipe:

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações da ESF tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família.

Por meio das reuniões com todos os membros da equipe, é possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. É atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).

Educação Permanente:

A Educação Permanente na SF deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. “A Educação Permanente deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores” (BRASIL, 2012).

Consulta de Enfermagem / SAE:

Faz-se importante que a equipe de enfermagem que atua na ESF, atue de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o indivíduo, família e/ou comunidade. Atualmente, uma das formas de atuação

sistematizada acontece por meio do Processo de Enfermagem, que é composto por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução. O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência.

Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na AB, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado de Oren. Quanto às terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Visita domiciliar:

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliá-lo dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

Coordenação do cuidado:

Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2012).

Participação do usuário:

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário à equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conquistou a empatia do usuário e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local sendo instâncias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolidam o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País

Validade das prescrições medicamentosas realizadas pelo Enfermeiro

As receitas prescritas pelo Enfermeiro terão validade de noventa (90) dias.

Referências:

ALVES, US – Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. In: Inteface, BA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. _____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família – volume 2 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____ Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Copilada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. DF, 2011.

CONASS. Coleção Para entender a Gestão do SUS. Brasil, 2011.

FIOCRUZ, Sumula. Conselhos de Saúde a Controle Social, Ed Especial. RJ, 2001.

MARTINS JS, et al. Estratégia Saúde da Família: População Participativa, saúde ativa. In:

Revista de Enfermagem Integrada. MG. 2008.

MONKEN M.; BARCELLOS C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2005, vol.21, n.3, p. 898-906.

NERY, AA, et al. Saúde da Família: Visão do Usuário. In: Revista de Enfermagem, RG, 2011.

NEVES, RTN de A. Mapeamento do Território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte. Recife: [s.n.], 2011. 33 p.

Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.:

il. (NAVEGADORSUS, 2)

PENA RO. Protagonismo do Usuário no SUS e a Promoção da Saúde. DF, 2010.

RONZANI TM, et al. Programa Saúde da Família segundo Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários. IN. Revista Ciência e Saúde Coletiva, MG, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SP. Cartilha para Orientação aos Conselheiros da Saúde. SP, 2008.

TEIXEIRA CF; PAIM JS; VILLASBOAS AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *InfEpidemiol SUS*, 7:7-28, 1998.

SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL

INTRODUÇÃO:

O Ministério da Saúde com a finalidade de organizar a rede assistencial normatizou as práticas de saúde através da criação de vários programas, entre eles o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, que introduz a perspectiva da atenção à mulher em todas as fases de sua vida (desde a adolescência até a terceira idade), objetivando a assistência integral a saúde da mulher, considerando sua individualidade, necessidades e direitos.

Esse programa consiste em um conjunto de ações básicas que propõe ao setor da saúde assumir a promoção de educação em saúde à mulher, como objetivo de reduzir a morbimortalidade. As suas práticas assistenciais e educativas envolvem os programas nacionais de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas, assistência ao parto, puerpério e ao climatério, proporcionando uma melhor qualidade no atendimento ao público feminino.

Além da competência técnica para atuar na atenção à saúde da mulher, o enfermeiro, deverá promover acolhimento humanizado com escuta qualificada. Ao exercer o papel educativo, esse profissional poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da mulher, família e comunidade.

1- Assistência ao pré-natal de baixo risco:

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal de baixo risco objetiva assegurar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal, inclusive com enfoque psicossocial e educativo, para garantia do parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante do prognóstico ao nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Caso o parto não ocorra até a 41ª semana, encaminhar a gestante para a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro na rede básica de saúde é respaldado pelo MS e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica (AB), são preconizadas a assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, a solicitação de exames complementares e testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e de rotina aprovada pela instituição de saúde.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher.

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. E, no caso de uma gestação indesejada é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas.

Quadro 1. Atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação. |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada |

consultado(a) médico(a).
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de assistência • pré-natal.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar testes rápidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfatoferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das • DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica).
<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar a gestante para atendimento odontológico e médico.
<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista, assistente • social de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional).
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar e encaminhar a gestante para a vacinação contra tétano e hepatite B • quando não estiver imunizada.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso haja dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para esse atendimento), encaminhar diretamente ao serviço • de referência.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do • útero.
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades • de sala de espera).
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa • das gestantes faltosas.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal,acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro • sobre o planejamento familiar.

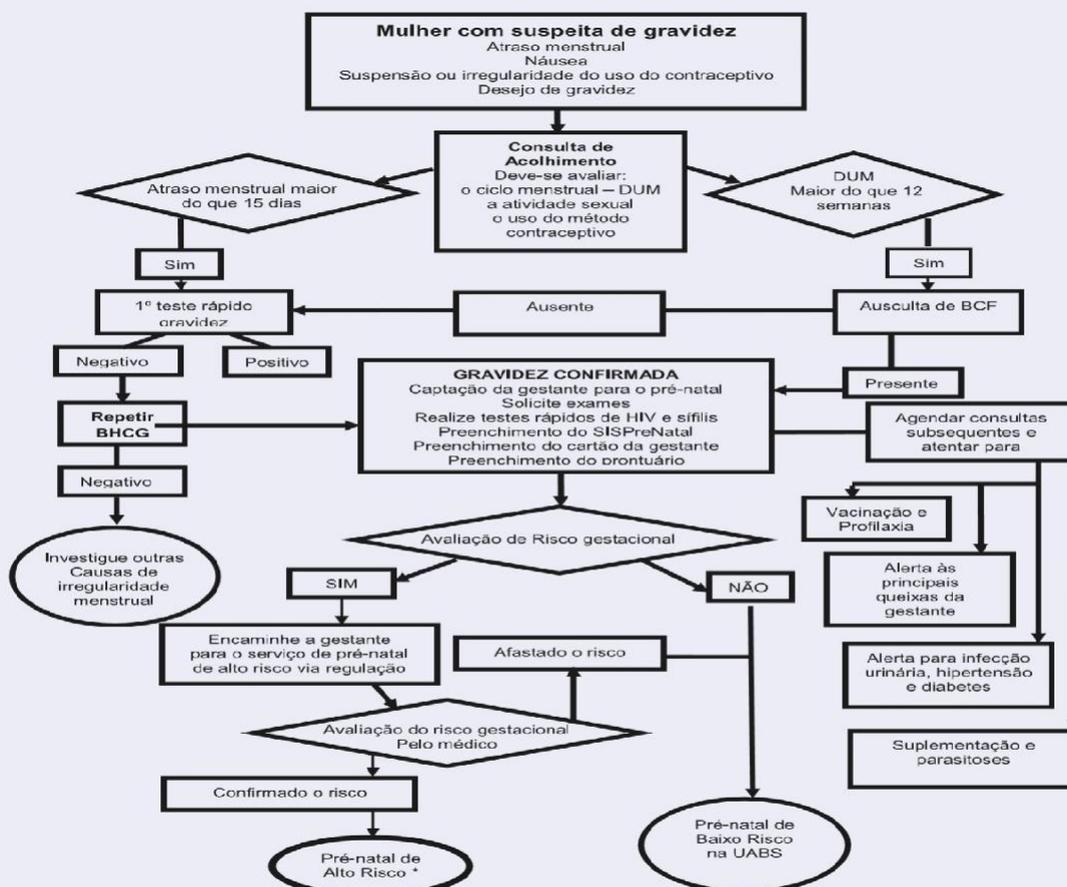
Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a avaliação de risco gestacional para identificar os fatores que permitem o acompanhamento pela equipe

de atenção básica. Os fatores de risco devem ser identificados em destaque no Cartão da Gestante. A caracterização de uma situação de risco que envolve risco real e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada. Informações sobre a evolução da gravidez e os tratamentos administrados à gestante podem ser obtidos por meio da contra-referência e da busca ativa durante visita domiciliar (BRASIL, 2012).

FLUXOGRAMA 2- Pré-natal na Atenção Básica

Pré-natal de baixo risco



CONSULTA PRÉ-NATAL:

no ambulatório de pré-natal de alto risco; manter acompanhamento da gestante pela equipe de saúde; monitorar os retornos das gestantes ao ambulatório de alto risco durante as visitas domiciliares; identificar o hospital de referência de alto risco para o parto; garantir atendimento da equipe de área de abrangência (incluir o companheiro da gestante); monitorar retorno; agendar consulta de puerpério para 1ª semana de pós-parto.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

O enfermeiro tem papel fundamental na captação precoce das gestantes para o pré-natal. Preferencialmente, o pré-natal deve ser iniciado até a 12ª semana de gestação

com acolhimento e classificação de risco, observando-se as singularidades e vulnerabilidade das gestantes para encaminhamentos, caso necessário, à equipe multiprofissional.

Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB, está incluído o atendimento ao pré-natal. É preconizada a assistência de forma humanizada, com a realização de consultas de enfermagem, solicitação de exames, realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos, previamente estabelecidos nas políticas de saúde e protocolos instituídos pela gestão municipal.

A Primeira consulta pré-natal deverá ser realizada pelo enfermeiro. A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

NA PRIMEIRA CONSULTA O ENFERMEIRO DEVERÁ:

REALIZAR ENTREVISTA:

- presença de sintomas e queixas;
- planejamento reprodutivo;
- rede familiar e social;
- condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais;
- atividade física;
- história nutricional;
- tabagismo e exposição à fumaça do cigarro;
- álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas);
- antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno;

- saúde sexual;

- imunização;
- saúde bucal;
- antecedentes familiares.

REALIZAR EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

EXAME FÍSICO GERAL:

- Medir e monitorar peso para avaliar o estado nutricional da gestante;
- Medir estatura;
- Calcular Índice de Massa Corporal - IMC mensalmente;
- Monitorar pressão arterial;
- Monitorar frequência cardíaca, se necessário;
- Medir temperatura axilar, se necessário;
- Inspeccionar pele e mucosas;
- Palpar tireóide;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Palpar gânglios axilares e inguinais;
- Monitorar presença de edemas (face, tronco, membros);
- Verificar a imunização antitetânica e Hepatite B da gestante;
- Realizar educação em saúde para a gestante e familiares: orientar quanto as alterações fisiológicas que acometem a gestante, sintomas frequentes e condutas; os cuidados com a alimentação e com a pele; importância de exercícios físicos;
- Avaliar o grau de risco reprodutivo e encaminhar para unidades de referência quando necessário (mantendo a assistência na ESF).

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO:

- Examinar mamas e incentivar aleitamento materno;
- Medir a altura do fundo uterino e comparar com a IG;
- Auscultar e monitorar batimentos cardíofetais;

- Realizar palpação obstétrica;
- Inspecionar os genitais externos;
- Realizar exame especular, quando necessário;
- Realizar coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Realizar educação individual e em grupo respondendo às dúvidas e inquietações da gestante, orientando o preparo das mamas para o aleitamento materno; esclarecer dúvidas; esclarecer os sinais de alerta e o que fazer nestas situações; orientar sobre os cuidados após o parto e os direitos da gestante; orientar a prevenção de IST/HIV; informação sobre métodos anticoncepcionais e intervalos das gestações.
- Estimular parto normal.

REALIZAR PLANO DE CUIDADO

PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA NA GRAVIDEZ:

- cefaléia;
- contrações regulares;
- diminuição da movimentação fetal;
- edema excessivo;
- epigastralgia;
- escotomas visuais;
- febre;
- perda de líquido;
- sangramento vaginal.

- Avaliação do risco gestacional:

- fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco;
- fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco;
- sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.

- CADASTRAMENTO E PREENCHIMENTO DA CADERNETA DA GESTANTE:

- preenchimento do cartão da gestante;

- preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal.

- IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS QUEIXAS E INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL:

- Estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário.
- Verificar o grau de segurança na gestação e na lactação.

- ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA:

- Manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica;
- Solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante;
- Realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

-VINCULAÇÃO COM A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA E DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO:

- Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto.
- Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher.

- SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO:

- ferro elementar (40 mg/dia);
- ácido fólico (0,4 mg/dia);
- ácido fólico (5 mg/dia) (utilizado em substituição à dose indicada, sem contraindicações às gestantes).

Prescrever Ácido Fólico 5mg 1x/dia cedo para as gestantes na primeira consulta pré-

natal. **Indicado até o final da gravidez;**

Prescrever sulfato Ferroso 40mg 1x/dia 30 minutos antes do almoço para as gestantes na primeira consulta pré-natal. Indicado até três meses após o parto ou aborto, preferencialmente associado com uma fruta cítrica para auxiliar na absorção do ferro.

- SUPLEMENTAÇÃO DE CARBONATO DE CÁLCIO:

- **2 comprimidos 12/12h de Cálcio elementar 1.000 mg (1.250 mg Ca) . Para todas as gestantes acima de 12 semanas. Ressalta-se que a administração do carbonato de cálcio não pode coincidir com o horário do sulfato ferroso.**

- IMUNIZAÇÃO:

A gestação é uma ótima oportunidade para atualizar o calendário vacinal da mulher. O objetivo da vacinação nesse período é proporcionar proteção para a gestante e também para o feto. Idealmente, mulheres em idade fértil e/ou que desejam gestar, devem ser orientadas a manter a vacinação em dia.

A única vacina administrada especificamente em função da gestação é a vacina dTpa.

dTpa e/ou dT

São indicadas para proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. A administração da vacina dTpa depender da situação vacinal encontrada.

