



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## **PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER**

**Planejamento Reprodutivo**  
**Pré-natal e Puerpério**  
**Prevenção do Câncer de Colo de Útero**  
**Prevenção do Câncer de Mama**  
**Climatério**

São Leopoldo  
2021

Publicado no Diário Oficial  
dos Municípios



AFIXADO NO MURAL DA PREFEITURA  
De 17/09/19 a 12/10/19

Em 17/09/19

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO**  
**Estado do Rio Grande do Sul**

**DECRETO Nº 9.356, DE 03 DE SETEMBRO DE 2019.**

Autoriza a implantação e implementação do  
Protocolo de Saúde da Mulher no Município de São  
Leopoldo/RS.

O **PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO** no uso de suas atribuições que lhe confere o artigo 152, da Lei Orgânica do Município e considerando a necessidade de qualificar o atendimento à saúde das mulheres, aumentando a resolutividade das ações na Rede Municipal de Saúde de São Leopoldo/RS.

**DECRETA**

**Art. 1º.** O presente Decreto estabelece e institui o **PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER**, pelo qual o Município de São Leopoldo qualifica o atendimento às mulheres, normatizando a abrangência da atuação das(os) enfermeiras(os) e médicas(os) da Rede Municipal de Saúde de São Leopoldo/RS.

**Art. 2º.** O **PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER** contém o Planejamento Reprodutivo Pré-natal e Puerpério, Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama e o Climatério, com a finalidade de:

§ 1º. Sistematizar o processo de organização do trabalho e condutas de enfermeiras(os) e médicas(os) da Rede Municipal de Saúde de São Leopoldo/RS.

§ 2º. Prestar assistência à mulher de forma integral, multiprofissional, englobando atividades educativas, de aconselhamento e atendimento clínico para as mulheres e seus parceiros.

**Art. 3º** - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de São Leopoldo, 03 de setembro de 2019.

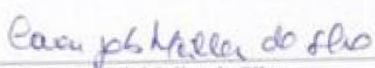
  
**ARY JOSÉ VANAZZI**  
Prefeito Municipal

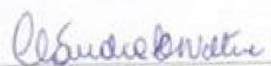
Sensad

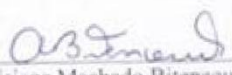
*São Leopoldo, Berço da Colonização Alemã no Brasil*

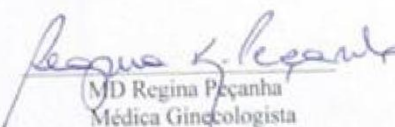
O Protocolo de Saúde da Mulher implementado em março de 2014 com a participação da equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde composta por: Adriana Tagliari Ostermann (in memoriam), Ana Maria Pedrolo Ribeiro, Ana Paula Maia, Arlete Fátima Fontana Steinmetz, Caren Job Muller, Cláudia Helena Lindenmeyer Welter, Lisânia Kaefer, Lisiane Machado B. da Silva, Nora Helena Viero, Raquel Oliveira Pinto, Rosane Liliane Guerra de Mello, Tatiana Capovilla da Silva.

O Protocolo de Saúde da Mulher foi construído com a participação de equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde e validado e aprovado pelo Gestor Municipal.

  
Enfa Caren Job Muller da Silva  
Coordenadora da ESF

  
Enfa. Cláudia H. Lindenmeyer Welter  
Diretoria de Enfermagem

  
MD. Lisiane Machado Bitencourt da Silva  
Diretoria da Atenção Básica

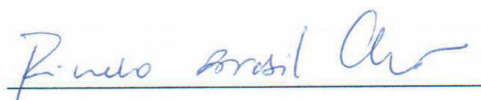
  
MD Regina Peçanha  
Médica Ginecologista



Julio Copstein Galperim  
Secretário Municipal de Saúde

Atualizado em setembro de 2016 por Ana Maria Pedrolo Ribeiro, Ana Paula Becker, Cláudia Helena Lindenmeyer Welter, Lisiane Machado B. da Silva, Natalia Moura Kafski, Rosane Liliane Guerra de Mello e Tatiana Capovilla da Silva e assinado pela Secretária Municipal de Saúde.

Em 2018 foi feita uma nova atualização que contou com a participação de Ana Maria Pedrolo Ribeiro, Ana Paula Becker, Ana Paula Capellani, Cláudia Foti Pontes, Fabiana Chiela Ribeiro, Fabiana de Mello Costa, Gabriela Barnard Dias, Jéssica Ferreira de Lima, Laísa Castro, Lisiane Machado B. da Silva, Luciana Steinmetz, Luise Peter da Silva, Maria Salete Macedo, Marlucci Meinhart, Mírian Barres Buffon, Paula Suseli Silva de Bearzi, Roberta Sobreiro Faggiano, Rosane Liliane Guerra de Mello, Rubia Mendes, Tisiane Molder Marques, Vanessa Ruffatto Gregoriski, Vinícius M. Ramos dos Santos.



Ricardo Brasil Charão

Secretário Municipal de Saúde

Ricardo Brasil Charão  
Secretário de Saúde  
PMSL - SEMSAD

Atualizado em 2021, gerando a 4ª Edição do protocolo. Contou com a participação de Ana Paula Becker, Barbara Machado Prass, Bruna Jenisch, Carina Peronio Murari, Cláudia Helena Lindenmeyer, Fabiana Chielá Ribeiro, Fernanda Copetti Muller, Fernanda de Freitas Bertão, Fernanda Maria Pauletto, Gabriela Barnard Dias, Gabriele Cristal Klug, Gisiani Adam, Giulia Pedroso Perini, Gustavo Zeni, Janaina Ely Muller, Julia Bittencourt Oliveira, Leidiana Ferreira, Lisiane Machado B. da Silva, Lotário de Souza, Maria Salete Macedo, Mariana do Couto Soares, Miriam Korenowski, Murilo Santos De Carvalho, Nathiéli de Araujo Machado, Roberta Sobreiro Fagiano, Silvana Cristina Fornari, Simone Weber, Sheila Ribeiro, Taís Marques ,Tisiane Molder Marques, Vanessa Backes, Vitória Aparecida Allievi, Vivian Daniele Witt de Almeida .



