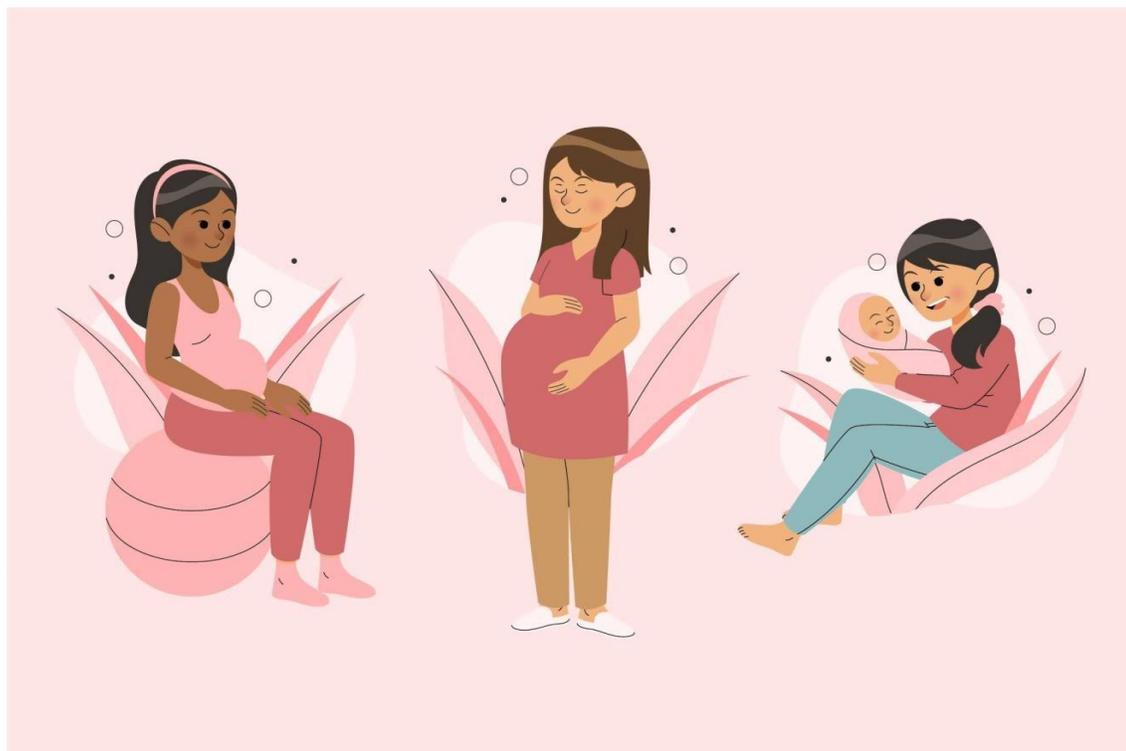




PROTOCOLO MUNICIPAL

Saúde da Mulher



JULHO/2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
Secretaria de Saúde de Conceição do Castelo – ES.

Prefeito Municipal

Valber de Vargas Ferreira

Secretario Municipal de Saúde

Diego Faria Ferreira

Coordenador dos programas da saúde

Alex Lima Garbelotto

Elaboração

Helane Liege Belisari Pinto Ambrozim- Enfermeira

Juliana Lacerda de Oliveira- Médica ESF

Formatação

Franklin Daré Feriani

Apoio Técnico

Marise Bernarda Vilela

Apoiadora institucional do ICEPI

Bárbara Magnago Pedruzzi

Brasil. Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo/ES. Secretaria de Saúde.

Protocolo Municipal de Saúde da Mulher / Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo,
Secretaria de Saúde – Conceição do Castelo, 2025.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que participaram ativamente na elaboração deste protocolo, tornando possível a realização de um projeto dirigido à saúde da mulher no município de Conceição do Castelo/ ES.

Aos parceiros indispensáveis neste processo, nosso reconhecimento a permanente colaboração e apoio.

SUMÁRIO

1. PRÉ-NATAL.....	9
1.1. ROTINA DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 9	
1.1.1. Recepção da gestante na unidade básica de saúde.....	9
1.1.2. Atribuições dos Profissionais da Equipe de ESF.....	9
1.1.3. Agente Comunitário de Saúde	10
1.1.4. Auxiliar/Técnico de Enfermagem	10
1.1.5. Enfermeiro	10
1.1.6. Médico	11
1.1.7. Cirurgião-dentista	12
2. CALENDÁRIO DE CONSULTAS	13
2.1. Roteiro da primeira consulta.....	14
2.1.1. HISTÓRIA CLÍNICA.....	14
2.1.2. HISTÓRIA GINECOLÓGICA/ OBSTÉTRICA.....	14
2.1.3. Exame físico geral.....	15
2.1.4. Condutas.....	16
2.1.5. Consultas subseqüentes.....	16
2.1.6. Roteiro das consultas subseqüentes.....	16
2.1.7. Consulta Puerperal	17
3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE.....	17
3.1. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS	21
3.2. EXAMES LABORATORIAIS.....	24
3.2.1. Avaliação ultrassonográfica.....	25
3.2.2. Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina	27
4. VACINAÇÃO DE ROTINA PARA GESTANTES	32
4.1. Esquema para suplementação diária de ferro e ácido fólico na gestação	33
4.2. GRUPO DE GESTANTES.....	33

4.3. FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	35
4.3.1. Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica 37	
5. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.....	39
5.1. Agendamento odontológico	40
5.1.1. Primeira consulta	40
5.1.2. Responsabilidades do dentista	41
6. CONDUITAS NAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO NORMAL	41
6.1. Náuseas, vômitos e tonteadas.....	41
6.2. Pirose (azia)	42
6.3. Sialorréia (salivação excessiva).....	42
6.4. Fraquezas e desmaios	42
6.5. Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	43
6.6. Hemorróidas	43
6.7. Queixas urinárias.....	43
6.8. Corrimento vaginal	44
6.9. Falta de ar ou dificuldade de respirar	44
6.10. Dor nas mamas.....	44
6.11. Dor lombar	45
6.12. Cefaléia	45
6.13. Sangramento nas gengivas.....	45
6.14. Varizes	46
6.15. Câimbras.....	46
6.16. Cloasma gravídico.....	46
6.17. Estrias	46

	6
7. VISITA À MATERNIDADE	47
8. ALEITAMENTO MATERNO	47
8.1. Vantagens da amamentação	47
8.1.1. Preparo das mamas	48
8.1.2. Avaliação do posicionamento e da pega	48
9. ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	50
9.1. INTRODUÇÃO	50
9.2. PAPEL DOS PROFISSIONAIS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	50
9.2.1. Cabe ao médico	50
9.2.2. Cabe ao enfermeiro	51
9.2.3. Cabe ao agente comunitário de saúde	51
9.2.4. Cabe ao auxiliar de enfermagem	51
9.3. PROPOSTA DE ACESSO.....	52
9.3.1. Garantia de acesso gratuito aos métodos contraceptivos	52
9.4. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO	53
9.4.1. Assistência à pré-concepção	54
9.5. AVALIAÇÃO DA MULHER	54
9.5.1. Atividades educativas e aconselhamento individual.....	55
9.5.2. Infertilidade	55
9.5.3. Assistência à anticoncepção	56
9.5.4. Métodos contraceptivos disponibilizados	57
9.5.5. Uso de anticoncepção hormonal de emergência	57
9.5.6. Contra indicações dos métodos contraceptivos hormonais (orais e injetáveis).....	58
9.5.7. DIU de Cobre	59
9.5.8. Vasectomia/laqueadura tubária.....	60
10. CÂNCER DE COLO UTERINO.....	61
10.1. INTRODUÇÃO	61
10.2. FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE COLO.....	62

10.3.	PREVENÇÃO.....	7 62
10.4.	ROTEIRO PARA COLETA DE COLPOCITOPATOLÓGICO.....	63
10.4.1.	Procedimento para coleta.....	64
10.4.2.	Condutas diante dos resultados do citopatológico.....	66
10.4.3.	Prognóstico.....	68
10.5.	SISCAN.....	68
11.	ASSISTÊNCIA EM PATOLOGIA DAS MAMAS.....	70
11.1.	INTRODUÇÃO.....	70
11.2.	FATORES DE RISCO.....	70
11.3.	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	71
11.4.	PREVENÇÃO.....	72
11.4.1.	Exame clínico das mamas.....	73
11.4.2.	Métodos de imagem e interpretação de seus resultados.....	74
11.4.3.	Métodos invasivos.....	76
11.4.4.	Condutas.....	76
12.	ANEXOS.....	78
13.	BIBLIOGRAFIA.....	86

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Castelo conta atualmente com uma equipe multidisciplinar capacitada para realizar o serviço de atendimento à saúde da mulher, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Este documento foi elaborado por esta equipe, com o apoio do Secretário Municipal de Saúde, no intuito de organizar sistematicamente os cuidados da atenção básica à saúde.

Estabelece a atuação de cada profissional nos programas SISCAN , Rede Materno Infantil, Avaliação e Acompanhamento de Indicadores e Planejamento Familiar.

1. PRÉ-NATAL

1.1. ROTINA DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

1.1.1. Recepção da gestante na unidade básica de saúde

A unidade de saúde deverá adotar a estratégia de receber a gestante independente de ter ou não consulta médica no momento em que a mulher procurar o serviço. Neste momento propomos que este primeiro contato possa ser feito com o enfermeiro que realizará a primeira consulta. O laboratório poderá fazer contato com a equipe de saúde e encaminhar as pacientes com B-HCG + para a 1ª consulta com o enfermeiro.

1.1.2. Atribuições dos Profissionais da Equipe de ESF

Atribuições Comuns:

- Captação precoce, inclusive contando com a participação dos agentes comunitários de saúde para esta ação;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);

Atribuições Específicas:

1.1.3. Agente Comunitário de Saúde:

- Realizar visitas domiciliares para a identificação e acompanhamento das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Informar o (a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.

1.1.4. Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Aplicar vacinas antitetânica, contra hepatite B e influenza;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário.