A vacina dTpa deverá ser realizada a cada gestação, independentemente do esquema vacinal anterior, e está indicada a partir da 20ª semana gestacional até 45 dias após o parto. Apesar de a vacina poder ser administrada no puerpério, é importante ressaltar que esta estratégia só deve ser realizada como última opção, pois ao vacinar uma gestante após o parto, não haverá transferência de anticorpos para o feto, mas impede que a mãe adoeça e possa ser uma fonte de infecção para o seu filho.

Esquema de vacinação dT e/ou dTpa conforme histórico vacinal:

- **Gestante não vacinada/sem comprovação vacinal** : administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.

- **Esquema incompleto de dT (uma dose)** : administrar uma dose de dTe uma de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
- **Esquema incompleto de dT (duas doses)** : administrar uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
- **Esquema completo de dT (três doses há menos de 05 anos)** : administrar uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
- **Esquema completo de dT (três doses há mais de 05 anos)** : administrar uma dose de reforço de dT e uma dedTpa a partir da 20ª semana de gestação.

OBSERVAÇÕES:

- Nunca reiniciar o esquema, apenas completá-lo de acordo com histórico vacinal.
- O intervalo ideal entre as doses é de 60 dias. Quando necessário, o intervalo mínimo deve ser de 30 dias. A última dose ou reforço com dTpa deve ser administrado pelo menos 20 dias antes da data provável do parto.
- Mesmo com esquema completo (três doses da vacina) e/ou reforço em dia, a gestante deverá receber uma dose de dTpa a cada gestação.
- Em todos os casos, após completar o esquema, é necessário administrar uma dose de reforço a cada 10 anos.

Influenza

A vacina protege contra o vírus da *influenza* e contra as complicações da doença (gripe), principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. Ela é oferecida em períodos específicos do ano e pode mudar sua formulação de um ano para o outro, devido às mudanças das características do vírus influenza.

Gestantes devem ser imunizadas com dose única em qualquer idade gestacional.

Configura-se como uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e para o lactente.

OBSERVAÇÃO:

A vacina influenza pode ser administrada na mesma ocasião de outras vacinas procedendo a administração com seringas e agulhas diferentes em locais anatômicos diferentes.

Hepatite B

A vacina hepatite B está indicada para todas as gestantes, de qualquer faixa etária, e em qualquer idade gestacional, a depender da situação vacinal encontrada, para prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B.

Esquema de vacinação da hepatite B conforme histórico vacinal:

- **Gestante não vacinada/sem comprovação vacinal** : administrar três doses da vacina hepatite B com intervalo recomendado de 30 dias entre a 1º e a 2º dose e de 6 meses entre a 1º e a 3º dose (0, 1 e 6).
- **Esquema incompleto de hepatite B (uma dose)** : completar o esquema com duas doses da vacina hepatite B com intervalo mínimo de 2 meses entre as doses.
- **Esquema incompleto de hepatite B (duas doses)** : completar o esquema com uma dose da vacina hepatite B.

OBSERVAÇÕES:

- Nunca reiniciar o esquema, apenas completá-lo de acordo com histórico vacinal.
- A vacina pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas dos calendários de vacinação do Ministério da Saúde.

- Solicitar anti-Ag-HBs preferencialmente na primeira consulta de pré- natal em caso de gestante previamente vacinada, e seguir esquemado quadro abaixo:

-

Situação do profissional	Esquema vacinal
Sorologia (anti-AgHBs) negativa de 1 a 2 meses após a terceira dose	Repetir esquema vacinal completo
Sorologia (anti-AgHBs) negativa 1 a 2 meses após terceira dose do segundo esquema	Não vacinar mais, considerar suscetível não respondedor; testar AgHBs para excluir portador crônico
Sorologia (anti_AgHBs) negativa seis meses ou mais após a terceira dose do primeiro esquema	Aplicar uma dose e repetir sorologia um mês após, caso positiva considerar vacinado, caso negativa completar esquema.

- Encaminhar para avaliação odontológica e nutricional;
- Registrar a consulta em prontuário (todas as consultas e procedimentos);
- Preencher “Ficha Perinatal” e anexar ao prontuário;

CALENDÁRIO DAS CONSULTAS:

As consultas de Pré-natal de risco habitual podem ser realizadas por Enfermeiros e Médicos, devendo sim ser avaliado o risco gestacional a cada consulta.

Nas Unidades de Saúde da Família a Equipe Multidisciplinar deve participar ativamente com avaliação dos casos e atendimento conjunto entre os profissionais, podendo intercalar as consultas este processo fortalece o atendimento e cria um

vínculo entre a equipe e a gestante. Estas consultas poderão ser realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares, quando necessário.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

É muito importante que a gestante e seus familiares não esqueçam de levar o Cartão da Gestante e seus exames.

Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a 2ª consulta de puerpério.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

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

As consultas podem, também, serem agendadas conforme necessidade médica ou do enfermeiro.

CONSULTAS SUBSEQUENTES:

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos dentre outros:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização da Caderneta da Gestante e da “Ficha Perinatal”.

Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Medidas antropométricas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo;

Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;

Condutas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Verifique o agendamento das consultas subsequentes.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Exames do 1º Trimestre:

- Hemograma Completo;
- Glicemia de jejum;
- Tipagem sanguínea/RH;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgG e IgM;
- Citomegalovírus IgG e IgM;
- Rubéola IgG e IgM;
- Sorologia p/ Hepatite B (HBsAg);
- Sorologia p/ Hepatite C;
- EAS (Urina);
- Urocultura;
- EPF (Fezes).

- USG transvaginal obstétrica (até 12 semanas de gestação), ou USG Obstétrica (a partir de 12 semanas de gestação).

Exames do 2º Trimestre:

- Hemograma Completo;
- Glicemia de jejum;
- Teste de tolerância oral à glicose (se acima de 85 mg/dl ou se houver risco – preferencialmente entre 24ª e 28ª semana de gestação);
- VDRL;
- Coombs indireto (se Rh negativo);
- EAS (Urina).

Exames do 3º Trimestre:

- Hemograma Completo;
- Glicemia de jejum;
- Coombs indireto (se Rh negativo);
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgG e IgM (se no 1º trimestre não foi reagente);
- Sorologia p/ Hepatite B (HBsAg);
- Sorologia p/ Hepatite C;
- EAS (Urina);
- Urocultura.
- USG Obstétrica

OBS: O VDRL deverá ser realizado mensalmente (coleta de sangue ou teste rápido).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço

de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco.

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

- Idade menor do que 15 e maior do 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 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

Fatores relacionados às condições prévias

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- 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);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (ex: lúpus eritematoso sistêmico);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Relacionados à história reprodutiva anterior

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- 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);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- 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);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Fatores de risco indicando o encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Ao não se garantir o acesso seguro ao evento da maternidade, impõe-se às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania. Embora o risco de óbito tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal e ao parto institucional, ainda há muito a fazer. Para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas.

Para isso, são fundamentais, o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço. Entre as atitudes que atrapalham o sucesso desse atendimento figuram frequentemente a desvalorização da queixa da paciente ou a ansiedade de encaminhamento para locais de referência. Ao avaliar a gestante em situação de urgência/emergência, o profissional de saúde deve encaminhá-la ao local de referência.

São fatores de risco de urgência/ emergência obstétrica:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à

proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria; Obs.: Edema isolado 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);
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente, rubor e calor);
- 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;
- Oligoidrâmnia.

Encaminhamento para o Alto-Risco e Ginecologista

- Para o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, o profissional deverá preencher por completo a Guia de Referência/Encaminhamento;

- O agendamento de alto-risco é realizada pela própria gestante com a Guia de Referência/Encaminhamento;

• Quando for necessário o médico do ESF (equipe da saúde da família) encaminhar a gestante para avaliação com o ginecologista, o profissional da ESF deve preencher a Guia de Referência/Encaminhamento e encaminhá-la à unidade de referência. Após a avaliação e condutas do ginecologista, o mesmo pode preencher a “Guia de Contra-Referência” e retorná-la a unidade de origem para dar seguimento ao pré-natal.

Infecções Sexualmente Transmissíveis em Gestantes

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, podendo causar aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do RN. Essas infecções também podem ter efeito debilitante nas gestantes.

Todas as gestantes e as parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. O rastreamento de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento) cuja efetividade depende de vários fatores (ex: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros).

Todas as gestantes devem ser rastreadas, quando disponível, para:

- **HIV** – a testagem para o HIV é recomendada na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e terceiro trimestre da gestação. Mas, no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do teste rápido para HIV.
- **Sífilis** – o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e repetido mensalmente preferencialmente por realização de teste rápido.
- **Hepatite B** – o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão

vertical. Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta do pré-natal – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;

Hepatites virais

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Nesta seção, serão consideradas as hepatites virais B e C, devido à sua morbimortalidade e via de transmissão comum a outras IST. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta. São de grande importância para a saúde pública, em razão do número de pessoas acometidas, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações.

As hepatites virais, apesar das inúmeras discussões sobre a origem, hoje é um acometimento que impacta sobremaneira a saúde pública em todo mundo. A perda da qualidade de vida do paciente e comunicantes, e os gastos no SUS, requerem esforços para desenvolver medidas eficazes de promoção à saúde, na vigilância, prevenção e controle desses agravos. Uma das estratégias eficazes foi com surgimento dos testes rápidos para triagem das hepatites virais (B e C). Estes testes são práticos pela simplicidade de execução e por não necessitarem de equipamentos para leitura. Os resultados aparecem por meio da formação de linhas coloridas de fácil interpretação, no entanto, esses testes devem ser continuamente monitorados e avaliados. Os testes sorológicos específicos, apesar de todos os avanços tecnológicos, se mantêm como o método eficaz para avaliar o decorrer da infecção viral, determinando as fases da infecção e os procedimentos a serem seguidos.

Hepatite B

A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente, pela via sexual. A transmissão vertical também pode ocorrer, e ocasiona uma

evolução desfavorável, com maior chance de cronificação. Diferentemente da hepatite viral A, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas em mais de dois terços das pessoas infectadas.

O HBV apresenta elevada infectividade e permanece viável durante longo período quando fora do corpo (ex.: em uma gota de sangue). Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015).

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical. Está disponível nas unidades de saúde o Teste Rápido de Triagem das Hepatites.

- Se for HBsAg reagente, solicite HBeAg.
- A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto-risco;
- Toda gestante HBsAg não reagente e com idade abaixo de 20 anos deve receber a vacina para hepatite B.

Apesar da progressão da cobertura vacinal e acesso ampliado às orientações para prevenção das IST, ainda há um crescente número de diagnósticos de hepatite B.

Hepatite C

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

O risco de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV, do inglês *Hepatitis C virus*) está aumentando em determinadas populações, como usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, e atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre

outros, que, não obedecendo às normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea.

A transmissão sexual do HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que têm relações sexuais sem preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de outras IST, especialmente com úlceras na região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV, constituem um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em uma menor parcela dos casos.

Infecção pelo HIV

A evolução da epidemia da Aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Sendo assim, é necessário o Teste Rápido para HIV na primeira consulta pré-natal e na 28ª semana de gestação.

As IST's são fatores de risco para aquisição e transmissão do HIV. Estudos demonstram que pessoas com IST e infecções não ulcerativas do trato reprodutivo têm um risco aumentado em três a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o qual sobe para 18 vezes se a doença cursa com úlceras genitais.

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o tempo para o surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos definem a aids.

A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV. Nesse caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Os fatores biológicos podem limitar a precisão dos testes rápidos, o que também pode

ocorrer com os testes convencionais usados em laboratório. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.

Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2).

Gestante portadora do vírus deve realizar o acompanhamento de alto risco, porém deve permanecer o vínculo e o pré-natal na unidade de saúde.

Realizar o Teste Rápido no parceiro, sempre que possível.

SÍFILIS

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deverá ser realizado mensalmente. O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

Sífilis congênita é a transmissão da doença de mãe para filho. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, quando este nasce gravemente doente. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado é positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim se consegue evitar a transmissão da doença. Seguir protocolo municipal de conduta de Sífilis.

Parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nato será considerado caso de sífilis congênita. O tratamento do parceiro deve ser concomitante ao da gestante. O tratamento concomitante significa que o tratamento do parceiro deve ser iniciado no máximo na última dose do tratamento da gestante.

O comprovante de tratamento da sífilis em gestante e parceiro deve ser anexado à caderneta de gestante e à ficha Perinatal.

A sífilis é uma patologia de notificação compulsória.

Realização dos Testes Rápidos

Os Testes Rápidos enviados às unidades podem ser de vários laboratórios. Podem ser utilizados testes de plataforma de único e de duplo percurso, que permitem detectar anticorpos específicos para a patologia.

Conservação e estocagem do material

Os kits devem ser mantidos/armazenados entre 2°C e 30°C. Recomenda-se a conservação dos kits em geladeira somente em locais onde a temperatura ambiente ultrapasse 30°C. Não congele os kits ou seus componentes. Os tampões de corrida também devem ser mantidos entre 2°C e 30°C, em seu recipiente original (frasco conta-gotas).

Resultados dos Testes Rápidos

- Os resultados possíveis do Teste Rápido de Sífilis

- Para a amostra com resultado Não Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Não Reagente para Sífilis";
- Para a amostra com resultado Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. "Amostra Reagente para Sífilis".