---

**Marcel Frison**  
**Secretário Municipal de Saúde**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo menstrual .....	23
Figura 2 - Fluxograma Amenorreia descartada à gestação .....	25
Figura 3 - Fluxograma Amenorreia secundária sem causa evidente .....	26
Figura 4- Fluxograma de Sangramento uterino anormal .....	27
Figura 5 - Quadro síntese ciclo menstrual e suas alterações.....	31
Figura 6 - Fluxograma de DIU de cobre .....	35
Figura 7- Fluxograma encaminhamento para colocação DIU de cobre .....	36
Figura 8 – Fluxograma encaminhamento retirada do DIU de cobre.....	36
Figura 9- Fluxograma de ACO e MINI PILULA.....	40
Figura 10 - Fluxograma de Anticoncepcionais injetáveis: mensal e trimestral .....	42
Figura 11- Quando aplicar anticoncepcional injetável com atraso? .....	43
Figura 12 - Fluxograma Atenção Básica para encaminhamento.....	48
Figura 13 – Fluxograma Diagnóstico de gravidez .....	78
Figura 14 – Fluxograma O que fazer em casos de náusea e vômitos .....	124
Figura 15 - Fluxograma O que fazer em casos de náusea e vômitos .....	125
Figura 16 – Fluxograma O que fazer nos resultados de sorologia do HIV .....	126
Figura 17 - FLUXOGRAMA SÍFILIS .....	127
Figura 18 – Fluxograma Interpretação de Resultados e condutas Toxoplasmose na Gestação até 16 semanas.....	128
Figura 19 – Fluxograma Interpretação de Resultados e condutas Toxoplasmose na Gestação após 16 semanas.....	129
Figura 20 - Esquema para esfregaço na lâmina.....	144
Figura 21 – Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério .....	204

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Drogas que reduzem a eficácia de ACO .....	39
Quadro 2 - ACO disponíveis na Rede Municipal .....	39
Quadro 3 - Anticoncepcionais injetáveis disponíveis na Rede Municipal .....	41
Quadro 4 - Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica .....	44
Quadro 5 - Anticoncepção Hormonal de Emergência - AHE.....	47
Quadro 6 - Anticoncepção no período da perimenopausa .....	50
Quadro 7 - Exames primeira consulta: Primeiro Trimestre (1° a 13° semana de gestação).....	82
Quadro 8 - Exames do <b>segundo</b> trimestre (14° a 26° semana de gestação) .....	85
Quadro 9 – Exames do <b>terceiro</b> Trimestre (27° semana até o parto).....	88
Quadro 10 - Fatores de risco indicativos de realização de pré-natal de baixo risco pela equipe de Atenção Básica .....	91
Quadro 11 - Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco.....	92
Quadro 12 - Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica .....	93
Quadro 13 – Práticas alimentares recomendadas na gestação .....	95
Quadro 14 – Vitaminas e minerais: Funções, fontes e recomendações durante o período Gestacional. ....	96
Quadro 15 – Classificação de grupos vegetarianos .....	98
Quadro 16 – Imunização: Recomendação de rotina no pré-natal .....	105
Quadro 17 - Principais itens a serem observados na mamada.....	107
Quadro 18 - Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação .....	108
Quadro 19 – Preparo do parto.....	112
Quadro 20 – A Gestação no âmbito do trabalho: direitos sociais e trabalhistas.....	113
Quadro 21 – Alterações emocionais mais comuns em puerperas .....	117
Quadro 22 – Público Alvo para coleta de exame citopatológico.....	142
Quadro 23 – População que devem realizar coletar exame citopatológico .....	142
Quadro 24 – Posições alternativas para a coleta de exame citopatológico .....	148
Quadro 25 – Tipos de células encontradas na coleta de exame citopatológico .....	149
Quadro 26 – Classificação e conduta resultados coleta de citopatológico .....	150

Quadro 27 – Resultados Citológicos Sem alterações .....	153
Quadro 28 – Resultados Citológico com presença de sinais e sintomas .....	154
Quadro 29 – Tratamento de Herpes Genital .....	161
Quadro 30 – Tratamento de Cancroide, LGV e Donovanose.....	163
Quadro 31 – Recomendações preconizadas para o rastreamento do câncer do colo de útero, mediante resultados de exame citológico. ....	165
Quadro 32 – Critérios para a solicitação do exame mamográfico .....	181
Quadro 33 – Mamografia de rastreamento: interpretação de câncer e recomendações de conduta .....	181
Quadro 34 – Orientação Pós Operatórias de Mastectomia.....	185
Quadro 35 – Quais as queixas associadas ao climatério? .....	191
Quadro 36 – Cuidados não farmacológicos e orientação de acordo com as queixas apresentadas.....	193
Quadro 37 - Principais fonte de cálcio.....	203

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACO	Anticoncepcional Hormonal Oral
ACO-C	Anticoncepcional Hormonal Oral Combinado
AHE	Anticoncepcional Hormonal de Emergência
AI	Anticoncepcional Injetável
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antiretroviral
BHCG	BetaHcg
CID	Classificação Internacional de Doenças
CP	Citopatológico
Cp. ou cp.	Comprimido
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
dl	Decilitro
DTPa	Vacina Difteria, Tétano e Coqueluche Acelular
DUM	Data da Última Menstruação
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECG	Eletrocardiograma
ECM	Exame Clínico das Mamas
EFG	Exame Físico Geral
EGB/GBS	Infecção por Streptococcus do grupo B
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fe	Ferro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb	Hemoglobina
HbsAg	Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
HCV	Vírus Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IG	Idade Gestacional
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção do Trato Urinário

