MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP - 4ª ed.

ORGANIZAÇÃO

Marisa Beraldo
Olga Aparecida Fortunato Caron
Patrícia Luna
Rosa Maria Bruno Marcucci

ELABORAÇÃO

Ana Paula Lima Orlando
Andrea Lutten Leitão
Artur Vieira Castilhano Neto
Brigida Farias
Cecília Seiko Takano Kunitake
Cleuza Maria de Toledo Gutschow
Egle de Lourdes Pontes Já Okasaki
Elizabete Monteiro Lopes
Emiko Kawata Simões Mendes
Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava
Ivani dos Santos
Joyce Cavalieri
Karina Mauro Dib
Leni Aparecida Gomes Uchoa
Linneu Henrique Kiyoshi Mizutani
Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas
Maria Cristina Honório dos Santos
Marisa Beraldo
Olga Aparecida Fortunato Caron
Patrícia Luna
Priscila de Oliveira Arruda Candido
Rhavana Pilz Canônico
Rosa Maria Bruno Marcucci
Roberta Melão
Silmara Alves dos Santos

COLABORADORES

PARCEIROS

Equipe de Enfermeiros:

. Associação Comunitária Monte Azul
. Associação Congregação de Santa Catarina
. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
. Associação Saúde da Família (ASF)
. Casa de Saúde Santa Marcelina
. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)
. Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
. Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
. Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM)
. Instituto Adventista de Ensino (IAE)
. Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia
. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
. SAS – Superintendência Atenção à Saúde – OSS – Seconci

ATENÇÃO BÁSICA / ÁREAS TÉCNICAS - SMS-SP

Dirce Cruz Marques
Elaine Aparecida Lorenzato
Gloria Maria Ferreira Ribeiro
Jonas Melman
Lucia Helena de Azevedo
Márcia Maria Gomes Massironi
Sônia Raquel Witppich Coelho

EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM DAS SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE SMS-SP
CRS SUL; CRS CENTRO OESTE
CRS NORTE; CRS SUDESTE

ENFERMEIROS

Adriana Gimenez Garcia
Camila Crassia Miranda Correa
Caroline Carapiá Ribas Lisboa
Cassia de Paula Paz
Clarissa Alves Gomes Bittencourt
Cleber Sampaio de Souza
Danielle Machado Lopes
Dirley Glizt
Flaviana da Silva Costa
Gabriela Bnejamim Togashi
Gislene do Nacimento
Glicinete Oliveira Barreto
Gloria Mytio Schulze
Ivonete de Cássia Barbosa
Liz Andrea Carvalho
Maria Julia Barbosa de Moraes
Paula Andrea Cesar Ferreira
Raphaela Karla de Toledo Solha
Rosa Kazuye Koda do Amaral

REVISÃO ÁREA TÉCNICA
Dr. Adalberto Koichi Aguemi
Anna Barbara Kjekshus Rosas
Dr. Carlos Eduardo Veja
Dra. Cecilia Tomiko Nobumoto
Dr. Luis Carlos Pazero
Olga Aparecida Fortunato Caron

COLABORAÇÃO ESPECIAL
Necha Goldgrub

ESCOLA DE ENFERMAGEM – EEUSP USP-SP
ENFERMAGEM SAÚDE COLETIVA
Maria Amélia de Campos Oliveira
Maria Luiza Gonzalez Riesgo
Luiza Akiko kamura Hoga
Érica Gomes Pereira

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM - UNIFESP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER
Márcia Barbieri

FOTOS
Heloisa Mª Chamma Leuzzi Lacava
Maria Inez Bariani Silveira
Marisa Beraldo
Olga Aparecida Fortunato Caron
Patrícia Luna
Ieda Carla A. S. de Souza Pastana
Thais Tiemi Yamamoto

COLABORAÇÃO - COVISA
Dr. Júlio Mayer de Castro Filho

AGRADECIMENTO

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

__C__ássia Regina de F. B. dos Santos; __E__laine Cristina Carvalho Costa; __G__eórgia Affonso Bernado; __G__lória Mityo Schulze; __I__vonete Cássia Barbosa; __M__aria Cejane Aires da Silva; __N__aira Regina dos Reis Fazenda; __P__atricia Luna; __V__era Helena Martinez Milanezzi; __G__iselli Cacherick; __L__ais Helena Ramos; __L__aela Barbosa Albuquerque; __M__aria Regina F. A. Lima .

FICHA EDITORIAL

Todos os direitos reservados.

- É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte, e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
- As **fotos** obtêm os **T**ermos de **C**onsentimento **L**ivre e **E**sclarecido para este Manual, sendo, portanto, **proibida a cópia, reprodução e divulgação das mesmas.**

Série Enfermagem - Atenção Básica – SMS-SP
Documentos Técnicos.

Ficha Catalográfica

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.
Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 2. ed. - São Paulo: SMS, 2012.
67 p. – (Série Enfermagem)

1. Administração da Saúde. 2. Enfermagem. 3. Saúde da mulher. 4. Serviços de saúde. I. Atenção básica/Estratégia Saúde da Família. II. Título. III. Série.

CDU 614.2

APRESENTAÇÃO

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de São Paulo traz em sua história de consolidação, o papel fundamental da Atenção Básica. A Secretaria Municipal de Saúde definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O Atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

O presente trabalho é fruto da iniciativa dos profissionais da enfermagem da SMS/SP, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

É com satisfação e reconhecimento que a Coordenação da Atenção Básica/SMS apresenta a presente publicação: **"Série Manuais de Enfermagem – SMS/SP"** composta por sete manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/do homem; Saúde da Pessoa Idosa; Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem; Risco biológico – Biossegurança na Saúde e Manual para Técnico e Auxiliar de Enfermagem, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

A SMS-SP coordenou o Grupo Técnico de trabalho, responsável pela revisão e atualização dos Manuais, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias Regionais de Saúde, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, das Áreas Temáticas e Redes de Atenção, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Instituições Parceiras e Universidades.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem serão uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica.

Rejane Calixto Gonçalves
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 03
INTRODUÇÃO 05

1-ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA GESTAÇÃO 06

1. Atendimento à Gestante 07
1.1 Fluxograma para diagnóstico de gravidez e acompanhamento do Pré-natal 08
1.2 Exames de rotina para o pré-natal 09
1.3 Rotina para a primeira consulta de enfermagem 09
1.4 Imunização 11
1.5 Roteiro para consulta de enfermagem de seguimento 11
1.6 Visita domiciliária a partir da 36ª semana 12
1.7 Condutas perante as queixas mais frequentes na gestação de baixo risco 16
1.8 Técnica de coleta para pesquisa de Streptococus B 17
1.9 Visita domiciliária da puérpera 18
1.10 Ações em Relação ao Recém Nascido

Capítulo 2

2-ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO E MAMAS 19

2. Assistência de enfermagem à mulher na prevenção do câncer do colo uterino e mamas 20
2.1 Fluxograma de agendamento da coleta para citologia oncótica 21
2.2 Roteiro para a consulta de enfermagem ginecológica 23
2.3 Relação das principais afecções que podem ser diagnosticada pela inspeção da genitália externa e interna 24
2.4 Recomendações prévias a mulher para a realização da coleta do exame preventivo do colo de útero 25
2.5 Roteiro para coleta de Citologia Oncótica 25
2.6 Nomenclatura de exames citopatológicos 27
2.7 Fluxograma para resultado normal e alterações benignas 28
2.8 Fluxograma para resultado de exames associados aos achados microbiológicos 29
2.9 Fluxograma para resultado de exames com alterações pré-malignas ou malignas 30
2.10 Abordagem Sindrômica 31
2.11 Fluxograma da Abordagem Sindrômica 32
2.12 Fluxograma de tratamento sindrômico na gestante 33
2.13 Orientação de enfermagem na Abordagem Sindrômica 34
2.14 Fluxograma para solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros 35
2.15 Recomendações para a mamografia de rastreamento 36

Capítulo 3

3 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO DIREITO REPRODUTIVO 37

3. Assistência de enfermagem na atenção ao direito reprodutivo 38
3.1 Assistência de enfermagem na pré-concepção 39
3.2 Assistência de enfermagem na anticoncepção 40
3.3 Esquema de orientação para o acompanhamento na anticoncepção 41
3.4 Esquema de orientação para anticoncepção de emergência 41
3.5 Recomendações para a atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva das pessoas que exercem o sexo como profissão 42
3.6 Atenção ás vítimas de violência doméstica e sexual 43

Capítulo 4

4-ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO 45

4. Assistência de enfermagem à mulher no climatério 46
4.1 Alterações frequentes no climatério 47
4.2 Principais ações de enfermagem no atendimento á mulher no climatério 48

ANEXOS

1. Texto norteador para grupos de Gestação 51
2. Promoção e manejo da amamentação: no pré-natal, parto e puerpério 52
3. Quadro de vulnerabilidade 56
4. Transtornos mentais puerperais 57
7.1 Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPDS)
7.2 ASSIST- OMS
5. Portaria SMS. G Nº 295/2004, Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica – SMS/PMSP 61
6. Anticoncepção na adolescência 62

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

INTRODUÇÃO

A política pública municipal de saúde da mulher conta com a participação efetiva dos profissionais da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de suas diretrizes. Dessa forma, a área de Atenção Básica da SMS/SP lança a 4ª edição do **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER (versão Manual)**.

Com a finalidade de proporcionar aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, um instrumento de consulta para orientação de fluxos e atualização de condutas em saúde da mulher, garantindo uma assistência de enfermagem qualificada zelando pela segurança de suas usuárias, esta edição contempla todas as fases da mulher.

Aborda a assistência no período da gestação com orientações referentes ao acompanhamento da mulher desde o pré-natal ao puerpério, contemplando os cuidados com a mulher e a criança incluindo os transtornos mentais puerperais e amamentação.

Traz todos os fluxos e orientações na assistência de prevenção do câncer do colo de útero e de mama. Abrange, também, a atuação da equipe no aconselhamento contraceptivo incluindo a terapêutica da contracepção de urgência, as ações de enfermagem no atendimento às profissionais do sexo e os encaminhamentos para DST/AIDS.

Por fim, abrange a fase do climatério, permitindo o acompanhamento da mulher ao final do ciclo reprodutivo colaborando para melhorar a qualidade de vida das suas usuárias nessa fase.

Os profissionais poderão encontrar nos anexos uma série de materiais com teor complementar dos capítulos iniciais. Importante notar que esse protocolo é válido até a próxima revisão, e que todas as atualizações serão divulgadas por meio de notas técnicas na página da saúde no portal desta Secretaria.

Agradecemos a colaboração de todos os profissionais que se envolveram nas discussões realizadas nas diversas regiões do município. A experiência e conhecimento desses colaboradores são de grande importância e contribuíram para a elaboração desse conteúdo de modo a atender a real necessidade do profissional que atua na assistência direta à mulher, e que efetiva a aplicação das políticas públicas de saúde.

Esperamos ter contemplado a todos e desejamos contribuir para a melhoria constante do serviço publico em nosso município.

Equipe Técnica de Enfermagem
Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias
SMS-SP

1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA GESTAÇÃO

1. ATENDIMENTO À GESTANTE – Unidades de Saúde – Atenção Básica SMS/SP

A Assistência de Enfermagem à gestante começa no diagnóstico da gravidez com a 1ª consulta de pré-natal e continua por todo o período de gestação.

O enfermeiro deverá seguir o cronograma de solicitações de exames conforme mostra o fluxograma para diagnóstico de gravidez, apresentado a seguir.

É importante que a 1ª consulta médica seja agendada com brevidade e, depois de confirmada a gestação de risco habitual, as consultas do médico e do enfermeiro deverão ser alternadas e, a qualquer momento que o enfermeiro considerar necessário, a avaliação médica deverá ser solicitada.

É de extrema importância a participação da gestante nos grupos de orientação do pré-natal, portanto, o enfermeiro deverá desenvolver técnicas de dinâmica em grupo, adequando ao perfil da usuária e estimulando a participação das mesmas.

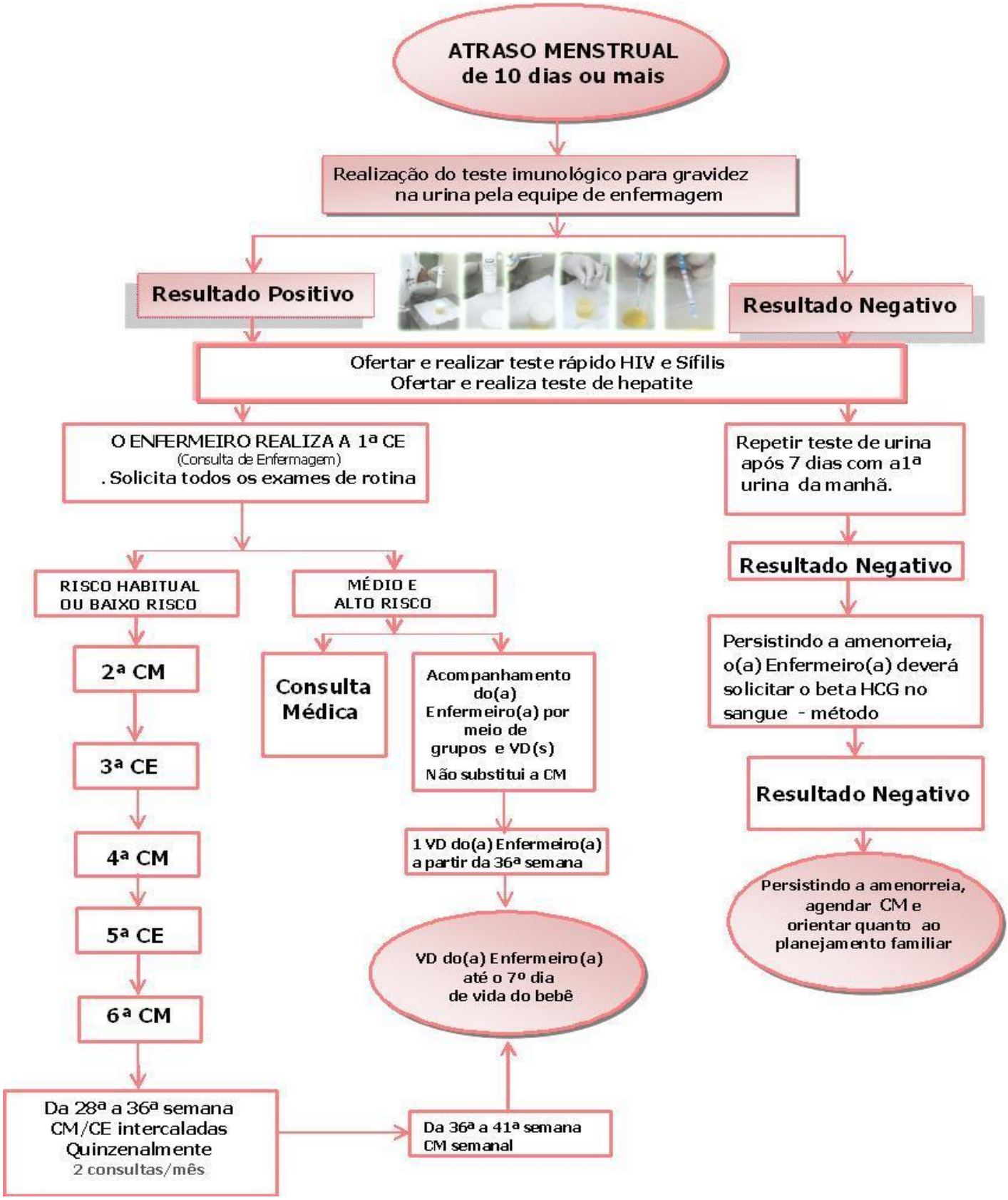
PLANO DE AÇÃO E CRONOGRAMA DE AGENDAMENTO

- Na primeira consulta, preferencialmente, agendar todas as demais, inclusive grupos educativos.
- Com 41 semanas a gestante será encaminhada para maternidade para indução, mantendo vínculo com a UBS.
- Durante o evoluir da gravidez a gestante pode apresentar, em conjunto, ou isoladamente, fatores de risco que farão com que seja encaminhada pelo médico da equipe ao serviço referenciado, mas mantendo o vínculo com a UBS onde realiza o pré-natal.

EM NENHUMA HIPÓTESE EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL

1.1 Fluxograma para Diagnóstico de Gravidez

Acompanhamento do Pré-Natal



1.2 Exames de rotina do pré-natal

	2° trimestre	a partir da 28ª semana
✓ Hemograma completo ✓ Glicemia de jejum ✓ *1 Sorologia para hepatite B ✓ *2 Sorologia para Sífilis / parceiros ✓ Sorologia para Toxoplasmose ✓ Sorologia para HIV ✓ Urina tipo 1 ✓ Urocultura ✓ Protoparasitológico de fezes ✓ Citologia Oncótica – realizar a coleta, ou conforme rotina ginecológica ✓ Ultrassonografia obstétrica – preferencialmente entre 11ª até a 20ª semana ✓ Tipagem sanguínea e fator Rh ✓ ** Teste de Coombs Indireto – nas gestantes Rh negativas e para parceiros.	✓ Repetir urocultura ✓ Teste de sobrecarga glicêmica – a partir da 24ª semana, nos casos com fator de risco para Diabetes Gestacional – TOTG – 75g após 2h de ingestão · Citologia oncótica: se nunca colheu ou se colheu há mais de 3 anos	✓ Glicemia de jejum ✓ Sorologia para Sífilis ✓ Sorologia para HIV ✓ Urina tipo 1 ✓ Urocultura ✓ Realizar proteinúria (fita) **SEMANALMENTE** da 28ª a 32ª semanas se fator de risco, como: alteração de PA e/ou presença de edema. ✓ Pesquisa de ***Streptococcus agalactiae*** (GBS) ou Estreptococo do grupo B entre a 35ª a 37ª semanas conforme protocolo. Recomenda-se que a coleta de secreção vaginal e anal com swab em gestantes para pesquisa de estreptococo do grupo B, (sem a introdução do espéculo), seja realizada preferencialmente pelo Enfermeiro na consulta de Enfermagem. Se esta coleta for realizada por Técnicos ou Auxiliares, de Enfermagem (treinados), necessariamente deverá sob orientação e supervisão do Enfermeiro. **PARECER COREN-SP 024/2014**
ATENÇÃO! ✓ *3 Sorologia para Rubéola	**** Quando o Coombs Indireto for:** → **POSITIVO**: referir à consulta médica imediata → **NEGATIVO**: entre a 28ª semana até no máximo a 34ª semana de gravidez, com Prescrição Médica, realizar imunoglobulina anti-D, 250 a 300 mcg, intramuscular, ou encaminhar à referência.	