1.1.5. Enfermeiro:

- Realizar a primeira consulta de pré-natal, preencher o cartão da gestante (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);

- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada ou em conjunto com o médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, hepatite B e influenza);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, quando necessário, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

1.1.6. Médico:

- Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada ou em conjunto com o(a) enfermeiro(a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, hepatite B e influenza) conforme o protocolo vigente;
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;

- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;

1.1.7. Cirurgião-dentista:

- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, hepatite B e influenza);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;

- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, caso necessário.
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

2. CALENDÁRIO DE CONSULTAS

A primeira consulta deverá ser realizada o mais precoce possível, de preferência até 12 semanas (84 dias) de gestação. Poderá ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro (sendo esta realizada pelo enfermeiro, o mesmo deverá solicitar os exames laboratoriais de rotina conforme este protocolo, com o objetivo de agilizar a segunda consulta que será realizada pelo médico).

Os funcionários deverão ser treinados pelo enfermeiro sobre a importância dessa rotina.

Deverão ser realizadas, no mínimo, sete consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e quatro no terceiro trimestre da gestação. A periodicidade das consultas de pré-natal ocorrerá da seguinte forma: mensal até a 36ª semana de gestação; quinzenal da 36ª a 38ª semana e; semanal a partir da 38ª semana até o parto ou até completar 41 semanas de gestação quando a gestante deverá ser encaminhada para a avaliação obstétrica.

2.1. Roteiro da primeira consulta

2.1.1. HISTÓRIA CLÍNICA

- Identificação (nome, escolaridade, situação conjugal, cor, profissão);
- Gravidez planejada ou não, aceitação da gravidez.
- Queixas;
- Antecedentes pessoais e familiares (atenção para hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia, anemias, viroses, rubéola, herpes, cirurgias, câncer de mama, tuberculose, hanseníase, gemelar e má formação);
- História social: uso de álcool, tabaco e outras drogas
- Situação vacinal

2.1.2. HISTÓRIA GINECOLÓGICA/ OBSTÉTRICA

- Ciclo Menstrual
- Uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
- Cirurgias ginecológicas prévias (idade e motivo);
- Mamas (alteração e tratamento);
- Último exame citopatológico do colo do útero (data e resultado);
- Definir a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP);
 - Regra de Naegele (para DPP): definir o 1º dia e o mês da última menstruação –DUM, acrescentar 7 dias e somar 9 meses.
 - A datação manual da IG pela DUM: somar todos os dias decorridos desde a data da última menstruação até a presente data, e dividir o total por sete, gerando resultado em semanas e dias.
- Número de gestações (incluindo abortamentos);

- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação) e pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000g;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivos dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- História da amamentação prévia (dificuldades, motivo de não amamentar)
- Recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hiperglicemia neonatal, exsanguinotransfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- Complicações nos puerpérios (descrever);
- Intervalo entre o final da última gestação e o início da atual.

2.1.3. Exame físico geral

- Peso;
- Estatura;
- Cálculo do IMC
- Pressão arterial;
- Ausculta cardio pulmonar
- Presença de edema (face, tronco, membros);

- Exame físico da mama;
- Exame ginecológico;
- Medição da altura uterina;
- Tipos de mamilo (orientar sobre exercício de exteriorização e fortalecimento do tecido mamilar);

2.1.4. Conduitas:

- Orientações gerais;
- Solicitar exames laboratoriais e ultrassonografia obstétrica;
- Testes rápidos HIV e VDRL;
- Encaminhamento para a odontologia;
- Iniciar ou manter ácido fólico e sulfato ferroso;
- Imunização contra tétano, hepatite B e influenza, se necessário;
- Agendar exame preventivo do colo uterino se último exame há mais de 12 meses, para coleta de material da ectocérvice entre 20 e 28 semanas (conforme protocolo de propedêutica do colo uterino).

2.1.5. Consultas subseqüentes

A segunda consulta deverá ser realizada obrigatoriamente pelo médico, para avaliação dos exames complementares. As consultas deverão ser mensais até 36 semanas, repetir uma após 15 dias, conseqüentemente com 38, 39, 40, 41 e 42 semanas, para avaliação do bem-estar fetal e se necessário realizar exame de ultrassonografia.

2.1.6. Roteiro das consultas subsequentes

- Deverá ser realizada alternadamente ou em conjunto com médico e enfermeiro;
- Anamnese atual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;

- Exame físico, incluindo o gineco-obstétrico;
- Determinação do peso (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional da gestante);
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Ausculta cardíaca e respiratória;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos (sonar a partir de 12 semanas)
- Pesquisa de edema;
- Solicitação de exames conforme descrito neste protocolo.

2.1.7. Consulta Puerperal:

Realiza-se uma visita domiciliar na 1ª semana após alta do RN , pelo enfermeiro da equipe acompanhado do ACS, para:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento reprodutivo.
- Agendar a primeira consulta de puerpério e do recém-nascido na 1ª semana.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A estratificação de risco da gestante em dois níveis – Risco Habitual e Alto Risco – permitiu, nos últimos anos, assistência adequada em várias situações. A implantação da rede de atenção à saúde materno-infantil evidenciou a necessidade de uma revisão dos critérios e dos estratos de risco com vistas a uma segurança ainda maior para determinadas situações de risco para a gestante ou para o neonato.

Assim, foram propostos dois outros estratos de risco: o Médio Risco, para caracterizar a presença de alguns fatores de risco que implicam maior vigilância e cuidado da gestante, mesmo que o fluxo para o pré-natal e o parto seja o mesmo do risco habitual; e o Muito Alto Risco, para caracterizar um risco maior para a gestante (doenças não controladas) e/ou para o neonato (pela presença de malformações ou intercorrências que levam à prematuridade extrema), riscos estes que podem ser identificados durante o pré-natal, definindo, previamente ao parto, fluxos assistenciais diferenciados, que muitas vezes serão realizados fora do território das regiões de saúde, concentrando o serviço na região metropolitana.

É importante salientar que a estratificação de risco se refere a uma condição crônica, visando a uma intervenção clínica individual ou do grupo de gestantes diferenciada, segundo o estrato de risco, e que pode ser modificado no decorrer da gestação.

O quadro a seguir apresenta os estratos de risco, os fatores analisados e os critérios utilizados:

RISCO HABITUAL Até 04 pontos	MÉDIO RISCO De 04 a 09 pontos		ALTO RISCO De 10 a 40 pontos	MUITO ALTO RISCO Mais de 40 pontos
Fatores	Critérios/Pontos			Pontuação
Idade da Gestante	Menor de 14 anos/1 Ponto	De 14 a 34 anos/0 ponto	Maior de 35 anos / 1 ponto	
Altura da Gestante	Menor que 1,45m /1 ponto		Altura normal /0 pontos	
Situação Familiar	Instável Sim (1 ponto) Não (0 ponto)		Aceitação da Gravidez Não (1 ponto) Sim (0 ponto)	
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0 ponto))		Não (1 Ponto)	
Tabagismo: É fumante?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)	
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)	
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (2 pontos)		Não (0 pontos)	
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)	

A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (1 pontos)		Não (0 pontos)		
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0 Pontos)	Baixo Peso (IMC<18,5Kg/m ²) Ganho de peso inadequado e ou anemia	Sobrepeso (IMC>25,29,9Kg/m ²) (1 Ponto)	Obesidade (IMC>30, + de 9Kg/m ²) (5 pontos)	

	(1 Ponto)	
Antecedentes Obstétricos	<p>Até 2 abortos (05 Pontos) Mais de 2 Abortos Espontâneos (10 Pontos) Natimorto (05 Pontos) Parto prematuro (05 Pontos) Mais de 01 parto prematuro (10 Pontos) Óbitos Fetais (05 Pontos) Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (02 Pontos) Eclampsia (10 Pontos) Pré Eclampsia (05 Pontos) Placenta Prévia e DPP (05 Pontos) Incompetência Istmo-cervical (10 Pontos) Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores (05 Pontos) Diabetes gestacional (05 pontos) Nuliparidade e grande multiparidade (05 pontos)</p>	
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	<p>Ameaça de aborto (05 Pontos) Anomalia do Trato Geniturinário (05 Pontos) Placenta Prévia (10 Pontos) Câncer Materno (10 Pontos) Isoimunização/Doença Hemolítica (10 Pontos) Esterilidade Tratada (05 Pontos) Neoplasia Ginecológica (10 Pontos) Malformações Congênitas (10 Pontos) CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10 Pontos) Polidrâmnio e Oligodrâmnio (10 Pontos) Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III) (10 Pontos) DHEG, Diabetes Gestacional (10 Pontos) Gestação Gemelar (10 Pontos) Insuficiência Istmo-cervical (10 Pontos) Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada (05 Pontos)</p>	

	<p>Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (10 Pontos)</p> <p>Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10 pontos)</p> <p>Diabetes gestacional (05 pontos)</p> <p>Óbito fetal (10 pontos)</p>	
<p>Condições Clínicas Preexistentes</p>	<p>Aneurismas (20 pontos)</p> <p>Aterosclerose (05 pontos)</p> <p>Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico (05 pontos)</p> <p>Cardiopatias (15 pontos)</p> <p>Doenças auto-imunes , LES e outras colagenoses (15 pontos)</p> <p>Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05 pontos)</p> <p>Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellitus e tireoidopatias) (10 pontos)</p> <p>Epilepsia (10 pontos)</p> <p>Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros) (10 pontos)</p> <p>Nefropatias, Hemopatias, Pneumopatias e Hipertensão arterial (10 pontos)</p> <p>Trauma (10 pontos)</p> <p>Tromboembolismo (10 pontos)</p> <p>Doenças infecciosas bucais (05 pontos)</p> <p>Doenças Infecciosas (hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIV e outras DSTs (10 pontos)</p>	