LIE	Lesão Intra Epitelial
LT	Laqueadura Tubária
mcg	Micrograma
mg	Miligrama
MMG	Mamografia
mmHg	Milímetros de Mercúrio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RCIU	Retardo de Crescimento Intrauterino
RN	Recém Nascido
SAE	Serviço de Atendimento Especializada
TEP	Tromboembolia Pulmonar
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TSH	Hormônio Estimulante da Tireóide
TVP	Trombose Venosa profunda
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade Internacional
USG	Ultrassonografia
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i> (teste de laboratório de sífilis)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 OBJETIVOS .....	15
<b>2 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL, REPRODUTIVA E CICLO MENSTRUAL</b> .....	<b>16</b>
2.1 PRINCÍPIOS DO ATENDIMENTO INTEGRAL EM SAÚDE DAS MULHERES...	17
<b>2.1.1 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde da ESF</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.2 Atribuições do Auxiliar/Técnico Enfermagem</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.3 Atribuições do Enfermeiro (a)</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.4 Atribuições do Médico (a)</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.5 Atribuições do Cirurgião Dentista</b> .....	<b>18</b>
2.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	19
2.3 ABORDAGENS AOS ASPECTOS RELACIONADOS À PUBERDADE E AO DESENVOLVIMENTO SEXUAL .....	19
<b>2.3.1 Princípios do Planejamento Sexual e Reprodutivo para a Adolescência</b> .	<b>20</b>
<b>2.3.2 Em Relação à Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes</b> .....	<b>21</b>
<b>2.3.3 Em Caso de Gravidez</b> .....	<b>22</b>
<b>2.3.4 Questões Técnicas, Éticas e legais.</b> .....	<b>22</b>
2.4 ABORDAGENS AO CICLO MENSTRUAL E SUAS ALTERAÇÕES.....	22
<b>2.4.1 Amenorreia</b> .....	<b>24</b>
<b>2.4.2 Sangramento Uterino Anormal</b> .....	<b>26</b>
<b>2.4.3 Síndrome pré-menstrual</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4.4 Dismenorréia</b> .....	<b>28</b>
<b>2.4.5 Endometriose</b> .....	<b>29</b>
<b>2.4.6 Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)</b> .....	<b>30</b>
2.5 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO.....	31
<b>2.5.1 Métodos de Barreira</b> .....	<b>31</b>
2.5.1.1 Preservativo masculino .....	33
2.5.1.2 Preservativo feminino .....	33
<b>2.5.2 Dispositivos Intrauterinos de Cobre (DIU)</b> .....	<b>35</b>
2.5.2.1 Fluxograma municipal para encaminhamento DIU de cobre.....	36
2.5.2.2 Fluxograma municipal para retirada DIU de cobre .....	36

<b>2.5.3 Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon)</b> .....	<b>37</b>
<b>2.5.4 Anticoncepção Hormonal Oral</b> .....	<b>38</b>
<b>2.5.5 Anticoncepção Hormonal Injetável</b> .....	<b>41</b>
<b>2.5.6 Anticoncepção Hormonal de Emergência</b> .....	<b>47</b>
<b>2.5.7 Anticoncepção cirúrgica</b> .....	<b>47</b>
2.6 ANTICONCEPÇÃO NA PERIMENOPAUSA .....	48
2.7 CONTRACEPÇÃO NA POPULAÇÃO LGBTQIA+ .....	53
<b>2.7.1 Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)</b> .....	<b>54</b>
<b>2.7.2 Prevenção para IST's para Mulheres Bissexuais e Lésbicas</b> .....	<b>54</b>
2.8 ABORDAGENS DA INFERTILIDADE .....	55
2.9 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....	56
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>61</b>
<b>3 PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO</b> .....	<b>73</b>
3.1 ATRIBUIÇÕES DE CADA MEMBRO DA EQUIPE.....	74
3.2 AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL.....	76
3.3 DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.....	77
3.4 FREQUÊNCIA DA CONSULTA PRÉ-NATAL .....	79
3.5 ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....	79
<b>3.5.1 Primeira Consulta e até 20 semanas</b> .....	<b>79</b>
<b>3.5.2 Consultas entre 20 e 26 semanas</b> .....	<b>80</b>
<b>3.5.3 Consultas entre 27 e 35 semanas</b> .....	<b>80</b>
<b>3.5.4 Consultas entre 36 a 38 semanas</b> .....	<b>80</b>
<b>3.5.5 Consultas entre 38 a 42 semanas</b> .....	<b>81</b>
<b>3.5.6 Exames do pré-natal</b> .....	<b>82</b>
3.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL.....	91
3.7 ALIMENTAÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL.....	94
<b>3.7.1 Gestantes Vegetarianas</b> .....	<b>98</b>
3.8 ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO .....	99
<b>3.8.1 Sugestões de exercícios seguros para a gestante:</b> .....	<b>101</b>
3.9 IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE.....	104
3.10 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	106
<b>3.10.1 Técnica de amamentação</b> .....	<b>107</b>

<b>3.10.2 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação</b> .....	<b>108</b>
3.11 PREPARO PARA O PARTO .....	111
<b>3.11.1 Plano de parto</b> .....	<b>113</b>
3.12 A GESTAÇÃO NO ÂMBITO DO TRABALHO .....	113
3.13 ATENÇÃO AO PUERPÉRIO.....	115
<b>3.13.1 Atividade física no puerpério</b> .....	<b>118</b>
3.14 INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.....	121
3.7 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO .....	123
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>130</b>
<b>ANEXO D – LAUDO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ</b> .....	<b>132</b>
<b>ANEXO E – RELAÇÃO DE MEDICAÇÕES ESSENCIAIS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL</b> .....	<b>133</b>
<b>ANEXO F - MODELO DE PLANO DE PARTO</b> .....	<b>137</b>
<b>4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO</b> .....	<b>139</b>
4.1 EXAME PREVENTIVO E CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	141
4.2 PÚBLICO ALVO E PERIODICIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO.....	142
4.3 COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO.....	143
<b>4.3.1 Procedimentos de Coleta</b> .....	<b>144</b>
4.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA.....	147
<b>4.4.1 Cuidados à mesa ginecológica:</b> .....	<b>147</b>
4.5 QUALIDADE DA COLETA .....	149
4.5 ALTERAÇÕES BENIGNAS E ATIVAS OU REPARATIVAS DO EXAME CITOPATOLÓGICO.....	151
4.6 TRATAMENTO DE ALTERAÇÕES DE EXAME CP E IST .....	154
4.7 ROTINAS DE ENTREGA DE RESULTADO DO CP .....	167
4.8 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO .....	167
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>ANEXO G – INSTRUÇÃO DE TRABALHO PARA ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS E REQUISIÇÕES DE EXAMES CIPATÓLOGICOS</b> .....	<b>171</b>
<b>5 EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DE MAMA</b> .....	<b>174</b>
5.1 ATRIBUIÇÕES DE CADA MEMBRO DA EQUIPE.....	174

5.2 CÂNCER DE MAMA .....	176
5.2.1 O Que Aumenta o Risco .....	177
5.2.2 Prevenção .....	178
5.2.3 Sinais e Sintomas.....	179
5.3 MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO E MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA: QUAL A DIFERENÇA? .....	180
5.3.1 Mamografia de Rastreamento .....	180
5.3.2 Mamografia Diagnóstica .....	181
5.3.3 Sistema de Informação do Câncer de Mama .....	183
5.4 ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS CIRÚRGICAS .....	183
5.4.1 PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA .....	183
REFERÊNCIAS.....	188
6 CLIMATÉRIO .....	190
6.1 TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH). .....	199
6.2 ANTICONCEPÇÃO.....	200
6.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	201
6.4 ALIMENTAÇÃO E CLIMATÉRIO .....	202
6.5 FITOTERÁPICOS E CLIMATÉRIO.....	204
REFERÊNCIAS.....	205

## **1 INTRODUÇÃO**

O protocolo de saúde serve como uma ferramenta para auxiliar profissionais da rede de saúde municipal, sendo um instrumento importante para a linha de cuidado de saúde da mulher e para qualificação dos profissionais.