***1 Para população de alta vulnerabilidade, solicitar também sorologia para hepatite C.**
***2 Não é necessário esperar a sorologia do parceiro para iniciar protocolo de tratamento de sífilis.**
***3 Não realizar de rotina no pré-natal, exceto aquelas com relato de manifestações clínicas e/ou vinculo epidemiológico (viagem ao exterior ou contato com viajantes nos últimos 30 dias).**

1.3 A Rotina para a primeira consulta de enfermagem tem como objetivo:

1.	Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, buscando esclarecer suas dúvidas, medos, angústias ou simplesmente curiosidades em relação a este novo momento em sua vida.
2.	Após classificação de riscos (conforme rotina), confirmação de diagnóstico, adesão ao pré-natal e educação para saúde estimulando o autocuidado.
3.	Dentre os riscos é importante salientar a busca, na consulta, às possíveis gestante usuária de álcool, crack e outras drogas. Portanto é necessário um olhar atento para investigar o padrão de uso (tipo de substancia, quantidade e frequência); Orientar sobre os danos nocivos do uso dessas substancia durante a gestação; Negociar e estabelecer conjuntamente metas de redução de uso, promovendo assim a redução de danos e, quando necessário, trabalhar conjuntamente com o CAPS-AD, para formular e estabelecer as melhores e mais adaptadas estratégia de redução de danos.
4.	Na primeira consulta de pré-natal, seguindo-se as diretrizes do Ministério da Saúde, será realizado o histórico de enfermagem (coleta de dados, exame físico). Deverão ser abordados aspectos epidemiológicos, antecedentes (familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos) questionar o uso de álcool, tabaco, outras drogas (**ANEXO 6.2**) e a situação da gravidez atual.
5.	O exame físico deverá ser completo, isto é, deve incluir avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros, inspeção de pele e mucosas, inclusive, exame ginecológico e obstétrico.
6.	Nas consultas seguintes, a consulta de enfermagem deverá focar os aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntar sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e pesquisa da presença de leucorreias, ou outras perdas vaginais.
7.	As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário (**ANEXO 1**) quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal.
8.	Sempre orientar sobre a importância do acompanhamento pré-natal, rotina das consultas, atendimento odontológico, visita domiciliária e participação nos grupos educativos.
9.	**É indicado 1 comprimido ao dia até a 14ª semana na prevenção de má formação do tubo neural.**

Aspectos do exame físico a serem observados:

1.	O exame das mamas é fundamental, pois por meio dele pode-se detectar situações que exigirão maior assistência à mulher logo após o nascimento do bebê, como por exemplo, a presença de mamilos muito planos ou invertidos e cicatriz de cirurgia de redução de mamas. A "preparação" das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez não são recomendadas, pois, na maioria das vezes, não funcionam e podem ser prejudiciais. Nos casos de mamilos planos ou invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva do que as intervenções no período pré-natal. Os mamilos costumam ganhar elasticidade durante a gravidez e o grau de inversão tende a diminuir em gravidez subsequente. Portanto, **NÃO DEVEMOS**: → **Esticar mamilos com os dedos esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, usar conchas ou sutiãs com orifício central.** → **O uso de sutiã adequado ajuda na sustentação das mamas.** → **Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada – portadoras de HIV/HTLV – orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil através do programa específico.**
2.	Medida da altura uterina.
3.	Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF).
4.	Palpação obstétrica e medida da altura uterina: anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva (após 16ª semana).
5.	Inspeção dos genitais externos.
6.	Exame especular de acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da paciente e quando for realizada coleta de material para exame citologia oncótica.
7.	O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do *Manual de Enfermagem para a Saúde da Criança /Adolescente.*

Recomendações

1.	Ler o prontuário (avaliar realidade socioeconômica, condições de moradia, composição familiar e atendimentos anteriores), preferencialmente antes da gestante entrar na sala de atendimento.
2.	Esclarecer que o pai da criança ou qualquer acompanhante pode e deve participar do atendimento, desde que seja vontade da mulher.
3.	Levantar as expectativas da gestante com relação ao atendimento do pré-natal e sua gestação.
4.	Utilização do Processo de Enfermagem: • Entrevista com preenchimento do prontuário obstétrico **(ANEXO 1)** • Registrar os achados, diagnósticos ou levantamento de enfermagem, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem.
5.	Agendar no grupo de gestante da unidade.
6.	Agendar a primeira consulta médica para avaliação de risco.
7.	Levantar o grau de vulnerabilidade da gestante **(ANEXO 6)**.
8.	Preenchimento do cartão da gestante.
9.	Abertura do prontuário.
10.	Garantir o encaminhamento para CAPS do território das gestantes com score de abuso de substâncias psicoativas conforme **ASSIST**.

1.4 Imunização

A vacina antitetânica deverá ser aplicada em três doses. A gestante que estiver com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisará receber uma dose de reforço. Na dúvida ou ausência de informação a gestante deverá ser vacinada.

Se a gestante já foi imunizada -> deve ser informado no SISPRENATAL e no Cartão da Gestante!

VACINAÇÃO DA GESTANTE	
Dupla Adulto (dT) e Hepatite B	1ª consulta: 1ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B Após 60 dias: 2ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B Após 120 dias: 3ª dose de Dupla Adulto e Hepatite B
Influenza	Em qualquer fase da gestação
Dupla Adulto (dT)	Naquelas já imunizadas adequadamente com última dose há mais de 5 anos, dar Reforço
Hepatite B	O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de dois meses, desde que o intervalo entre a primeira e a terceira dose seja no mínimo de quatro meses
No Puerpério	Sarampo-Caxumba - Rubéola - Dose Única

Checar sempre atualizações do esquema vacinal em (seguir CVE):

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313
ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf

1.5 Roteiro para consultas de enfermagem - seguimento

→ Após a confirmação da gravidez de baixo risco ou risco habitual na consulta médica

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

1.6 Visita domiciliária a partir da 36ª semana (VD)

Objetivo:

1.	Atender a mulher e a família no ambiente em que vivem, através de uma visita domiciliária (VD) previamente agendada e com participação do maior número possível de membros da família.
2.	Sugere-se que a VD comece com uma reunião familiar e posteriormente passe a assumir a consulta de enfermagem no domicílio, buscando envolver toda a família no pré-natal e nos cuidados com o RN e a puérpera.
3.	Avaliar o Plano de cuidado aplicado pela equipe até o momento.
4.	Discutir com a gestante e seus familiares o plano alimentar do bebê; Ouvir suas preocupações, mitos e crenças relacionados com o aleitamento materno; A importância da amamentação logo após o parto e desvantagens do uso do leite não humano e chupetas. Muitas mulheres "idealizam" a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade.
5.	Encontrar estratégias onde a gestante possa explicitar o seu conhecimento sobre o banho e higiene do recém-nascido, curativo do coto umbilical e vestuário.
6.	Conhecer o espaço físico e ambiente familiar: quarto onde o RN vai dormir: iluminação, ventilação, umidade, comportamento familiar frente à chegada do recém-nascido.
7.	Identificar com a família, possível rede de apoio para o acompanhamento da puérpera e o cuidador para os outros filhos.
8.	Orientar sobre a maternidade de referência
9.	Rever, quanto aos sinais do parto, o momento em que deve procurar a maternidade e maneiras facilitadoras para realização do parto.
OBS.: Quando se trata de gestante em situação de rua as VD devem ser realizadas mensalmente, para garantir as consultas mínimas das mesmas, evitando sífilis congênitas e outras comorbidades.	

1.7 Condutas perante as queixas mais frequentes na gestação

→ Náuseas leves

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação;
- Orientar a gestante para: repouso durante o dia, dieta fracionada, alimentos com pouco carboidrato e ricos em proteínas, evitar frituras e gorduras.

→ Náuseas e/ou vômitos intensos

- Orientar a agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos em casos de vômitos frequentes;
- Avaliar perda de peso.

→ Pirose (azia)

Orientar a gestante para:

- Dieta fracionada, evitando frituras;
- Ingerir água gelada;
- Ao dormir, manter o tronco elevado em relação ao restante do corpo;
- Após as refeições, não deitar antes de 1,ou 2h após as refeições;
- Evitar café, chá preto, mates, doces**,** álcool e fumo.

→ Sialorreia *(salivação excessiva)*

- Explicar que é um sintoma comum no início da gestação;
- Orientar dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).

→ Fraquezas e desmaios

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;
- Indicar dieta fracionada;
- Explicar à gestante que sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo, respirando profunda e pausadamente, alivia a sensação de fraqueza e desmaio;
- Evitar ambientes com pouca ventilação;
- Orientar ingestão hídrica;
- Avaliar Pressão Arterial.

→ Cólicas, Dores Abdominais, Flatulência e Obstipação Intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Em caso de cólicas, eventualmente, prescrever escopolamina+dipirona sódica solução oral: 30 a 40 gotas 3 a 4 vezes ao dia (escopolamina 67mg/ml+dipirona sódica 333,4mg/ml, ou a escopolamina+dipirona sódica disponível para dispensação nas farmácias das unidades). **Não usar para tratamento prolongado**. Em casos de queixa intensa e persistente, orientar e agendar consulta médica para avaliar a necessidade de outros medicamentos
- Se houver flatulência e/ou obstipação intestinal:
  - **Orientar dieta rica em resíduos: frutas ricas em fibras, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais (ex.: Farelo de trigo);**
  - **Recomendar o aumento da ingestão de líquidos e evitar alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;**
  - **Recomendar caminhadas leves (se não for contraindicado);**

→ Hemorroidas

- Orientar alimentos ricos em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal;
- Evitar o uso de papel higiênico colorido ou áspero, ou utilizar umedecido e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;
- Orientar banho de assento com chá de camomila; 2 colheres (sopa) cheias de flor para 1 litro de água.
- Solicitar avaliação médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

→ Leucorreias

- Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja sinais e sintomas de infecção vaginal. A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações consideráveis, como rotura prematura de membranas, parto prematuro ou endometrite pós-parto, entre outras;
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:
  - **Prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal –> candidíase.**
  - **Secreção vaginal abundante, cinza-esverdeada, com odor fétido –> vaginose bacteriana e/ou tricomoníase.**
- Se for possível, deve-se solicitar análise microscópica da secreção vaginal com exames a fresco com KOH10% (hidróxido de potássio), ou pelo método de Gram.

  Os seguintes achados sugerem os respectivos diagnósticos:
  - **clue-cells (células-chave) ou flora vaginal escassa ou ausente -> vaginose bacteriana;**
  - **microorganismos flagelados móveis-> tricomoníase;**
  - **hifas ou esporos de leveduras-> candidíase.**
- Em outros casos, encaminhar à consulta médica;
- Seguir fluxograma de tratamento sindrômico deste manual.

→ Queixas Urinárias

- Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação.
- Solicitar avaliação médica, caso exista dor ao urinar, dor suprapúbica, urgência miccional, aumento da frequência urinária e presença de sangramento visível na urina.

→ Falta de ar ou Dificuldade para Respirar

- Explicar que esses sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante
- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo
- Ouvir a gestante e conversar sobre as suas angústias
- Estar atento para outros achados no exame cardiopulmonar, pois pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória
- Solicitar avaliação médica, se necessário.

→ Dor nas Mamas

- Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

→ Dor Lombar

- Correção da postura ao sentar-se e ao andar
- Orientar sobre uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis
- Aplicação de calor local
- Orientar exercícios para alívio de dor (alongamento, etc)
- Orientar como abaixar-se e sobre o posicionamento por períodos prolongados, em que estiver em pé (dobrando ou posicionando uma das pernas em um degrau)
- Se a dor persistir, solicitar avaliação médica.

→ Cefaleia

- Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
- Afastar hipertensão arterial e pré-eclampsia;
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;
- Solicitar avaliação médica imediata na presença de dor aguda e intensa;
- Se dor recorrente agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade, etc.

→ Sangramento nas Gengivas

- Recomendar o uso de escova de dente macia e massagem na gengiva;
- Encaminhar ao atendimento odontológico, sempre que possível.

→ Varizes

- Evitar permanecer muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;
- Repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas (se possível);
- Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8;

→ Cãibras

- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;
- Evitar excesso de exercícios;
- Sugerir alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1 (Ex: banana, tomate, etc).

→ Cloasma Gravídico

- Orientar o uso de bloqueador solar (fator acima de 15) conforme orientação do fabricante;
- Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomendar não expor o rosto diretamente ao Sol (usar boné, chapéu ou sombrinha).

→ Estrias

- Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentavam cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar nacaradas (de cor perolada);
- Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las pode ser recomendada a massagem local, com creme hidratante compatível com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico.

→ Edema

- Atentar para a extensão do processo, principalmente em localização diferentes dos membros inferiores (pensar em pré-eclâmpsia);
- Valorizar a possibilidade de fenômenos trombóticos;
- Se fisiológico, não recomendar a dieta hipossódica.

Anemia Ferropriva

→ ***Sulfato Ferroso*** **de acordo com a dosagem de Hemoglobina:**

Hb ≥11 g/dl / ausência de anemia a partir da 20ª, semana: Manter a suplementação de Sulfato Ferroso 40 mg de ferro elementar/dia .	**Entre > 8 mg/dl e Hb ≤11 mg/dl: anemia leve e moderada:** → Encaminhar para consulta médica **< 8 mg/dl:** → Encaminhar para consulta médica
OBS.: ***O acompanhamento e tratamento da anemia diagnosticada através da dosagem de hemoglobina será realizado pela(o) enfermeira(o) e o médico generalista, de acordo com o fluxograma de atendimento ou conforme necessidade.***	

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

Embora o Ácido Fólico não esteja associado à anemia ferropriva,
é indicado 1 comprimido ao dia até a 14ª semana de gestação na prevenção de má formação do tubo neural.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

1.8 Técnica de coleta para pesquisa de *Streptococus b*

Pesquisa de *Streptococus agalactiae* ou Estreptococos do grupo B ou (GBS) em SECREÇÃO VAGINAL			
Preparo da gestante	**Material**	**Coleta**	**Observações e comentários**
1- Gestação entre 35ª e 37ª semana. **2-** Não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta **3-** Se tomou banho pela manhã, é possível coletar a amostra no final da tarde.	→ Secreção vaginal → Swab estéril com meio de transporte (Stuart ou Amies)	**1 -** Colocar a gestante em posição ginecológica; **2** - Calçar as luvas; **3** - Não utilizar o espéculo, afastar grandes e pequenos lábios com uma das mãos e introduzir o **swab** cerca de 2,0 cm no introito vaginal com a mão livre; **4** - Fazer movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal; **5** - Introduzir este swab no meio de cultura específico; **6** – Identificar o material com o sítio de coleta: *"coleta vaginal"*; **7**- Enviar ao laboratório em temperatura ambiente.	**Não refrigerar a amostra!**

Pesquisa de *Streptococus agalactie* ou Estreptococo do grupo B, ou (GBS) em SECREÇÃO ANAL			
Preparo da gestante	**Material**	**Coleta**	**Observações e comentários**
1- Gestação entre 35ª e 37ª semana. **2-** Não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta. **3-** Se tomou banho ou evacuou pela manhã, é possível coletar a amostra no final da tarde.	- Secreção anal - Swab estéril com meio de transporte (Stuart ou Amies)	**1 -** Introduzir o **swab** cerca de 0,5 cm no esfíncter anal; **2-** Fazer movimentos giratórios por toda a circunferência da parede anal; **3** - Inserir este swab no meio de transporte; **4** - Identificar o material com o sítio de coleta *"coleta anal"*. **5** - Enviar ao laboratório em temperatura ambiente	**Não refrigerar a amostra!**

Motivar a gestante sobre a importância deste exame e informar o resultado verbalmente, além de registrar no cartão de PN.

1.9 Visita Domiciliária da Puérpera

A visita domiciliária da puérpera deverá ser realizada assim que ela chegar ao domicílio e até o 7º dia após o parto, visando acolher e garantir toda assistência de enfermagem. Caso não seja possível a realização da visita, realizar a consulta na unidade incluindo a criança e o companheiro.

Obs.: Quando se tratar de gestante em situação de rua, verificar se a mesma esta abrigada, se sim, seguir a rotina de consulta do puerpério, porém quando a mesma estiver na rua (sem ser abrigada), procurar saber onde e com quem ficou o bebe, para garantir a continuidade aos cuidados com o recém-nascido.

Ações em Relação à Puérpera
Levantamento dos dados do parto

I – Dados do parto **Verificar**	✓ Se o cartão obstétrico está completo (com informações do parto); ✓ Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido; ✓ Se houve alguma intercorrência durante o parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh); ✓ Dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação); ✓ Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante o parto; ✓ Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros); ✓ Fechar o SISPRENATAL.
II – Ouvir e orientar a puérpera em relação às suas ansiedades, dúvidas e possíveis dificuldades;	
III – Condições de saúde puerperal **Verificar**	✓ Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite – dificuldades na amamentação, satisfação do Recém Nascido (RN) com as mamadas, condições das mamas); ✓ Não oferecer bico de borracha; ✓ Alimentação, higiene, sono, atividade física; ✓ Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre; ✓ Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência); ✓ Atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids; ✓ Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros); ✓ Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas); ✓ Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
IV – Exame físico **Identificar**	✓ Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação; ✓ Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios); ✓ Observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores; ✓ Examinar abdome, verificando a condição do útero e se há dor à palpação e cólica; ✓ Verificar sinais vitais, avaliar a função intestinal e urinária; ✓ Verificar possíveis intercorrências: hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata; ✓ Observar presença de transtornos puerperais – encaminhar para o médico **(ANEXO 7 e 7.1)** ✓ Observar formação do vínculo entre mãe e filho; ✓ Solicitar para que ofereça a mama, observar e avaliar o sinal de boa pega e aceitação do RN. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual e armazenamento.
V - Identificar a dinâmica familiar e a rede de apoio;	
VI - Avaliar situação vacinal e encaminhar a puérpera, se necessário, para receber a dupla viral e 3ª dose da dT;	
VII - Prescrever suplementação de ferro: 40 mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;	
VIII - Programar a consulta médica de puerpério até 42 dias após o parto.	
OBS.: A equipe deve estar atenta à necessidade de finalização do registro do SISPRENATAL na unidade.	