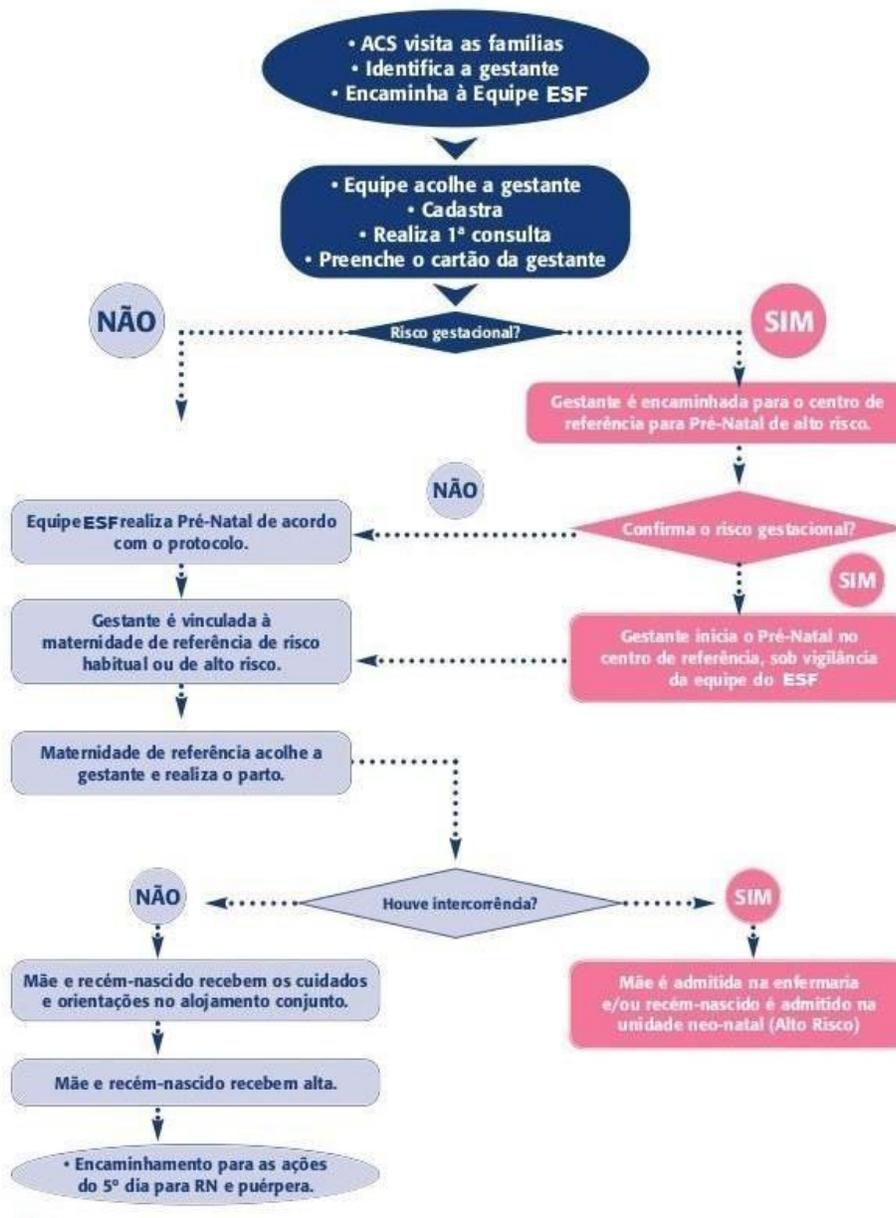
Neoplasias (10 pontos)		
Intercorrências Clínicas	Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose etc.) (10	
	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias). (10 pontos)	
PONTUAÇÃO TOTAL		

3.1. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS

Considerando que todas as etapas do Programa de Planejamento Familiar do Município foram realizadas e a gravidez foi confirmada, cabe aos profissionais da **Unidade Básica de Saúde**:

- 1) Estabelecer o fluxograma da gestante:

Fluxograma da Gestante



- 1) Orientar a gestante quanto ao encaminhamento ao serviço de referência e esclarecer que o vínculo com a equipe continua, caso o pré-natal seja de alto risco;

- 2) Já agendar a primeira consulta na própria UBS;
- 3) Já na primeira consulta, se for possível, a gestante deverá passar pela primeira consulta odontológica programática ou ter sua consulta agendada para posterior Tratamento Odontológico e monitoramento de sua Saúde Bucal alcançada;
- 4) Até que aconteça a primeira consulta, a equipe da UBS deve manter o acompanhamento da gestante;
- 5) A equipe da UBS deve manter uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas.
- 6) Os profissionais da UBS devem estar atentos a todos os cuidados da anamnese, exame físico geral, exame gineco obstétrico e ao preenchimento da Caderneta da Gestante;
- 7) A gestante deve ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez;
- 8) Já na primeira consulta a gestante deve ser preparada para a vinculação a maternidade e ao ambulatório especializado de referência, e receberá informações sobre seus direitos e deveres durante o pré-natal e além da importância da participação do seu parceiro/futuro pai em todo o processo;
- 10) A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto.
- 11) Para vincular a gestante a UBS enviará ao Agente Vinculador Municipal todas as informações necessárias sobre a gestante, assim que a gestante for cadastrada na unidade;

12) Os profissionais da UBS devem realizar atividades Educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o parto, o aleitamento materno e além dos cuidados com o bebê;

13) Ainda nas primeiras consultas, de preferência no primeiro trimestre da gestação, a gestante deve assinar o documento que informa sobre o direito a visita à maternidade após a 30ª semana de gestação, sinalizando o seu interesse para que o município se organize e a visita possa ocorrer de forma tranquila;

14) A guia de referência deve ser adequadamente preenchida quando a gestantes atingir a 36ª semana de gestação, pelo médico (a) responsável por todo o pré-natal e/ou conforme avaliação clínica da paciente antes mesmo desta idade gestacional. A referida guia deve ser entregue a gestante juntamente com o cartão da gestante e a descrição do escore de risco, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que é o meio de comunicação entre a gestante, equipe da UBS e profissionais da maternidade;

15) O Agente Vinculador Municipal deve enviar à Maternidade de Referência semanalmente e ou conforme pactuado o Mapa de vinculação , onde entraram todas as gestantes com idade gestacional acima de 36 semanas. O Mapa deve ser atualizado semanalmente retirando as gestantes que já realizaram o parto e acrescentando as gestantes que atingiram a idade gestacional mínima para sua inclusão no mapa.

3.2. EXAMES LABORATORIAIS

1- Primeiro trimestre (na primeira consulta Pré-Natal):

- Teste rápido sífilis e HIV;
- Hemograma;

- Grupo sanguíneo e fator Rh;
- Glicemia de jejum;
- Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)
- HbsAg;
- EAS + UROCULTURA
- Eletroforese hemoglobina
- Rubéola (IgG e IgM)
- HTLV 1 e 2

2- Segundo Trimestre:

- Teste rápido de sífilis;
- Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75g de glicose anidro) - 24^a a 28^a semana;
- Coombs indireto mensal se gestante Rh negativo (a partir da 24^a semana)

3- Terceiro trimestre:

- Hemograma;
- Glicemia de jejum;
- VDRL;
- Anti- HIV;
- HBsAg;
- Toxoplasmose IgM (caso gestante IgG negativa);
- EAS + UROCULTURA.
- HTLV 1 e 2
- Swab – 35^a a 37^a semana.

3.2.1. Avaliação ultrassonográfica

Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de

baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). Porém, quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas e datação da idade gestacional.

No terceiro trimestre, em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, a ultrassonografia pode ser ferramenta útil na avaliação.

O município poderá oferecer o exame de ultrassonografia obstétrica, se solicitado pelo médico assistente, caso haja necessidade para o máximo de duas solicitações por gestação de risco habitual. Caso haja necessidade de avaliação ultrassonográfica mais complexa, encaminhar ao obstetra de referência.

3.2.2. Conduas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis, em gestantes, vítimas de violência sexual, pessoas com sinais/ sintomas de sífilis primária ou secundária, pessoas com diagnóstico prévio de sífilis.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	<p>Trate a gestante e seu parceiro.</p> <p>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).</p> <p>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.</p> <p>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Realize exame mensal para controle de cura.</p>
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

EM TEMPO: O enfermeiro pode prescrever a Penicilina Benzatina conforme estabelecido na norma técnica COFEN/CTLN N° 03/2017, em anexo neste protocolo.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	<p>“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	Piúria/bacteriúria/ leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	<p>Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.</p> <p>Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.</p>
	Hematúria	<p>Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.</p> <p>Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.</p>
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.	

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drácea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) dráceas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none"> • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drácea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	≤ 92mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.

Glicemia em jejum	$\geq 92\text{mg/dl}$	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 92mg/dl , o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum $< 92\text{mg/dl}$ 2h $< 153\text{mg/dl}$	Teste negativo.
	Jejum $> 92\text{mg/dl}$ 2h $> 153\text{mg/dl}$	DM gestacional.
Proteinúria (teste rápido)		

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.
SWAB VAGINAL E ANAL	Positivo	Recomenda tratamento antibiótico.
	Negativo	Não precisa tratamento adicional.
HTLV 1 e 2	Positivo	Aconselhar a inibição de lactação. Encaminhar o parceiro para triagem sorológica. Indicar o uso do preservativo. Encaminhar para alto risco.
	Negativo	Pré-natal de rotina
	Indeterminado	Solicitar PCR

4. VACINAÇÃO DE ROTINA PARA GESTANTES

Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)

Recomendação: Gestantes em qualquer período gestacional.

- Gestante com esquema vacinal desconhecido ou não vacinada:

Esquema (3 doses): 1ª dose dT: o mais precoce;

2ª dose dT: 30 a 60 dias após a 1ª dose;

3ª dose dTpa: 30 a 60 dias após a 2ª dose.

- Gestante com esquema incompleto, completar doses restantes.
- Gestante com esquema completo: Administrar uma dose dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação.

Obs.: A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.

Vacina contra hepatite B

Recomendação: Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.

- Gestante com esquema vacinal desconhecido, não vacinada ou HBsAg(-) e Anti-HBs < 10:

Esquema: Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira doses.

- Gestante com esquema incompleto: completar esquema

Vacina contra Influenza (fragmentada)

Recomendação: Gestantes em qualquer período gestacional ou puerpério.

Esquema: Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.

4.1. Esquema para suplementação diária de ferro e ácido fólico e cálcio na gestação

- Ferro elementar 30 a 60mg(40mg Fe elementar = 200mg Sulfato ferroso)
- Ácido fólico 0,4mg
- Carbonato de Cálcio 1250mg (500mg de cálcio)

Devem ser administrados uma vez ao dia, durante toda a gestação, sendo iniciado o quanto antes possível.

Manter o sulfato ferroso até o terceiro mês pós parto e pós aborto.

Se a mulher for diagnosticada com anemia em qualquer momento da gestação, ela deverá receber a administração diária de suplementos de ferro (120mg de ferro elementar) e ácido fólico 0,4mg até que sua hemoglobina atinja o nível normal (>11,0g/dL), depois disso, ela pode passar para a dose pré natal padrão para evitar a recorrência de anemia.