A Atenção Básica é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Acolher de forma multidisciplinar e com uma escuta qualificada é a base para que os indivíduos tenham suas demandas atendidas e seus direitos garantidos. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos e soluções pré-estabelecidas, criando aliança e vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Busca-se com isso, que o usuário possa estar implicado efetivamente no seu plano terapêutico, dando sentido a ele e construindo autonomia.

Desta forma, centrar a abordagem na pessoa em sua integralidade significa compreendê-la como um todo em seu contexto de vida: estágio de desenvolvimento pessoal, família, trabalho, crenças, necessidades, moradia, potencialidades, etc. Mais do que explorar a doença em sua forma biológica, compreende-se o adoecer de cada pessoa como singular e uma experiência pessoal.

### **1.1 Objetivos**

Qualificar o atendimento às mulheres e aumentar a resolutividade das ações, normatizando a abrangência da atuação dos profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde São Leopoldo- RS.

Sistematizar o processo de organização do trabalho e condutas dos profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde São Leopoldo-RS;

Prestar assistência à mulher de forma integral, multiprofissional, englobando atividades educativas, de aconselhamento e atendimento clínico para as mulheres e seus parceiros.

## 2 LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL, REPRODUTIVA E CICLO MENSTRUAL

ADRIANA TAGLIARI OSTERMANN (in memoriam) – Médica. Especialista em Saúde da Família pela Unisinos.

ANA MARIA PEDROLO RIBEIRO - Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional em Saúde – Centro de Saúde Escola Murialdo - Escola de Saúde Pública do RS.

CAREN JOB MULLER – Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Unisinos. Coordenadora Municipal da Estratégia de Saúde da Família de São Leopoldo-RS.

LISIANE MACHADO B. DA SILVA – Médica de Família, Especialista em Medicina Geral e Comunitária pelo Centro de Saúde Escola Murialdo - Escola de Saúde Pública do RS. Especialista em Saúde da Família pela Unisinos. Coordenadora de Atenção Básica de São Leopoldo-RS.

ROSANE LILIANE GUERRA DE MELLO – Enfermeira, Sanitarista pela Escola de Saúde Pública do RS. Especialista em Saúde da Família pela Unisinos.

ANA PAULA - Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família pela UNINTER.

BARBARA MACHADO PRASS - Acadêmica de Enfermagem - UNISINOS.

FERNANDA COPETTI MÜLLER - Enfermeira, Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Universidade Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS.

FABIANA CHIELA RIBEIRO - Farmacêutica, com MBA Gestão em Saúde, Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica e Especialização em Preceptoría no SUS. Diretora Assistência Farmacêutica São Leopoldo.

GIULIA PEDROSO PERINI – Enfermeira, Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do RS.

JÚLIA BITTENCOURT OLIVEIRA - Acadêmica de Enfermagem - UNISINOS.

## 2.1 Princípios do atendimento integral em saúde das mulheres

As equipes da AB devem estar preparadas para a abordagem em saúde da mulher em todos os ciclos de vida, sobre os direitos sexuais e reprodutivos, as ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas de orientação para regulação da fecundidade são exemplos possíveis de abordagens utilizadas. Destaca-se a inclusão e valorização das parcerias sexuais e afetivas, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são comumente destinados às mulheres (BRASIL, 2016).

### 2.1.1 ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA ESF

- Busca ativa de faltosos;
- Divulgar a assistência em Planejamento Reprodutivo;
- Desenvolver ações educativas em Planejamento Reprodutivo na comunidade;
- Integrar a equipe de educação em grupo;
- Dar informações gerais sobre os métodos anticoncepcionais;
- Desfazer os mitos e tabus em relação ao Planejamento Reprodutivo e aos métodos anticoncepcionais;
- Encaminhar as (os) usuárias (os) aos serviços de saúde;
- Acompanhar o uso correto do método escolhido durante as visitas domiciliares.

### 2.1.2 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Realizar a verificação de pressão arterial e antropometria dos agendados para consulta médica, de enfermagem e odontológica;
- Fornecer o método escolhido e indicado pelo profissional;
- Participar dos grupos;
- Revisar o uso correto do método;
- Realizar visita domiciliar.

### 2.1.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO (A)

- Realizar consulta de Enfermagem;
- Participar dos grupos;
- Indicar e prescrever métodos anticoncepcionais protocolados neste manual;
- Encaminhar para consulta e serviços especializados se necessário;
- Realizar a coleta de exame citopatológico;
- Realizar controle de faltosos;
- Solicitar exames protocolados neste manual, se necessário.

### 2.1.4 ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO (A)

- Participar dos grupos;
- Realizar consultas médicas;
- Indicar e prescrever métodos anticoncepcionais;
- Encaminhar para consulta e serviços especializados quando necessário;
- Solicitar exames, se necessários.

### 2.1.5 ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA

- Participar das ações e discussões de planejamento reprodutivo;
- Proceder ao encaminhamento para outros profissionais (médico/a e/ou enfermeiro/a) se necessário;
- Participar das ações e discussões de planejamento reprodutivo;
- Participar dos grupos;
- Na atuação profissional, investigar o método de Planejamento Reprodutivo adotado pelo usuário.

Obs.: Estar atento à interação medicamentosa de fármacos utilizados no tratamento de determinadas enfermidades bucais, que podem influenciar na ação dos anticoncepcionais orais (BRASIL, 2016).

## **2.2. Educação em saúde**

A educação em saúde deve considerar aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade, respeitando a diversidade sexual e de gênero, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução. Contempla temas como direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais, papéis sociais e projeto de vida, prevenção da violência de gênero, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento e riscos implicados nas práticas sexuais (BRASIL, 2013)

Durante a adolescência (10 a 19 anos), a sexualidade e a reprodução devem ser prioritárias nas ações de promoção de saúde (atendimentos individuais ou atividades coletivas), preferencialmente em parceria com as escolas (BRASIL, 2013).