➔ ***Checar sempre atualizações do esquema vacinal em (seguir CVE):***

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313
ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf

1.10 Ações em Relação ao Recém Nascido

I - Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;

II - Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procurar verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, apgar, idade gestacional e condições de vitalidade, em outro documento fornecido pela maternidade e anotar na caderneta;

III - Destacar a necessidade e importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento;

IV - Examinar a criança: ganho de peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdome (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente;

V – Verificar a realização do teste do pezinho. Caso não tenha sido realizado, encaminhar para a UBS;

VI - Verificar se foram aplicadas na maternidade, as vacinas BCG e Hepatite B; se negativo, encaminhar para Imunização na UBS;

VII – Orientar o agendamento de consultas para o acompanhamento da criança nos primeiros dois anos de vida.

VIII – Verificar se o teste do reflexo vermelho foi feito;

IMPORTANTE

IX – Verificar Sinais da "Boa Pega"

Para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama, e não machucá-la, é preciso garantir uma boa pega.

A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite.

Pontos-chaves da pega adequada:

- A boca está bem aberta;
- O lábio inferior voltado para fora;
- O queixo toca a mama;
- Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;

Como conseguir uma boa pega?

1- Tocar o lábio superior do bebê com o mamilo;

2- Aguardar o bebê abrir bem a boca e abaixar a língua, antes de colocá-lo no peito;

- ✓ **Lembre-se:** O bebê é que vem até a mama (não o contrário). Para isso, a mãe pode, com um rápido movimento, levar o bebê ao peito quando ambos estiverem prontos.

3- Depois que o bebê fizer a pega correta, retirar a mão do seio suavemente e segurar o bumbum do bebê.

4- Se sentir o bebê "morder" aproximar mais o corpo dele contra o corpo da mamãe;

Boa posição: bebê retinho, com bumbum apoiado, corpo do bebê bem encostado no da mãe, nariz na altura do mamilo.

Fonte: Adaptado MINISTERIO DA SAÚDE.
Cadernos de Atenção Básica:
Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, 2009

2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO E MAMAS

2 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO E MAMAS

O câncer de colo uterino constitui um dos graves problemas de saúde que atinge as mulheres em todo o mundo, sendo os países em desenvolvimento responsáveis por aproximadamente 80% desses casos.
Infelizmente, o Brasil muito contribui com esse panorama.

Apesar do progressivo aumento de coletas nos serviços públicos de saúde, em 2001, apenas 15% da população feminina, acima de 20 anos, referem ter realizado o teste de citologia oncótica (São Paulo, 2001).

Segundo inquérito de saúde ISA-Capital, na cidade de São Paulo (2008), 10,7% das mulheres entrevistadas informaram ter realizado exame de Papanicolaou há mais de 3 anos, e, 9,7% informaram nunca haver realizado tal exame.

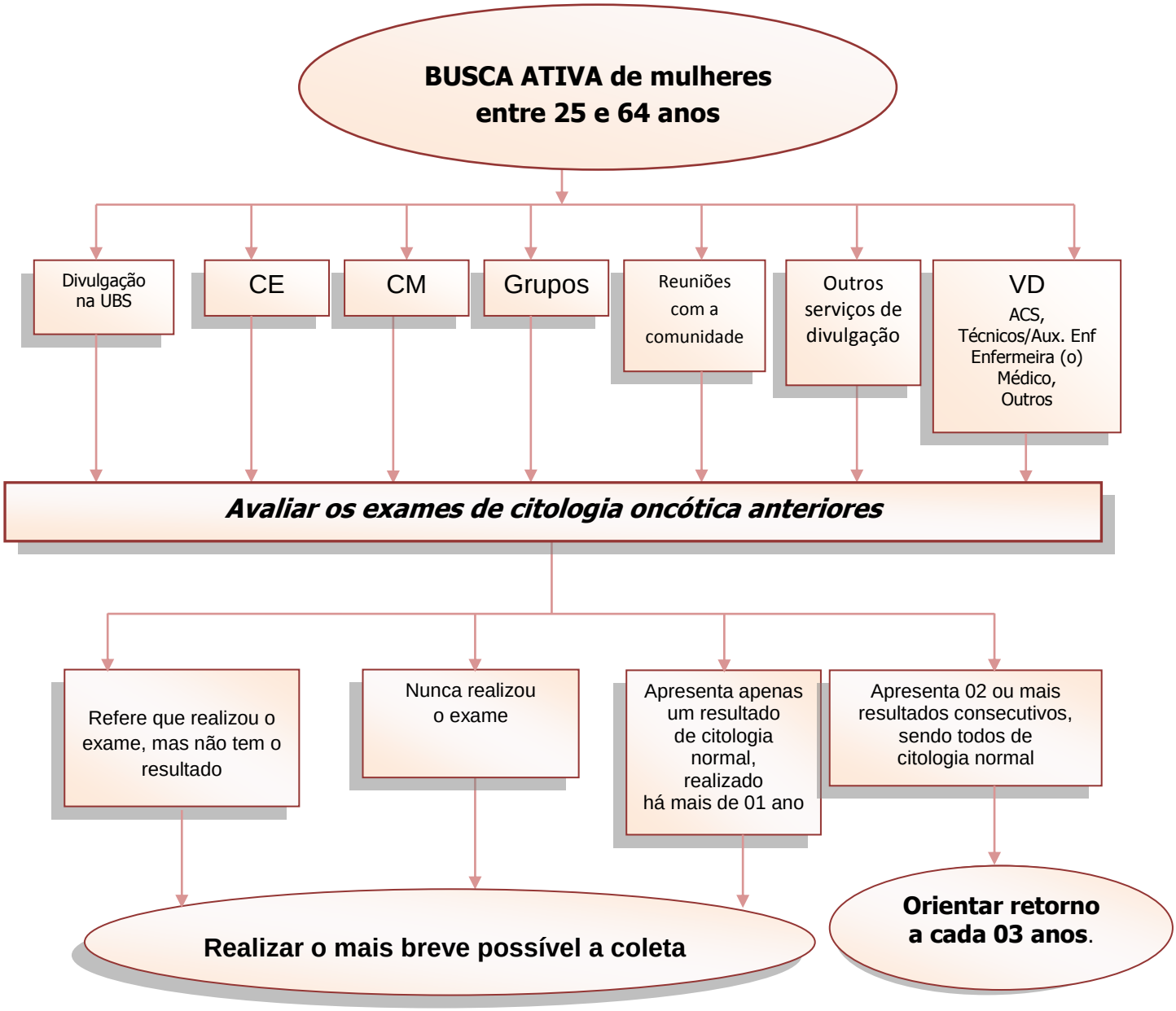
Diante deste quadro, a(o) enfermeira(o), assim como os outros profissionais de saúde, devem atuar na sensibilização das mulheres para a realização do exame de citologia oncótica e no autoexame das mamas, além da busca ativa durante visitas domiciliares, consulta de enfermagem, grupos educativos e reuniões com a comunidade.

O resultado desta sensibilização é o aumento da demanda, levando até as Unidades Básicas de Saúde um número significativo de mulheres com a síndrome de corrimento vaginal, que necessitam de uma conduta mediata e imediata. A(o) Enfermeira(o), geralmente é o profissional de referência dentro da unidade, necessitando, muitas vezes, tomar algumas condutas diante de uma queixa avaliada.

Desta forma, tornou-se necessária a criação deste protocolo que tem por objetivo a organização da assistência da(o) enfermeira(o), do técnico e do auxiliar de enfermagem durante a prevenção do câncer do colo uterino e das mamas, trazendo resolutividade para a Atenção à Saúde da Mulher, respaldados pela LEP 7498/86, Resoluções COFEN 195/97, 271/02 e 385/11.

Obs.: O(A) Enfermeiro(a) deverá prescrever as ações a serem realizadas pela equipe de enfermagem.

2.1 Fluxograma de agendamento da Coleta de Citologia Oncótica



SITUAÇÕES ESPECIAIS

- ✓ **Mulher grávida:** não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. 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 deve ser feita com a espátula de Ayres e não usar escova de coleta endocervical. A coleta deve ser realizada por enfermeiros e/ou médicos.
- ✓ **Mulher com transtornos mentais ou adolescentes:** solicitar a presença de um membro da família.
- ✓ **Mulheres virgens:** a coleta em virgens não deve ser realizada na rotina. A ocorrência de condilomatose na genitália externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo-se ser realizado pelo médico.
- ✓ **Mulheres submetidas à histerectomia:**
  - Histerectomia total: recomenda–se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal apenas quando houver lesões ou controle de lesões anteriores neoplásicas de colo.
  - Histerectomia subtotal: rotina normal.

IMPORTANTE!

É necessário ressaltar que a presença de colpites, leucorreias, ou colpocervicites, pode comprometer a interpretação da citopatologia.

Nesses casos, a mulher deve ser tratada conforme fluxos padronizados e retornar para coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero.

2.2 - Roteiro para Consulta de Enfermagem Ginecológica

ENTREVISTA

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

EXAME FÍSICO

- ✓ Avaliar a cavidade bucal, mamas, abdome, identificar possíveis pintas ou manchas de características anômalas sugestivas de câncer de pele, inspeção da genitália externa (último procedimento) e coleta de material para citologia oncótica.

EXAME FÍSICO DAS MAMAS

INSPEÇÃO ESTÁTICA

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

INSPEÇÃO DINÂMICA

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

PALPAÇÃO DA REGIÃO AXILAR

- → A mulher permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador.

PALPAÇÃO DA REGIÃO SUPRA E INFRACLAVICULAR

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

PALPAÇÃO DAS MAMAS

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

EXPRESSÃO DA ARÉOLA E PAPILA MAMÁRIA

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

EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO

Colocar a mulher em posição ginecológica, providenciando uma boa iluminação.
Cobrir os MMII para evitar exposição desnecessária.

INSPEÇÃO DA REGIÃO VULVAR

- → Observar presença de lesões cutâneas da região ano-vulvar como pediculose, intertrigo, eritema, eczemas das pregas gênito-crurais (**prurido**);
- → Observar presença de lesões verrugosas (condiloma), lesões atróficas acentuadas, processos inflamatórios reacionais difusos;
- → Observar a distribuição dos pelos e do tecido adiposo, e a morfologia do Monte de Vênus **->** (podem estar alteradas nas insuficiências hormonais ou certas afecções cutâneas);
- → Observar o vestíbulo (sede de ulcerações de várias naturezas), presença de hipertrofia do clitóris;
- → Observar o meato uretral em busca de anomalias de desenvolvimento, presença de secreções;
- → Observar o orifício vaginal em busca de secreções, presença de prolapso dos órgãos genitais internos (prova de esforço);
- → Observar presença de abscessos da glândula de Bartholin.

EXAME ESPECULAR

- → Inspecione o colo uterino anotando: cor, lacerações, úlceras e neoformações;
- → Inspecione o orifício cervical anotando: tamanho, forma, cor e presença de secreções e ou pólipos;
- → Inspecione as paredes vaginais (deve ser feito no momento da retirada do espéculo).

2.3 Relação das principais afecções que podem ser identificadas pela inspeção da genitália externa e interna

PROCESSOS INFECCIOSOS	
Vulva	• Vulvite inespecífica, foliculite, abscesso dos lábios, bartolinite, condilomas planos (lues secundária).
	• Condilomas acuminados (viral), herpes genital (viral).
Vagina	• Vaginite (colpite).
	• Colpite senil (atrofia do epitélio).
Colo Uterino	• Cervicite, erosão do colo de origem infecciosa.
NEOPLASIAS	
Vulva	• Câncer, tumores benignos
Vagina	• Câncer, cistos para-vaginais (cistos do canal de Gardner).
Colo Uterino	• Câncer, pólipos.
MISCELÂNEA	
Vulva	• Leucoplasia.
	• Mudanças de posição do útero e da vagina (prolapso uterino e vaginal) com formação de cistocele e retocele.
Colo Uterino	• Lacerações.

2.4 Recomendações prévias à mulher para a realização da coleta da citologia oncótica.

Segundo o Ministério da Saúde para a realização da citologia oncótica com a finalidade de garantir a qualidade dos resultados **recomenda-se**:

ORIENTAR:

- → Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais como, por exemplo, para a realização de ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- → Evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta;
- → Não aplicar anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame;
- → Aguardar o 5° dia após o término da menstruação.

ATENÇÃO:
O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico.
Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada (se for um pequeno sangramento e passível de controle).

O procedimento de coleta de Citologia Oncótica esta descrita no Manual de Normas e Rotinas de Enfermagem/SMS, 2015.

2.5 Roteiro para Coleta de Citologia Oncótica

1) Queixa atual	
2) Data da última menstruação	
3) Início da atividade sexual	
4) Identificar, especificar e anotar:	a) Leucorreia: coloração, odor e prurido; b) Uso de método contraceptivo; c) Presença de dor e/ou sangramento após relação sexual; d) Sangramento fora do período menstrual.
5) Questionar:	a) Para a escolha do espéculo, observar: • Nº de partos normais; • Obesidade. b) Identificar fatores que interferem na coleta: • Gestação; • Histerectomia.
6) Observar e anotar após coleta	a) A presença de leucorreia, sangramento ou dor no procedimento; b) Avaliar a integridade do colo, utilizando as figuras abaixo para a descrição dos achados.

→ ***Sempre realizar as anotações na REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO e no PRONTUÁRIO da Unidade de Saúde.***

7) Orientar o retorno para avaliação do resultado do exame, de acordo com a rotina do serviço; deve-se convocar as mulheres cujo exames estão alterados ou faltosos.	
8) Humanização do atendimento	a) Criar um ambiente acolhedor e comportar-se com cortesia; b) Respeitar a privacidade; c) Saber ouvir a mulher e esclarecer possíveis dúvidas ou angústias.
9) Descrever para a mulher, em grupo ou individualmente, como será realizada a coleta do exame, possibilitando a sua familiarização com os materiais (kit educativo prático: espéculo, escova, espátula e lâmina)	
10) Realizar entrevista da usuária com o preenchimento da ficha padronizada pelo Ministério da Saúde para coleta;	
11) Anotar no prontuário: idade, data da coleta, DUM, se possível, anotar o último resultado do exame, descrever a acuidade, avaliação e orientação de enfermagem e o retorno.	

ATENÇÃO ÀS SEGUINTES SITUAÇÕES

- → **Suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, não realizar a coleta endocervical (escova cervical);**
- → **Virgindade não informada anteriormente fica a critério médico coletar.**
- → ***** **A coleta de material para exames em menores de idade deve ser preferencialmente realizada na presença de pais ou responsáveis, entretanto poderá ser realizada em menores desacompanhados. As situações devem ser avaliadas.**

***O SUS garante ao adolescente as ações e os serviços de saúde. O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Ver Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).**

Dessa forma, o adolescente tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento.

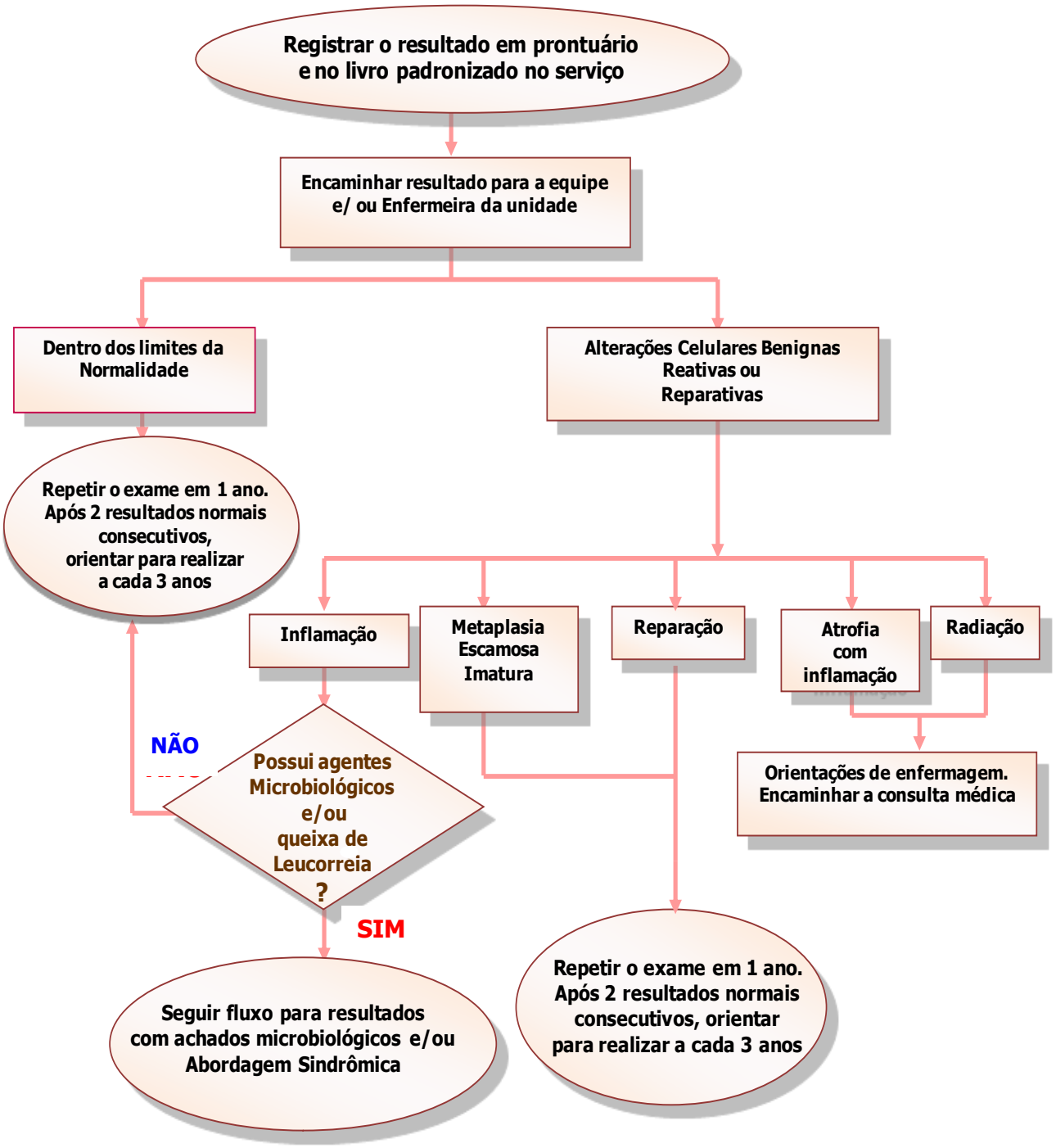
Obs.: A exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do