- Os resultados possíveis do Teste Rápido de HIV

- A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1), terá o diagnóstico definido como "Amostra Não Reagente para HIV";

- A amostra que apresentar resultado reagente no teste rápido 1 (TR1) deverá passar obrigatoriamente para a realização do segundo teste (com Kit de outro laboratório - TR2);

Amostras reagentes nos TR1 E TR2 terão o diagnóstico definido como “Amostra Reagente para HIV”;

Encaminhar para Vigilância Epidemiológica.

Amostras reagentes no TR1 e não reagente no TR2 (DISCORDANTES), não terão o resultado definido e uma nova amostra deverá ser solicitada por punção venosa para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV.

NOTA: Caso não apareça a banda controle ou ocorra algum problema no processo de realização e leitura do teste, esses serão considerados INVÁLIDOS e o teste deverá ser repetido com a mesma metodologia e com mesmo conjunto diagnóstico, de preferência com outro lote.

PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

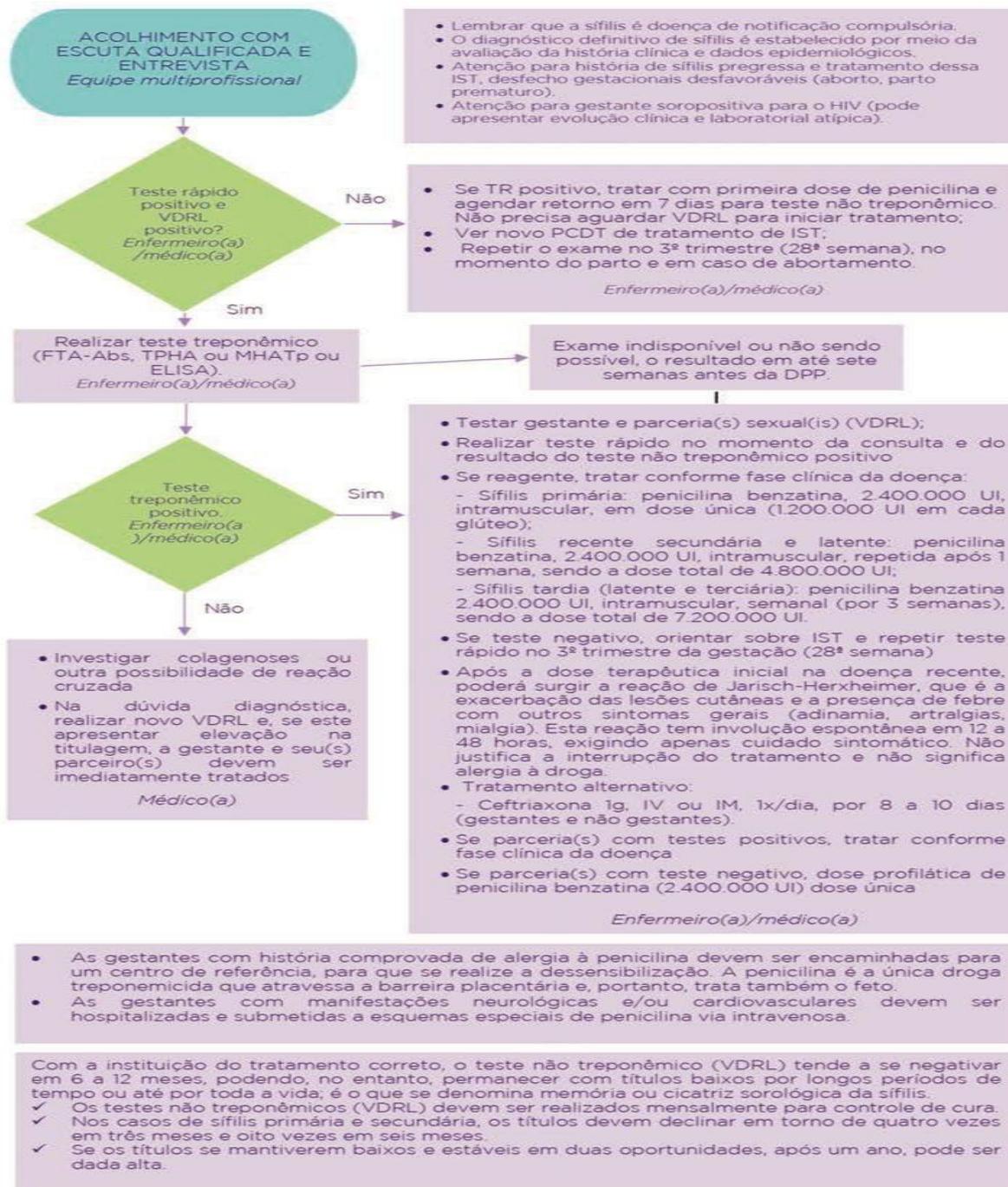
- Deixar os reagentes necessários atingir a temperatura ambiente antes da utilização;
- Retirar o dispositivo do sachê selado;
- Colocar o dispositivo numa superfície plana e limpa.
- Utilizar EPI;
- Identificar as lâminas dos Testes Rápidos;
- Identificar o frasco para diluição com o nome do indivíduo ou número de identificação e desenrosque o dosador (parte branca) do frasco mantendo a tampa de cima rosqueada no dosador;
- Escolha o dedo para realizar a punção;
- Massagear para aumentar fluxo sanguíneo;
- Realizar a antissepsia do local a ser perfurado – lateral do dedo;

- Aguardar secar o álcool;
- Desencapar a lanceta;
- Encostar a lanceta e fazer pressão para que ela dispare;
- Fazer ordenha para obter amostra;
- Coletar a amostra de sangue com a pipeta ou capilar;
- Dispensar duas gotas de sangue na área da amostra (S);
- Adicionar na área de amostra (S) uma gota do tampão;
- Aguardar 15 minutos (Ou conforme indicador do teste) para a leitura;

Consideração sobre os Testes Rápidos

- Realizar os Testes Rápidos somente profissionais capacitados;
- Seguir orientações das bulas sobre armazenamento e realização do exame;
- Realizar a entrega do laudo, registrando nesse: os dados pessoais completos, assinatura do profissional e carimbo, o número do lote e validade do teste.

FLUXOGRAMA DO MANEJO DE SÍFILIS



Fonte: Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres, 2016.

ACHADOS CLÍNICOS E CONDUTAS:

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
BETA HCG+	Gravidez confirmada	Iniciar pré-natal, ficha de gestante, cartão, solicitação de exames, orientações gerais, realizando toda a 1ª consulta.	Ácido Fólico 5mg 1x dia até o final da gravidez; Sulfato Ferroso 40mg 1x dia, desde o conhecimento da gestação até 3 meses após o parto, excluída anemia falciforme;
Edema ausente (-)	Edema ausente	Acompanhar a gestante, seguindo o calendário de rotina.	Manter ácido fólico 5mg e sulfato ferroso 40mg
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso (+)	Edema leve	Verificar se o edema está relacionado à postura, atividades diárias, temperatura ou tipo de calçado; Aconselhar conforme o caso; Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo; Elevar membros inferiores.	
Edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão ou aumento de peso (++)	Edema moderado	Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo; Elevar membros inferiores; Verificar sinais/sintomas de pré-eclâmpsia (solicitar proteinúria, repetir a medida da PA após repouso (4 horas) e indagar sobre os	

		movimentos fetais;	
		Retornar de 7 a 15 dias; Deve ser avaliada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de consultas e caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco e continuar acompanhamento na equipe.	
Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso (+++)	Edema grave	Constatar se a gestante tem pré-eclâmpsia ou outras situações patológicas; Referir ao pré-natal de risco, se necessário.	
Proteinúria	Eliminação urinária prejudicada	- “Traços”: repetir em 15 dias; - “Traço” positivo, hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco; - “Maciça”: referir ao pré natal de alto risco;	
		- Piúria ou Bacteinúria: Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica.	
		- Hematúria: Se piúria associada,	

			solicitar urocultura.						
			Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta médica. Aumentar a ingestão de líquidos e referir ao pré-natal de alto risco.						
Bacteriúria		Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica.						
		Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Solicitar urocultura com antibiograma; Aumentar a ingestão de líquidos; Referir à consulta médica, se necessário.						
Piúria		Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário	Solicitar urocultura com antibiograma; Aumentar a ingestão de líquidos; Referir à consulta médica, se necessário.						
Hematúria		Eliminação urinária prejudicada	Se piúria associada, solicitar urocultura e orientar para aumento da ingestão hídrica; Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.						
Rh negativo parceiro positivo desconhecido	e Rh ou	Resultado de tipagem sanguínea negativa	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repetir a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.						
Hemoglobina	≥	Teste	laboratorial	Recomenda-se	ingerir	Suplementação	de	ferro	a

			partir da 20ª semana: 1 drágea
11g/dl: ausência de anemia:	compatível para anemia fisiológica na gravidez	sulfato ferroso 30 minutos antes das refeições com sucos ricos em vitamina C.	de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 40 mg de ferro elementar, quando necessário. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.
Hemoglobina < 11g/dl > 8g/dl: anemia leve a moderada:	Teste laboratorial positivo para anemia leve a moderada	<p>Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:</p> <p>Se os níveis estiverem subindo: manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação e repetir a dosagem no 3º trimestre;</p> <p>Se a hemoglobina permanecer em níveis estacionários ou se “cair”, referir a gestante ao pré natal de alto risco;</p> <p>Acompanhar também na equipe de saúde da família.</p>	<p>Anemia leve a moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. - Tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia. - Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 a 60 dias: - se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre, - se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se “cair”, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
		Encaminhar ao pré-natal	
Hemoglobina < 8g/dl: anemia grave	Teste laboratorial positivo para anemiagrave	de alto risco;	
		Acompanhar também na equipe de saúde da família.	

SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	DE
IgG (-) e IgM (-)	Resultado Negativo	Manter pré-natal baixo risco.			
IgG (+) e IgM (-)	Infecção passada	Manter pré-natal baixo risco.			
IgG (+) e IgM (+)	Infecção em estado agudo	Encaminhar para pré natal de alto risco			
IgG (-) e IgM (+)	Infecção em estado crônico	Encaminhar para pré natal de alto risco	pré		

SOROLOGIA PARA RUBÉOLA

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE	PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	DE
IgG (-) e IgM (-)	Resultado Negativo	Orientar para não ter contato com pessoas que apresentem doenças exantemáticas.			
IgG (+) e IgM (-)	Infecção passada ou imunidade	Em caso de gestante imune, não são necessários outros exames.			
IgG (-) e IgM (+)	Infecção em estado agudo	Encaminhar ao pré natal de alto risco			

IgG (+) e IgM (+)	Infeção em estado crônico	Encaminhar ao pré natal de alto risco	
-----------------------	---------------------------	---------------------------------------	--

SOROLOGIA PARA HEPATITE B e C

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
HbsAg e HCV (-)	Resultado negativo	Seguir calendário habitual; Vacinar a gestante contra Hepatite B.	Vacina Hepatite B
HbsAg e HCV (+)	Resultado positivo para Hepatite B e C	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Acompanhar na equipe da ESF; Ofertar preservativo e orientar para as IST's.	

SOROLOGIA PARA ANTI-HIV

ACHADOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
		Encaminhar ao pré-natal de alto risco;	
Duas sorologias reagentes	Resultados positivos para HIV	Acompanhar na equipe de saúde da família; Ofertar preservativo e orientar para as IST's.	

.QUEIXAS MAIS COMUNS NA GRAVIDEZ

- **Náusea e vômito:** ocorrem especialmente nos primeiros meses de gestação (altos índices de HCG e fatores psicológicos). Orientar a alimentação fracionada, evitar frituras e gorduras, ingerir alimentos sólidos pela manhã, e caso persista, iniciar tratamento com:

-metoclopramida 10 mg 4/4h (SOS); ou

- **Ptialismo ou sialorreia:** aumento da salivação. Aconselhar dieta semelhante à indicada para as náuseas e vômitos.
- **Pirose/azia:** causada pelo refluxo gastroesofágico. Aconselhadas refeições fracionadas, evitar chá preto, café, mate alimentos doces, gordurosos, picantes, álcool e fumo, e caso persista, iniciar tratamento com:

-hidróxido de alumínio 61,5 mg/ml suspensão, 1 colher de sopa após as refeições.

- **Gengivite:** agendar atendimento odontológico para avaliação e promoção do tratamento.
- **Constipação intestinal e Flatulência:** redução da motilidade da musculatura lisa causada pela ação da progesterona na gravidez. Aconselha-se alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação, e caso persista, iniciar tratamento com:

-simeticona 40mg, 1 cp de 8/8h.

- **Tontura e vertigem:** evitar mudanças bruscas de posição e, quando de sua ocorrência, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevados.
- **Cãibras:** frequentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Hidratar bem e fazer uso de alimentos ricos em Potássio.
- **Varizes:** são dilatações venosas nos membros inferiores. De uma maneira geral têm caráter predisponente familiar. Aconselhado não permanecer muito tempo em pé ou sentada, repousar por 20 minutos várias vezes ao dia com as pernas elevadas.

- **Edema:** Geralmente relacionado à dificuldade de retorno venoso. Aconselhado elevar os membros inferiores a cada duas horas.
- **Hemorroidas:** são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Orientar alimentação rica em fibras, laxativa e hidratação.
- **Dor lombar e dor hipogástrica:** motivadas pela alteração de postura e pela presença do útero grávido, sendo em geral suficiente o repouso, se possível em decúbito lateral.
- **Polaciúria** – sintoma encontrado no início e final da gestação, devido à compressão da bexiga pelo útero grávido. Orientar a não reter urina e esvaziar a bexiga com maior frequência.
- **Corrimento vaginal:** o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação. Fazer o diagnóstico diferencial com IST, as quais devem ser tratadas conforme protocolo.