## **2.3 Abordagens aos aspectos relacionados à puberdade e ao desenvolvimento sexual**

É comum a busca da consulta de enfermagem ou médica para atendimento ginecológico às adolescentes. Em geral, pacientes e suas famílias buscam informações relacionadas ao desenvolvimento da puberdade, distúrbios do ciclo menstrual, corrimento, vulvovaginites e contracepção. O profissional responsável pela assistência deve estar pronto para acolher as dúvidas e inseguranças relatadas na consulta, de forma que se desenvolva o vínculo profissional-paciente em uma abordagem empática. Nas ocasiões em que o(a) responsável está presente na consulta, é comum que ele(a) inicie a exposição do motivo da consulta. Recomenda-se escutar atentamente às queixas apresentadas e então expor os benefícios da abordagem de consulta privada à adolescente, visando garantir sua autonomia e cuidado. A decisão deve partir em comum acordo entre as partes, deixando claro o direito ao sigilo das informações, assim como a possibilidade de que em casos específicos o sigilo poderá ser quebrado, como: atividade sexual de risco ou menor de 14 anos, gravidez e intuito de abortar, presença de uma infecção de transmissão sexual ou HIV positiva, usuária de drogas, depressão e ideia suicida ou mesmo

frente à necessidade de procedimentos de maior complexidade, no qual a adolescente não está de acordo (FEBRASGO 2018).

Quanto ao desenvolvimento da puberdade feminina, sabe-se que o broto mamário é o primeiro sinal de maturação sexual visível, seguido pelo início do estirão (crescimento) puberal. Na sequência, há o surgimento dos pelos pubianos e axilares. A menarca (primeiro episódio de menstruação) geralmente ocorre cerca de dois anos após o início do crescimento mamário, e pode ocorrer desde os 10 até os 18 anos, sendo a média entre 11 e 12 anos. Durante a puberdade e após o surgimento da menarca, é comum a irregularidade dos ciclos menstruais, sendo este um dos principais motivos para a busca do atendimento ginecológico no serviço de saúde. O profissional assistente deve realizar a anamnese minuciosa do histórico menstrual da paciente, identificando menarca precoce ou tardia, período e duração do sangramento. Em geral, a regularização do ciclo menstrual pode levar de 2 a 4 anos após a menarca, sendo comum a variação no volume das perdas sanguíneas de leves a intensas. Nestes casos, é aconselhável a conduta expectante, tranquilizando a paciente e sua família, sem a necessidade de realização de exames complementares (BRASIL, 2016).

Além da irregularidade de ciclo menstrual, queixas como acne e dismenorrea são frequentes e comuns à faixa etária. A orientação de cuidados básicos com a pele (como higiene adequada e hidratação) e o uso de bolsas de água quente durante o período menstrual podem amenizar os sintomas. Em caso de dor intensa, pode ser considerado o uso de AINE durante a menstruação ou a oferta de contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, especialmente caso a adolescente já tenha iniciado a vida sexual. Caso não tenha vida sexual ativa, considerar o contraceptivo oral combinado por 3 a 6 meses para regularização do ciclo menstrual (BRASIL, 2016).

### 2.3.1 PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO PARA A ADOLESCÊNCIA

Entendendo a adolescência como uma construção sócio histórica, e que suas manifestações são influenciadas por fatores socioeconômicos, culturais e sociais onde o adolescente está inserido, pensar o planejamento sexual e reprodutivo é muito importante para que se garanta a saúde integral e permita ao adolescente

crescer e desenvolver-se de forma saudável de acordo com seu potencial biológico, psicológico e social.

Pensando nisso, cabe à rede de atenção básica, pautar suas ações nas seguintes orientações:

- Promover ações educativas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, levando em conta as necessidades e demandas trazidas pelos adolescentes e pelo território, favorecendo o exercício de relações afetivas e fortalecendo autoconhecimento e autocuidado.
- Realizar busca ativa de adolescentes grávidas no território, acolhendoo-as e realizando pré-natal, considerando as especificidades desta faixa etária, envolvendo os (as) parceiros (as) e familiares no atendimento.
- Articular estratégias no território para o desenvolvimento de ambientes protetores para adolescentes grávidas, mães e pais adolescentes, buscando garantir a sua permanência na escola, o acesso à profissionalização e ao primeiro emprego e o fortalecimento dos laços familiares.

### 2.3.2 EM RELAÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA PARA ADOLESCENTES

- Realizar consultas multiprofissionais;
- Incluir adolescentes nas ações coletivas, individuais de prevenção e acompanhamento de ISTs;
- Ofertar/encaminhar para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites;
- Fornecer preservativos sem barreiras;
- Disponibilizar métodos anticoncepcionais de emergência;
- Reforçar a dupla proteção;
- Realizar acolhimento, priorizando os passos de reflexão sobre o contexto de vulnerabilidade de adolescentes e jovens;
- Orientar pais ou responsáveis legais de adolescentes que buscam orientações pertinentes sobre saúde sexual, garantindo o direito ao sigilo e à autonomia do (a) adolescente.

### 2.3.3 EM CASO DE GRAVIDEZ

- Realizar consultas clínicas, incluindo pré-natal e puerpério;
- Realizar exames de rotina, incluindo dois testes para HIV e ISTs;
- Incluir os adolescentes em ações de planejamento sexual e reprodutivo;
- Incentivar a formação de grupo de adolescentes grávidas incluindo seus parceiros/parceiras;
- Contatar o Conselho Tutelar em caso de gravidez de adolescentes até 14 anos incompletos;
- Realizar Notificação de violência interpessoal (Anexo A) para qualquer suspeita ou confirmação de estupro (relação sexual não consentida);
- Realizar Notificação de violência interpessoal/autoprovocada para qualquer suspeita ou confirmação das mais diversas formas de violência.

### 2.3.4 QUESTÕES TÉCNICAS, ÉTICAS E LEGAIS.

O (a) adolescente tem direito à:

- Privacidade no momento da consulta, caso desejem;
- Garantia de confidencialidade e sigilo, caso desejem;
- Consentir ou recusar atendimento;
- Atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais;
- **Obter informação sobre seu estado de saúde. (BRASIL, 2010).**