2.6 Nomenclatura de Exames Citopatológicos

<table>
<tr><th colspan="3">I – RESULTADO NORMAL OU ALTERAÇÕES BENIGNAS</th></tr>
<tr><td colspan="3">1) Dentro dos Limites da Normalidade</td></tr>
<tr><td rowspan="5">2) Alterações Celulares Benignas Reativas ou Reparativas</td><td rowspan="2">→ Inflamação:</td><td>• Sem agente</td></tr>
<tr><td>• Com agente microbiano:
Lactobacilus sp e Cocos; Chamydia sp; Actinomyces sp; Cândida sp; Trichomonas vaginalis; Herpes vírus; Gardnerella / Mobiluncus.</td></tr>
<tr><td colspan="2">→ Metaplasia escamosa</td></tr>
<tr><td colspan="2">→ Reparação</td></tr>
<tr><td colspan="2">→ Atrofia com inflamação</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">→ Radiação</td></tr>
<tr><th colspan="3">II – RESULTADO COM ALTERAÇÕES PRÉ-MALIGNAS OU MALIGNAS</th></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas, não se pode afastar a lesão de alto grau (ASCUS-H)</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas
-> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASCUS)</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Atipias em células glandulares - o INCA padronizou nas novas diretrizes - ACG
e não mais AGUS.</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas – Células de Origem Indefinida</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Lesão Intra-epitelial de baixo grau -(LSIL) e não mais NIC I</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Lesão Intra-epitelial de alto grau -(HSIL) e não mais NIC II e NIC III</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Carcinoma Micro Invasor</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Carcinoma Epidermoide Invasor</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Atipias em Células Glandulares- Adenocarcinoma "in situ"</td></tr>
<tr><td colspan="3">➔ Adenocarcinoma Invasor: Cervical – Endometrial – Sem outras especificações</td></tr>
</table>

***M.S.** Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais – INCA, 2012*

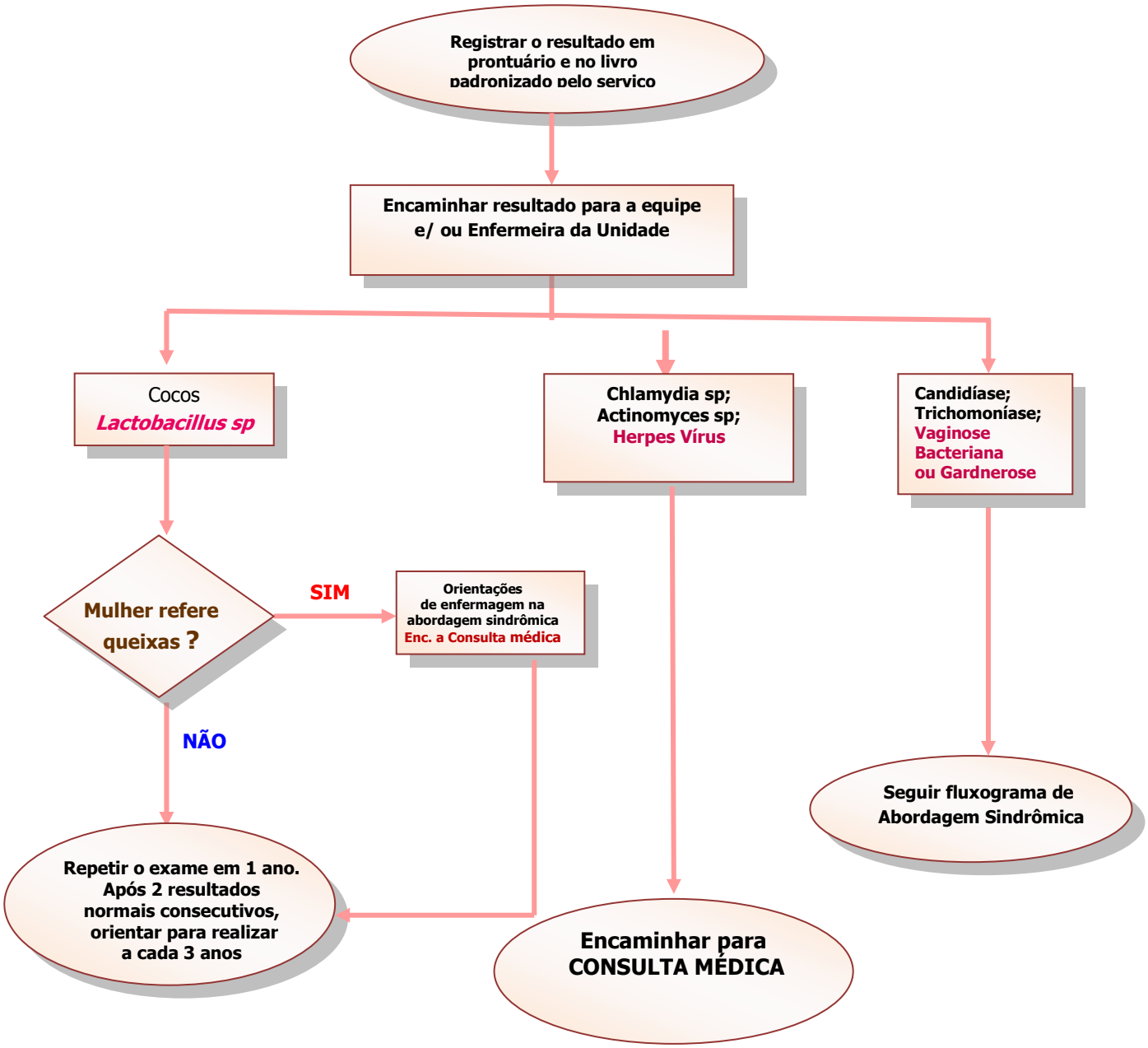
2.7 Fluxograma para RESULTADO NORMAL e alterações benignas



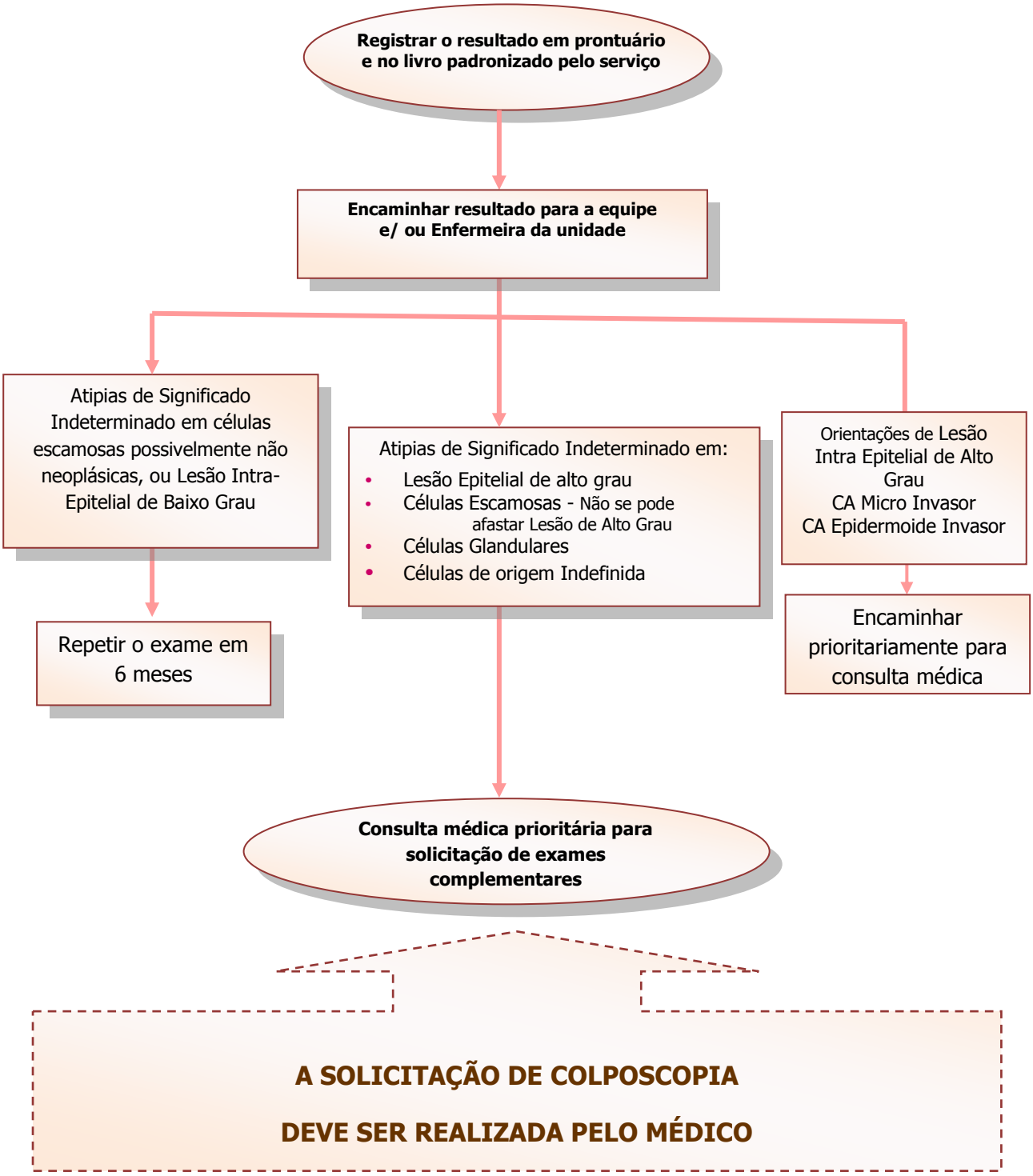
RESULTADO COM AMOSTRA INSATISFATORIA → FAZER NOVA COLETA

RESULTADO COM AMOSTRA LIMITADA COM REPRESENTAÇÃO APENAS DO EPITÉLIO ESCAMOSO → REPETIR COLETA EM 1 ANO

2.8 Fluxograma para resultado de exames associados aos achados microbiológicos



2.9 Fluxograma para resultado de exames com alterações Pré-Malignas ou Malignas

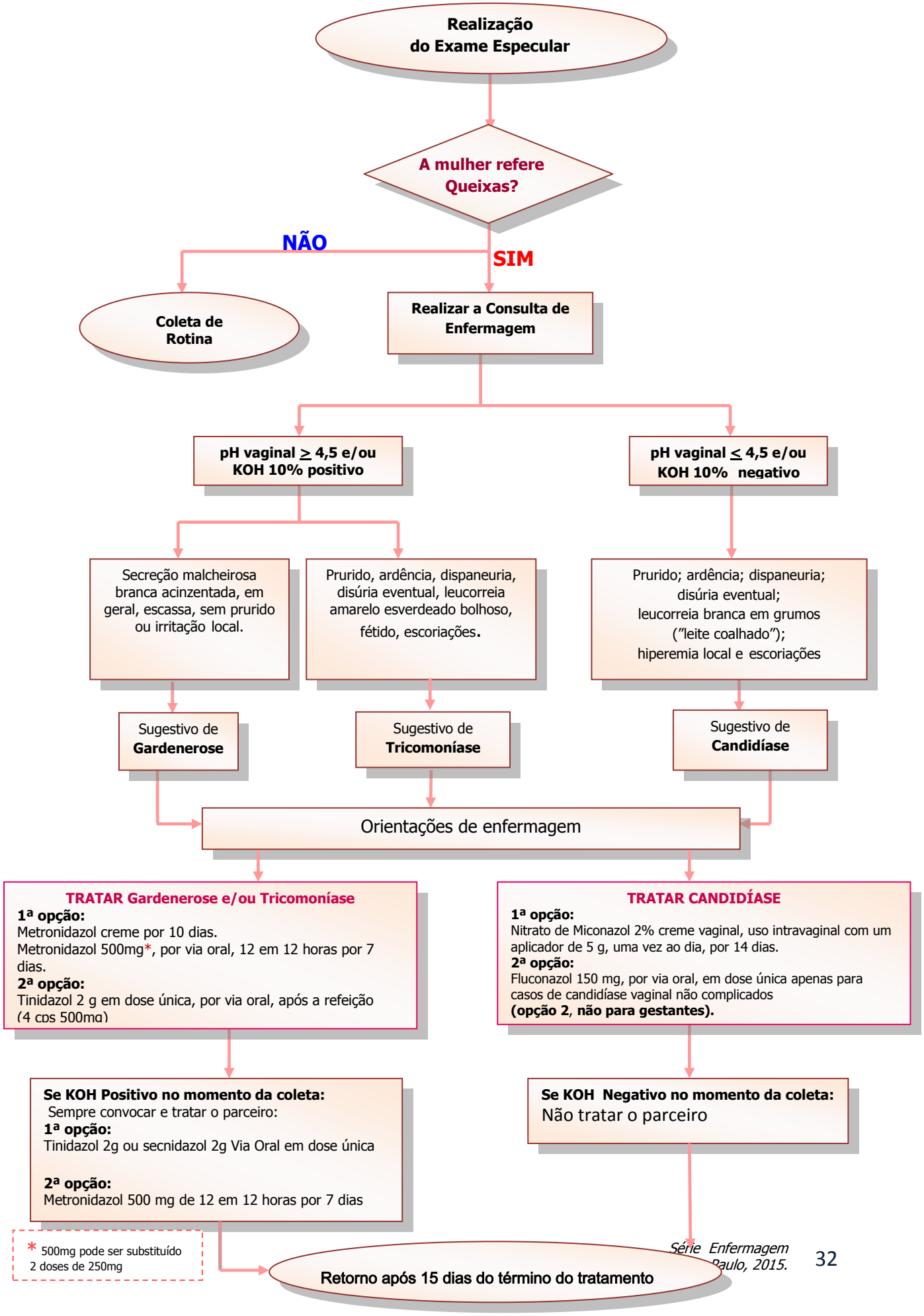


2.10 Abordagem Sindrômica

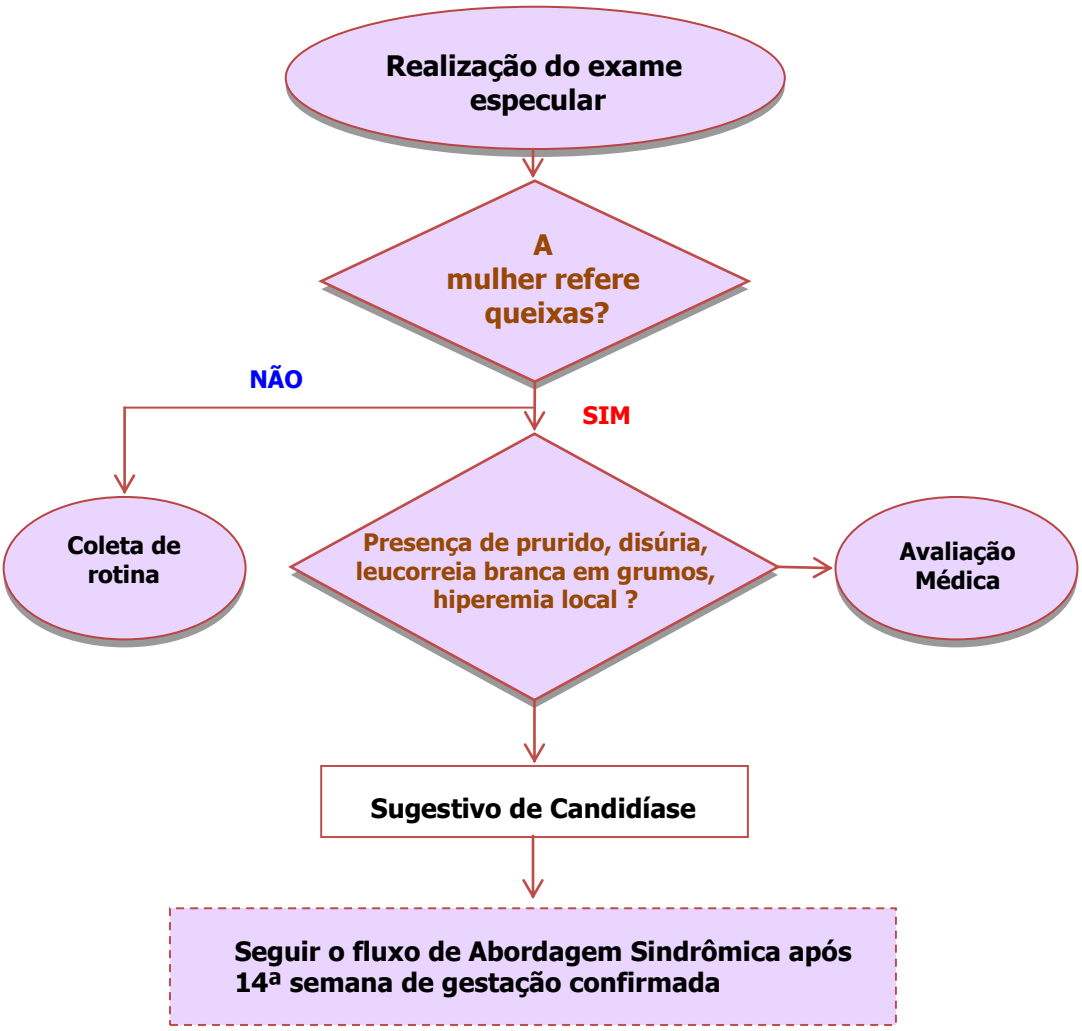
A abordagem sindrômica baseia-se na classificação dos principais agentes etiológicos, segundo os sinais e sintomas (síndromes clínicas) por ele causados e facilmente reconhecidos; utilizando-se de fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome, bem como a prestação de um tratamento que abrange os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome.
As (Os) Enfermeiras(os) da rede devem se ater à abordagem sindrômica contida neste manual.