Cefaléia: afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Prescrever:

-paracetamol 500 mg até de 8/8 h (SOS).

- **Dor abdominal, cólicas:** certificar que não sejam contrações uterinas; afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre). Prescrever:

-escopolamina 10mg, 1cp 8/8h.

Pressão arterial (PA)

A medida da PA é recomendada em todas as consultas de pré-natal por ser a hipertensão arterial um fator de risco gestacional. O parâmetro de confirmação da hipertensão arterial na gestação é a observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada em pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica. (BRASIL, 2012).

Categorias da hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação

Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.

Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.

Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.

Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Atentar aos procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial como o preparo e posicionamento da gestante e calibração do esfigmomanômetro.

No período pré-natal, a avaliação da PA deve ser em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. O ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, exige retorno antecipado da gestante pelo maior risco de pré-eclâmpsia.

Gestantes com Hipertensão Arterial Crônica em uso de anti-hipertensivos de diferentes classes, é necessário realizar a troca para prescrição de metildopa 250 mg de 8/8h, uso contínuo, e encaminhá-la ao pré-natal de alto risco.

.Cuidados com a mama na gravidez

O preparo da mama para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno, que envolvem:

- Avaliação das mamas durante as consultas de pré-natal;

- Orientações sobre o uso do sutiã durante a gestação, banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts a cerca de um palmo de distância; evitar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo; não realizar expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro;
- Conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;
- Oferta de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

Colpocitologia Oncótica na Gestação

Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contraindicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta dever ser feita com a espátula de Ayres e não usar escova de coleta endocervical. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento.

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período.

Assistência à gestante com diabetes gestacional

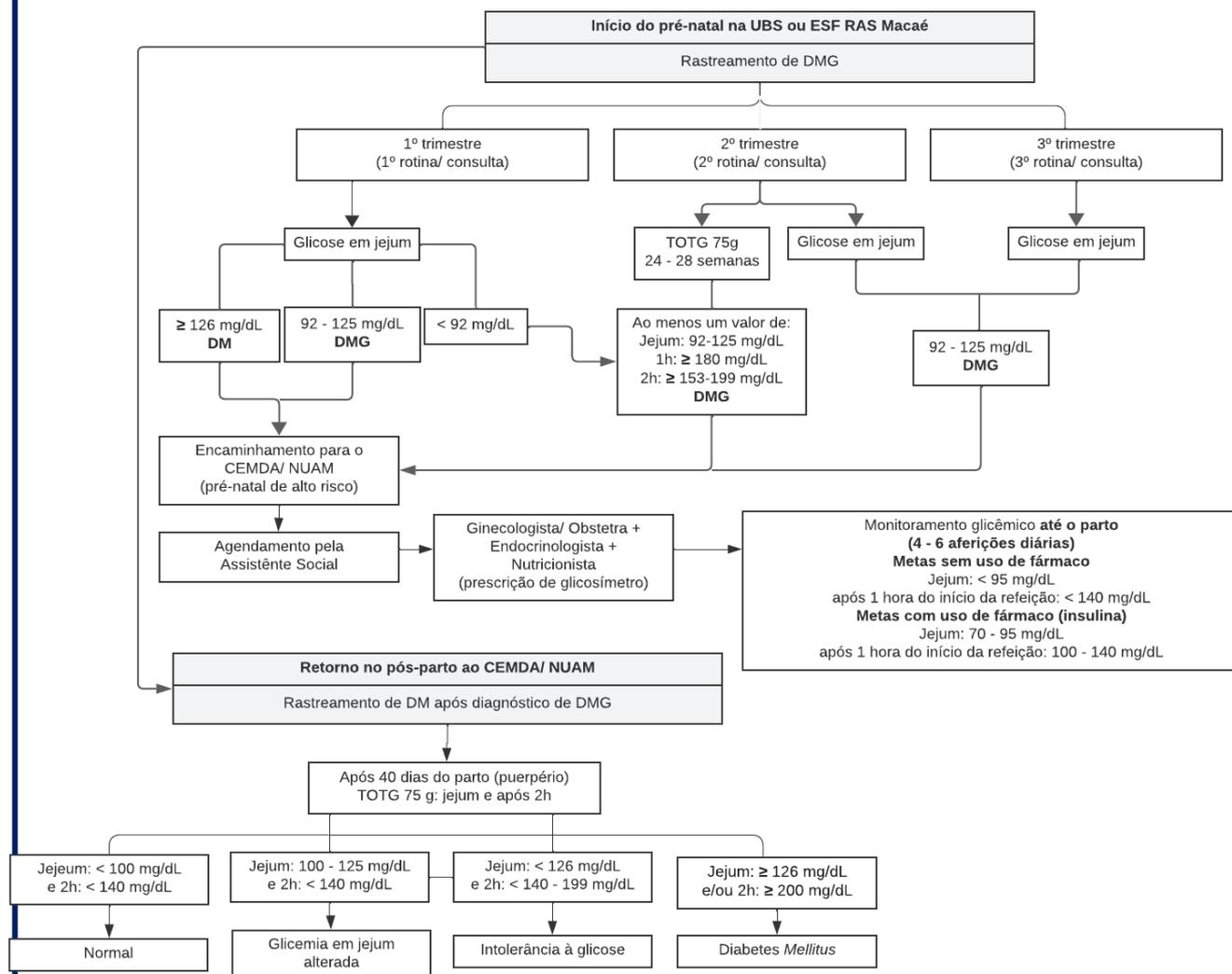
Diabetes gestacional consiste na intolerância à glicose de graus variados com início ou primeiro diagnóstico durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação, podendo ou não persistir após o parto.

Os fatores de risco são:

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Baixa estatura (<1, 50 cm);

- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrosomia ou diabetes gestacional.

Avaliar resultados conforme quadro abaixo:



Observação: Gestantes com diagnóstico de Diabetes, deverão ser encaminhadas ao

Consulta de Puerpério

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde. Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê no caso das Equipes da Saúde da Família. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade, pelos agentes comunitários, pela busca ativa das unidades de saúde e pelo funcionário da sala de vacina. A segunda consulta puerperal deve ocorrer entre 30 e 42 dias após o parto. Nessa consulta é necessário verificar a necessidade de contraceptivo e seguir o protocolo de Planejamento Familiar.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Avaliar interação entre mãe, RN e pai;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Agendar as consultas de puericultura (até 15 dias após nascimento, com um mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses ou conforme conduta médica);
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.

Pré-natal do parceiro

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação

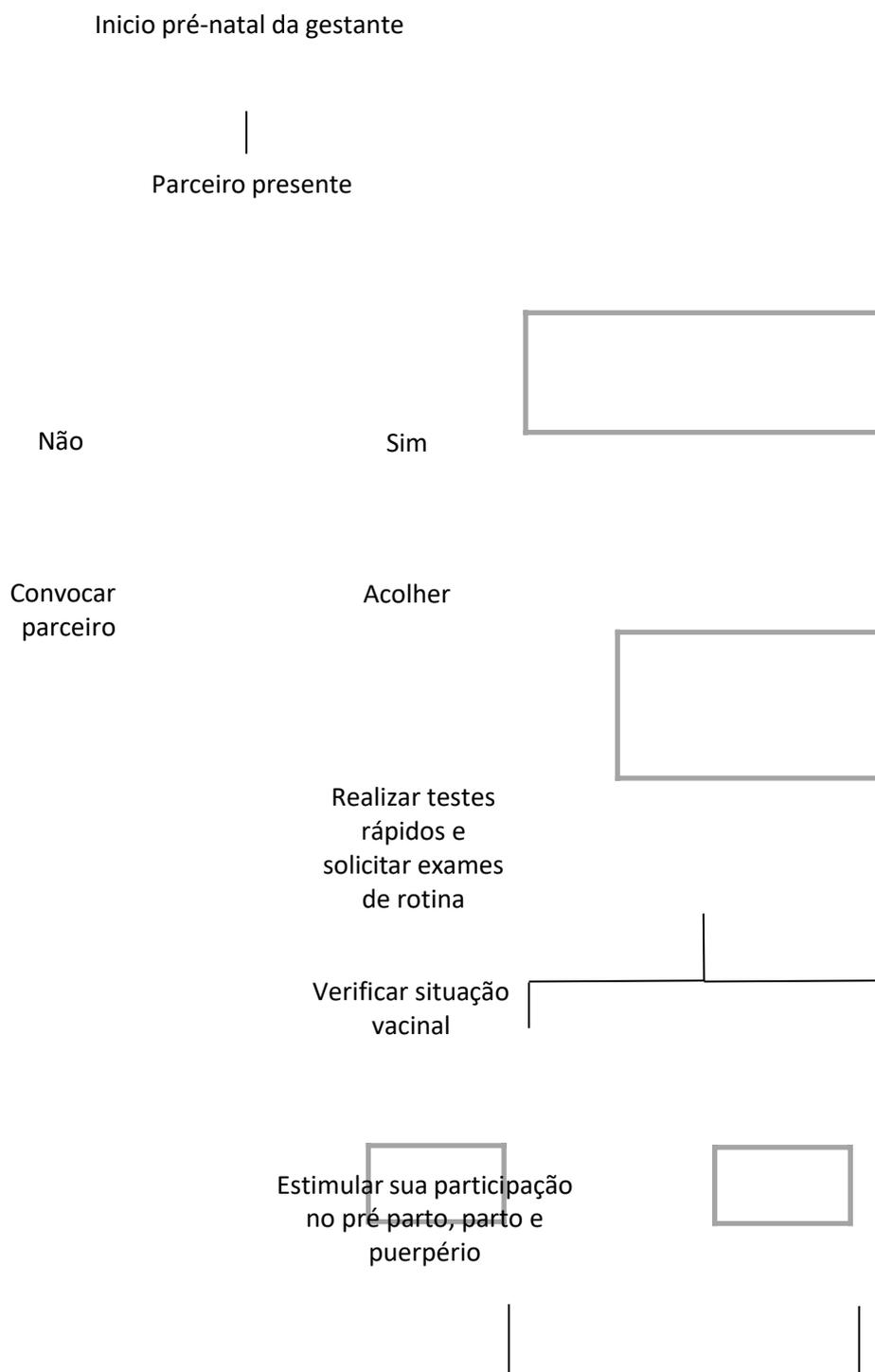
nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população.

A PNAISH aposta na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidado, por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados.

Exames de rotina do parceiro:

- Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
- Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
- Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
- Hemograma;
- Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;
- Dosagem de Glicose;
- Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme)⁶ ;
- Aferição de Pressão Arterial;
- Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal)

Fluxograma pré- natal do parceiro



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes – 1. ed., 2. reimpr. Brasília (DF): Ministério da Saúde,

2011.

82

p.

Disponível

em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Manual técnico. 3. ed.

Revisada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnica, 3ª ed. atual e ampliada; Brasília Ministério da Saúde, 2011.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/ produtos/livros/pdf/06_0069_M.pdf

_____._____. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 3ª edição, atual, amp, 2008. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. 2013._____.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama.pdf.

_____._____. Portaria Nº. 2439, de 08 de dezembro de 2005. Política nacional de atenção oncológica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2005. 3p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.

_____. Programa nacional de controle do câncer de mama. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Brasília, DF, abril, 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncccmama.pdf>>.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e métodos anticoncepcionais.

Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 52 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006 [online].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2010.

_____. Legislação do exercício profissional da enfermagem. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2012.

COFEN.RESOLUÇÃO COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Rio de Janeiro, 1997.

_____. RESOLUÇÃO COFEN-223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Rio de Janeiro, 1999.

_____RESOLUÇÃO COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--

317/2007. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, 2007.

FEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.2016.

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

EXAME CITOPATOLÓGICO

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero, é passível de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e realizada intervenção oportuna. Este tipo de neoplasia é responsável por um grande número de mortes entre as mulheres principalmente em países em desenvolvimento.

A realização do exame preventivo do câncer de colo de útero permite a detecção de alterações causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), que podem evoluir para o câncer. Quando detectado precocemente e tratado, há maior chance de cura com redução da mortalidade das mulheres.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora curável em quase totalidade dos casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do *adenocarcinoma in situ* (AIS). Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior o que justifica o seu tratamento.

Porém, frequentemente o diagnóstico é tardio, ocasionando as taxas de mortalidade tão elevadas no Brasil. O objetivo deste protocolo é a padronização de condutas relativas a prevenção do câncer do colo do útero e o aprimoramento e qualificação dos profissionais que lidam com a saúde da mulher.

Segundo o INCA (2016, p. 34), “os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado”.

Em situações especiais, seguir as recomendações de rastreamento e de conduta inicial frente aos resultados de exame citopatológico do colo de útero nas Unidades de Atenção Básica.

O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já iniciaram atividade sexual, o rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado. Osexames periódicos devem seguir até os 64 anos.

Após dois exames consecutivos anuais normais, considerar o tempo máximo para coleta de três anos e o mínimo de 1 ano. O exame citológico cérvico-vaginal somente deve ser realizado em mulheres que já tiveram ou tenham atividade sexual.

A definição de quais mulheres devem ser rastreadas tem sido objeto de muitos questionamentos. É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV.