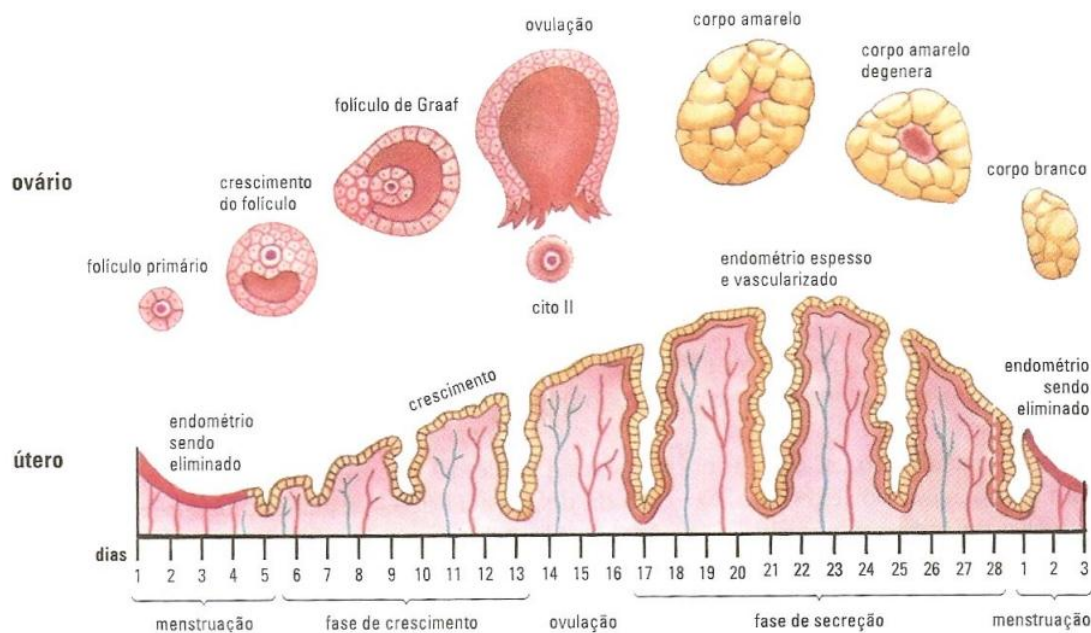
## 2.4 Abordagens ao ciclo menstrual e suas alterações

O ciclo menstrual é dividido em quatro etapas: menstruação, fase folicular, ovulação e fase lútea. A duração do ciclo reprodutivo pode ser diferente para cada mulher, e em média, ocorre em um período de 28 dias. Inicia-se no primeiro dia de menstruação e encerra-se no dia que antecede a próxima menstruação. É comum ainda, a variação na duração deste período a cada ciclo menstrual (FEBRASGO, 2017).

A menstruação se refere ao fluxo de sangue causado em decorrência da descamação das paredes uterinas que formam o endométrio. Em geral, as chances de engravidar neste período são muito reduzidas, porém não se exclui esta possibilidade e recomenda-se o uso de métodos contraceptivos (FEBRASGO, 2017).

O período de fertilidade da mulher, durante a ovulação, ocorre em torno de 14 a 16 dias após o primeiro dia da menstruação, a partir da liberação do óvulo pelo ovário, que segue até as trompas de falópio para ser fecundado. Na ocorrência de ciclo menstrual irregular, torna-se difícil estimar o período fértil. Uma outra forma de identificar a ocorrência da ovulação, é a observação atenta da secreção vaginal, pois a secreção ovulatória tem aparência mais cristalina, transparente e elástica, semelhante à clara de ovo. Quando ocorre fecundação, o óvulo fecundado chega ao útero para implantação, e na ausência de fecundação, inicia-se a fase lútea e o óvulo é descartado (FEBRASGO, 2017).

Figura 1 - Ciclo menstrual



Fonte: <http://www.bancodasaude.com/info-saude/ciclo-menstrual>

Entre os principais motivos de consulta de enfermagem ou médica relacionadas ao ciclo menstrual, destacam-se: a Síndrome Pré-Menstrual, Amenorréia, Sangramento Uterino Anormal, Dismenorreia, Síndrome de Ovários Policísticos e Endometriose. O profissional assistente deve estar atento à

sintomatologia apresentada pela paciente, suas possíveis causas, eventuais exames complementares e tratamentos.

#### 2.4.1 AMENORREIA

A amenorreia caracteriza-se pela ausência de menstruação durante o ciclo menstrual regular e divide-se nas seguintes categorias:

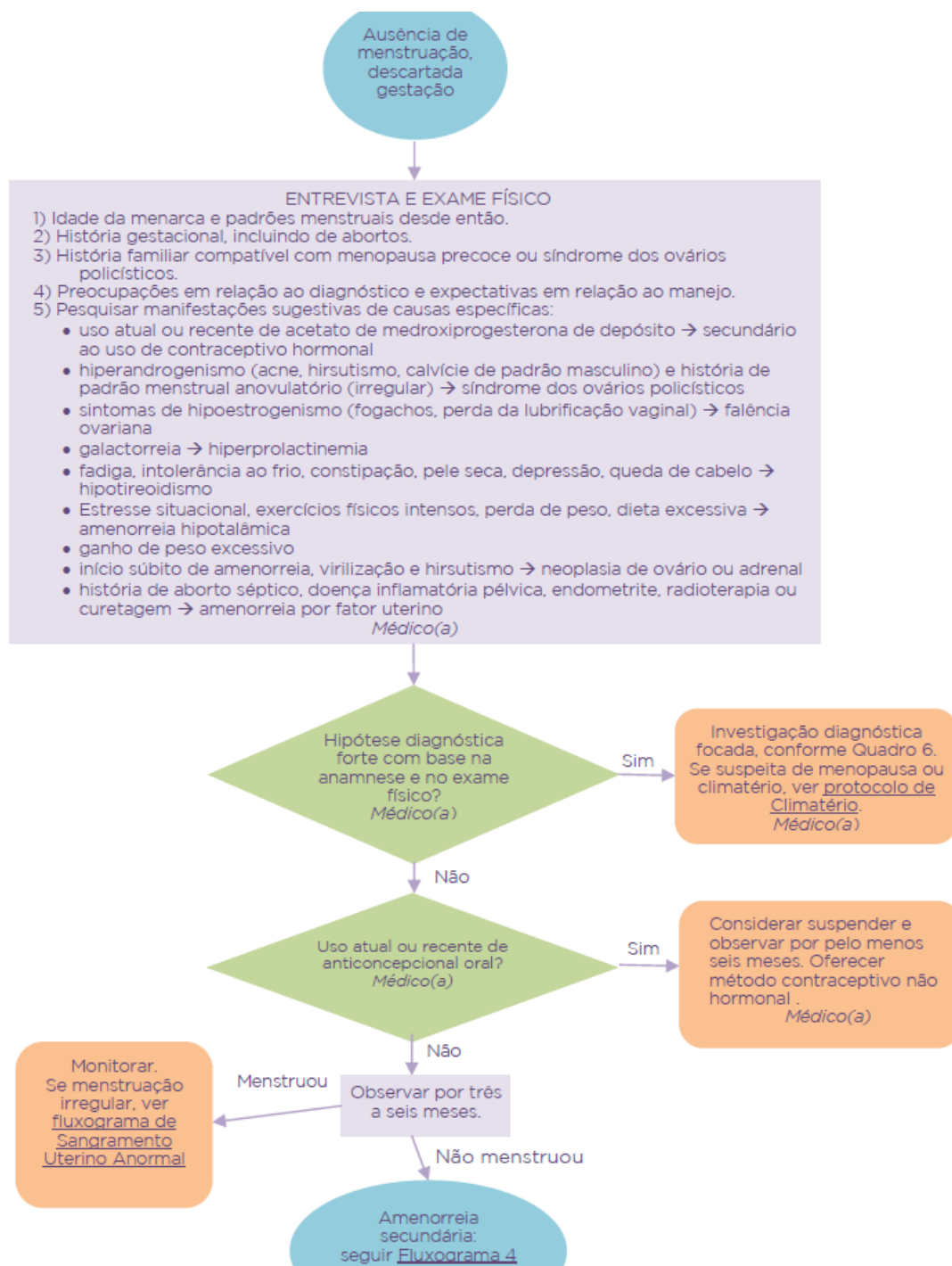
- **Amenorreia primária:** ausência da menarca após 16 anos.
- **Amenorreia secundária:** durante um mínimo de 6 meses ausência de menstruação em paciente que já teve menarca.
- **Amenorreia funcional:** amenorreia como resultado de um distúrbio no mecanismo de regulação hormonal do ciclo, na ausência de distúrbios orgânicos.