A Nota técnica Conjunta do Ministério da Saúde, recomenda 02 comprimidos de Carbonato de Cálcio de 1250mg ao dia, equivalente a 1.000mg de cálcio elementar, para todas as gestantes, com início na 12^a semana de gestação até o momento do parto. A ingestão do suplemento de cálcio ocorra com intervalo de 2 horas do suplemento de ferro (sulfato ferroso).

4.2. GRUPO DE GESTANTES

As gestantes terão reuniões durante a gestação e serão orientadas sobre:

- Assistência pré-natal (importância, direitos e deveres, participação do pai);
- Saúde bucal;
- Desenvolvimento da gestação;

- Modificações fisiológicas, queixas mais frequentes na gestação e sinais de alerta na gravidez;
- Orientação dietética, atividade física e sexualidade;
- O parto, puerpério e cuidados com o recém nascido;
- Aleitamento materno e cuidado com as mamas.

- Direitos das gestantes.

Obs.: Os grupos de gestantes serão coordenados pelo enfermeiro, porém serão trabalhados por uma equipe multidisciplinar: enfermeiro, nutricionista, odontólogo, médico, psicólogo.

4.3. FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

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

1. Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);

- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

2. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

3. Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligidrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);

Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica no hospital de referência.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalo virose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

4.3.1. Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contra referência para acompanhamento pela atenção básica.

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada.
- Sinais premonitórios de eclampsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaléia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclampsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax $> = 37,8C$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intra-uterino;
- Oligoidrânio;

- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaléia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.
- Óbito fetal

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contra-referência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

5. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

A gravidez é uma fase ideal para conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências na saúde do bebê.

Durante o período de gestação, podem surgir algumas alterações bucais:

- Alteração do pH da saliva, tornando-se mais ácido, podendo ser controlado com escovação após refeições;
- Alterações hormonais, aumento da vascularização gengival, aparecimento de tumor gengival gravídico e aumento da mobilidade dentária;
- Náuseas, vômitos, sialorréia;
- Mudança do hábito alimentar, pequenas e numerosas refeições;
- Diminuição dos cuidados com a higiene bucal.

Existem limitações que envolvem a prática do tratamento odontológico tais como:

- Atendimentos prolongados;
- Atenção à prescrição de medicamentos;
- Cuidados na radiografia;
- Cuidados na aplicação de anestésias locais, verificação da pressão arterial;
- Exodontias e outras cirurgias não estão contra-indicadas, porém, podem ser prorrogados após o nascimento do bebê.
- O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período gestacional, embora o segundo trimestre seja o mais oportuno.
- A partir da confirmação da gravidez, é indispensável à participação das gestantes nas ações programadas das Unidades de Saúde.
- As ações programadas em educação em saúde bucal devem estar inseridas nos grupos de gestantes e o atendimento individual deverá seguir o seguinte roteiro:

5.1. Agendamento odontológico

- Guia de encaminhamento;
- A auxiliar odontológica deverá fazer o agendamento;
- Horário do atendimento de acordo com a necessidade da gestante e agenda do odontólogo;

5.1.1. Primeira consulta

- Exame clínico;
- Plano de tratamento;
- Programação da quantidade de consultas necessárias para conclusão do tratamento.
- REAGENDAMENTO
- Poderá ser iniciado o tratamento.
- PLANO DE TRATAMENTO

- Adequação do meio bucal se necessário;
- Tartarotomia;
- Exodontias;
- Escariação e curativos com cimento ionômero de vidro;
- Necropulpectomias e curativos com cimento ionômero de vidro;
- Aplicação de selantes;
- Restaurações com os materiais disponíveis;
- Orientação de higiene oral;
- Controle do biofilme dental;
- Fluoroterapia.

5.1.2. Responsabilidades do dentista

- Atendimento individual;
- Palestras para educação em saúde bucal;
- Colaborar para vigilância da saúde da gestante.

6. CONDUITAS NAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO NORMAL

6.1. Náuseas, vômitos e tonteadas:

- Explicar que são sintomas comuns no início da gestação;
- Orientar a gestante para dieta fracionada (seis refeições leves ao dia).
- Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos leves ao de levantar-se, pela manhã.
- Nos casos em que estas medidas não forem efetivas, encaminhar para consulta médica para avaliar a necessidade do uso de medicamentos (bromoprida, metoclopramida e dimenitrato com ou sem Vitamina B6)

- Referenciar ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos intensos (Hiperemese gravídica)

6.2. Pirose (azia):

- Dieta fracionada, evitando frituras;
- Evitar café, chá preto, mate, doces, álcool e fumo.
- Se necessário, a critério médico, fazer uso de medicamentos antiácidos (hidróxido de alumínio)

6.3. Sialorréia (salivação excessiva):

- Explicar que isso 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).

6.4. Fraquezas e desmaios:

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite inatividade;
- Indicar alimentação fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições.
- Explicar a gestante que se sentar com cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo, respiração profunda, alivia a sensação de fraqueza e desmaio;
- Orientar ingestão hídrica;
- Avaliar a pressão arterial.

6.5. Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal:

(Certificar-se de que não sejam contrações uterinas)

- Orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, 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);
- Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.
- Caso essas medidas não forem efetivas, encaminhar para consulta médica para avaliar necessidade de prescrição de medicação (Simeticona, Supositório de Glicerina)

6.6. Hemorróidas:

- Orientar alimentos ricos em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal;
- Evitar o uso de papel e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação;
- Orientar banho de assento com água morna e/ou chá de camomila;
- Solicitar avaliação médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

6.7. Queixas urinárias:

- Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga), mas observar sinais de alerta: dor ao urinar, urina de coloração avermelhada, febre ou dor lombar associada;
- Solicitar EAS e orientar segundo resultado.

6.8. Corrimento vaginal

- Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- 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. Tratar, preferencialmente, com Miconazol tópico vaginal por 7 dias em qualquer idade gestacional. Não usar antifúngicos orais.
 - secreção vaginal abundante, cinza esverdeada, com odor fétido – vaginose bacteriana e/ou tricomoníase. Tratar com metronidazol tópico (uma aplicação vaginal por 7 noites) ou sistêmico (metronidazol 250mg ,VO, 2 comp. 12/12h).
- Em outros casos, ver condutas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS

6.9. Falta de ar ou dificuldade de respirar:

- Esses sintomas são freqüentes na gestação, em decorrência do aumento do volume uterino ou ansiedade da gestante;
- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouvir a gestante e conversar sobre as suas angústias, se for o caso;
- Estar atento para outros achados no exame cardiopulmonar (tosse, chiado e sibilância), pois pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória.
- Agendar consulta médica em caso de dúvida.

6.10. Dor nas mamas:

- Informar a gestante que a dor é comum devido alterações fisiológicas da gravidez e aumento das mamas;

- Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após destacar qualquer alteração no exame das mamas.
- Orientar o preparo das mamas para a amamentação.

6.11. Dor lombar

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar;
- Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Eventualmente, à critério médico, prescrever analgésico, por tempo limitado;
- Orientar exercícios para o alívio da dor (ex: alongamentos);
- Orientar como se abaixar o posicionamento por períodos prolongados, em que estiver em pé (dobrando ou posicionando uma das pernas em degrau).

6.12. Cefaléia

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

6.13. Sangramento nas gengivas

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

6.14. 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 e nem ligas nas pernas (meias 3/4 ou 7/8);
- Utilizar meia elástica para gestantes, se possível.

6.15. Câimbras

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

6.16. Cloasma gravídico

- Orientar o uso de protetor solar (acima de 30 fps);
- 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).

6.17. Estrias

- Explicar que são resultados da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar mascaradas (de cor perolada);

- Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias hidratantes, na tentativa de preveni-las ou minimizá-las.

7. VISITA À MATERNIDADE

Durante a gestação a mulher que desejar poderá fazer uma visita à maternidade de referência, a fim de estabelecer vínculo e assegurar maior confiança nos procedimentos realizados durante a internação. É importante o convite ao parceiro ou acompanhante para participar deste momento. A equipe de saúde deve encaminhar para data pré divulgadas de acordo com a maternidade.

8. ALEITAMENTO MATERNO

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável podem ser realizados em diferentes contextos, com o envolvimento de todos os profissionais da atenção básica, seja no domicílio ou na unidade de saúde, em consultas, visitas ou atividades de grupo.

A organização mundial de saúde (OMS) e o ministério da saúde (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros seis meses de vida, e a partir dos 6 meses até os 2 anos de idade ela seja complementada com a introdução de novos alimentos em tempo oportuno.

É fundamental que a mãe receba esclarecimento sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação e as mudanças no corpo, e também as dificuldades que ela pode enfrentar, bem como as possibilidades de superação.

8.1. Vantagens da amamentação

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia
- Contribui para o retorno ao peso normal
- Contribui para o aumento do intervalo entre as gestações
- Protege contra o câncer de mama
- É gratuito

Para a criança:

- É um alimento completo
- Protege contra infecções
- Diminui a chance de desenvolver alergias
- Aumenta o vínculo afetivo

8.1.1. Preparo das mamas

- Usar sutiã de boa sustentação desde a gestação
- Banho de sol nas mamas por 15 minutos diários (até as 10 horas ou após as 16 horas)
- Desaconselhar o uso de sabões, cremes ou pomadas nos mamilos.

8.1.2. Avaliação do posicionamento e da pega

- O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição. A cabeça deve estar mais elevada que o corpo.
- Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na

mama. Quando a mama está muito cheia pode dificultar a pega, assim recomenda-se retirar manualmente um pouco de leite antes da mamada.

Orientações:

- As mamadas devem ser de livre demanda, sem restrição de horário ou duração
- Sempre esvaziar uma mama antes de oferecer a outra
- Não ofertar chás, água ou outros leites, pois podem contribuir para o desmame precoce
- A mãe deve consumir maior quantidade de líquidos neste período, pelo menos 2 litros ao dia, e também mais fontes de proteínas (leite, iogurtes, queijos, carnes)
- Oferecer apoio as mães que não podem amamentar (infecção por HIV, HTLV, em tratamento quimioterápico e radioterápico, uso de drogas ilícitas...)

Inibição da lactação:

- Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado)
- Prescrição médica: Cabergolina 1mg, dose única no primeiro dia pós parto. Após supressão a dose é de 0,25mg (meio comprimido de 0,5mg) a cada 12 horas, por 2 dias.