Em relação à faixa etária, há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero. Além da baixa incidência de câncer do colo do útero em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Usuárias com transtorno mental e menor de idade: solicitar presença de um membro da família;
- **É necessária uma avaliação clínica do profissional frente a coleta de citopatológico fora da faixa etária de rastreio estabelecida pelo Ministério da Saúde;**
- Histerectomia subtotal: rotina normal;
- Mulheres com DST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus percussores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas.
- Mulheres com mais de 64 anos que nunca se submeteram ao exame de citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos, se

ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas dos exames adicionais.

TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DO MATERIAL PARA O EXAME PREVENTIVO DO COLO DO ÚTERO

É uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero sendo coletada uma amostra da parte externa, a ectocérvice, e outra da parte interna, a endocérvice. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal descartável e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio de uma espátula de madeira ou espátula de Ayres e de uma escovinha endocervical.

Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realizá-lo e de que tem o material necessário para isso. A garantia da presença de material em quantidades suficientes é fundamental para o sucesso da ação.

RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS A MULHER PARA REALIZAÇÃO DO EXAME

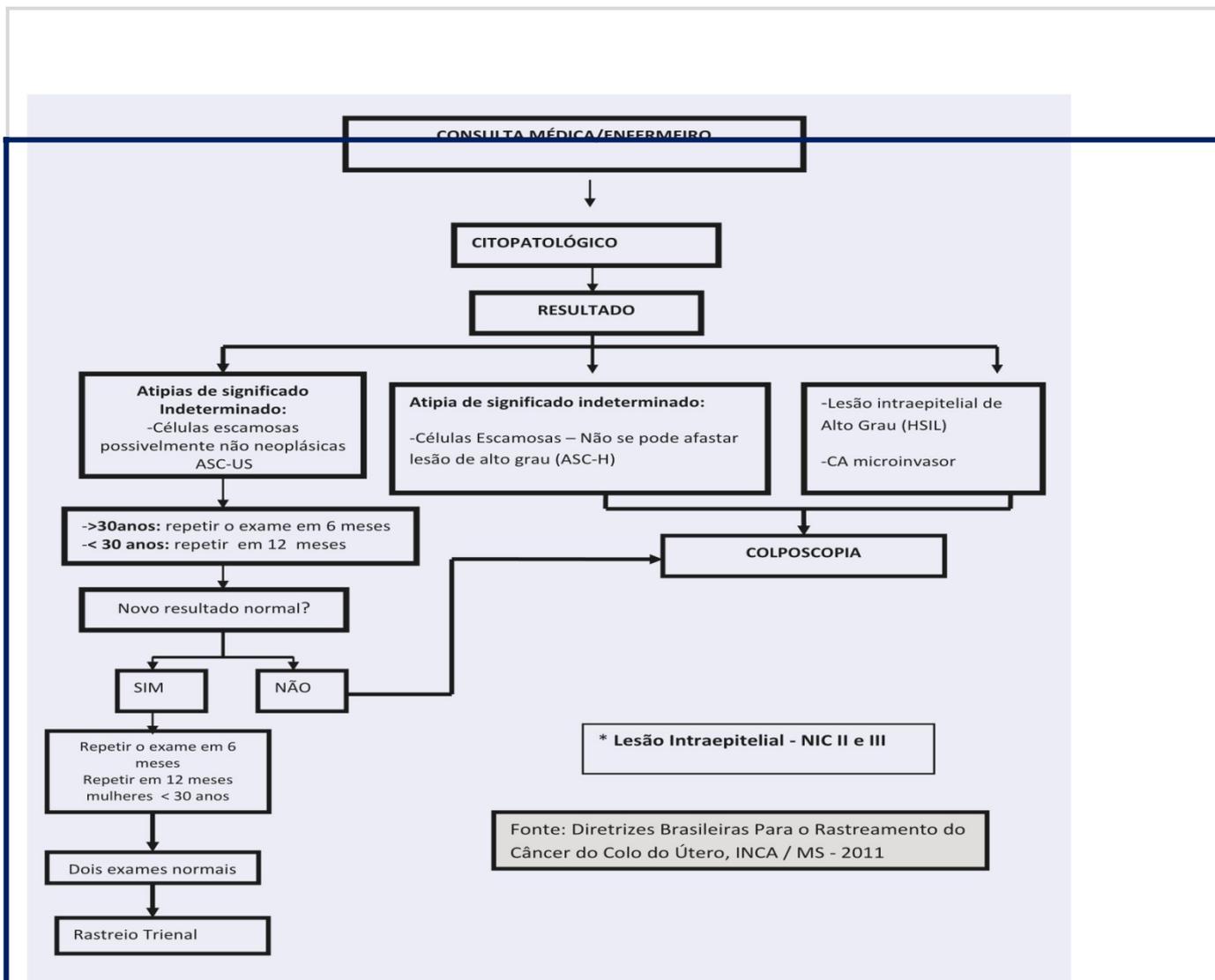
Para realização do exame preventivo do colo do útero e a fim de garantir a qualidade dos resultados, recomenda-se:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia transvaginal, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame.
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguardar o 5º dia após o término da menstruação;
- Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores, é necessário seguir recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
- Pacientes que tenham colo de útero e em cujas amostras não estejam representadas o epitélio glandular ou metaplásico sofrem uma limitação na representatividade do exame, devendo-se repetir a coleta.

- Pacientes que foram submetidas à histerectomia total por motivos não neoplásicos, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais; o que não exclui a necessidade de realização do exame ginecológico periodicamente.
- Pacientes submetidas à histerectomia subtotal (parcial) deverão realizar exames de acordo com a rotina normal.
- Imunossuprimidas: o exame deve ser realizado neste grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano, e se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses.
- Pós-menopausa: mulheres sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer. Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer do colo do útero é facilmente detectado pela realização do exame preventivo Papanicolau. A sua realização periódica permite a detecção de alterações que podem levar ao câncer de colo de útero causada pelo Papilomavírus Humano (HPV).



OBS: Não se faz exame colpocitológico para o diagnóstico de corrimento vaginal e doenças sexualmente transmissíveis (ISTs). O diagnóstico nesses casos é clínico e pela abordagem sintomática.

ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA

A adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória.

Amostra insatisfatória para avaliação

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada:

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço).
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

Recomendações

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Se necessário e a partir da avaliação clínica do (a) enfermeiro (a), prescrever Estriol 1 mg creme vaginal 1x ao dia, por 15 dias, para melhorar a qualidade da amostra, principalmente em mulheres tendo realizado histerectomia subtotal ou durante climatério.

**a coleta do citopatológico em mulheres histerectomizadas em decorrência de comprometimento cancerígeno, mantém-se a recomendação de continuidade de coleta. Em mulheres cuja histerctomia foi por causas ginecológicas (metrorragia, miomatose uterina, dentre outros), não recomenda-se a continuidade de coleta.*

Amostra satisfatória para avaliação

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

Células presentes na amostra

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.
- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

RESULTADOS CITOLÓGICOS:

– Resultado citológico normal, alterações benignas e queixas ginecológicas:

- Resultado citológico dentro dos limites de normalidade no material examinado – É um diagnóstico completamente normal.

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

– Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas) ou metaplasia escamosa imatura:

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

– Resultado sem identificação do agente:

Recomendações: Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz para o tratamento de corrimento vaginal e de infecção sexualmente transmissível (IST). Seguir rotina de rastreamento citológico.

– Resultado citológico indicando atrofia com inflamação:

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

– Achados microbiológicos

- *Lactobacillus* sp, coco e outros bacilos.

Recomendações: Seguir a rotina de rastreamento citológico. A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital anormal, na presença de agentes patogênicos (*Gardnerella/mobiluncussp*, *Trichomonasvaginalis*, *Cândida sp*), deve ser abordada conforme diretriz específica.

– Atipias de significado indeterminado em células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASCUS).

A conduta será a repetição do exame citopatológico com intervalos determinados de acordo com a idade da mulher, precedida quando necessário do tratamento de processos infecciosos e de melhoria do trofismo genital com preparo estrogênico após a menopausa quando necessário, na Unidade de Atenção Primária. Se o resultado da citologia de repetição for igual ou mais significativa, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.

Conduta Inicial:

- Mulheres < 25 anos: repetir em 3 anos;
- Mulheres entre 25 e 29 anos: repetir em 12 meses;
- Mulheres ≥ 30 anos: repetir em 6 meses.

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC – H)

Todas as mulheres com laudo citopatológico de ASC-H devem ser encaminhadas à Unidade Especializada para colposcopia. Para as mulheres em que o exame for satisfatório e sem alterações colposcópicas, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses nessa mesma unidade e deverá retornar à Unidade de Atenção Primária após duas citologias negativas seguidas.

- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AOI):

- Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas;
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.

Conduta Inicial:

- Encaminhar para colposcopia.

- Células atípicas de origem indefinida:

- Células atípicas de origem indefinida possivelmente não neoplásicas,
- Células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão de alto grau.

Conduta Inicial:

- Encaminhar para colposcopia.

– Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)

Mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL devem repetir o exame citopatológico de acordo com a idade da mulher. Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes dessa nova coleta.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar a rotina de rastreamento na Unidade de Atenção Primária. Se qualquer citologia subsequente for positiva encaminhar a unidade de referência para colposcopia.

Conduta Inicial:

- Mulheres < 25 anos: repetir em 3 anos;
- Mulheres ≥ 25 anos: repetir em 6 meses.

- Lesão de alto grau (LSIL)

Todas as mulheres que apresentarem citologia sugestiva de lesão intraepitelial de alto grau na unidade de atenção primária deverão ser encaminhadas à unidade de referência especializada para realização de colposcopia.

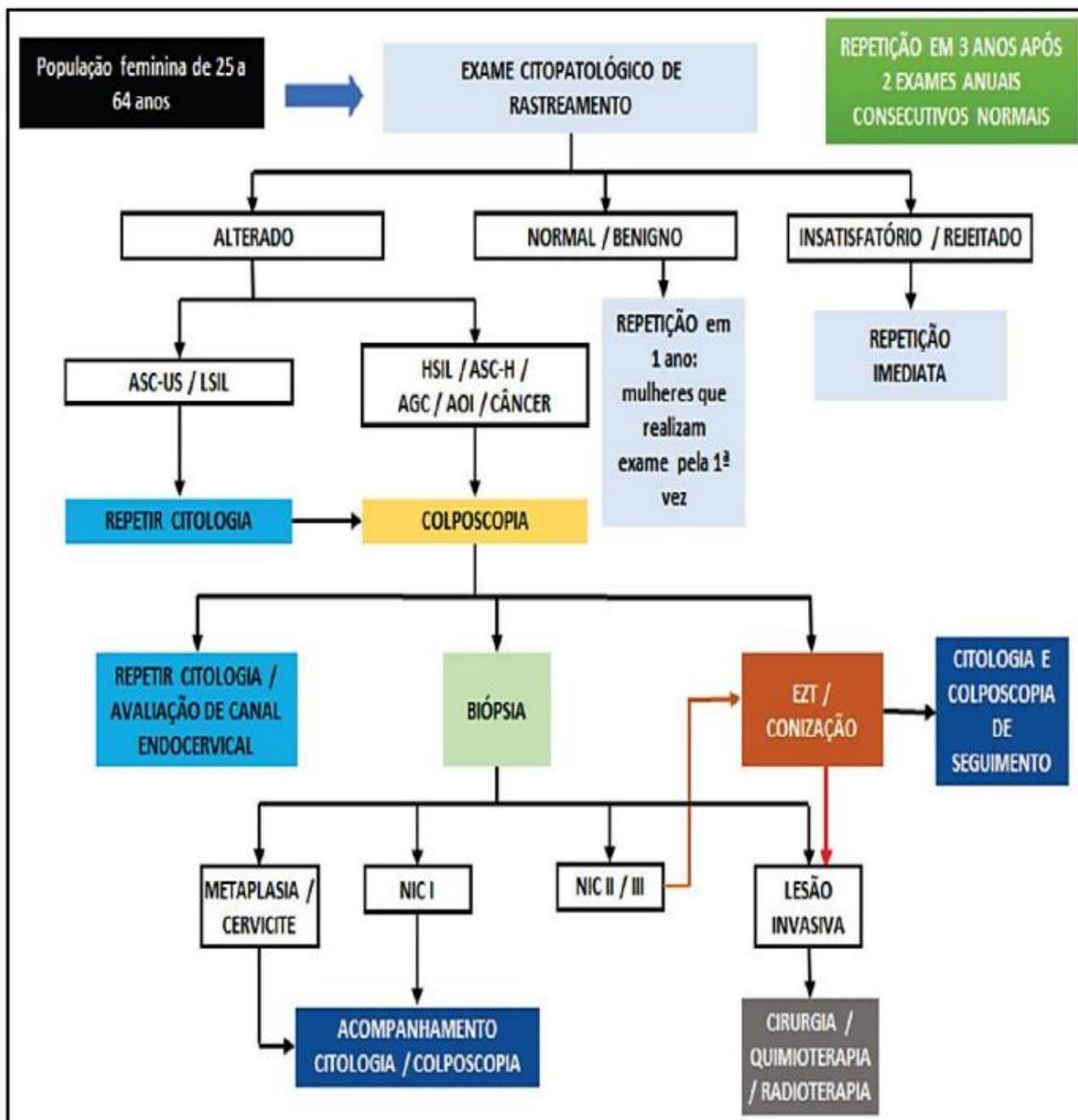
- Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão

Todas as mulheres com esta suspeita diagnóstica deverão ser encaminhadas imediatamente à unidade especializada para colposcopia como conduta inicial.