Durante a gestação, em geral, ocorre amenorreia, e, portanto, deve ser a primeira causa a ser descartada, tendo em vista a necessidade de iniciar o acompanhamento pré-natal o mais precocemente possível.

Constatada a amenorreia primária e funcional, recomenda-se o encaminhamento ao ginecologista para investigação especializada.

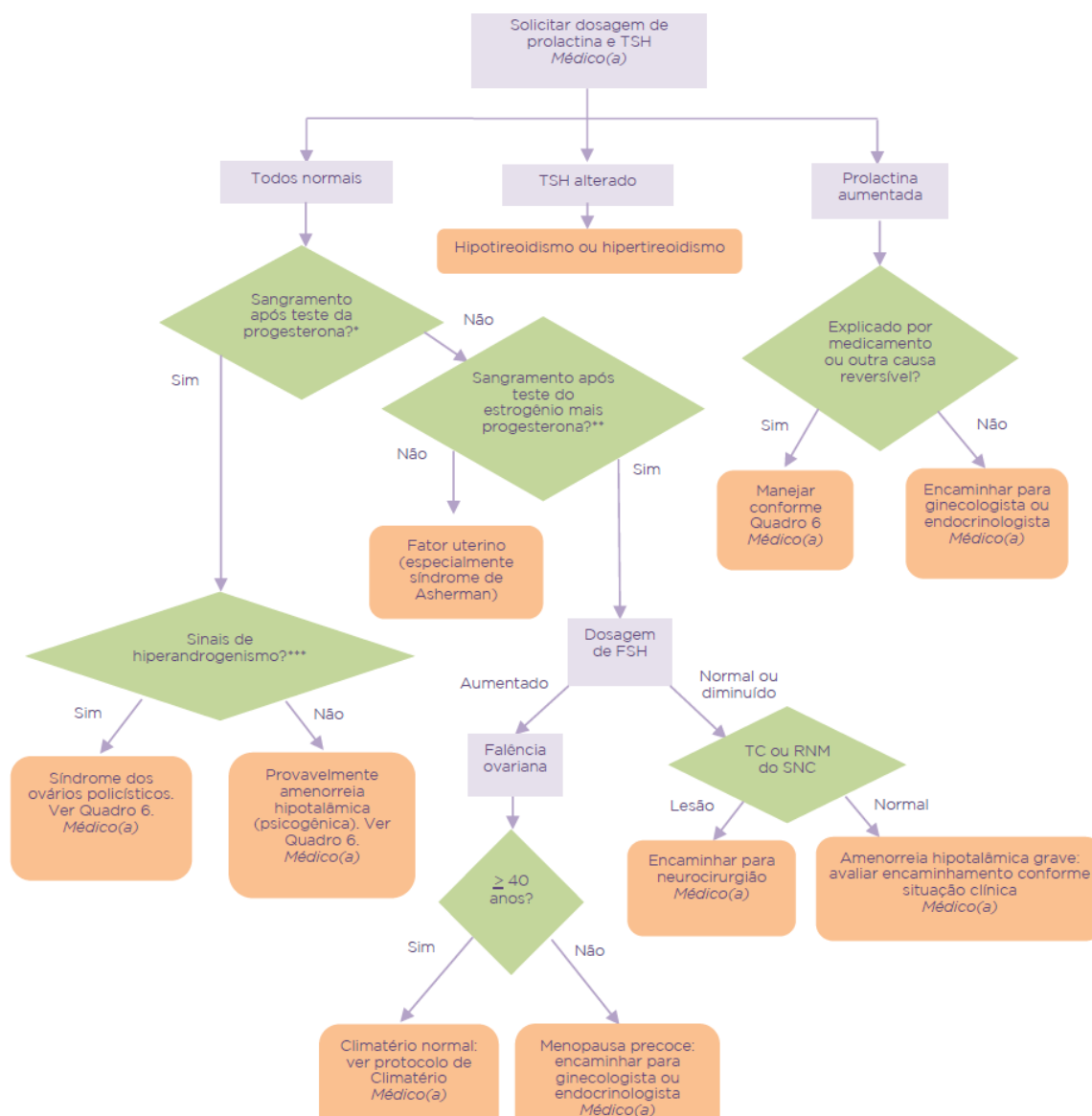
Nos demais casos, recomenda-se anamnese detalhada da história pessoal e familiar de saúde, assim como possíveis comorbidades e suas correlações.

Figura 2 - Fluxograma Amenorreia descartada à gestação



Fonte: Protocolo de Atenção Básica: Saúde da mulher do Ministério da Saúde, 2016, p.28.