Ordenha do leite:

- Lavar as mãos, realizar a ordenha em recipiente (com tampa plástica e que tenha sido fervido por 15 minutos), desprezando os primeiros jatos.
- Guardar em geladeira por 24 horas ou no congelador por até 15 dias. Descongelar na geladeira e aquecer em banho maria.

*A lei trabalhista assegura a mãe o direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para amamentação, até o sexto mês.

9. ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

9.1. INTRODUÇÃO

O Programa de Planejamento Reprodutivo (PR) extrapola a simples anticoncepção e abrange outras áreas da reprodução humana, desde a pré-concepção até os casos de infertilidade nos casais, sempre visando identificar a população de maior risco reprodutivo.

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para quando e quantas vezes se reproduzir.

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

9.2. PAPEL DOS PROFISSIONAIS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

9.2.1. Cabe ao médico

- Avaliar e classificar o risco reprodutivo da mulher ajudando-a a escolher o melhor método contraceptivo para o casal;
- Realizar o encaminhamento de pacientes que queiram inserir o DIU ou anticoncepção definitiva ao ginecologista;
- Acompanhar periodicamente as pacientes com risco reprodutivo moderado a severo responsabilizando-se pela prescrição do método;
- Participar das atividades educativas com a equipe enfatizando os diversos temas que contemplam a mulher.

9.2.2. Cabe ao enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem trimestral nas pacientes de baixo risco reprodutivo para avaliação clínica observando prováveis intercorrências em relação ao método prescrito e encaminhamento para o médico da equipe, quando necessário;
- Realizar manutenção da prescrição médica trimestral nas pacientes que não apresentem risco ou baixo risco reprodutivo estimulando sempre a dupla proteção;
- Promover atividades educativas que esclareçam os métodos disponíveis favorecendo a escolha o para casal;
- Realizar a busca ativa das pacientes faltosas e estimular a captação para inserção no programa.

9.2.3. Cabe ao agente comunitário de saúde

- Realizar busca ativa dos faltosos;
- Promover atividades educativas na comunidade;
- Captar e inserir a mulher no programa;
- Envolver todos os equipamentos sociais da comunidade nas atividades coletivas;
- Utilizar instrumentos de monitoramento para acompanhamento da mulher no programa.

9.2.4. Cabe ao auxiliar de enfermagem

- Promover atividades educativas na UBS;
- Captar e inserir a mulher no programa de planejamento reprodutivo.

9.3. PROPOSTA DE ACESSO

- Inscrição aberta a qualquer hora, para o “Grupo de Planejamento Reprodutivo”, com periodicidade mensal, de acordo com a demanda e a capacidade operacional de cada unidade de saúde;
- As reuniões deverão ser regulares e divulgadas. Agendamento eletivo;
- Cada usuário deverá participar da reunião, na qual terá acesso à informação e discussão, que possibilite uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo;
- A reunião será coordenada por um profissional da equipe de saúde da família, devidamente capacitado;
- As mulheres interessadas terão direito a uma consulta médica inicial para escolha do melhor método contraceptivo;
- Se a mulher necessitar, poderá ser agendada consulta ginecológica;
- Excepcionalmente as orientações previstas para o grupo, poderão ser dadas individualmente;
- Garantir agendamento automático das pacientes a partir do pré-natal, principalmente para gestantes de alto risco;
- Oferta de preservativos conforme necessidade do paciente;
- O enfermeiro poderá manter a prescrição médica inicial, e caso haja necessidade, deverá encaminhar a paciente para nova consulta médica.

9.3.1. Garantia de acesso gratuito aos métodos contraceptivos

Todo usuário inscrito no programa terá acesso ao método escolhido, através da distribuição regular dos mesmos pela farmácia.

9.4. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO

a) Idade

- Acima de 35 anos
- Abaixo de 16 anos

b) Grau de escolaridade

- Baixa escolaridade materna: mãe que não tenha completado até a 4^o série do ensino fundamental.

c) Antecedentes obstétricos desfavoráveis

- Abortos
- Mortes fetais e neonatais
- Baixo peso ao nascer (<2.500g)
- Pré-eclâmpsia
- Malformações congênitas
- Grandes múltiparas
- Cerclagem anterior
- Amniorrexe prematura
- Trabalho de parto prematuro

d) Doenças crônicas

- Hipertensão arterial sistêmica
- Diabetes mellitus
- Doença renal
- Cardiopatia
- Colagenases
- Infecção HIV/AIDS

- Outras

e) Tabagismo, alcoolismo, dependência química

- Benzodiazepínico
- Anticonvulsivantes
- Outras drogas

f) Estado nutricional

- Obesidade
- Desnutrição

9.4.1. Assistência à pré-concepção

Tem como objetivo orientar e assistir mulheres e casais preparando-os para uma gestação saudável.

9.5. AVALIAÇÃO DA MULHER

- Avaliar quanto ao risco reprodutivo;
- Orientar a anotar o primeiro dia das suas menstruações, e ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo;
- História ginecológica/obstétrica (nº de gestações anteriores, aborto, intervalo entre os partos, tipo de parto, complicações em gestações anteriores, DSTs)
- Avaliar quanto ao peso, altura, IMC, e orientação nutricional para mulheres com sobrepeso/obesidade, estimular hábitos saudáveis (atividade física, cessação do tabagismo, álcool e outras drogas)
- Orientação quanto ao uso de medicamentos;
- Orientar quanto à vacinação antitetânica, contra rubéola e Hepatite B;

- Orientar quanto ao exame citopatológico do colo do útero de acordo com o protocolo municipal vigente;
- Orientar sobre riscos genéticos: idade dos pais, antecedentes de malformação, antecedentes familiares de doença genéticas, etc
- Orientar o bom controle das condições clínicas preexistentes (diabetes, hipertensão arterial, epilepsia, HIV/Aids);
- Administração preventiva de ácido fólico 0,4mg/dia, pelo menos 30 dias antes da concepção;
- Investigação para HIV, toxoplasmose, sífilis, rubéola e hepatite B/C para o casal;
- Após a avaliação completa, suspender quaisquer métodos anticoncepcionais em uso e avaliar a prática sexual do casal;

9.5.1. Atividades educativas e aconselhamento individual

Devem ter conteúdo educativo que contemple noções sobre:

- Saúde e reprodução: harmonia no ambiente familiar, a importância do planejamento da prole, informações sobre aparelho reprodutor feminino e masculino, atividade física;
- Métodos contraceptivos (vantagens, desvantagens e indicações);
- Alimentação: importância de uma alimentação balanceada, incentivo ao uso de alimentos ricos em ácido fólico, vitaminas e proteínas;
- Prevenção de DST/AIDS: noções sobre sexo seguro;
- Prevenção de outras infecções: toxoplasmose, hepatite B, citomegalovírus e Rubéola;
- Prevenção de câncer de mama, de colo uterino, de próstata e de pênis;
- Efeito de drogas lícitas ou ilícitas: chumbo, óxido de etileno, inseticidas, radiações, tabaco, álcool, agrotóxicos e crack;

9.5.2. Infertilidade

A infertilidade se define como ausência de gravidez em um casal após 1 ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas contraceptivas. Nestes casos o casal deverá ser encaminhado ao serviço de ginecologia/infertilidade.

9.5.3. Assistência à anticoncepção

Tem como objetivo informar sobre os métodos contraceptivos e proporcionar fácil acesso a estes, de forma contínua, além de acompanhar o seu uso, intervindo quando necessário, sobre as possíveis complicações.

Avaliação da mulher

- Condições econômicas;
- Estado de saúde e condições clínicas;
- Aspirações reprodutivas;
- Fatores culturais e religiosos;
- Situação vacinal;
- Questionar sobre o conhecimento e uso de práticas de sexo seguro;
- Avaliar a prevenção de patologias como o câncer de colo uterino e de mamas.

Consulta subsequente

Tem como objetivo:

- Avaliar a aceitabilidade do método;
- O controle dos ciclos menstruais;
- Estimular a adesão ao método escolhido e as atividades educativas;
- Reavaliação clínica periódica (caso tenha alguma alteração na saúde ou suspeita de gravidez);
- Registrar e intervir nas possíveis intercorrências.

9.5.4. Métodos contraceptivos disponibilizados

MÉTODOS HORMONAIS ORAIS

- Combinado: Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol 0,03 mg
- Minipílula: Noretisterona 0,35 mg
- Pílula anticoncepcional de emergência: Levonorgestrel 0,75 mg

MÉTODOS HORMONAIS INJETÁVEIS

- Trimestral (progestágeno): Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml
- Mensal (combinado): Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg e Acetofenido de Algestona + Enantato de Estradiol

MÉTODOS DE BARREIRA

- Condom masculino
- Condom feminino
- DIU – Dispositivo intra-uterino (T de cobre)

MÉTODOS DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)

- Laqueadura tubária (feminino)
- Vasectomia (masculino)

9.5.5. Uso de anticoncepção hormonal de emergência

É indicado nos casos de relação sexual ocasional sem uso de preservativo ou outro método anticoncepcional, falha do método em uso ou em casos de violência sexual (em mulheres sem uso de algum método).

- Levonogestrel 0,75mg: 1,5mg dose única, via oral OU 1 comprimido de 0,75mg de 12 em 12 horas, via oral.

- Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de 5 dias. Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após o uso de um antiemético e de se alimentar.

9.5.6. Contra indicações dos métodos contraceptivos hormonais (orais e injetáveis)

Absolutas:

- Trombose venosa profunda, tromboembolismo (historia anterior ou atual);
- Doença arterial cerebrovascular e doença vascular cerebral;
- Isquemia cardíaca;
- Valvulopatias trombogênicas;
- Distúrbios trombogênicos;
- Diabetes há mais de 20 anos OU com envolvimento vascular (retinopatia e doença renal);
- Hipertensão Arterial Sistêmica não controlada;
- Carcinoma de mama conhecido ou suspeito ou outra neoplasia estrogênio dependente conhecida ou suspeita;
- Adenoma ou carcinomas hepáticos ou doenças hepáticas ativas desde que a função hepática não tenha retornado ao normal;
- Gravidez confirmada ou suspeita;
- Amamentação até o 6º mês;
- Hipersensibilidade aos medicamentos;
- Glaucoma;
- Epilepsia ou uso de anticonvulsivantes;
- Tabagista acima de 35 anos.