ORIENTAÇÕES GERAIS NA ABORDAGEM SINDRÔMICA
Teste de Whiff: (teste das aminas ou do "cheiro") → Lâmina com uma gota de KOH 10% (hidróxido de potássio) sobre uma a duas gotas de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).
Fazer teste do swab do conteúdo cervical → Colher swab endocervical com cotonete e observar se é muco purulento contrapondo em papel branco.
Se houver muco purulento endocervical (teste do swab positivo), colo friável, dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, → Encaminhar à consulta médica para o tratamento como cervicite (gonorreia e clamídia).
Obs.: Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

2.11 Fluxograma da Abordagem Sindrômica: Corrimento vaginal e cervicite



2.12 Fluxograma de Tratamento Sindrômico na Gestante

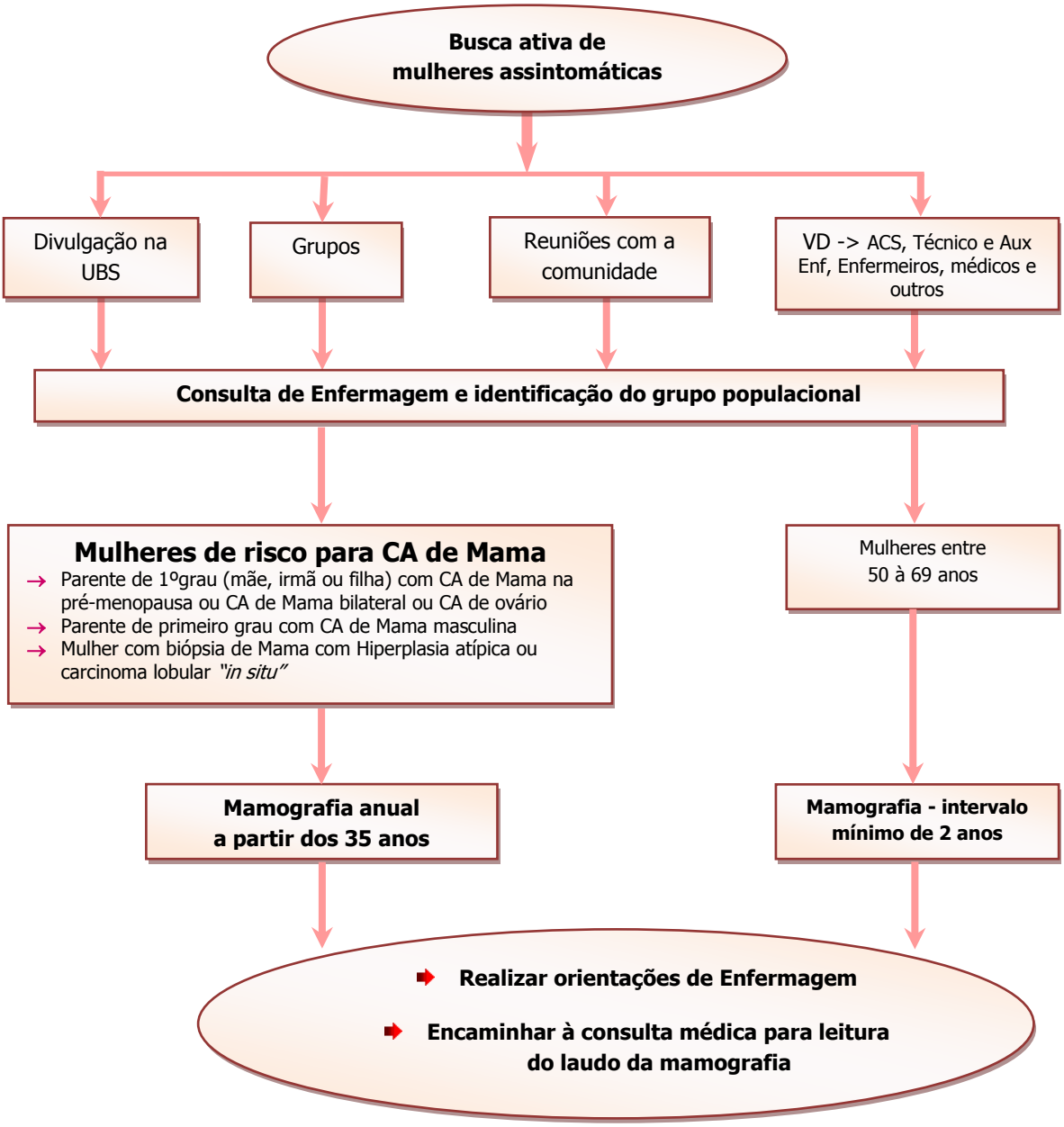


2.13 Orientações de enfermagem na Abordagem Sindrômica

1.	Verificar habilidade no manuseio do preservativo e estimular o seu uso em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro único;
2.	Informar sobre preservativo feminino, viabilizando o seu uso;
3.	Em caso de prurido, indicar o preparo e a utilização do banho de assento, várias vezes ao dia com chá de camomila;
4.	Esclarecer os riscos de se ter vários parceiros sem o uso de preservativos;
5.	Orientar o uso de roupas mais folgadas e de algodão que facilitem a ventilação e a diminuição da umidade local;
6.	Explicar os mecanismos de transmissão;
7.	Enfatizar a importância de convocar e tratar o parceiro e o uso correto da medicação;
8.	Evitar a relação sexual no período de tratamento caso não seja possível, fazer uso do preservativo;
9.	Manter o tratamento se a mulher menstruar;
10.	Importância do retorno após 15 dias de término do tratamento;
	*No caso de **tricomoníase vaginal,** pode haver uma alteração da classe da citologia oncológica.* *Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase:* → *Deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.*
11.	Orientar que, diante de qualquer dúvida ou reação medicamentosa, deve-se procurar algum profissional da equipe para melhores esclarecimentos;
12.	Orientar higiene pessoal mais frequente durante o fluxo menstrual;
13.	Orientar a não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento e até 3 dias após a sua conclusão;
14.	Orientar a ingestão de medicamentos às refeições;
15.	Orientar o modo correto da higiene dos genitais;
16.	Evitar uso de talco e outros produtos perfumados;
17.	Evitar o uso do papel higiênico perfumado, áspero e colorido;
	→ ***Oferecer e Solicitar** sorologia anti - HIV, VDRL, Hepatite B e C*
	➔ **Fatores agravantes de leucorreia**: • Deficiência hormonal • Duchas vaginais • Obesidade • Doenças endócrinas como diabetes • Uso de imunossupressores • Uso de anticoncepcional

2.14 Fluxograma para solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros

A solicitação da mamografia de ***rastreamento*** somente poderá ser realizada pelo Enfermeiro quando ele estiver na condição de integrante da equipe de saúde, ou seja, lhe é vedada a realização desta atividade no exercício autônomo da profissão ou na falta do profissional médico. O profissional de enfermagem não terá competência para indicar o exame de mamografia diagnóstica, ato destinado somente ao médico.
A solicitação da mamografia deverá ocorrer no contexto da Consulta de Enfermagem:



2.15 Recomendações para a mamografia de rastreamento

CATEGORIA BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
0	**Inconclusivo**	Encaminhar para consulta com ginecologista.
1	**Benigno** (Negativa): Não há comentário algum a ser feito nesta categoria. As mamas são simétricas e não há massas, distorção arquitetural ou microcalcificações suspeitas presentes.	Controle de mamografia de acordo com a faixa de risco ou etária. Caso apresente queixa mamária encaminhar para consulta com ginecologista
2	**Benigno:** Não há evidência mamográfica de malignidade. É uma avaliação considerada "normal", mas é descrito o achado benigno no laudo mamográfico: Fibroadenomas: múltiplas calcificações secretórias, lesões que contenham gordura (cistos oleosos, lipomas, galactoceles e densidade mista, hamartoma). Todos têm caracteristicamente aparências benignas e podem ser classificados com confiança. Podendo, também, ser descrito linfonodos intramamários, calcificações vasculares, implantes ou distorção claramente relacionada à cirurgia prévia enquanto ainda concluindo.	Controle de mamografia de acordo com a faixa de risco ou etária a critério médico. Caso apresente queixa mamária encaminhar para consulta com ginecologista
3	**Provavelmente Benigno**	Encaminhar para consulta com ginecologista
4 (A,B,C)	**Provavelmente Suspeito**	O serviço deve realizar o encaminhamento para mastologista ou serviço terciário
5	**Provavelmente Maligno**	O serviço deve garantir encaminhamento para mastologista ou serviço terciário
6	**Lesão já biopsiada e diagnosticada como maligna, mas não retirada ou tratada.**	O serviço deve garantir encaminhamento para mastologista ou serviço terciário

Quadro adaptado: Breast Imaging Reporting and Data System: BI-RADS, 4ª ed. American College of Radiology, 2003.

3

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA E À SAÚDE SEXUAL

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA E À SAÚDE SEXUAL
- Unidade de Saúde – Atenção Básica – SMS/SP

"O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas" (Constituição. Brasileira, 1988).

O objetivo maior da assistência de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva é a humanização do atendimento e a qualificação da atenção ao planejamento familiar em suas várias etapas da pré-concepção à anticoncepção; com avaliação e assistência priorizada ao risco reprodutivo, visando à redução da morbimortalidade materna e neonatal, gravidez precoce e gestações indesejadas. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

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

É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações.

Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e, também, para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens.

As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Ela pode ser realizada em pequenos grupos, usando metodologia participativa, tendo o objetivo de estabelecer um processo contínuo de educação que vise trabalhar a atenção integral, focalizando outros aspectos da saúde reprodutiva, tais como sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, violência, direitos sexuais e reprodutivos e, também, sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que a usuário seja capaz de realizar uma escolha livre e informada.

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

3.1 - Assistência de enfermagem na pré-concepção

A saúde do casal exerce impacto na fertilidade e na gestação, portanto, a assistência de enfermagem à pré-concepção tem o objetivo de orientar e assistir as mulheres/ casais em idade fértil, que desejam engravidar, com o intuito de prevenir eventos que possam alterar a evolução saudável de uma futura gestação.

A/O Enfermeira(o) deverá, ao assistir a mulher e/ou ao casal, prevenir, detectar e encaminhar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

Sendo assim, durante todas as Consultas de Enfermagem referentes à mulher é importante a atenção para os seguintes fatores:

- → Orientar a mulher a anotar o primeiro dia dos seus ciclos menstruais subsequentes.
  Esta atitude diminui significativamente o número de mulheres que desconhece a data da última menstruação, comprometendo posteriormente o cálculo da idade gestacional.
- → Durante a consulta de enfermagem à mulher, sempre realizar a aferição dos dados vitais e do peso pré-concepção. Aquelas que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade e/ou alterações dos dados vitais, deverão ser encaminhadas à consulta médica.
- → Orientar a importância de realizar o exame preventivo – citologia oncótica.
- → Investigação para rubéola e hepatite B, para o casal. Em casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação, tanto para a mulher quanto para o homem.
- → Investigação para toxoplasmose.
- → Oferecer a realização do teste anti-HIV, para o casal, com aconselhamento pré e pós-teste.
- → Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e sobre as medidas para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV.
- → Investigação para sífilis, para o casal.
- → Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica das DST) e orientar para a sua prevenção.
- → Verificar a presença de patologias crônicas que necessitem de uso prolongado ou mesmo esporádico de medicação que possa comprometer a fertilidade, a concepção e o feto.
  Ex.:
  Quimioterápicos -> provocam alterações das funções ovarianas e testiculares, menopausa prematura e azoospermia;
  Lítio -> causa ablação da tireoide fetal;
  Antagonistas dos folatos -> aumentam o risco de malformações do SNC.
- → Verificar a situação vacinal da mulher (rubéola, tétano e hepatite B) e encaminhar se necessária atualização. Aguardar o prazo de segurança antes da concepção.
- → Verificar a presença de fatores de risco genético, tais como:
  - ✓ Idade materna e/ou paterna avançada;
  - ✓ Filhos afetados em gestações anteriores;
  - ✓ Antecedentes de familiares com doença
- → Verificar a presença de risco reprodutivo, tais como:
  - ✓ Presença de doenças crônicas, ex.: diabetes, obesidade, desnutrição, etc.
- → Verificar a presença de risco para doenças sexualmente transmissíveis.
- → Verificar a presença de risco para agentes químicos e outros produtos tóxicos sobre a concepção.
- → Verificar suplementação com ácido fólico nos 3 meses que antecedem a concepção.

3.2 Assistência de enfermagem na anticoncepção

→ PRIMEIRA Consulta da Mulher/Casal

A - AVALIAÇÃO CLÍNICA E GINECOLÓGICA COMPLETA

→ Levantamento de dados:	• Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva
	• Identificação de dificuldades quanto às relações sexuais ou de disfunção sexual
	• Identificação da data da última coleta da citologia oncótica e mamografia

- → Exame físico geral
- → Exame de mamas
- → Exame ginecológico e realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, caso seja necessário
- → Orientações para a prevenção do câncer de pênis, incluindo recomendações para o autoexame, principalmente para homens com idade acima de 50 anos
- → Orientação para prevenção de DST/HIV/Aids, com incentivo à dupla proteção
- → Acompanhamento da mulher ou do casal

B - ANÁLISE DA ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

- → Esclarecer sobre o uso e os possíveis efeitos esperados, específicos de cada método
- → Orientação para a escolha dos recursos à anticoncepção, incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal
- → Alertar sobre as complicações e orientar para que procure atendimento imediatamente
- → Prescrição conforme este protocolo e oferta do método escolhido
  (Vide: **ESQUEMA DE ORIENTAÇÃO PARA O ACOMPANHAMENTO NA ANTICONCEPÇÃO 3.4)**
- → **O(A) Enfermeiro(a) somente poderá prescrever os métodos anticoncepcionais já prescritos anteriormente pelo médico da equipe/unidade.**

Obs.: Esta prescrição medicamentosa realizada pelo enfermeiro (a) terá a validade de <u>somente 1 mês</u> e, após este período a mulher deverá ser avaliada pelo médico, onde receberá uma nova prescrição.

→ **Com a nova portaria a prescrição medica tem validade de um ano**

C - ENCAMINHAR ÀS ATIVIDADES EDUCATIVAS

D- REALIZAR O PREENCHIMENTO ADEQUADO DAS FICHAS DE SOLICITAÇÃO DE DIU E MÉTODOS DEFINITIVOS

O termo transcrição, hoje em desuso, foi muito utilizado para orientar o enfermeiro (mediante protocolos institucionais) quanto a prescrição oriunda de uma consulta/acompanhamento médico, que deveria ser escrita da mesma forma que a prescrição médica, não podendo se alterar nenhuma informação.

Este ato não isenta o enfermeiro de responder legalmente pelo procedimento e indicação de cuidados e tratamentos, que em alguns casos são medicamentosos, sendo desta forma uma **prescrição**.

CONSULTA DE RETORNO da mulher/casal

- → Reavaliação da indicação e da aceitabilidade do método, de acordo com a presença ou não de reações adversas e efeitos colaterais, dificuldades na aplicação do método, participação do parceiro, etc.
- → Avaliação do ciclo menstrual.
- → Avaliação de: peso, PA, exame das mamas, exame ginecológico, intercorrências clínicas ou ginecológicas.
- → Orientação sobre a importância do retorno e a participação nas atividades educativas.
- → Agendamento do retorno - a periodicidade dos retornos depende do método em uso.

Frente aos altos índices de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DST/HIV/Aids, dando-se ênfase à dupla proteção, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo

3.3 Esquemas de orientação para o acompanhamento na anticoncepção

MÉTODO	Coleta de dados	Exame físico geral	Exame ginecológico	Exame de mama	PRESCRIÇÃO	Orientações quanto ao uso	Retorno	1º retorno	2º retorno	Subse-quentes
Anticoncepcionais Orais Combinados (ACO)	Investigar condições que contra indiquem ACO	SIM	SIM	SIM	Médico Enfermeiro ->ver orientação item 3.2	Enfermeiro	Médico	Conforme a necessidade ou 30 dias	3 meses	Anuais
Minipílula	Investigar condições que contra indiquem ACO	SIM	SIM	SIM	Médico	Enfermeiro	Médico	Conforme a necessidade ou 30 dias	3 meses	Anuais
Anticoncepcional injetável (mensal e trimestral)	Investigar condições que contra indiquem ACI	SIM	SIM	SIM	Médico	Enfermeiro	Médico	Conforme a necessidade ou 30 dias	3 meses	Anuais
Preservativo masculino / feminino	Verificar o conhecimento do método e dúvidas no retorno	NÃO	NÃO	NÃO	Médico / Enfermeiro	Enfermeiro	Médico	30 dias		Anuais
Diafragma	Verificar o conhecimento do método e dúvidas no retorno	NÃO	SIM	NÃO	Médico / Enfermeiro	Enfermeiro	Médico	1 semana	30 dias	Anuais
DIU	Investigar condições que contra indiquem AOC	SIM	SIM	SIM	Médico	Enfermeiro	Médico	Após a primeira menstruação após a inserção	A cada 6 meses no 1º ano	Conduta médica

3.4 Protocolo de orientação para anticoncepção de emergência

- **Apresentação**	→ **Comprimidos de 0,75 mg de Levonorgestel (cartela com 2 comprimidos) e** → **1,5 mg de Levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)**
- **Indicação**	→ **Uso sempre que necessário nas relações desprotegidas:** • Falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do Diafragma. • No caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional.
- **Coleta de dados**	→ Verificar se a mulher está com atraso menstrual. Se estiver, fazer teste de gravidez e, caso venha resultado positivo, encaminhar para o pré-natal
- **Exame físico**	→ NÃO É NECESSÁRIO
- **Prescrição**	→ **Médico / Enfermeiro** Modo de usar: → **1ª opção**: (a mais recomendada) Utilizar 1 comprimido de 1,5 mg via oral ou 2 comprimidos de 0,75 mg de uma só vez, até 72h após a relação sexual. → **2ª opção**: Utilizar 1 comprimido de 0,75 mg via oral de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos até 72h após a relação sexual.
- **Orientações quanto ao uso**	→ **Médico / Enfermeiro**
- **Obs.:**	→ A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida , entretanto esta eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação for utilizada. O uso repetitivo da contracepção de emergência diminui a sua eficácia, não sendo, portanto um método a ser adotado como de rotina.
	→ Encaminhar para o grupo de planejamento familiar → Atender de forma acolhedora, sem considerações de ordem moral.