- Carcinoma escamoso invasor ou Adenocarcinoma in situ (AIS)

Mulheres com exames sugestivos de AIS ou adenocarcinoma invasor devem ser encaminhadas para colposcopia na atenção especializada como conduta inicial.

- FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Referências:

- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer.**Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde.**Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama**.Brasília, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n. 13)
- BRASIL.Instituto Nacional de Câncer.**Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer.**Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA;2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde.**HIV/aids, hepatites e outras DST**.Brasília, 2006.(Cadernos da Atenção Básica, n. 18)
- BRASIL. Ministério da Saúde.**Rastreamento**.Brasília, 2010. (Cadernos da AtençãoBásica, n. 29)

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO
DO CÂNCER DE MAMA

.PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

A incidência e mortalidade por câncer de mama na população feminina mundial e brasileira é alta. As ações previstas para seu controle estão na detecção precoce, que consiste em diagnóstico precoce e rastreamento, através do exame-clínico das mamas e da mamografia (INCA, 2015).

O enfermeiro tem importante papel na promoção da saúde da mulher e prevenção do câncer de mama, por meio de orientações e encaminhamentos. Conforme a Nota Técnica do Instituto Nacional de Câncer de 2009, o enfermeiro tem autonomia para solicitação da mamografia de rastreamento, porém cada estado/município deve seguir o protocolo local (INCA, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama através da mamografia, em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, com periodicidade bienal. Não recomenda o autoexame das mamas (AEM) como método de rastreamento, por esse exame ter uma recomendação fraca, os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios.

Diante disto, é recomendado que se estimule o processo de promoção de autoconhecimento, que consiste na mulher apalpar as mamas espontaneamente e conhecer as características das próprias mamas nas diferentes fases da sua vida para identificar o que é normal e habitual. Além disso, ela deve ser orientada sobre os achados suspeitos de câncer de mama e para procurar o serviço de saúde, se perceber alterações (BRASIL, 2015).

No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos sem histórico familiar.

São considerados fatores de risco para câncer de mama: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), história progressiva ou familiar de câncer de mama, uso de álcool, tabaco (o tabacum fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos mas merece atenção), excesso

de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).

Importante destacar a necessidade de facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento aos serviços de saúde. Com esse objetivo, cada localidade deve planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Alterações sugestivas de câncer de mama:

- Qualquer nódulo mamário: a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- Alteração unilateral na pele da mama, como: eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo.
- Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serosanguinolenta unilateral e espontânea: secreções poliductais, bilaterais e que são eliminadas com a expressão mamilar, são associadas às condições benignas.
- O autoexame das mamas não é indicado como estratégia para redução da mortalidade, mas a paciente precisa ser orientada pelo profissional quanto a ocorrência de sinais sugestivos de câncer de mama, como: nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas; mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento); mudanças no mamilo (retração e desvio); secreção espontânea pelo mamilo (principalmente se for unilateral).
- O enfermeiro poderá solicitar mamografia de rastreamento e aproveitar a oportunidade de coleta do exame de rastreamento do câncer de colo do útero para realizar exame clínico das mamas.

CLASSIFICAÇÃO BI-RADS

O BI-RADS é um manual de padronização que permite analisar as características das lesões mamárias (cistos, nódulos, calcificações) e estimar o risco de neoplasias mamárias.

0	Inconclusivo	Não é possível estimar	Necessita de exames adicionais
1	Sem achados	0,05%	Controle anual
2	Achados benignos	0,05%	Controle anual
3	Achados provavelmente benigno	Até 2%	Controle semestral por um período de tempo
4	Achados suspeitos de malignidade	>20%	Necessita realização de biópsia
5	Achados altamente sugestivos de malignidade	>75%	Necessita realização de biópsia
6	Biópsia prévia com malignidade comprovada	100%	Tratamento oncológico

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento do consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32 p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais

e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nota técnica para a solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5912bc804eb696bf975897f11fae00ee/NT_INCA_DARAO_Mamografia_requerida_pela_enfermagem.pdf?MOD=AJPERES>.

- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio_2016_3.pdf>.

• • • • •

SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

.CLIMATÉRIO

O climatério é definido como uma fase biológica da vida da mulher, que representa a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, com falência ovariana, que habitualmente ocorre entre os 40 e 65 anos. Apesar de não se tratar de um processo patológico, é uma fase da vida permeada por uma série de transformações de ordem física, psicossocial, afetiva familiar, ocupacional e relativas ao envelhecimento, que muitas vezes repercutem negativamente podendo compreender a qualidade de vida.

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos, sudorese noturna também são bastante frequentes, típicos do período.

Manifestações transitórias:

- **Menstruais:** intervalo irregular entre as menstruações e/ou variação do fluxo.
- **Neurogênicas:** fogachos, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, insônia e fadiga.
- **Psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e dificuldades sexuais.

Manifestações não transitórias:

- **Urogenitais:** mucosa mais delgada propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.
- **Metabolismo lipídico:** o hipoestrogenismo pode elevar as taxas de frações LDL e redução da HDL.
- **Metabolismo ósseo:** perda da massa óssea, mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.

- **Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal:**

tendência de acúmulo de gordura na região abdominal.

Consulta de Enfermagem

Inicia-se pela anamnese clínica, valorizando a escuta, incluindo a aferição de peso, estatura, pressão arterial, exame das mamas, seguido de solicitação de exames laboratoriais de rotina.

Coleta de dados:

- Data da última menstruação;
- Uso de métodos anticoncepcionais;
- Tabagismo;
- História familiar de câncer de mama;
- Última coleta de citopatológico;
- Comorbidades;
- Uso de medicação contínua;
- Explorar as queixas e outras demandas.

Exames Laboratoriais que podem ser solicitados pelo enfermeiro fora do pré-natal:

- Hemograma;
- Glicemia de jejum;
- Teste oral de tolerância à Glicose/ Curva glicêmica;
- Hemoglobina Glicada (HbA1C ou A1C);
- Insulina;
- Lipidograma;
- VDRL;
- Anti-HIV;
- **Hormônios: T3, T4, TSH, Estriol, Progesterona, FSH, Prolactina;**
- Hepatograma;

- Uréia;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- Sódio;
- Potássio;
- Vitamina D
- Vitamina B 12
- Beta HCG;
- Sorologia para hepatites B e C;
- Toxoplasmose IgG e IgM;
- TSA;
- Pesquisa de BAAR no escarro e linfa;
- Urina (EAS);
- Parasitológico de fezes;

Orientações de acordo com as queixas:

- Fogachos e sudorese noturna:

- Dormir em ambiente ventilado;
- Usar roupas leves e confortáveis;
- Ingestão de líquido;
- Evitar uso de cigarro;
- Evitar bebidas alcoólicas e de cafeína;
- Praticar atividade física;
- Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.

- Insônia:

- .Evitar prática de atividade física nas três horas que antecedem o sono;
- Ter horários definidos para o sono e evitar cochilos durante o dia;
- Fazer refeições leves antes de se deitar;
- Evitar cafeína;

- Experimentar respiração lenta e profunda antes de dormir.

- Problemas ósseos:

- Informar sobre a prevenção primária de osteoporose e o risco de fraturas associadas;
- Aconselhar exposição solar no início da manhã ou no fim da tarde;
- Orientar exercícios físicos regulares para fortalecimento da muscular, ósseo, melhora do equilíbrio e da flexibilidade.

- Sintomas Urogenitais:

- Considerar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual;
- Estimular o autocuidado;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade;
- Estimular exercícios da musculatura perineal.

- Transtornos Psicossociais:

- Estimular a participação em atividades sociais;
- Avaliar estados depressivos, especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;
- Considerar encaminhar para avaliação com profissionais da saúde mental.

Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n.29). – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de orientação em climatério**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf.

• • • • •

• •

•

SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

.PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O planejamento reprodutivo, também denominado planejamento familiar, é um direito sexual e reprodutivo, assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, a partir da escolha informada sobre os meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2008, 2016).

O planejamento reprodutivo deve ser orientado à mulher e parceiro (a) durante a consulta pelo enfermeiro.

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.

A sexualidade é um componente transversal na vida de qualquer sujeito, com determinações e implicações individuais sociais, institucionais e programáticas.

O Planejamento familiar é regulamentado através da Lei nº 9.263/1996 e pela Portaria nº 144/1997 do Ministério da Saúde, como sendo parte integrante de um conjunto de ações de Atenção a Saúde da Mulher, do Homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Esse conjunto de ações inclui: assistência à concepção e contracepção; atendimento ao pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Embora tratando de planejamento familiar, a lei é ampla e abrangente, caracterizando a anticoncepção como elemento integrante da Saúde Reprodutiva.

Consulta de Enfermagem

Coleta de dados de Enfermagem:

Identificação da usuária, idade, dados socioeconômicos e culturais, motivos da consulta, antecedentes familiares, antecedentes pessoais.

Condutas/Intervenções de Enfermagem:

- Geral:

- Monitorar peso e avaliar estado nutricional;
- Monitorar frequência cardíaca;
- Monitorar pressão arterial;
- Realizar ausculta cardiopulmonar, se necessário;
- Agendar exame citológico e de mamas e realizá-los anualmente;
- Orientar quanto à imunização;
- Apresentar e explicar à mulher ou casal a técnica de uso do seu método. Reforçar o aconselhamento e oferecer preservativo para uso associado, com vista à dupla proteção do indivíduo ou casal;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até 06 meses no caso das lactantes;
- Realizar consultas subsequentes conforme o calendário;

- Específico:

- Apresentar todos os métodos contraceptivos de barreira, naturais, hormonais e definitivos, respeitando o direito da mulher ou casal quando da possibilidade da prescrição do método diante de condições clínicas favoráveis.
- Realizar primeira prescrição apenas de preservativo masculino ou feminino.
- Realizar prescrição subsequente:
- Disponibilizar camisinha feminina e/ou masculina;
- Encaminhar para o planejamento reprodutivo para avaliação e/ou inserção nos critérios de laqueadura e vasectomia.

ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo ministério da saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- A escolha da mulher, do homem ou do casal
- Características dos métodos
- Fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários do método

Critérios de Elegibilidade:

Os critérios de elegibilidade de um método anticoncepcional são definidos pelo conjunto de características apresentadas pela candidata ao uso de um determinado método, e que indicam se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo. Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais não

devem ser considerados norma estrita, mas sim recomendação, que pode ser adaptada às condições locais. Consistem em uma lista de condições das(os)

usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

- **Categoria 1:** o método pode ser usado sem restrições.
- **Categoria 2:** o método pode ser usado com restrições. As condições listadas na Categoria 2 significam que o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução. São situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. As condições

da Categoria 2 fazem com que o método não seja a primeira escolha e, se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário.

- **Categoria 3:** os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Quando há condição da Categoria 3 para um método, este deve ser o de última escolha e, caso seja escolhido, é necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuá(ri)a(o).

- **Categoria 4:** o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Considerando que as situações que se enquadram na Categoria 3 exigem acompanhamento rigoroso, recomenda-se, nesta publicação, adaptar a classificação da OMS supramencionada, de modo a englobar as Categorias 3 e 4 como a categoria em que o método não deve ser usado.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCION AL ORAL*	ANTICONCEPCION AL INJETÁVEL COMBINADO (mensal)	ANTICONCEPCION AL INJETÁVEL PROGESTÁGENO (trimestral)	MINIPÍLULA	DIU DE COBR E	MÉTODOS DE BARREIRA**
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1	1
Idade >40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser usado)
Amamentação menos de 6 meses do parto	3	3	1	1	D: 1 E: 3	1 (diafragma** não aplicável se <= 6 semanas pós parto)
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F:4 G:2	1
Fumo < 35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhament o da HAS)

HAS controlada	3	3	2	1	1	1
emacompanhament						
o						
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	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 (2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2(manutenção do método)	1	1
Enxaqueca 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	
**						

Fonte: OMS (2010).

Legenda: A – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

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

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

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

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

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

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

Notas: * Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

MÉTODOS HORMONAIS

- **Anticoncepcionais Oraís:** São subdivididos em Anticoncepcional Oral de Progestogênio ou Anticoncepcional Oral Combinado.

-Anticoncepcional Oral de Progestogênio: Contêm uma dose muito baixa de progestogênio. Eles não contêm estrogênio. Também são conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta, (a partir de 6 semanas após o parto).

- **Anticoncepcional Oral Combinado:** Contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. São mais conhecidos como pílula.

- **Anticoncepcionais Injetáveis:** São subdivididos em: anticoncepcional hormonal injetável mensal e anticoncepcional hormonal injetável trimestral.

- **Anticoncepcional hormonal injetável mensal:** São combinados, contêm estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais os hormônios são sintéticos. Esse tipo de contraceptivo, diminui a frequência e a intensidade das cólicas menstruais, e a fertilidade retorna em tempo mais curto do que com os injetáveis trimestrais.

- **Anticoncepcional Oral Combinado:** É um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino que é liberado lentamente na circulação sanguínea. Esse tipo de contraceptivo diminui a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica, mioma uterino, pode ajudar a prevenir câncer e cistos de ovário e diminuir frequência de crises de falcização em portadoras de doença falciforme, por promover estabilização da membrana das hemácias. Além disso, podem ajudar a diminuir a frequência de crises convulsivas em portadoras de epilepsia, todavia aumentam a incidência de acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda e infarto agudo miocárdio. Todas essas complicações com maior frequência em fumantes de qualquer faixa etária. Não são recomendadas para lactantes pois afetam a quantidade e qualidade do leite. Aumentam o risco para tumores de fígado, sendo extremamente raros os tumores malignos.