Relativas:

- Varizes complicadas com flebites;
- Imobilização prolongada;

- Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- Antecedentes de HAS em gestação anterior;
- Enxaqueca;
- Miomatose uterina;
- Depressão grave;
- Diabetes Mellitus;
- HAS leve;
- Dislipidemias.

9.5.7. DIU de Cobre

Pode-se indicar o uso do dispositivo intrauterino para toda e qualquer mulher, independente se adolescente ou adulta, que não estejam nas situações listadas a seguir:

- Gravidez;
- Infecção puerperal;
- Após aborto séptico;
- Sangramento vaginal inexplicado;
- Câncer de colo uterino;
- Câncer de endométrio;
- Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses;
- DST atual ou nos últimos 3 meses, incluindo cervicite purulenta;
- Doença trofoblástica gestacional maligna
- Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina;
- Mioma uterino com distorção da cavidade uterina;
- Tuberculose pélvica;
- História prévia de gestação ectópica;

É importante orientar que o DIU

- ✓ possui alta eficácia,
- ✓ proteção de longo prazo contra gravidez,
- ✓ a mulher retorna rapidamente a fertilidade quando retirado o dispositivo,
- ✓ não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis.

O DIU pode ser colocado em qualquer época do período menstrual desde que houver certeza que a mulher não está grávida.

Se logo após a gestação:

- ✓ até 48 horas após o parto
- ✓ ou após 4 semanas do parto
- ✓ imediatamente após aborto (espontâneo ou não), se não houver infecção.

Os efeitos colaterais/adversos mais comuns são alterações da menstruação, dor aguda na parte inferior do abdômen, cólicas, possibilidade de anemia, possibilidade de perfuração uterina.

9.5.8. Vasectomia/laqueadura tubária

De acordo com a Lei do planejamento familiar 9.264/96, somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade OU, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.
- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.
- A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.
- É proibida por lei a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.
- O paciente deverá participar do grupo de planejamento familiar e consulta médica na UBS, onde o médico da ESF preencherá a Solicitação de esterilização cirúrgica (após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes) e encaminhará ao ginecologista de referência.

10. CÂNCER DE COLO UTERINO

10.1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é a 3ª causa de morbimortalidade por câncer na população feminina. Nos últimos 30 anos foi demonstrada a relação entre HPV (papilomavirus humano) e a etiologia do câncer do colo do útero, uma das mais importantes descobertas (BRASIL, 2012). Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição. No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente é causada por um tipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação e tratamento adequado possibilita a prevenção da progressão para o carcinoma cervical invasivo (WHO, 2008).

10.2. FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE COLO

- Infecção pelo HPV;
- Fatores ligados à imunidade;
- Genética;
- Comportamento sexual (iniciação precoce da vida sexual, múltiplos parceiros);
- Tabagismo;
- Idade (>30 anos);
- Uso prolongado de contraceptivos orais.

10.3. PREVENÇÃO

a) Primária:

A prevenção primária de câncer de colo do útero esta relacionada à redução dos fatores de risco, principalmente do risco de contágio pelo HPV. A maior proporção de doenças provocadas pelo HPV são atribuídas aos subtipos 6, 11, 16 e 18.

Atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncotogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncotogênicos 6 e 11 e os tipos oncotogênicos 16 e 18. A partir de 2014 foi introduzida no calendário vacinal a vacina quadrivalente para adolescentes entre 9 e 13 anos.

A adoção das vacinas anti HPV não elimina a necessidade da prevenção secundária por meios do rastreamento, pois as mesmas não oferecem proteção para 30% dos casos de câncer do colo do útero.

b) Secundária/Rastreamento:

No Brasil, a detecção precoce é realizada por meios do exame citopatológico (CP), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária **de 25 a 64 anos** e que já tiveram atividade sexual. **O exame citopatológico deve ser realizado uma vez por ano e após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos.** (INCA, 2006). Por outro lado não devem ser incluídas no rastreamento mulheres sem historia de atividade sexual ou submetidas a histerectomia total por outras razões que não o câncer de colo de útero.

Em gestantes, o exame citopatológico pode ser feito em qualquer trimestre, preferencialmente após a 20ª semana de gestação sem a coleta endocervical, de acordo com as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.

2.1 Em imunossuprimidos (portadores de HIV, transplantados, pacientes em tratamento de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides), o exame citológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no 1º ano e se normais manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

10.4. ROTEIRO PARA COLETA DE COLPOCITOPATOLÓGICO

A paciente é acolhida pela auxiliar de enfermagem que deverá averiguar se a paciente está apta para realização dos exames, preencher o formulário para requisição de exame citopatológico e preparação da lâmina com identificação (iniciais do nome da paciente e data da coleta) e encaminhar a paciente ao profissional de saúde que irá realizar a coleta (médico ou enfermeiro).

O profissional de saúde deverá colher os dados da anamnese e proceder a coleta do exame.

Anamnese:

- DUM e Ciclos menstruais;
- Ultimo exame COT;

- História obstétrica (G__P__A__);
- Menarca;
- Sexarca;
- Método contraceptivo;
- Investigar fatores de risco (tabagismo, história familiar, DST);
- Queixa ginecológica;

Orientações para coleta:

- Não fazer uso de cremes e duchas intravaginais;
- Evitar manter relação sexual 48h antes do exame;
- Estar fora do período menstrual no dia da coleta (5º dia após o termino da menstruação).

10.4.1. Procedimento para coleta

Para a realização do exame, a mulher deve ser colocada na posição ginecológica, o mais confortável possível, e ter a bexiga esvaziada antes do procedimento. Se possível, a cabeceira da maca deve ser elevada, o que diminui o desconforto e aumenta a pressão abdominal para facilitar a exposição do colo uterino ao exame. Sob boa iluminação, observa-se atentamente o órgão genital externo, prestando atenção à distribuição dos pelos; à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios; a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação (inclusive das glândulas de Bartholin) e de veias varicosas. A seguir, coloca-se o espéculo, que deve ser de acordo com as características da mulher a ser examinada – pequeno médio ou grande. Não deve ser usado lubrificante de base oleosa, uma vez que não está comprovado que esse procedimento não interfira na confecção do esfregaço. Se necessário, utilizar solução fisiológica. O espéculo deve ser introduzido suavemente e de maneira que o colo do útero fique totalmente exposto, identifica-se o orifício cervical

e, quando visível, a JEC. Nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e da parede vaginal.

Em seguida, realiza-se o procedimento da coleta propriamente dito, utilizando uma espátula de madeira que tem uma extremidade arredondada a outra afilada (espátula de Ayre), e a escova endocervical, que permite coletar o material da JEC até o canal cervical.

Coleta do exame citopatológico de colo uterino:

- Com a espátula de Ayre, do lado que apresenta uma reentrância – encaixar firmemente a parte mais longa no orifício cervical e fazer um raspado da ectocérvice (e da JEC quando visível), realizando um movimento rotativo de 360 graus em torno do orifício. Distender o material coletado, no sentido transversal ao lado da borda fosca da lâmina. Introduzir no canal cervical, se permeável, uma escovinha endocervical, fazendo um movimento giratório de 360 graus (em mulheres após a menopausa a JEC, na maioria das vezes, encontra-se no canal cervical). Colocar o material retirado da endocérvice ao lado do esfregaço anterior no sentido longitudinal. Distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada, girando a escova, para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem macerações.
- O esfregaço obtido deve ser fixado longe da luz direta do foco para evitar o dessecação do material a ser estudado (no Máximo 8 segundos após ser realizado o primeiro esfregaço). A lâmina deve ser colocada dentro do frasco com solução fixadora (álcool a 96%).
- Concluída a coleta, se necessário (em caso de suspeita de lesão), aplica-se solução de Schiller, e a presença de áreas iodo-negativas (não coradas) pode indicar presença de lesão, pois a lesão intraepitelial contém pouco ou nenhum glicogênio e, por isso, não fixa o iodo. Se teste de Schiller positivo encaminhar para propedêutica do colo.

- Retira-se o espécúlo de modo delicado, sem fecha-lo totalmente. Nesse momento, procurar informar a mulher da possibilidade de um pequeno sangramento após a coleta, que cessará sozinho.
- Da rigorosa observação das normas e recomendações depende a qualidade do exame. É oportuno lembrar que os resultados falso-negativos observados, em um significativo percentual, correspondem a problemas técnicos, tais como local inadequado da coleta, quantidade insuficiente da mesma, má distribuição das amostras obtidas, defeitos de fixação e, conseqüentemente, dessecação do material a ser estudado.

10.4.2. Condutas diante dos resultados do citopatológico

Os resultados encontrados nos citopatológicos vão guiar os profissionais nas condutas de acompanhamento e tratamento de cada mulher conforme o quadro abaixo:

RESULTADO		O QUE FAZER
	Em células escamosas	<ul style="list-style-type: none"> • Repetição da citologia em seis meses ou 12 meses. ➤ Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico

Atipias de significado indeterminado		trienal;
		➤ Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*
	Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhamento para colposcopia.*

	Em células glandulares	Provavelmente e não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
	De origem indefinida.	Provavelmente e não neoplásica.	Encaminhamento para colposcopia.*
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
Lesão intraepitelial de baixo grau			Repetição da citologia em seis meses: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; ➢ Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia.*
Lesão intraepitelial de alto grau			Encaminhamento para colposcopia.*
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor			
Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou invasor			

Os profissionais de saúde devem estar atentos para:

- Identificar as mulheres que nunca colheram o exame preventivo do colo do útero ou com exame em atraso que estão na faixa etária, ampliando o rastreamento e monitoramento da população, realizando busca ativa dessas mulheres;

- Identificar as mulheres com queixas ginecológicas e encaminhá-las para consulta;
- Orientar sobre o uso de preservativo;
- Ofertar vacinação contra HPV para a população de 9 a 13 anos;
- Acompanhar as mulheres com exame alterado de acordo com este protocolo, inclusive o seguimento terapêutico nos demais níveis de atenção, fazendo busca ativa caso necessite.

10.4.3. Prognóstico

O prognóstico depende da extensão da doença no momento do diagnóstico estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico tardio e as fases avançadas. Por isso reforça-se a importância da detecção precoce por meio dos programas de prevenção e educação.