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

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

Orienta-se a todos os profissionais de saúde da Atenção Básica:

1.	Ter postura ética, acolhedora e respeitosa, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a intimidade, estado de saúde, atividade profissional, entre outras.
2.	Que a atenção em saúde seja ofertada sob o ponto de vista de uma abordagem integral, em que se deve considerar o contexto de vida da pessoa e as implicações de agravos ou condições socioeconômicas e ambientais sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva.
3.	Na abordagem sobre a saúde sexual, considerá-la tanto na dimensão da vida privada como na do exercício profissional.
4.	Promover o respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida, na unidade de saúde e junto às famílias e à comunidade.
5.	Abordar o tema da violência às pessoas que exercem o sexo como profissão, na unidade de saúde e junto às famílias, instituições e à comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la.
6.	Promover o diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas.
7.	Nos casos de consumo de álcool e outras drogas, é necessário trabalhar com as estratégias de redução de danos, inclusive com a integração de redutores de danos, onde for possível.
8.	Desenvolver ações de promoção à saúde das pessoas que exercem o sexo como profissão, buscando, sempre que possível, a articulação com outros setores.
9.	Buscar articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que realizem trabalhos direcionados às pessoas que exercem o sexo como profissão.
10.	Realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e saúde reprodutiva, adequadas à realidade e especificidades desse grupo.
11.	Adequar, na medida do possível, horários de atendimento e a quantidade de insumos (preservativos, lubrificantes e outros) disponibilizados, considerando as necessidades das pessoas que exercem o sexo como profissão.
12.	Quando for necessário e indicado, realizar encaminhamentos a unidades de atenção especializada e manter acompanhamento sobre a situação de saúde da pessoa.
13.	Contribuir com a inserção social das pessoas que exercem o sexo como profissão.
14.	Ofertar a realização do exame de citologia oncótica, exame das mamas e os testes sorológicos para sífilis, hepatite B e HIV.

3.6 ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

Jonas Melman
Elaine Aparecida Lorenzato

A violência é um problema de todos os segmentos da sociedade. É uma questão de saúde pública, afetando a saúde individual e coletiva. Prevenir e minimizar o impacto dos diversos tipos de violência exige a formulação de políticas públicas específicas do campo da saúde, que devem se articular com outros setores do Governo e da sociedade civil. Investir na formação e qualificação dos profissionais e das equipes é fundamental para o fortalecimento da Rede de Cuidado às pessoas em situação de violência. A violência sexual e domestica é um fenômeno complexo e multideterminado, que atinge indistintamente mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões, culturas e idades.

A prevalência é mais alta em grupos de maior vulnerabilidade. Entre os segmentos mais vulneráveis estão as crianças, as adolescentes e as portadoras de deficiências mentais. Pessoas que vivenciam situações violentas apresentam medo e vergonha de falar de seu sofrimento A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência é obrigatória por lei. Infelizmente, ainda se observa um número significativo de subnotificações. Alguns profissionais de saúde ainda demonstram resistências para notificar e assumir a responsabilidade pelo cuidado dessa população vulnerável.

Em relação aos casos de violência sexual, é necessário garantir um espaço de atenção e acolhimento que respeite o contexto da mulher. As vítimas temem ser submetidas ao interrogatório policial e ao atendimento no IML. Igualmente, estão inseguras em relação à eventual vingança do agressor e a divulgação do fato pela imprensa. Estima-se que apenas entre 10 a 20% dos casos de violência sexual cheguem ao conhecimento dos serviços de saúde e das autoridades competentes. Muitas mulheres chegam a abandonar seus estudos, emprego e a família.

As consequências emocionais das diversas modalidades de violência podem ser intensas e complexas quanto aos agravos à saúde, desencadeando transtornos físicos e emocionais. A superação dos problemas sugere a utilização de abordagem multidisciplinar para garantir uma assistência integral.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

O atendimento às mulheres, adolescentes e crianças vitima de violência doméstica e/ou sexual é sempre emergencial e prioritário. A pessoa deve ser atendida imediatamente no dia.

1.	Identificar as demandas e necessidades da mulher
2.	Acolhimento com atitude compreensiva e solidária. Evitar comentários, críticas e juízos de valor, que podem causar mais sofrimento.
3.	A escuta empática se dirige ao processo de compreensão e análise do contexto da pessoa e de sua família.
4.	Avaliar o grau de risco de vida que a pessoa possa estar submetida. Em caso de risco importante, tomar as providências necessárias para proteção da vítima
5.	Garantir o atendimento para além da situação de emergência
6.	Respeitar sempre o direito de autonomia da mulher adulta
7.	Notificar e acionar o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância nos casos de suspeita ou confirmação de violência contra adolescentes e crianças.
8.	Toda violência doméstica e/ou sexual é de notificação obrigatória ao serviço de vigilância epidemiológica do município, através do Sistema de Informação para Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA).

ATENDIMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Atendimento imediato é considerado dentro do período de até 5 dias da ocorrência da violência sexual.

O primeiro contato é essencial para se conquistar a confiança da vítima e adesão ao tratamento. A complexidade dos casos demanda o esforço da presença de uma equipe multidisciplinar capacitada para cuidar das diferentes repercussões do problema. Atualmente, estão em funcionamento as equipes dos Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nas UBS, CAPS, URSI, e ambulatórios do Município.

➧ **Durante o atendimento buscar identificar as necessidades imediatas da mulher:**

1.	Apoio Psicológico
2.	Avaliação e tratamento das lesões físicas, genitais e extragenitais
3.	Prevenção contra a gravidez indesejada> Seguir o protocolo de anticoncepção de emergência - AE. Informar a mulher sobre o risco potencial de uma gestação decorrente de estupro mesmo após o uso de AE. Orientar para retornar ao serviço para realizar teste de gravidez se houver atraso menstrual de 7 dias da data esperada
4.	Oferta de profilaxia e tratamento precoce das DST/HIV, seguindo protocolo estabelecido.
5.	Informação e orientação sobre seus direitos: Lei Maria da Penha, realização de boletim de ocorrência (se for de sua vontade), exame de corpo de delito, aborto legal, e segmento ambulatorial médico-psicossocial especializado
6.	Acompanhamento pelo Serviço de Assistência Social
Obs.:	Nos casos de suspeita ou gestação confirmada decorrente de estupro, após realização do acolhimento, oferecer informações sobre os direitos da mulher vítima de violência sexual. A mulher deve ser encaminhada aos Serviços de Referência em Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Município de São Paulo caso sua vontade e decisão seja o aborto legal. Caso decida levar adiante a gravidez, garantir o pré-natal especializado.

4

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO

- Unidade de Saúde – Atenção Básica – SMS/SP

Segundo a OMS, o climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para a fase de senectude (senescência ou senilidade).

Caracteriza-se por duas fases:

1- transição menopausal: - variação de mais de 7 dias entre os ciclos - falha de dois ciclos ou de 60 dias entre os ciclos.

2- pós-menopausa: amenorreia, considerada apenas um ano do último ciclo menstrual.

O climatério acontece entre 40 e 59 anos podendo ser precoce (antes de 40 anos) ou tardio (após 52 a 55 anos). No Brasil a média de idade de mulheres no climatério é de 42 a 52 anos (FEBRASGO, 2004).

Sua ocorrência é marcada por alterações na produção dos hormônios sexuais femininos: queda da produção de estrogênio e progesterona e aumento da produção do Hormônio Folículo Estimulante o que acarreta a interrupção da atividade folicular e, consequentemente, a ausência do ciclo menstrual.

É considerado como transição já que acontece em períodos variáveis entre as mulheres, podendo haver alternâncias entre fases de produção hormonal normal e alterada. Ao instalar-se, o climatério desencadeia uma série de alterações fisiológicas no organismo feminino que devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde para que as mulheres possam ser orientadas, diminuindo sua ansiedade.

O climatério está culturalmente relacionado ao envelhecimento e a intensidade da manifestação de seus sinais e sintomas pode estar relacionada à imagem que a mulher tem de todo esse processo.

A reposição hormonal pode contribuir para a diminuição do desconforto relatado no climatério, porém, atualmente é bastante discutida e deve ser cuidadosamente indicada pelo médico ginecologista baseado em toda a história clínica da usuária.

Além da terapêutica hormonal o médico poderá indicar tratamento sintomático para controle de alguns sinais e sintomas bem como tratamento de possíveis alterações ("comorbidades") também comuns nesse período.

4.1 – Alterações Frequentes no Climatério

Alterações no aparelho gênito-urinário:
→ Ciclos de períodos irregulares com intervalos amenorreicos até a amenorreia completa
→ Sangramento disfuncional
→ Menstruações prolongadas e que permanecem após os 50 anos de vida
→ Diminuição da própria lubrificação vulvovaginal, atrofia da mucosa endocervical e dispareunia
→ Hipertrofia do clitóris
→ Ondas de calor, com episódios que duram de segundos a 2 ou 3 minutos
→ Incontinência urinária, crises de cistites e de urgência miccional
Alterações do Sistema Nervoso:
→ Sintomas vasomotores, simbolizados por fogachos, sudorese e insônia
→ Parestesias
→ Vertigens de todos os tipos
→ Crises nervosas com irritabilidade e ansiedade que provocam períodos de indiferença sexual
→ Perda progressiva de memória
→ Afluxo de sangue e calor frequente no rosto
→ Torpor na cabeça
Alterações no tegumento:
→ Hipertricose
→ Cabelos e pele ressecados, queda de cabelos
Alterações psicomotoras:
→ Alterações de humor frequentes como irritabilidade, depressão e o choro fácil
→ Palpitações, sensação de sufocamento, ansiedade
→ Sensações súbitas e violentas de calor no repouso ou, com o mínimo de movimento
→ Diminuição da libido
→ Ataques de fraqueza, melancolia e distúrbio mental
Alterações na cavidade bucal:
→ Doença inflamatória periodontal
→ Perda de elementos dentários
Alterações do aparelho cardiovascular:
→ Episódios taquicárdicos
→ Doença cardiovascular: anginas, insuficiência coronariana, IAM (Infarto agudo do miocárdio)
→ -Risco elevado de alterações tromboembólicas (principalmente em obesas e/ou tabagistas)
Alterações no aparelho locomotor:
→ Diminuição progressiva da contratura muscular
→ Desmineralização óssea desencadeando a osteoporose
Alterações metabólicas:
→ Transpiração ao comer, após as refeições, ansiedade, suor frio
→ Diabetes
→ Dislipidemia
→ Obesidade.

4.2 Principais ações de enfermagem no atendimento à mulher no climatério

O enfermeiro em sua consulta da mulher no climatério deve primar pela escuta qualificada, percebendo o perfil emocional da sua usuária e a maneira como ela encara o período atual.

Necessita também trabalhar preventivamente observando os principais riscos do climatério: neoplasias, doenças cardiovasculares, neurológicas e motoras. Ao detectar sinais e sintomas de complicações deve encaminhar para a consulta médica imediatamente.

Também é importante a realização de grupos visando a orientação, conscientização, apoio emocional bem como, o estímulo a realização de atividade física frequente.

Principais ações:

- → Exercícios da musculatura perineal para recuperação da pressão vesical e de todo o sistema urinário;
- → Ações preventivas para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio e cólon;
- → Deve-se levar em consideração os riscos de gestação no período pré-menopausa, portanto, poderão ser indicados métodos contraceptivos conforme a necessidade de cada mulher;
- → Avaliações de risco para Síndrome Metabólica;
- → Controle de diabetes, dislipidemia e alterações cardiovasculares;
- → Orientação de prevenção para DST e pesquisa de DST/HIV/Hepatites;
- → Orientação e estímulo para atividade física regular e acompanhamento dos resultados de densitometria óssea. Encaminhar para atividade física;
- → Orientação sobre a necessidade de uma dieta equilibrada: rica em cálcio e o consumo reduzido de álcool, sal e cafeína. Avaliação médica para reposição de vitamina D, se necessário;
- → Orientação para a necessidade de exposição ao sol em horários não nocivos;
- → Escuta qualificada e formação de grupos de apoio com reforço das orientações sobre a vida social, atividades de lazer e sexualidade;
- → Orientação para uso de lubrificantes vaginais, se necessário.

ANEXOS

ANEXO 1 – TEXTO NORTEADOR PARA OS GRUPOS DE GESTANTES

Ainda que a gestação expresse um processo natural e fisiológico ocorrem diversas modificações no organismo materno, sejam elas emocionais como físicas.

Portanto, os encontros deverão respeitar as gestantes em suas peculiaridades e individualidade, e ainda, estimular a participação ativa de cada mulher gerando o esclarecimento de suas dúvidas e ansiedades através do significado atribuído por ela, oferecendo um ambiente de conhecimento, de trocas e de vínculos.

As atividades educativas poderão ser realizadas em grupo ou individual, em roda de conversa ou outro formato, com a presença do companheiro/outro familiar, se a gestante assim o desejar, evitando o uso de termos técnicos.
Os objetivos principais destes encontros são:

1. Orientar a gestante em suas práticas de cuidados à saúde durante todo o ciclo grávido puerperal;
2. Possibilitar uma vivência plena e prazerosa do período grávido e puerperal assim como o preparo para a maternidade/paternidade,
3. Fortalecer o vínculo com a unidade de saúde.

Os temas a serem desenvolvidos em cada encontro são flexíveis, entretanto, as informações que devem ser abordadas são:

- ✓ Adesão ao pré-natal com explicação do plano de pré-natal.
- ✓ Importância do cartão da gestante e necessidade da mulher manter este documento sempre junto a ela.
- ✓ Promoção da alimentação saudável com foco na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro e ácido fólico.
- ✓ Desenvolvimento da gestação.
- ✓ Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- ✓ Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids, aconselhamento para o teste anti-HIV e para a pesquisa da sífilis.
- ✓ Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.
- ✓ Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço).
- ✓ Orientações e incentivo para o parto normal e humanizado, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos.
- ✓ Orientações quanto ao direito do acompanhante em sala de parto.
- ✓ Apoio àquelas que não puderem realizar parto normal, evitando possíveis frustrações.
- ✓ Orientação e incentivo ao aleitamento materno e apoio específico para as mulheres que não poderão amamentar.
- ✓ Sinais e sintomas do parto.
- ✓ Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde.
- ✓ Saúde mental e violência doméstica e sexual.
- ✓ Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante.
- ✓ Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.
- ✓ Participação do pai durante a gestação e o parto, para incentivar o vínculo entre pai e filho, importante para o desenvolvimento saudável da criança.
- ✓ Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares.
- ✓ Gestação não desejada: apoio psicossocial e possibilidades de adoção.
- ✓ Importância das consultas puerperais.
- ✓ Cuidados com o recém-nascido (banho, massagem, curativo do coto, etc).
- ✓ Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na 1ª semana de vida do recém-nascido, assim como a apresentação do resultado na primeira consulta do bebe.
- ✓ Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).
- ✓ Modificações corporais e alterações emocionais:

Modificações corporais e emocionais

- Maior sensibilidade
- Alteração de humor/ labilidade emocional
- Irritabilidade, melancolia, medo, insegurança
- Maior vulnerabilidade

Orientações e informações:

- Identificação e compreensão das mudanças físicas e emocionais
- Necessidade da participação e apoio familiar/parceiro
- Abordar os sinais de transtornos emocionais visando o diagnóstico precoce de depressão pós-parto.

Alterações da pele

- Hiperpigmentação (cloasma/melasma, aréola secundária, linha nigra)
- Presença de manchas e estrias (face, abdome, mamas)

Orientações:

- Evitar exposição direta ao sol
- Usar filtro solar
- Usar cremes e óleos apropriados exceto em mamas, aréolas e mamilos
- Controle de peso.

Alterações digestórias

- Sangramento das gengivas
- Maior salivação
- Alteração da posição e função do estômago e intestinos
- Digestão mais lenta
- Constipação
- Flatulência
- Pirose e emese

Orientações:

- Higiene bucal frequente com escova de cerdas macias
- Visita regular ao dentista
- Menor uso de açúcar
- Rx só com proteção abdominal
- Dieta fracionada – 6 vezes ao dia
- Ingerir alimentos naturais e fibras que facilitem o funcionamento dos intestinos
- Ingerir verduras, frutas, carnes, aves, peixes, ovos e derivados do leite
- Evitar doces, frituras, refrigerantes e alimentos condimentados
- Evitar temperos a base de sal industrializado
- Ingerir líquidos em abundância
- Evitar deitar-se imediatamente após as refeições.

Alterações cardiovasculares

- Aumento de 50% do volume sanguíneo
- Compressão da veia cava, dificultando o retorno venoso ao deitar
- Aumento da frequência cardíaca
- Ocorrência de falta de ar
- Hipotensão postural (compressão da veia cava)
- Taquicardia, palpitação
- Varizes e hemorroidas
- Edemas
- Cãibras

Orientações:

- Exercícios moderados
- Repouso
- Deitar do lado esquerdo e evitar mudanças bruscas de posição
- Evitar ambientes fechados
- Fazer caminhadas com moderação
- Elevar os membros inferiores quando em repouso.

Alterações urinárias

- Diminui o tônus do trajeto da urina
- Maior tendência a infecções urinárias
- Maior frequência urinária

Orientações:

- Higiene adequada após a evacuação, observando o sentido de frente para trás
- Banho diário
- Ingerir no mínimo 8 copos de água ao dia
- Estar alerta aos sinais de infecção: ardor ao urinar, urina mais escura, pouca quantidade que não satisfaz, urina mais quente, peso, dor ou pressão no baixo ventre.

Alterações músculos esqueléticos

- Relaxamento das articulações
- Alteração postural
- Desvio do centro da gravidade; marcha anserina; lombalgia;
- Dores ciáticas
- Maior possibilidade entorses

Cuidados

- Usar sapatos confortáveis
- Adotar posição adequada para deitar, levantar ou sentar

Recomendações

- Evitar uso de medicamentos sem prescrição
- Evitar exposição ao Raio X sem proteção abdominal
- Não fazer uso de álcool, drogas e cigarro
- Não dirigir após o 8º mês
- Evitar esforço físico
- Evitar contatos com pessoas febris.

Situações de atenção que devem ser comunicadas ao médico ou enfermeiro

→ Contrações frequentes (barriga dura) em qualquer época da gestação (mais que cinco vezes ao dia ficar alerta e comunicar ao médico)
→ Dor ou peso em baixo ventre
→ Leucorreias

Situações de emergência em que a gestante deve procurar o Hospital

→ Sangramento vaginal
→ Dor que não alivia
→ Febre acima de 37,5ºC
→ Perda de líquido vaginal (bolsa rota)
→ Diminuição ou parada dos movimentos do bebê

SINAIS DE TRABALHO DE PARTO

Contrações uterinas:

→ Frequência: 2 ou mais em 10 minutos
→ Duração: no mínimo de 30 segundos
→ Perda do tampão mucoso (pode ocorrer uns dias antes do trabalho de parto)
→ Perda do líquido amniótico (na maioria das vezes não ocorre)

É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada

ANEXO 2 - PROMOÇÃO E MANEJO DA AMAMENTAÇÃO: NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

A boa alimentação começa com a amamentação...