Efeitos secundários:

- Alterações de humor, como depressão e menor interesse sexual, que são pouco comuns.
- Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico (mais comum nos três primeiros meses).
- Cefaleia leve.

- Leve ganho de peso.

- Nervosismo.
- Acne (pode melhorar ou piorar, mas geralmente melhora).
- Tonteira.
- Mastalgia.
- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, especialmente quando a mulher se esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos três primeiros meses), e amenorreia.
- Cloasma.

Outras alterações físicas possíveis:

- A pressão arterial aumenta alguns pontos (mm Hg). Quando o aumento se deve aos anticoncepcionais orais combinados, a pressão arterial cai rapidamente após a interrupção do uso.

Modo de uso – instruções às usuárias

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia. A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. Quanto mais precoce for o início de uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor é a sua eficácia nesse ciclo.
- A seguir, a usuária deve ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário. É importante orientar a usuária para verificar a cartela todas as manhãs, no sentido de se certificar do seu uso no dia anterior.
- Ao final da cartela, se a cartela for de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia.

- Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.

- Mesmo que a pílula já venha sendo usada por longo período de tempo, não há necessidade de interromper o seu uso para descanso, pois não existe amparo científico que o justifique, sendo causa frequente de ocorrência de gestações.

- A mulher deve informar o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta, mesmo que isso não lhe seja perguntado.

- Quando uma mulher começa a usar a pílula, seu organismo precisa de um tempo para se adaptar. Por isso, a mulher não deve interromper o uso da pílula se ocorrerem alguns dos efeitos secundários indicados acima. Esses efeitos não são perigosos e, na maioria das vezes, desaparecem após os três primeiros meses de uso. Se eles continuarem por mais de três meses, a mulher deve procurar o serviço de saúde.

- **Em caso de esquecimento:** Se esquecer de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.

-- Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas: Tomar uma pílula imediatamente. Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante sete dias. Contar quantas pílulas restam na cartela. Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume. Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela. Nesse caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo. Na ocorrência de coito desprotegido, nesse período, orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.

- Em caso de vômitos e/ou diarreia: vômitos dentro de uma hora após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela, para isso é importante fornecer à mulher pelo menos uma cartela extra para que ela tenha pílulas em número suficiente para tomar, se vomitar. Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a

tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem, pois, nessa situação, existe a possibilidade de não absorção dos esteroides da pílula, com consequente perda da ação anticonceptiva.

Interações medicamentosas:

Grupos medicamentosos	Efeitos
Analgésicos	
Antibióticos (Rifampicina)	Diminuição do efeito hormonal
Antifúngicos (Griseofulvina)	Diminuição do efeito hormonal
Anticoncepcionais	
	diminuição do efeito terapêutico
Hipnóticos	Diminuição do efeito hormonal
Tranquilizantes	Diminuição do efeito hormonal, diminuição do efeito terapêutico
Diuréticos	Diminuição do efeito hormonal
Anti-hipertensivos	Diminuição do efeito terapêutico
Hipoglicemiantes	Diminuição do efeito terapêutico
Antiretrovirais	Diminuição do efeito hormonal
Anticoagulantes	Diminuição do efeito terapêutico

Primeira prescrição de contraceptivo:

- Investigar todas as condições que contraindiquem o uso do contraceptivo.

- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.

- Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de pequeno sangramento intermenstrual durante os primeiros meses de uso da pílula combinada de baixa dosagem. Nessa situação, ela deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher deve procurar o serviço de saúde.

- Permanecendo o sangramento intermenstrual após três meses em mulheres que usam a pílula corretamente, impõe-se a realização de exame ginecológico minucioso, para afastar outras etiologias.

Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor abdominal de causa indeterminada; alteração visual de aparecimento súbito; dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito.

- Prescrever os contraceptivos para 1 ano de uso.

- Orientar quanto ao uso correto do contraceptivo escolhido e, em qualquer situação, retornar à unidade de saúde para consulta com enfermeiro (a);

- Ofertar o contraceptivo injetável com no máximo 2 dias posteriores a data de aplicação. Caso ultrapasse este período, orientar a necessidade de início de novo ciclo de contracepção, aguardando o próximo ciclo menstrual.

- Agendar retorno dentro de 30 dias.

- Esclarecer que a pílula não protege contra as DST/HIV/Aids.

- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.

Consultas de retorno

O 1º retorno deve ser após 30 dias de uso do contraceptivo. Os retornos subsequentes devem ser semestrais. Retornos mais frequentes devem ser agendados para usuárias

com patologias associadas, tais como hipertensão arterial leve, diabetes, entre outras.

Consultas subsequentes:

- Avaliar as condições de uso do método (regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras)
- Indagar sobre a satisfação com o método em uso.
- Checar o modo de uso do método (reorientar).
- Indagar sobre possíveis efeitos secundários e avaliar a gravidade dos mesmos.
 - Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método escolhido.
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno.

Contraceptivos ofertados na rede:

Oral:

- Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg;
- Medroxiprogesterona 10 mg;
- Noretisterona 0,35 mg;
- Levonorgestrel 0,75 mg (contraceptivo de emergência);

Injetável:

- Combinado mensal: Noretisterona 50 mg + Estradiol 5mg/ml;
- Trimestral: Medroxiprogesterona 150 mg/ml;

Método de barreira:

- DIU de cobre;
- Preservativo masculino;
- Preservativo feminino.

Métodos definitivos:

- Laqueadura; e
- Vasectomia.

REFERÊNCIAS

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 3ª edição, atual, amp, 2008. Disponível em:

<<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama.pdf>.

_____. _____. Portaria Nº. 2439, de 08 de dezembro de 2005. Política nacional de atenção oncológica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2005. 3p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. (Cadernode Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Número 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

SAÚDE DA MULHER NO TRATAMENTO
DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS

INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente considerado o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas IST's quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito. Nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia de AIDS, as IST's readquiriram importância como problema de saúde pública.

A dimensão dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, portanto, é muito mais ampla oportuna e urgente. Supõe o compromisso maior com os princípios do Sistema Único de Saúde, cuja implementação é o objetivo e a preocupação de todos os profissionais cientes da sua missão social.

A abordagem sindrômica é adotada pelo Ministério da Saúde, pois classifica os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados; utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome; indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome; inclui atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos, além da oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV.

Abordagem às pessoas com IST

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos diagnósticos das IST. Os profissionais de saúde necessitam conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino. Durante o exame físico procede-se, quando indicado, à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C, precedidos de

uma abordagem profissional adequada. A notificação compulsória dessas infecções deve fazer parte da atenção às pessoas com IST.

As amostras para os exames laboratoriais indicados devem ser colhidas no momento da primeira consulta; caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, além do estabelecimento de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento e a adesão ao tratamento. Para tanto, deve-se promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

No caso de outras doenças (diabetes, dermatoses e imunodeficiências, entre outras), o uso de medicamentos e questões socioeconômicas e culturais são aspectos a serem abordados durante a anamnese. Nesse momento, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou com condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS).

Além disso, recomenda-se a vacinação quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, também disponível no SUS, para adolescentes na faixa etária de nove a 13 anos, e para mulheres HIV-positivas de nove a 26 anos de idade (as quais necessitam de prescrição médica a ser apresentada no ato da vacinação, conforme Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

OFERTA DE PRESERVATIVOS

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de

evitar gravidez. As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem.

A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, considerando as dificuldades experimentadas principalmente pelas profissionais do sexo na negociação do uso da camisinha com a parceria sexual. Esses insumos deverão ser disponibilizados como parte da rotina de atendimento.

Abordagem às parcerias sexuais

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. No caso do não comparecimento das parcerias sexuais comunicadas, outras atividades poderão ser desenvolvidas, conforme a disponibilidade de cada serviço.

Serão consideradas parcerias sexuais, para fins de comunicação, aqueles(as) com as quais a pessoa infectada tenha se relacionado sexualmente, conforme a descrição abaixo:

- Tricomoníase: parceria atual;
- Corrimento uretral ou infecção cervical: nos últimos dois meses;
- DIP: nos últimos dois meses;
- Úlceras: nos últimos três meses;
- Sífilis secundária: nos últimos seis meses;
- Sífilis latente: no último ano

Comunicação por Busca Ativa

Essa modalidade só poderá ser executada quando se esgotarem todos os recursos disponíveis, havendo acesso ao endereço. Cada unidade deve implementar as

atividades do sistema progressivamente, conforme a disponibilidade local. Por exemplo, pode-se realizar a comunicação por profissionais habilitados, equipe de vigilância epidemiológica ou ESF da área de abrangência.

Ao chegar ao serviço de saúde, a parceria deve ser considerada portadora da mesma infecção que acometeu o caso-índice, mesmo que não apresente sinal ou sintoma, e receber o mesmo tratamento recomendado para a condição clínica.

As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser priorizadas para **busca ativa**.

Princípios para comunicação das parcerias sexuais

Qualquer método utilizado na comunicação das parcerias sexuais deve-se basear nos princípios de **confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação**.

- **Confidencialidade:** qualquer informação sobre o caso-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada à parceria sexual e vice-versa. O profissional de saúde explicará que a informação sobre um paciente não pode ser dada a outro. Há menor resistência em utilizar o serviço de saúde quando as pessoas percebem que é garantida a confidencialidade.
- **Ausência de coerção:** a comunicação às parcerias sexuais pelo caso-índice deve ser voluntária, e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento. Pode acontecer de o caso-índice se recusar a fazer a comunicação ou impedir o ato pelo profissional de saúde; por isso, essa decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com princípios éticos. Se o profissional perceber que o risco à saúde da parceria e/ou outros (como um conceito) é tão elevado que seria antiético deixar de realizar a comunicação, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades.

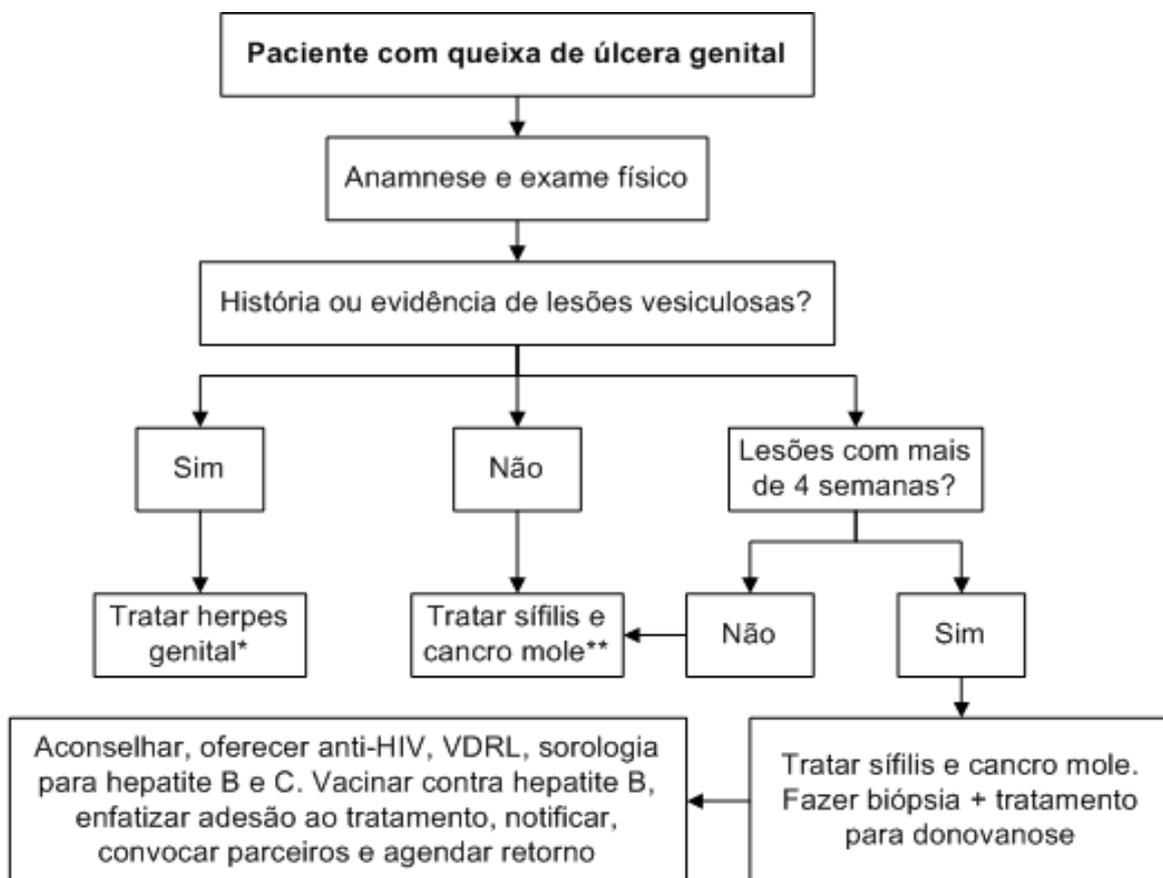
- **Proteção contra discriminação:** a comunicação às parcerias sexuais deverá ser realizada respeitando os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente, naqueles lugares em que o estigma e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. É necessário lembrar que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde é antiética e profissionalmente inaceitável, repercute negativamente na adesão e compromete o trabalho de toda a equipe. Discussões com todos os profissionais são essenciais para homogeneizar as ações.