10.5. SISCAN

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), instituído pela Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, é o sistema que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA).

O SISCAN avança na capacidade de fornecer subsídios para a avaliação dos serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, no planejamento das ações de controle, na organização da rede de assistência para diagnóstico e tratamento, na avaliação de necessidade de capacitações e no acompanhamento dos usuários com exames alterados.

*Quadro para tratamento de corrimento vaginal e cervicite

Diagnóstico	Agente etiológico	Características clínicas	Tratamento medicamentoso	Gestantes/nutrientes	Observações
Mucorréia	Fisiológico	Muco claro e límpido, ausência de inflamação vaginal	-	-	Orientar sobre fisiologia normal

Vagino secitolítica	Cresciment o excessivo de Lactobacilo s	Prurido e queimaçã o vaginal, corriment o branco abundant e, dispareun ia	-	-	Ducha vagin al com bicarbonato(4 x água morna com 1 colher sopa de bicarbonato de sódio), 2x/semana a
--------------------------------	---	--	---	---	--

		, disúria terminal			cada 2 semanas
Candidíase vulvovaginal	<i>Candida albicans</i> e <i>Candida glabrata</i>	Secreção vaginal branca grumosa, aderida à parede vaginal, sem odor, prurido intenso e hiperemia de mucosa, edema da vulva.	1ª escolha: Miconazol creme a 2%, um aplicador a noite, 7 noites. OU Nistatina 100.00UI, uma aplicação, via vaginal a noite ao deitar-se por 14 dias.	Miconazol creme a 2%, um aplicador a noite, 7 noites, OU Nistatina creme 14 noites.	Orientar usar roupas íntimas de algodão, evitar calças apertadas. Tratar parceiro somente se for sintomático
Vaginose bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mobilinea</i> spp, <i>Bacteroides</i> spp, <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Peptococcus</i> e outros	Secreção vaginal acinzentada com odor fétido, mais acentuado após o coito e período menstrual	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/ dia por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador 1x/ noite, 5 dias OU Clidamicina 300 mg, VO, 2x dias por 7 dias.	Metronidazol 250mg a cada 8 horas por 7 dias, independente da idade gestacional, OU Metronidazol gel 1 aplicador 1x/noite, 5 dias.	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quanto ao efeito antabuse não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após tratamento.

Tricomónias	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Secreção vaginal amarelada, bolhosa e fétida	Metronidazol 500mg a cada 12h por 7 dias ou metronidazol 2g dose única.	Metronidazol 250 mg a cada 8 horas por 7 dias OU Metronidazol 500mg a cada 12 horas, por 7 dias, independente da idade gestacional	Orientar quanto ao efeito do antabuse e o uso de álcool. Todos os parceiros devem ser tratados com dose única.
Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	As cervicites são maioria assintomática.	Ceftriaxona 500gr IM, dose única,	1ª escolha: Ceftriaxona 500mg IM dose única	Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Sintomas que podem ocorrer: Corrimento vaginal, sangramento intermenstrual e pós	Azitromicina 1g VO dose única OU Doxiciclina 100mg VO 2x/dia, por 7 a 10 dias.	1ª escolha: Azitromicina 1g VO dose única	tratar com dose única. Deve-se fazer o tratamento combinado de Clamídia e Gonorréia em todos os casos. Ofertar testes rápidos e preservativos.

		coito, dispareunia			Notificação das IST conforme portaria 1271/2014.
--	--	-----------------------	--	--	--

Em tempo: O enfermeiro está autorizado a abordar e tratar queixa de corrimento vaginal sugestivo de vaginose citolítica e candidíase vulvo vaginal.

11. ASSISTÊNCIA EM PATOLOGIA DAS MAMAS

11.1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos.

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer do mundo, em 2008, com aproximadamente 1 milhão e 400 mil casos novos naquele ano.

É a quinta causa de morte de câncer em geral (458.000 óbitos) e causa mais frequente por câncer em mulheres (WHO, 2008).

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 por 100.000 mulheres em 2009

11.2. FATORES DE RISCO

- a) Os principais fatores de risco conhecidos para o câncer de mama estão ligados a idade, fatores genéticos e os endócrinos. A idade constitui o mais importante fator de risco para câncer de mama. O risco de câncer de mama aumenta com a idade, com cerca de 70 a 80% dos tumores diagnosticados a partir dos 50 anos de idade (CANCER RESERACH UK, 2011). A mortalidade também aumenta com a idade. A seguir os principais fatores de risco:

- Idade > 50 anos;
- Menarca precoce (menor que 12 anos);

- Menopausa tardia (acima de 50 anos);
- Primeira gravidez após 30 anos;
- Nuliparidade;
- Exposição a radiação;
- Terapia de reposição hormonal;
- Obesidade;
- Ingestão regular de álcool;
- Sedentarismo;
- Historia familiar.

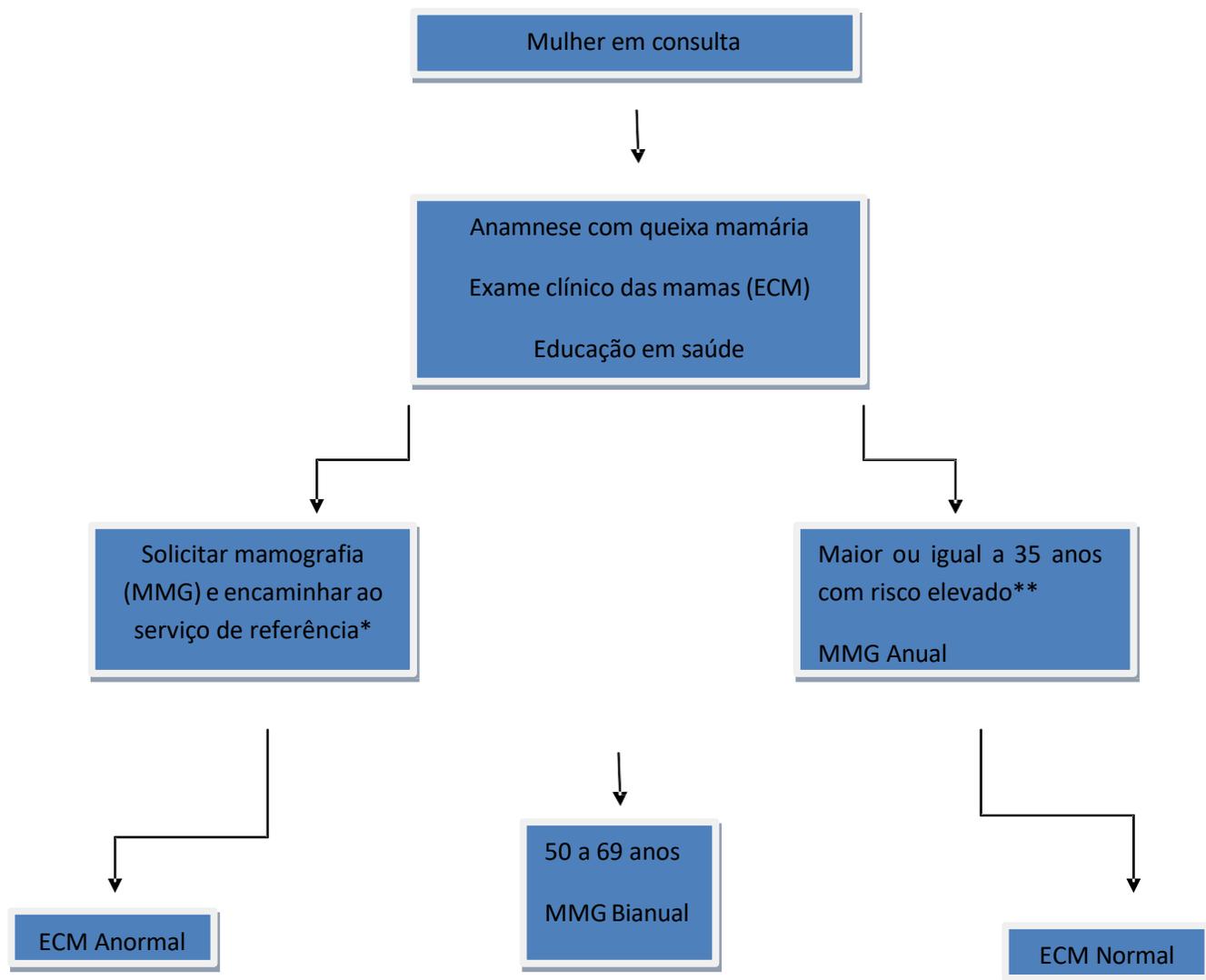
b) Segundo o “Documento de Consenso do Câncer de Mama” de 2004, são definidos como grupos populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com historia familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, Irma ou filha) com diagnostico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com historia familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, Irma ou filha) com diagnostico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com historia familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnostico histopatológico de lesão mamaria proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

11.3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

- Nódulo, geralmente duro, indolor e irregular;
- Saída de secreção pelo mamilo (especialmente unilateral e espontânea);
- Coloração avermelhada da pele da mama, edema semelhante à casca de laranja, retração cutânea;
- Dor, descamação, ulceração ou inversão do mamilo.

11.4. PREVENÇÃO



*Ver tabela item 5a

**Considerar risco elevado conforme descrito no item 2b

11.4.1. Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas (ECM) na investigação diagnóstica é o procedimento realizado para avaliar sinais e sintomas referidos por pacientes a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas.

Conduta para o exame físico	
Procedimento	Conduta
Inspeção estática	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a paciente sentada, com o tronco desnudo e os braços apoiados na coxa. - Observar: simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, presença de abaulamento e/ou retrações, saída espontânea de secreções e características da pele.
Inspeção dinâmica	<ul style="list-style-type: none"> - A paciente permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços ao longo do segmento cefálico e que ela coloque as mãos atrás da nuca, fazendo movimento de abrir e fechar os braços. - Observar presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em caso de carcinoma.

Palpação da região axilar	- A paciente permanece sentada. Apoia o braço do lado a ser examinado no braço do examinador.
Palpação da região supraclavicular	- A paciente permanece sentada. Palpar a região supraclavicular à procura de linfonodos palpáveis.