O Leite Materno é completo por que:

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

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

- Os benefícios da amamentação na primeira hora de vida.
- Que o bebê deve mamar sempre que quiser. Sem hora marcada (Livre Demanda).
- Que quanto mais o bebê mamar mais leite ela terá. E que o bebê pequeno vai querer mamar a toda hora.
- Que descanse sempre que puder. Lembrar sempre que amamentar a noite é essencial para manter a produção de leite.
- Que procure grupos de apoio a mulheres que amamentam seja na unidade de saúde ou em sua comunidade.

Informações Fundamentais para a prática profissional

Leite fraco	A composição do leite muda durante a mamada: no começo, ele é fino e claro porque tem mais água e serve para matar a sede do bebê. Já o leite do fim da mamada é mais grosso, porque tem mais gordura e serve para matar a fome e engordar a criança.
Como amamentar	- O bebê ao mamar deve pegar o mamilo e boa parte da aréola para que o leite saia facilmente. A boa pega dificulta o aparecimento de problemas precoces e tardios nas mamas, como por exemplo: Fissuras, mastites, ductites, etc.; - A mãe deve encontrar uma posição confortável para amamentar. Se achar necessário poderá apoiar os pés, braços e as costas; - A posição do bebê também é importante, ele precisa estar de frente para o peito, bem encostado no corpo da mãe, com o bumbum apoiado pelos braços da mãe.
Como evitar Fissuras	- Para não tirar a proteção natural da pele da aréola, não passar cremes, sabonetes, ou loções. - Evite esfregar ou massagear os mamilos. - Passar o próprio leite antes e após as mamadas, objetivando limpar e proteger a aréola. -Para prevenir e evitar fissuras, o mais importante é ensinar o bebê abrir bem a boca ao abocanhar o peito (através de uma pega correta).
Uso de bicos artificiais	- Aconselhe as mães a não oferecer chupetas, chucas ou mamadeiras, porque levam o bebê a mamar errado e podem causar alterações fonoaudiológicas e ortodônticas. - Enfatize que esses bicos são de difícil limpeza e esterilização, sendo, portanto de fácil contaminação, podendo causar doenças como diarreia. - Alerte a mulher que quando o bebê experimenta outro bico, ele pode ficar confuso e começar a se atrapalhar na hora de mamar, às vezes isso o leva a abandonar o peito.
Até que idade amamentar?	A amamentação é recomendada até dois anos ou mais, após essa idade, mãe e bebê devem decidir se continuarão ou não. O leite acompanha o crescimento do bebê e contém proteínas, vitaminas, energia e anticorpos que protegem a criança.
Rede social de apoio	Estimule a mulher a procurar conversar com quem está passando pela mesma experiência (na comunidade ou na unidade de saúde). Envolva sua família nas tarefas de casa.
Leis de proteção à amamentação	- Licença paternidade de 5 dias a contar do dia do nascimento do bebê. - As trabalhadoras têm direito à licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário** -Após retornar ao trabalho, oriente a mulher que ela tem direito a dois descansos remunerados por dia, cada um de 30 minutos a cada 4 horas trabalhadas, até 6 meses de idade do bebê.

*** Em 2009, foi aprovada a lei Empresa Cidadã, que regulamenta a licença maternidade de seis meses.*

Alerte a mulher a verificar se a empresa na qual trabalha aderiu ao programa

PROBLEMAS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO E SEU ADEQUADO MANEJO

Traumas mamilares (Fissuras)

- Iniciar a mamada pela mama menos afetada.
- As fissuras podem ser sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar a mama (Corrigir a pega).
- Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo.
- Atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das lesões mamilares, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. Para isso, pode-se recomendar o uso do próprio *leite materno* ordenhado nas fissuras entre as mamadas.
- Não recomendar uso de cremes, óleos e loções, pois eles podem causar alergias e, eventualmente, obstrução de poros lactíferos.
- Evitar ingurgitamento mamário.
- Ao final da mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo na comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes da criança ser retirada do seio;
- Usar diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas.

ATENÇÃO: Mamilos curtos, planos ou invertidos; disfunções orais nos bebes; freio de língua excessivamente curto; sucção não nutritiva prolongada; uso impróprio de bombas de extração de leite; exposição prolongada a forros úmidos; uso de protetores de mamilos (intermediários); uso de cremes e óleos nas mamas e retirada abrupta ou incorreta do bebê da mama, são causas comuns que levam ao aparecimento de lesões nos mamilos.
- Se não houver melhora procurar ajuda no serviço de saúde e/ou Banco de Leite Humano da região.

Ingurgitamento Mamário (mamas empedradas)

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico (que não necessita de nenhuma intervenção) do patológico, que ocorre principalmente do terceiro ao quinto dia após o parto. Nos casos patológicos, as mamas ficam excessivamente distendidas, dolorosas, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. A mulher pode ter febre.

- Quando isso acontece, é preciso esvaziar bem as mamas.
- Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente, de preferência.
- É importante retirar um pouco de leite antes da mamada para amolecer a mama e facilitar para o bebê pegar a aréola;
- Massagear delicadamente as mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento. A massagem fluidifica o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, sendo importante estímulo do reflexo de ejeção do leite.
- A mãe não deve deixar de amamentar; ao contrário, deve amamentar com frequência, sem horários fixos, inclusive à noite (Livre Demanda).
- Estimular a mãe a usar ininterruptamente um sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica.
- Compressas frias (não geladas), em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas.
- Orientar para não colocar gelo ou calor nas mamas.
- O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.
- Se houver piora, a mãe deve procurar ajuda no serviço de saúde e/ou Banco de Leite Humano da região.

- *Fonte: Adaptado MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, 2009.*

Mastites

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana.
O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois a mastite pode evoluir para abscesso mamário.
O tratamento inclui os seguintes componentes:

- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante no tratamento da mastite.
- Manutenção da amamentação: está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houve um esvaziamento adequado;
- Antibioticoterapia: indicação médica quando houver sintomas graves.
- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral; estimular o apoio familiar.
- Outras medidas de suporte: repouso da mãe, líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

Fonte: MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, 2009

Candidíase (Monilíase)

→ A infecção da mama no puerpério por *Candida sp* (candidíase ou monilíase) é bastante comum e pode comprometer os ductos lactíferos.
→ São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos, bem como o uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides.
→ Na sua maioria é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.
→ Costuma manifestar-se por coceira, sensação de queimação e dor em agulhadas nos mamilos que persiste após as mamadas. Raramente se observam placas esbranquiçadas no local.
→ Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase. O tratamento inicialmente é local, com tratamento com Cetoconazol 20mg creme ou Nistatina oral 100.000 UI/ml (por 2 semanas), após a mamada. Caso persista, agendar consulta médica.
→ As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos, pelo menos, uma vez ao dia.

Fonte: adaptado MINISTERIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, 2009

Pouco leite

- Para manter uma boa quantidade de leite, é importante que a mãe amamente com frequência.
- A sucção é o maior estímulo à produção do leite: quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz.
- É importante dar tempo ao bebê para que ele esvazie bem o peito em cada mamada.
- Se o bebê dorme bem e está ganhando peso, o leite não está sendo pouco.
- Se a mãe achar que está com pouco leite, deve procurar orientação no serviço de saúde e/ou Banco de Leite Humano da região.

Leite fraco

- A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco.
- Nem todo choro do bebê é de fome. A criança chora quando quer aconchego ou sente algum desconforto. Sabendo disso, **não deixe** que ideias falsas atrapalhem a amamentação.
- É importante acreditar que a mãe é capaz de alimentar o filho nos primeiros seis meses só com o seu leite.

Como ordenhar o Leite Humano

- Faça massagens suaves em todo peito;
- Coloque o polegar e o indicador na linha que divide a aréola do restante do peito;
- Apertar suavemente um dedo contra o outro;
- O leite inicialmente sai em gotas e em seguida em pequenos jatos.

Retorno ao trabalho

- Estimular a mulher a dar somente o peito, sem qualquer outro líquido durante a licença maternidade;
- Ao voltar ao trabalho, oriente que a mulher ofereça o peito antes de sair para o trabalho e imediatamente quando retornar;
- No trabalho, se possível, retirar o leite tantas vezes quanto o bebê mamaria se tivesse com a mãe;
- Nos dias de folga, oferecer o peito à vontade;
- Na ausência da mãe, o leite estocado deve ser dado em xícara ou copinho. Devemos evitar dar mamadeiras, chucas e chupetas.

COMO ESTOCAR O LEITE HUMANO

- Estimule a mulher a começar a tirar seu leite e guardá-lo para fazer um estoque, uma ou duas semanas antes de voltar a trabalhar.
- Para retirar e guardar o leite humano a mãe deve:
  - Lavar as mãos,
  - Retirar e guardar seu leite em um frasco de vidro, com tampa plástica e de rosca, lavado e fervido.
- Explicar que o leite deve ser congelado imediatamente após a ordenha. Após a ordem colocar a data e o horário no frasco de vidro
- Para ser dado ao bebê, o leite deve ser descongelado e aquecido no próprio frasco, em banho-maria. O leite materno não pode ser descongelado em forno microondas e não deve ser fervido.
- O leite aquecido que não foi usado deve ser jogado fora.

- CONSERVAÇÃO E VALIDADE: ***(Fonte RDC171 2006 – ANVISA)***

Na geladeira:	**No freezer:**
- leite cru: 12 horas	**- leite cru: até 15 dias**
- leite pasteurizado: 24 horas	**- leite pasteurizado: 6 meses**

Como oferecer leite no copo:

- Discuta com a mãe porque alimentar com o copo ou xícara;
- O copo é mais fácil de limpar com água e sabão, se a fervura não for possível;
- O copo tem menor chance do que as mamadeiras de serem carregadas por um longo período de tempo, dando às bactérias tempo para crescer;
- A alimentação com o copo é associada a menor risco de diarreia, infecções de ouvido e cáries dentárias;
- Um copo não pode ser deixado ao lado do bebê para que ele se alimente sozinho. A pessoa que alimenta um bebê com xícara precisa segurar e olhar para ele, suprindo parte do contato que ele necessita;
- O copo não interfere com a sucção ao peito;
- O copo permite que o bebê controle sua própria ingestão;
- Faça a demonstração sobre como usar o copo ou xícara, se possível treine a mãe e o cuidador. Inicie o treino no copo, quinze dias antes do retorno ao trabalho.

Como alimentar o bebê com o copo

1. Lave suas mãos;
2. Segure o bebê sentado ou semi-sentado em seu colo;
3. Despeje a quantidade de leite estimada para a refeição;
4. Segure o copo ou xícara de leite junto aos lábios do bebê. Incline um pouco a xícara para que o leite apenas toque os lábios do bebê; A xícara deve repousar suavemente no lábio inferior e as bordas tocam a parte externa do lábio superior do bebê.
5. O bebê fica alerta e abre a boca e os olhos. Um recém-nascido a termo ou um bebê mais velho suga o leite cuspindo um pouco. Ele faz movimentos com a boca e a face e começa a sorver o leite com a língua para dentro da boca;
6. Não derrame o leite na boca. Apenas segure a xícara próxima ao seu lábio e deixe-o tomar por si mesmo. Pode acontecer de escorrer leite;
7. Quando o bebê tiver recebido o suficiente, ele fecha a boca e não tomará mais. Se ele não tomou a quantidade calculada, poderá tomar mais na próxima vez ou precisamos alimentá-lo mais frequentemente;
8. Meça a sua ingestão durante 24 horas, não apenas em cada refeição.

Adaptado. Fonte: OMS. Aconselhamento em alimentação de lactentes e crianças de primeira infância: um curso integrado.

Com 6 meses

- A partir dos seis meses, introduza aos poucos outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;
- Os alimentos complementares (verduras, legumes, arroz e outros cereais, feijão e outros grãos, carnes e frutas) devem ser dados à criança na forma de papas ou purês amassados;
- Criança que mama não precisa de outro leite;
- A partir do momento que passa a comer outros alimentos deve ser oferecida água no copo.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Caderno de Atenção Básica, 23, Brasília, 2009.

ANEXO 3 - Quadro de Vulnerabilidades

- **Adolescente (<20 anos) e mulheres acima de 40 anos**
- **Início precoce de vida sexual**
- **Múltiplos parceiros sexuais**
- **Parceiros sexuais que possuem outras parceiras**
- **História pregressa de DST ou HPV**
- **Tabagista**
- **Usuária de drogas (ilícitas ou não incluindo álcool)**
- **Situação conjugal insegura ou violência doméstica e/ou sexual**
- **Gravidez indesejada (aborto inseguro)**
- **Afrodescendente (preta ou parda)**
- **Analfabeta ou analfabeta funcional**
- **Gestante vitima de violência**
- **História de depressão pós-parto**
- **Mulheres em situação de rua**

ANEXO 4- Transtornos mentais puerperais

A gestação e o pós-parto são considerados períodos de elevado risco para o surgimento de sintomas e transtornos psiquiátricos. É frequente após o parto, momento marcado por alterações hormonais e por mudanças importantes relações sociais, na organização familiar e na identidade feminina.

Os principais transtornos psíquicos no puerpério são:

DISFORIA PÓS-PARTO

Costuma acometer as mulheres nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingindo um pico no quarto ou quinto dia após o parto. Geralmente a remissão é espontânea, em no máximo 2 semanas.
Observa-se choro fácil, labilidade do humor, irritabilidade e comportamento hostil em relação aos familiares e acompanhantes.
Esses quadros normalmente não necessitam de intervenção farmacológica. É importante acolher e manter o suporte emocional, desenvolvendo uma atitude de compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

As mulheres apresentam-se com humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades de cuidado de si e do bebe, sentimentos de culpa e capacidade de concentração prejudicada. Sintomas neurovegetativos, incluindo insônia e perda do apetite, são descritos com frequência.
- Os principais fatores de risco psicossociais relacionados à depressão maior no puerpério são: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, situação de desemprego (a mulher ou o cônjuge), e apresentar pouco suporte social.

PSICOSE PÓS-PARTO

A psicose puerperal costuma ter início mais abrupto.
Observa-se uma alteração do contato com a realidade. Descreve-se um quadro com presença de delírios, alucinações e estado confusional.
Pode haver sintomas depressivos, maníacos ou mistos associados.
Não foi estabelecida nenhuma apresentação típica. No entanto, essas mulheres costumam apresentar comportamento desorganizado e delírios que envolvem seus filhos, com pensamentos de insegurança e/ou perseguição.
Nos quadros de infanticídio ou suicídio é mais frequente a presença de quadros depressivos.

Transtornos Mentais Puerperais - cuidados de enfermagem

Sugerimos os seguintes cuidados nos atendimentos de enfermagem:

- Expressar empatia
- Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual situação (gestação, humor deprimido, euforia, irritabilidade).
- Proporcionar um ambiente seguro, confortável e agradável.
- Orientar a mulher quanto às questões de saúde.
- Valorizar as queixas.
- Avaliar e levar em consideração na abordagem de cada caso a realidade socioeconômica, condições de moradia, composição familiar e antecedentes psiquiátricos.
- Avaliar a autonomia e deficiências para o autocuidado.
- Realizar visita domiciliária para oferecer apoio, e avaliar com mais precisão a situação socioeconômica e cultural.
- Realizar aconselhamento nutricional para mulheres com transtornos alimentares associados.
- Realizar atividades menos estressantes no período próximo ao repouso para evitar insônia.
- Estimular atividades que proporcionem prazer.
- Incentivar o autocuidado valorizando a autoestima.
- Proporcionar o envolvimento em atividades externas como benefício na redução da ansiedade e tensão.
- Nas gestantes, estimular a adesão ao pré-natal e as praticas de educação para saúde estimulando o autocuidado.
- Encaminhar a paciente para o profissional médico, caso haja piora dos sintomas.
- Articular-se com a unidade especializada na condução do caso.