CORRIMENTOS VAGINAIS

CAUSA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ORIENTAÇÕES	AGENTE ETIOLÓGICO
MUCORRÉIA	No exame especular mostra ausência de inflamação vaginal com muco claro e límpido.	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais	Fisiológico
VAGINOSE CITOLÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Prurido vaginal; • Queimação vaginal; • Dispareunia; • Disúria terminal; • Corrimento branco (piora na fase lútea). 	Ducha vaginal (4 xícaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x semana, a cada 2 semanas.	Síndrome do crescimento excessivo do <i>lactobacillus</i> ou citólise de Doderlein
VAGINOSE BACTERIANA	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. • Semsintomas inflamatórios. 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gardnerella vaginalis</i> • <i>Mobiluncus</i> sp • <i>Bacteroides</i> sp • <i>Mycoplasma hominis</i> • <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbicos
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar medida higiênicas; • Orientar usar 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cândida</i> spp • <i>Cândida</i>

	útero; <ul style="list-style-type: none"> • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; • Edema de vulva; • Hiperemia de mucosa; • Dispareunia de introito. 	roupa íntima de algodão; <ul style="list-style-type: none"> • Evitar calças apertadas; • Dormir sem roupa íntima. 	<i>albicans</i>
TRICOMONÍASE	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida; • Prurido intenso; • Edema de vulva; • Dispareunia; • Colo com petéquias e em “framboesa”; • Disúria (menos frequente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações em IST e sua prevenção; • Ofertar testes rápidos; • Ofertar preservativos; • Ofertar vacinação contra hepatite B (verificar esquema vacinal); • Convocar e tratar as parcerias sexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichomonas vaginalis</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos; 		
	Nos casos Sintomáticos:		
GONORRÉIA e CLAMÍDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Corrimento vaginal; - Sangramento intermenstrual ou pós-coito; - Dispareunia; - Disúria; <p>Achados clínicos ao exame físico:</p>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i>
	- Sangramento ao toque da espátula;		
	- Material mucopurulento no orifício externo do colo e doa à mobilização do colo uterino.		

ÚLCERA GENITAL



FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

Para o 1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir** 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias **ou** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

nutrizes);

+

Cancr **Azitromicina 1 g VO em** **Ceftriaxona 250** **Gestantes –**

o mole



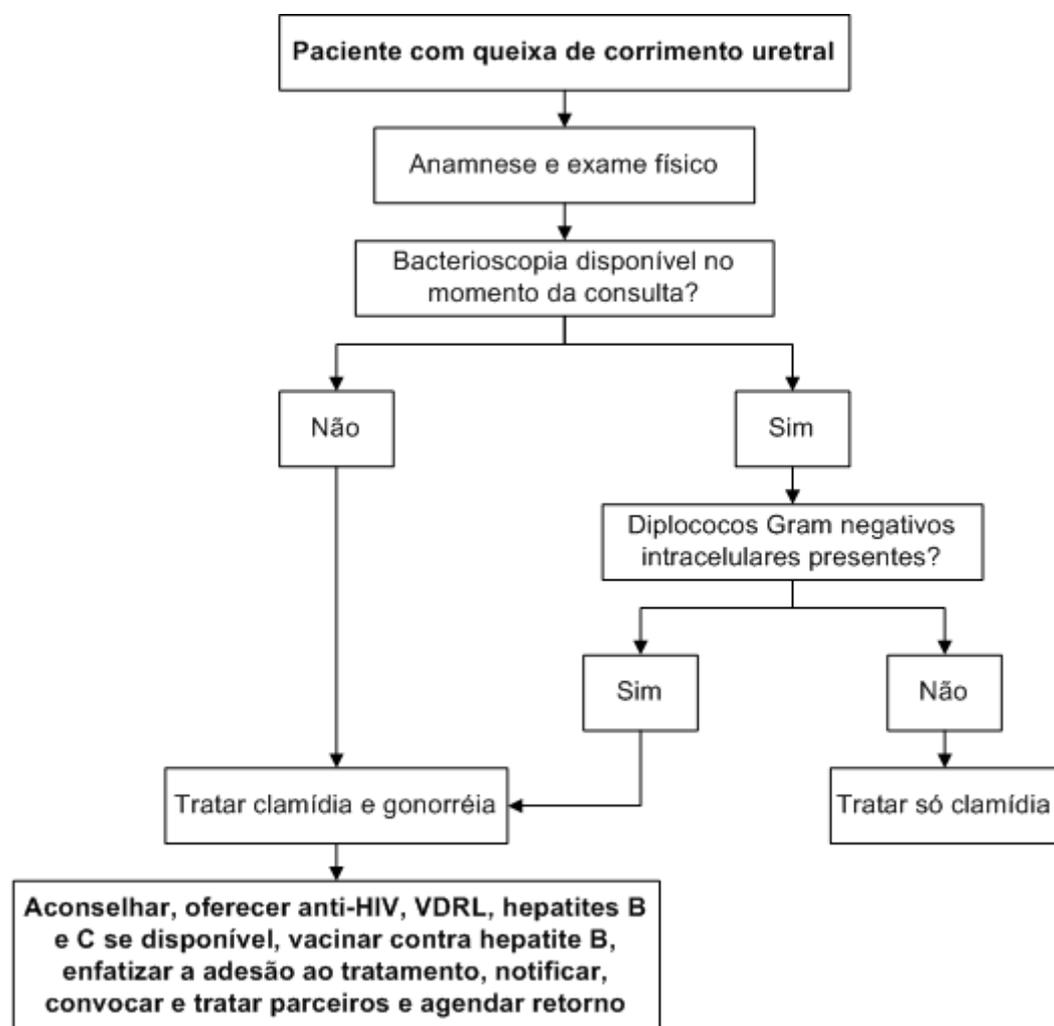
Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; ou
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou.
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica
- **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica; ou
- **Azitromicina** 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

Não esquecer as ações complementares essenciais - aconselhar, oferecer testes anti-HIV, VDRL, sorologia para Hepatite B e C, vacinar contra hepatite B. Enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno.

CORRIMENTO URETRAL

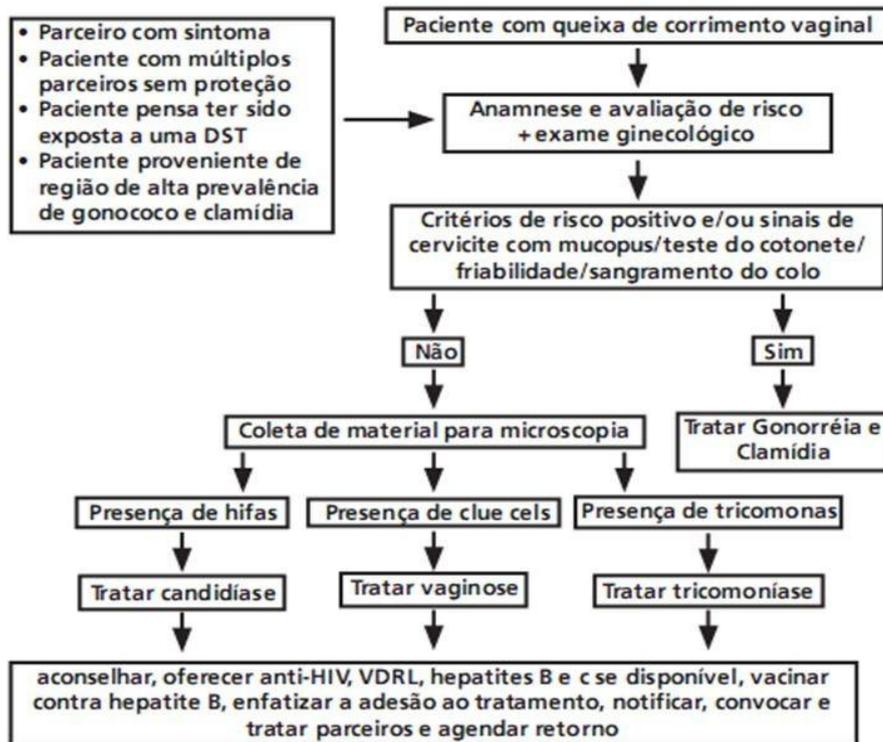


FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

Tratamento:

Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única	
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única		
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única		
Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	
Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única		
Ceftriaxona 1g, IM, dose única		
<ul style="list-style-type: none"> • Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g). • Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única). 		
Fonte: DCCI/SVS/MS		

Fluxograma de corrimento vaginal com microscopia



FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

Tratamento:

Condição clínica

Tratamento

Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

Vaginose Bacteriana

Tratamento

--	--

Segunda opção Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias

Recorrentes Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-

--	--

- O tratamento
- Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

OBS: O metronidazol só é indicado após o final do 1º trimestre de gestação. A clindamicina é contra-indicada em gestantes, pois aumenta o risco de amniorexe prematura.

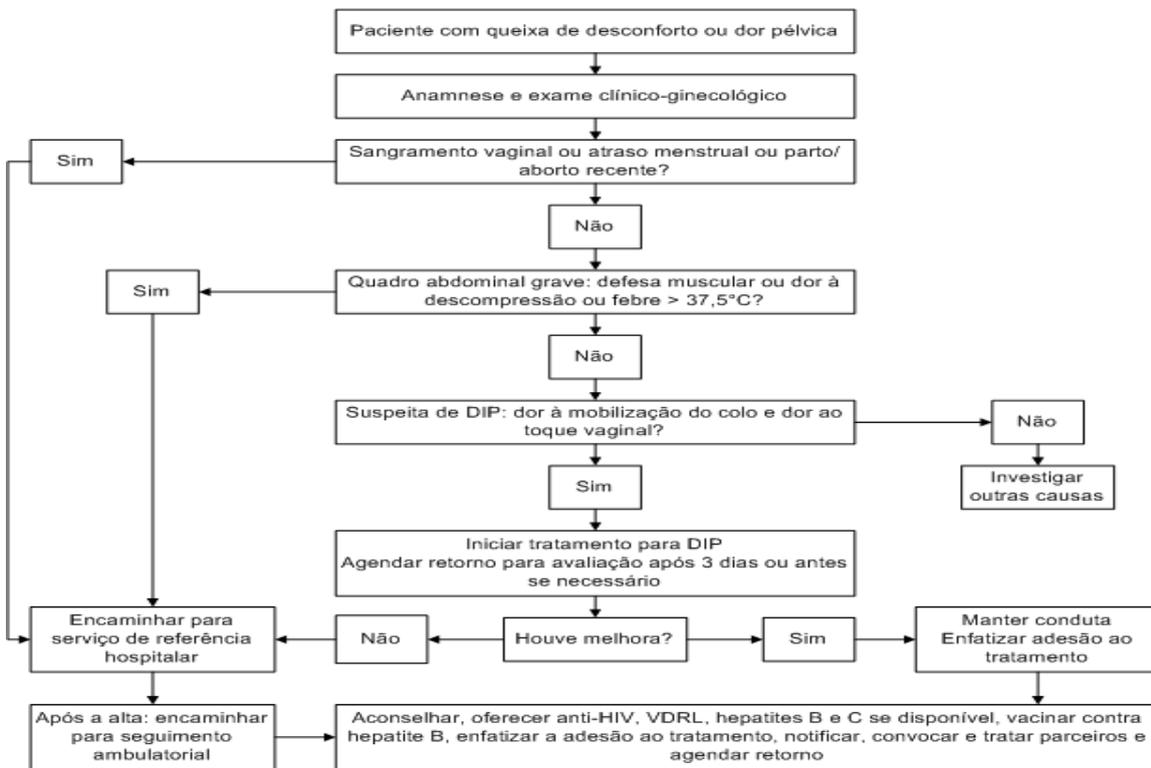
- Candidíase

CANDIDÍASE VULVOGINAL	TRATAMENTO
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única
CVV complicada e CVV recorrentes	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana

Fonte: DCCI/SVS/MS.

- As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.
- É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.
 - Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.

DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA



FONTE: Manual de Bolso de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª edição, Brasil, Brasília, 2006.

TRATAMENTO DE DIP

Primeira Opção

Ceftriaxona 500mg, IM, dose única

MAIS

Doxiciclinaa 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias

MAIS

Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias

Segunda Opção

Cefotaxima 500mg, IM, dose única

MAIS

Doxiciclinaa 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias

MAIS

Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24h do uso de metronidazol para evitar efeito dissulfiran (antabuse).

A doxiciclina é contraindicada durante a gravidez

CONDILOMA ACUMINADO

No condiloma acuminado as lesões são verrucosas e podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais frequentemente, no homem, na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo.

A biópsia está indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia;
- As lesões não responderem ao tratamento convencional;
- As lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- O paciente for imunodeficiente.

Pacientes que apresentarem condilomas em genitália e/ou região anal, deverão ser encaminhadas ao Ginecologista.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Controle das doenças sexualmente transmissíveis, Manual de bolso – Ministério da Saúde – Brasil, Brasília –DF, 2006. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta** nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/ AIDS/SVS/MS, que dispõe sobre alteração de faixa etária e do intervalo de doses da vacina HPV para mulheres de 9 a 26 anos de idade HIV positivas.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF,2019.