Palpação das mamas	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a paciente em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeador costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila inclusive o prolongamento axilar. - Observar presença ou ausência de massa palpável isolada.
Expressão da aréola e papila mamária	<ul style="list-style-type: none"> - A paciente permanece deitada. Pressionar a aréola entre os dedos polegar e indicador, observando presença de secreção. - Repetir o movimento na papila mamária.

11.4.2. Métodos de imagem e interpretação de seus resultados

Os métodos de imagem são indicados em situações de rastreamento e em situações diagnósticas.

a) Mamografia:

Os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o *BreastImagingReportingand Data System* (BI-RADS), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Categoria BI-RADS no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta.

Categori a	Interpretação	Recomendação de conduta
---------------	---------------	-------------------------

0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidência e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado. Acompanhamento atenção primária

2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforma a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

b) Ultrassonografia:

As principais indicações da ultrassonografia como método diagnóstico são:

- Diagnóstico diferencial entre lesão sólida e lesão cística;
- Alterações no exame físico (lesão palpável), no caso de mamografia negativa ou inconclusiva;
- Na jovem com lesão palpável;
- Nas alterações do exame clínico no ciclo grávido-puerperal;
- Não doença inflamatória e abscesso;
- No diagnóstico de coleções;

c) Ressonância magnética:

A ressonância magnética tem papel importante em diversas situações diagnósticas. As indicações mais comuns são:

- Casos não conclusivos nos métodos tradicionais;

- Carcinoma oculto; planejamento terapêutico;
- Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante;
- Suspeita de recidiva e avaliação das complicações dos implantes.

11.4.3. Métodos invasivos

O diagnóstico final do câncer é feito por meio do exame histopatológico, seja por biópsia cirúrgica, biópsia percutânea (PAG) ou punção por agulha fina (PAAF). A escolha do método de biópsia vai depender da classificação radiológica, do tipo e localização da lesão.

11.4.4. Condutas

Conforme resultado do ECM ou dos exames de imagem, a mulher pode ser encaminhada ao serviço de referência para prosseguir investigação.

Lesões palpáveis: Até os 35 anos a ultrassonografia é o método de escolha, e após essa idade utiliza-se a mamografia, que pode ser complementada pela ultrassonografia.

Para achados benignos sem indicação cirúrgica mantém-se o acompanhamento na unidade básica, enquanto os com indicação cirúrgica ou achados clínicos suspeitos mesmo com exame de imagem negativo devem ser encaminhados ao serviço de referência.

Lesões não palpáveis: O resultado do exame deve ser avaliado pelo profissional solicitante e conduta de acordo com classificação de BI-RADS®.

Mamografia BI-RADS 3: acompanhamento por 3 anos, com repetição do exame a cada 6 meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. Devem ser acompanhadas pelo especialista na referência secundária. Uma vez confirmada a estabilidade da lesão, o acompanhamento retorna para atenção primária de acordo com a faixa etária.

Mamografia BI-RADS 4 ou 5: Encaminhar para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica, e confirmada a malignidade deverá ser encaminhada para referência terciária para tratamento.

12. ANEXOS

CONTROLE E AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

MONITORAMENTO MENSAL DE PREVENTIVO E MAMOGRAFIA - RASTREAMENTO 2025		
Unidades	Preventivo 25-64 anos	Mamografia 50-69 anos
	Realizados	Realizados
Adila de Almeida		
Centro		
Santo Antonio		
Mata Fria		
Monforte		

MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE ALTO RISCO

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	DATA E IG DA 1ª US	FATORES DE RISCO	IG ATUAL	DATA DE ENTRADA PRÉ-NATAL ALTO RISCO	Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	DU M	DP P

TABELA MENSAL DE SÍFILIS POR UNIDADES							
	Total de gestantes	Nº gestantes notificadas com sífilis	Gestantes Tratadas	Parceiros Tratados	Nº testes rápido Sífilis realizados em gestante	Nº VDRL (sorologia) realizados em gestante	Casos de Sífilis Congênita
Adila de Almeida							
Centro							
Santo Antonio							
Mata Fria							
Monforte							
Total Conceição Do Castelo							

MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	DATA E IG DA 1ª US	FATORES DE RISCO	IG ATUAL	DATA DE ENTRADA PRÉ-NATAL ALTO RISCO	Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	DU M	DP P

A AVALIAÇÃO DOS INDICADORES PACTUADOS QUADRIMESTRE

Metas	Indicadores	(Ano)	Aila de Almeida	Centro	Santo Antonio	Matã Fria	Monforte	Total
Realizar ações de mobilização prevenção e educação em Saúde na Semana de amamentação, no Outubro Rosa e Novembro Azul								
Ofertar exames citopatológicos do colo do útero (preventivos)								
Aumentar a captação precoce da gestante pela UBS								
Monitorar pacientes com alteração nos exames citopatológicos de colo de útero								
Implementar teste rápidos disponibilizados pelo MS nas 5 UBS								

Realizar grupos de gestantes e puérperas para incentivar Amamentação nas UBS								
Implementar Ações para Prevenção da Mortalidade Infantil/ Fetal e Materna								
Incentivar o Parto Normal								
Vincular as mulheres ao local de ocorrência do Parto, durante o acompanhamento pré- natal de acordo com o desenho regional da rede cegonha								

Garantia de atendimento e diminuição dos riscos do parto									
Padronização dos Atendimentos ofertados as gestantes									
Diminuição dos Riscos a saúde da Mulher e da Criança									
Garantir 7 ou mais consultas de Pré - Natal as Gestantes									
Garantir consulta odontológica as gestantes									
Realizar pelo menos 2 testes de sífilis por gestante									
Garantir visita ao recém-nascido até o sétimo dia de vida									
Monitorar dos casos de Sífilis Congênita									



NOTA TÉCNICA COFEN/CTLN Nº 03/2017

A presente nota técnica surge da necessidade de esclarecimento aos profissionais de enfermagem, sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente para o tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação, que é um grave problema de Saúde Pública no Brasil, especialmente nas gestantes, devido à transmissão vertical, que pode causar aborto, natimorto, parto prematuro, morte perinatal e a sífilis congênita que ocasiona lesões cutâneas, alterações ósseas, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e malformações.

O grande desafio para a administração da Penicilina Benzatina nas UBS é o receio dos profissionais de saúde da ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática, sem que haja recursos adequados para a reversão destes quadros. No entanto, uma série de estudos nacionais e internacionais demonstram que, na grande maioria das vezes, as reações adversas referem-se a distúrbios neurovegetativos ou reações vasovagais, caracterizados por ansiedade, medo, sudorese, associados à dor ou à possibilidade de sensação dolorosa frente à administração de quaisquer medicamentos parenterais ou de outros procedimentos. Na literatura, a frequência de reações de hipersensibilidade observada varia de 0,7% a 10% dos pacientes tratados com penicilina. De uma forma geral, aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados referem história de alergia a estes medicamentos, no entanto, quando é feita análise desses casos, a maioria foi incorretamente diagnosticada.

Esse grupo de medicamentos é capaz de determinar todos os tipos de reações de hipersensibilidade, mas é importante destacar que as reações anafiláticas, as mais graves, ocorrem em um número muito reduzido de pessoas, com frequência estimada de 0,04% a 0,2% e taxa de letalidade ao redor de 0,001% (1 em cada 50.000 a 100.000 tratamentos), o que de forma alguma justifica deixar de realizar a administração da penicilina nas UBS, frente às consequências de uma sífilis não tratada ou tratada de forma incorreta.



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

Destaca-se que o Ministério da Saúde no ano de 2015, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), publicou o relatório de recomendações nº150/2015¹, que analisou as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia e segurança do uso da Penicilina Benzatina em gestantes, para prevenção da sífilis congênita, concluindo que a Penicilina Benzatina é o tratamento de primeira escolha para sífilis e é amplamente utilizada na prática clínica. A ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina, com aproximadamente 2 óbitos por 100.000 tratamentos^{4,5}. Nenhum outro tratamento, além da Penicilina Benzatina, provou ser efetivo no tratamento da sífilis na gravidez e na prevenção da sífilis congênita. Desta forma, reforça e recomenda a manutenção da Penicilina Benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez e o seu uso nas Unidades de Atenção Primária. Como exemplo de experiências exitosas do uso da penicilina observa-se o documento Caderno de Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil², publicado pelo MS no ano de 2015.

Considerando que a Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011³, que dispõe sobre a administração da Penicilina Benzatina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), diz que: “Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado”. Essa portaria ratifica que os profissionais de saúde (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e farmacêutico) devem administrar a Penicilina Benzatina nas UBS, estando legitimados. Portanto, a administração da penicilina nas UBS é segura, desde que estes sigam protocolos de identificação precoce de casos suspeitos de anafilaxia, de tratamento imediato e de encaminhamento para unidades de

¹Relatório de Recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) nº 150/2015: Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante gravidez, disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf

²Caderno de Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil, disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf

³Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html

referência, como tal temos o Caderno de Atenção Básica nº28⁴ do Ministério da Saúde, que apresenta um fluxograma de atendimento para os casos de reações anafiláticas.

Considerando também o papel do enfermeiro no manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011⁵, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do enfermeiro, a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986⁶, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, reafirmando seu compromisso com o cuidado à saúde prestado pelos profissionais de enfermagem, deixa claro através desta nota técnica os seguintes pontos:

- 1 – A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- 2 – Os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.

⁴O Caderno de Atenção Básica nº28, disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf

⁵Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/rt2488_21_10_2011.html

⁶Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm





Cofen

Conselho Federal de Enfermagem

3 – A ausência do médico na Unidade Básica de Saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Bezantina por profissionais de enfermagem.

Brasília, 14 de junho de 2017.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO n.º 63.652
Presidente

VENCELAU J. DA C. PANTOJA
COREN-AP N.º 75956
Segundo-Secretário

13. BIBLIOGRAFIA

- BRASIL, Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. 230 p. Brasília: Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.
- Cadernos de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 18 abril 2017
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva “INCA”. Câncer tipo Mama. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++. Acesso em: 18 abril 2017.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva “INCA”. Câncer tipo Colo de Útero. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acesso em: 18 abril 2017.
- Ministério da Saúde - Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>. Acesso em: 18 abril 2017.
- Ministério da Saúde – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Brasília-DF, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 07/07/2021.
- Ministério da Saúde- Nota Técnica Conjunta Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS, Disponível em: <http://www.gov.br>, 14/02/25. Acessado em: 14/03/25.