ANEXO 4.1 Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é instrumento de auto-avaliação ou aplicação que tem a finalidade de rastrear depressão após a gestação, adequadamente visto que possibilita uma triagem rápida e simples, que pode ser aplicada por qualquer profissional, principalmente nas unidades que possuem grande número de atendimentos às puérperas.
Escores de sintomas sugestivos de depressão devem ser avaliados com abordagens mais completas.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, 1987 © British Journal of Psychiatry; tradução: Maria Fátima S. dos Santos e Célia C. Moraes / supervisão de tradução: Prof. João Dino F. P. Santos Depto. de Letras UnB / Validação: Maria Fátima S. Santos, Francisco M. C. Martins e Luis Pasquali Depto. de Psicologia UnB

Nome: _____

Data de nascimento do bebê: _____/_____/_____

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Eu tenho me sentido feliz:

☐ Sim, todo o tempo.
☐ Sim, na maior parte do tempo.
☐ Não, nem sempre.
☐ Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana. Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias 1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas. ☐ Como eu sempre fiz. ☐ Não tanto quanto antes. ☐ Sem dúvida menos que antes. ☐ De jeito nenhum.	2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia. ☐ Como sempre senti. ☐ Talvez menos do que antes. ☐ Com certeza menos. ☐ De jeito nenhum.
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas. ☐ Sim, na maioria das vezes. ☐ Sim, algumas vezes. ☐ Não muitas vezes. ☐ Não, nenhuma vez.	4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. ☐ Não, de maneira alguma. ☐ Pouquíssimas vezes. ☐ Sim, algumas vezes. ☐ Sim, muitas vezes.
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ Sim, algumas vezes. ☐ Não muitas vezes. ☐ Não, nenhuma vez.	6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia. ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles. ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes. ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles. ☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir. ☐ Sim, na maioria das vezes. ☐ Sim, algumas vezes. ☐ Não muitas vezes. ☐ Não, nenhuma vez.	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada. ☐ Sim, na maioria das vezes. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ Não muitas vezes. ☐ Não, de jeito nenhum.
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado. ☐ Sim, quase todo o tempo. ☐ Sim, muitas vezes. ☐ De vez em quando. ☐ Não, nenhuma vez.	10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça. ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente. ☐ Algumas vezes nos últimos dias. ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente ☐ Nenhuma vez.
Como fazer a pontuação **Questões 1, 2, e 4** • Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos. • Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto. • Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos. • Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.	**Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10** • Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos. • Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos. • Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto. • Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.
Considera-se como **Depressivas** puérperas com score de respostas igual ou superior a 12	

ANEXO 4.2 ASSIST

Atividade:_____ **Data:** ____/____/_____

Sexo: ( ) M ( ) F **Idade:**_____ **Escolaridade**_____

ASSIST – OMS **DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.**

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) ubstâncias você já usou? *(somente uso não prescrito pelo médico)*	**NÃO**	**SIM**
a. derivados do tabaco	**0**	**3**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**3**
c. maconha	**0**	**3**
d. cocaína, crack	**0**	**3**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**3**
f. inalantes	**0**	**3**
g. hipnóticos/sedativos	**0**	**3**
h. alucinógenos	**0**	**3**
i. opióides	**0**	**3**
j. outras, especificar	**0**	**3**

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que freqüência você utilizouessa(s) substância(s) que mencionou? *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMANALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
c. maconha	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
d. cocaína, crack	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
f. inalantes	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
g.hipnóticos/sedativos	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
h. alucinógenos	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
i. opióides	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**
j. outras, especificar	**0**	**2**	**3**	**4**	**6**

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que freqüência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? *(primeira droga, segunda droga, etc)***)**	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMANALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
c. maconha	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
d. cocaína, crack	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
f. inalantes	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
g.hipnóticos/sedativos	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
h. alucinógenos	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
i. opióides	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**
j. outras, especificar	**0**	**3**	**4**	**5**	**6**

4. Durante os três últimos meses, com que freqüência o seu consumo de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc***) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?**	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMANALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
c. maconha	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
d. cocaína, crack	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
f. inalantes	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
g.hipnóticos/sedativos	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
h. alucinógenos	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
i. opióides	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**
j. outras, especificar	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO

POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. **bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)
c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. **outras** – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que freqüência, por causa do seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc),* **você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?**	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
c. maconha	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
d. cocaína, crack	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
f. inalantes	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
g.hipnóticos/sedativos	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
h. alucinógenos	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
i. opióides	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**
j. outras, especificar	**0**	**5**	**6**	**7**	**8**

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* ?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	**0**	**6**	**3**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**6**	**3**
c. maconha	**0**	**6**	**3**
d. cocaína, crack	**0**	**6**	**3**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**6**	**3**
f. inalantes	**0**	**6**	**3**
g.hipnóticos/sedativos	**0**	**6**	**3**
h. alucinógenos	**0**	**6**	**3**
i. opióides	**0**	**6**	**3**
j. outras, especificar	**0**	**6**	**3**

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* **e não conseguiu?**	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	**0**	**6**	**3**
b. bebidas alcoólicas	**0**	**6**	**3**
c. maconha	**0**	**6**	**3**
d. cocaína, crack	**0**	**6**	**3**
e. anfetaminas ou êxtase	**0**	**6**	**3**
f. inalantes	**0**	**6**	**3**
g.hipnóticos/sedativos	**0**	**6**	**3**
h. alucinógenos	**0**	**6**	**3**
i. opióides	**0**	**6**	**3**
j. outras, especificar	**0**	**6**	**3**

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?(Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	**Nenhuma intervenção**	**Receber Intervenção Breve**	**Encaminhar para tratamento mais intensivo**
Tabaco		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Álcool		**0-10**	**11-26**	**27 ou mais**
Maconha		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Cocaína		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Estimulantes tipo anfetamina		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Inalantes		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Hipnóticos / sedativos		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Alucinógenos		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**
Opióides		**0-3**	**4-26**	**27 ou mais**

Nome:	
Endereço:	**Cep:**
Telefone:	**E-mail:**

ANEXO 5 - Portaria SMS.G Nº 295, Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica do Município de São Paulo de 19 de maio de 2004

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

Considerando que a porcentagem de adolescentes usuárias do SUS que engravidam, muitas delas de forma não planejada e cada vez mais jovem, permanece elevada;

Considerando o Projeto Nascer Bem - gravidez saudável e parto seguro, implantado pela Prefeitura do Município de São Paulo, em que o Planejamento Familiar tem fundamental importância, não só pela garantia de um direito constitucional dos cidadãos, mas também pela oportunidade dos casais planejarem o número de filhos que desejam ter, assim como o intervalo entre as gestações;

Considerando que a gravidez indesejada leva, frequentemente, ao aborto em condições inseguras, causando sequelas e até a morte de mulheres; e

Considerando a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro 7498/86 e a Resolução 271/02, que dispõe sobre o que cabe a(o) Enfermeira(o) como integrante da equipe de saúde: realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde,

Resolve:

Art. 1º - Instituir o Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica do Município de São Paulo, com a finalidade de ampliar e agilizar a oferta dos métodos aos usuários do SUS de forma segura e com acompanhamento adequado.

§ Único - Garantir o cumprimento deste protocolo através da publicação anexa a esta Portaria, para conhecimento dos Gerentes, Gestores e Profissionais de Saúde da Rede Pública do SUS do Município de São Paulo.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Anexo único

Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede Básica

A atuação dos Profissionais de Saúde na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, com ênfase na anticoncepção, deve seguir um Fluxo de Atendimento dentro da UBS, para facilitar a organização do processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Propomos que, preferencialmente, o usuário seja encaminhado para as Atividades Educativas em Saúde Sexual e Reprodutiva - Planejamento Familiar e a seguir encaminhado para a Consulta Médica e/ou Consulta de Enfermagem. Esta consulta de enfermagem está respaldada na Lei do Exercício Profissional 7.498/86 e na Resolução 271/02, onde determinam que caiba ao Enfermeiro, como integrante da equipe, realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

Preferencialmente, a primeira consulta individual ou do casal deverá ser no mesmo dia em que participar da atividade educativa. Não havendo esta possibilidade (por dificuldade pessoal ou por que a UBS não dispõe de grupo formado), o usuário deverá ser encaminhado para uma consulta médica ou de enfermagem, onde as atividades de orientação e educação serão individuais, de modo a garantir o acesso ao serviço.

6. Anticoncepção na adolescência:

Em relação aos usuários adolescentes, a Lei Federal 8.069/90 –

Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece-os como sujeitos de direitos, devendo ser assegurado atendimento à criança e ao adolescente por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os Códigos de Ética Médica (art. 103) e de Ética do Enfermeiro - COREN/SP (art. 29) determinam a importância do sigilo profissional no atendimento aos menores de idade, inclusive em relação a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios, salvo quando a não revelação possa acarretar danos aos pacientes. A Sociedade de Pediatria de São Paulo e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia referendam estas recomendações.

O Fórum 2002 em Contracepção: Adolescência e Ética, organizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas - FMUSP, reunindo profissionais de Saúde, da Justiça e de Comissões de Bioética, concluiu que a prescrição de contraceptivos às meninas menores de 14 anos não constitui ato ilícito, desde que não haja situação de abuso ou vitimização e que a adolescente detenha capacidade de autodeterminação com responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem a sua saúde e a sua vida.

Os adolescentes, estando entre a população mais vulnerável às DSTs/AIDS, devem ser orientados para a "Dupla Proteção", ou seja, devem usar um método de barreira (Preservativo masculino ou feminino) associado a outro método (por exemplo, um método hormonal como a pílula combinada ou a pílula do dia seguinte ou ainda os injetáveis).

Critérios Clínicos de Elegibilidade:

Após a escolha do método contraceptivo de sua preferência, o usuário receberá este método de acordo com os critérios clínicos de elegibilidade (classificados de 1 a 4 em ordem crescente de restrições ao uso) preconizados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde:

Categoria 1 - Método pode ser usado sem restrições;

Categoria 2 - Método pode ser usado com restrições;

Categoria 3 - Método de última escolha; e

Categoria 4 - Método é contraindicado na situação clínica encontrada, podendo o contraceptivo ser prescrito pelo Médico ou Enfermeiro conforme o critério no qual o método se enquadrar.

A. **Métodos Comportamentais:**

o Ogino-Knaus (tabelinha);

o Temperatura basal;

o Billings (muco cervical);

o Sinto-térmico (sintomas e sinais de ovulação associados à temperatura basal e muco cervical).

Enquadram-se na Categoria 1 - não existem condições clínicas que restrinjam o seu uso, podendo ser orientado e acompanhado por qualquer Profissional de Saúde bem treinado.

B. Métodos de Barreira:

o Preservativo masculino:

Categoria 1 - não existe condições clínicas que restrinjam o seu uso, podendo ser orientado, fornecido e acompanhado por qualquer Profissional de Saúde bem treinado (*).

Exceto no caso de alergia ao látex (não se enquadra ao preservativo de plástico), quando o método muda para a Categoria 3 - Método de última escolha, pois os riscos decorrentes do seu uso superam os benefícios, sendo necessário acompanhamento rigoroso pelo médico.

- **Preservativo feminino:**

Categoria 1, idem ao masculino (*) - lembrar que o preservativo feminino é de poliuretano, sendo mais raros os casos de alergia.

C. (*) Atuação do Profissional de Saúde:

a. Primeira consulta (feita preferencialmente com o casal):

☐ Avaliar o grau de participação masculina na prática da contracepção. Reforçar o aconselhamento.

☐ Explicar detalhadamente e discutir com os usuários a técnica de uso do método.

☐ Fornecer preservativos em quantidade suficiente para o primeiro mês de uso, considerando a frequência de relações sexuais do indivíduo e/ou do casal.

☐ Considerar o oferecimento de outro método contraceptivo, para uso associado ao preservativo (por exemplo, a contracepção de emergência), com vista à redução do risco de gravidez por falha de uso do método nos grupos de maior risco, como nos adolescentes.

b. Consultas de retorno:

☐ Podem ser feitas por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente treinado.

☐ O fornecimento sistemático dos métodos não precisa estar vinculado à consulta com profissional de saúde

- **Diafragma:**

Enquadra-se em uma das 3 Categorias:

o Categoria 1 - não existe condições clínicas que restrinjam o seu uso, pode ser orientado, dispensado e acompanhado por Enfermeiro (**).

o Categoria 2 - método pode ser usado com restrições, as vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados, como nos casos de doença cardíaca valvular complicada por Hipertensão Pulmonar, Fibrilação atrial e história de Endocardite Bacteriana subaguda e nas usuárias com baixo risco para infecção pelo HIV e outras DST, podendo ser orientado, fornecido e acompanhado por Enfermeiro (**).

o Categoria 3 - é o método de última escolha, pois os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método, nos casos de alergia ao látex (não se aplica ao diafragma de silicone) ou de história de Síndrome do Choque Tóxico, sendo necessário acompanhamento rigoroso pelo médico.

(**) Atuação do Profissional de Saúde:

f. Primeira consulta:

☐ Explicar detalhadamente a técnica de uso do método.

☐ Determinar o tamanho adequado do diafragma.

☐ Verificar se o tamanho escolhido está adequado.

☐ Agendar retorno em uma semana, com o diafragma colocado em casa para verificar se está adequado.

☐ Na ocorrência de coito desprotegido orientar a mulher para o uso de anticoncepção de emergência.

g. Primeiro retorno (uma semana após a primeira consulta):

☐ Verificar se a colocação do diafragma está correta, pelo toque vaginal.

☐ Solicitar que a mulher retire e recoloque o diafragma. Verificar a exatidão da técnica.

☐ Agendar novo retorno em 30 dias, recomendando que a mulher traga consigo o diafragma.

h. Demais consultas de retorno:

☐ Retornos anuais.

Obs.: A Área Temática de Saúde da Mulher recomenda o uso do diafragma sem a geleia espermaticida à base de nonoxinol-9, pois há trabalhos mostrando que sua eficácia não se altera e, além disso, ele pode aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST por provocar lesões (fissuras/microfissuras) na mucosa vaginal e retal.

Em relação às UBS(s) que não tiverem os medidores de diafragma, esta Área Temática recomenda que utilizem o próprio diafragma como medidor (um para cada numeração), tomando o cuidado de fazer uma perfuração no meio para não ser utilizado e esterilizá-lo no autoclave.

D. Anticoncepção Hormonal Oral:

- **Contracepção de emergência:**

Oral apenas com progestogênio (Código REMUME G03AC01 ou SUPRI 11.064.009.047.0040-9 - Levonorgestrel 0,75mg)

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas ou os 2 comprimidos de uma vez até 72 horas, podendo o prazo ser ampliado até 5 dias após a relação sexual desprotegida.

- Tomar 2 comprimidos de 0,75mg em dose única
- Tomar um comprimido de 1,5mg em dose única

} Inserção deste documento

- **Método de Yuspe:**

Orais combinados (Código REMUME G03AA07 ou SUPRI 11.064.009.047.009-3, contendo 0,15mg de Levonorgestrel e 0,05mg de etinilestradiol).

Tomar 4 comprimidos de 12 em 12 horas (Total de 8) até 72 horas, podendo o prazo ser ampliado até 5 dias após a relação sexual desprotegida.

Enquadra-se na Categoria 1 - Qualquer mulher pode usar a contracepção de emergência desde que não esteja grávida. Deve ser usada apenas em situações de emergência, como por exemplo:

☐ Estupro;

☐ Ruptura de preservativo ou diafragma;

☐ Expulsão do DIU;

☐ Esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestogênio;

☐ Atraso menstrual há mais de duas semanas para usuária de acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral);

☐ Relação sexual no período fértil em casais usuários de abstinência periódica (ritmo, Billings entre outros);

Pode ser prescrita, orientada e acompanhada por Enfermeiro (inclusive para as adolescentes, conforme o item contracepção na adolescência)
Obs.:

7. Para se coibir abusos, os casos em que a mesma usuária solicitar a contracepção de emergência mais de uma vez em um período inferior a 30 dias, deverão ser encaminhados para avaliação médica.

8. A prescrição efetuada pelo enfermeiro só terá validade para dispensação dentro da própria UBS.

9. Depois do atendimento de urgência, a usuária deve ser encaminhada para o trabalho educativo (em grupo ou individual).

- **Anticoncepcional oral combinado (pílula combinada):**

(Código REMUME G03AA07 ou SUPRI 11.064.009.047.009-3 - Levonorgestrel 0,15mg + Etinilestradiol 0,03mg)

Pode se enquadrar em uma das 4 Categorias.

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

- **Minipílula (oral com apenas progestogênio):**

(Código REMUME G03AC01 ou SUPRI 11.064.009.049.0011-4 - Noretisterona, Acetato 0,35mg)

Indicada para ser usada durante amamentação.

Pode se enquadrar em todas as Categorias (igual à pílula combinada).

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

E. **Anticoncepção Hormonal Injetável:**

- **Hormonal injetável trimestral (injetável apenas com progestogênio):**

(Código REMUME G03AC03 - Medroxiprogesterona, Acetato 150mg/ml)

Pode se enquadrar em todas as Categorias (de 1 a 4).

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

- **Hormonal injetável mensal (injetável com estrogênio e progestogênio):**

(Código REMUME G03 AC - Enantato de Estradiol + Acetofenido de algestona)

Pode se enquadrar em todas as Categorias (de 1 a 4).

Deve ser prescrito e acompanhado pelo médico.

F. Dispositivo Intra Uterino (DIU):

(Código REMUME G02BA ou SUPRI 11.065.004.001.6595-8 - DIU T de Cobre 380)

Pode se enquadrar em todas as Categorias (de 1 a 4).

Deve ser indicado, inserido e acompanhado pelo médico.

Obs.: Para a elaboração deste Protocolo contamos com a valiosa colaboração das Áreas Temáticas de Saúde do Adolescente e do Jovem e de Assistência Farmacêutica.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo - *quinta-feira, 6 de fevereiro de 2014 - São Paulo, 59 (25) – 19*

Ar.5º
A validade da receita de contraceptivos hormonais será de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de tratamento, a partir da data de sua emissão, desde que expressa a condição "uso continuo". Caso contrário deverá se respeitar a duração do tratamento expressa pelo prescritor não ultrapassando 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

§ 2º Ao enfermeiro é permitido prescrever medicamentos conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.

PORTARIA Nº 915/2015-SMS.G

O Secretario Municipal da Saúde no uso de suas atribuições legais, e:

Considerando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Considerando a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde e dá outras providências;

Considerando a Resolução COFEN nº. 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõem sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde;

Considerando a importância de instrumentalizar as(os) Enfermeiras(os) e equipes de enfermagem que atuam na atenção básica para que as mesmas prestem assistência conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de um documento norteador para atuação das(os) enfermeiras(os) na realização da sistematização da assistência de enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer os Manuais de Enfermagem/2015,contendo Protocolos de Enfermagem, como documentos de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nos serviços que compõem a Atenção Básica do Município de São Paulo;

Art. 2º -

I - Os Manuais, contendo protocolos de Enfermagem – SMS, 2015, são apresentados em sete volumes:

1) Atenção à Saúde da Criança e Adolescente;
2) Atenção à Saúde da Mulher;
3) Atenção à Saúde do Adulto;
4) Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;
5) Normas e Rotinas de Enfermagem;
6) Risco Biológico – Biossegurança na Saúde;
7) Técnico/Auxiliar de Enfermagem

II – Os Manuais de Enfermagem estão de acordo com a Legislação vigente para o Exercício Profissional, alinhado com as diretrizes técnicas e referências das Áreas Técnicas e Programas Prioritários da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Programas do Ministério da Saúde.

III - O conteúdo destes Manuais deverá ser divulgado no sítio eletrônico da Prefeitura da Cidade de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições da Portaria SMS nº 1004, de 31 de janeiro de 2003.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: Cortez, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.

Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais.** 3ºed. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010**. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRITISH NATIONAL FORMULARY. **BNF 61**. London: British Medical Association; The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2011.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em: 9 fev. 2010.

CAMARGOS, A. F., ET all. **Manaual de sobrevivência do ginecologista e obstetra**. 2 ed. Belo Horizonte, Coopmed, 2009.

CANTILINO, A. **Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Screening Scale na população brasileira**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública,** v. 3. 2009.

MAJERONI, B. A.: UKKADAM, S. Screening and treatment for sexually transmitted infections in pregnancy. **Am. Fam. Physician**., v.76, n.2, p.265-270, 2007. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2007/0715/p265.pdf>.

OWEN, M. K.; CLENNEY, T. L. Management of vaginitis. **Am. Fam. Physician**., v.70, n.11, p.2125-2132, Dec. 2004.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul [online]**, v.29, n.3, p.274-280, 2007.

SANTOS, M. F. S. et al. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev. de Psiquiatria Clínica**. Disponível em: <http://urutu.hcnet.usp.br/ ipq/revista/vol26/n2/artigo%2890%29.htm>. Acesso em: 09 fev. 2010.

SPANEMBERG, L. Depressão pós-parto: considerações terminológicas. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul** , n.1, jan./apr. 2008.

Os braços de uma mãe são feitos de ternura e os filhos dormem profundamente neles.

Victor Hugo