Figura 3 - Fluxograma Amenorreia secundária sem causa evidente

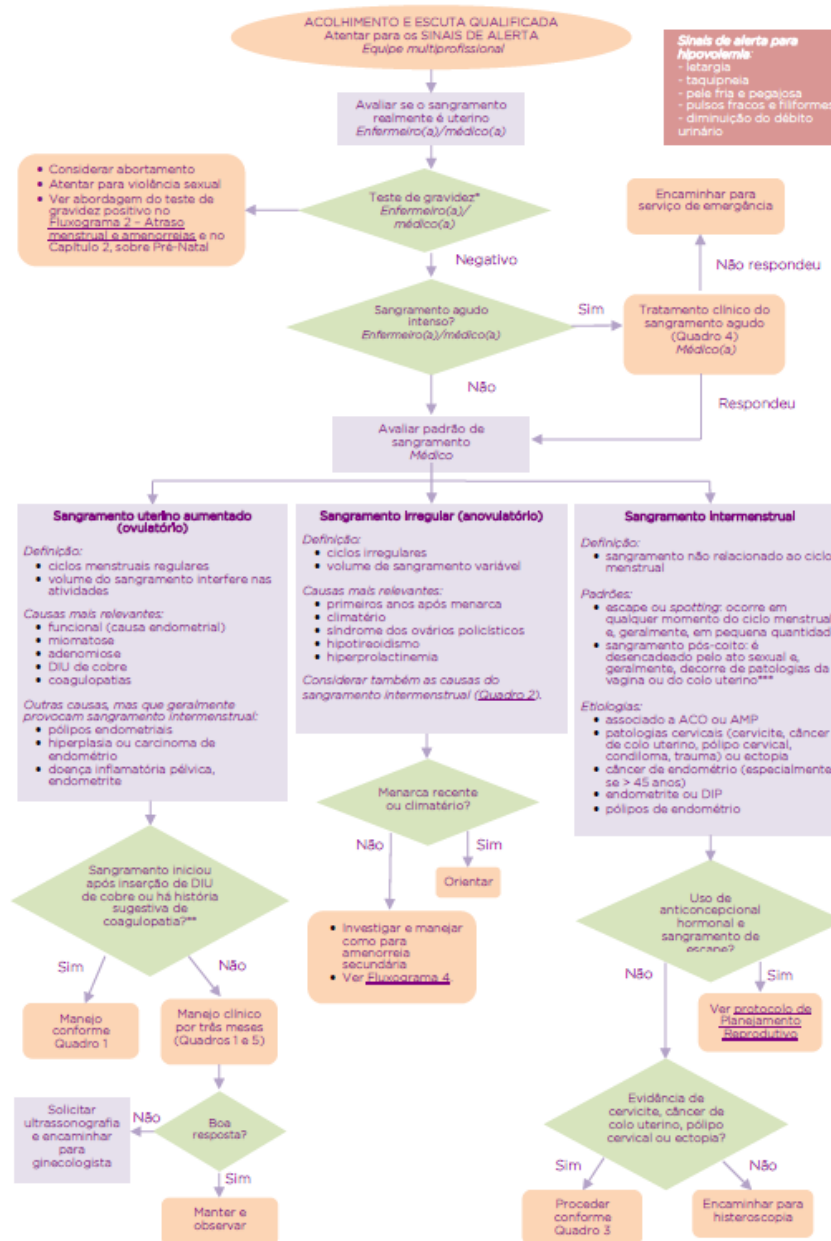


Fonte: Protocolo de Atenção Básica: Saúde da mulher do Ministério da Saúde, 2016, p.29.

#### 2.4.2 SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Sangramento Uterino Anormal (SUA) caracteriza-se por alterações da menstruação decorrentes de aumento no volume, na duração ou na frequência. Considera-se de grande importância devido à frequência em que ocorre e também por prejudicar a qualidade de vida das mulheres.

Figura 4– Fluxograma de Sangramento uterino anormal



Fonte: BRASIL. Protocolo de Atenção Básica: Saúde da mulher do Ministério da Saúde, 2016, p.21.

Constatadas as causas do sangramento, em geral, as medidas de controle farmacológico envolvem a ação dos hormônios e de outros mediadores inflamatórios sobre o endométrio, além do controle hemostático do sangramento. Sugere-se o uso de estrogênio e progestagênio combinados, progestagênio oral cíclico ou contínuo, progestagênio injetável, anti-inflamatórios e antifibrinolíticos (FEBRASGO, 2017).

### 2.4.3 SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL

A síndrome pré-menstrual é definida pela segunda parte do ciclo menstrual, a fase lútea, reconhecida por alterações comportamentais, físicas e psicológicas com austeridade para a danificação das atividades normais e relações interpessoais. Estas modificações se reestabelecem após a menstruação. Os hormônios responsáveis por essas alterações durante o ciclo são o estrogênio e a progesterona.

Os sintomas apresentados pelas pacientes podem ser fragmentados em cinco categorias básicas: desejo, depressão, ansiedade, hidratação e outros, que também podem ser subdivididos em categorias afetivas/psicológicas, físicas e comportamentais:

- Desejo (comportamental): Desejo para alimentos doces e/ou salgados, desejo para outros tipos de alimentos.
- Ansiedade (afetivos): Irritabilidade, lentidão, labilidade emocional, sensibilidade, dificuldade para dormir.
- Depressão (afetivos): irritabilidade sem motivo eminente, baixa autoestima, sentimentos violentos, irritabilidade sem motivo visível, falha na memória e concentração.
- Hidratação (físicos): Inchaço de extremidades e abdominal, mastalgia, ganho de peso.
- Outros (físicos): dismenorreia, cefaleia, acne, náusea, sudorese fria, dores difusas, reações alérgicas, etc.

O tratamento é geralmente farmacológico e comportamental, com enfoque no alívio dos sintomas. Se houver disponibilidade no serviço de saúde, ofertar práticas alternativas e complementares em saúde (PICS), como a auriculoterapia e fitoterápicos. Além disso, deve-se incentivar a prática regular de exercícios físicos, uma alimentação equilibrada, rica em frutas e vegetais, alimentos ricos em fibras e proteínas, e desincentivar o consumo de álcool, cafeína, sódio e chocolates.

### 2.4.4 DISMENORREIA

É caracterizada pela cólica menstrual, uma dor em região pélvica de caráter cíclico, que ocorre geralmente durante o período da menstruação ou até mesmo

anteceder-se entre o 1º e 3º dia. Ela acontece em decorrência da liberação de prostaglandinas e leucotrienos que proporcionam a descamação endometrial, causando contrações que, levando em consideração sua intensidade, provocam isquemia uterina, conseqüentemente um acúmulo de metabólitos anaeróbios que ativam os neurônios da dor tipo C, resultando na dor.

Pode ser classificada como primária (cíclica, relacionada a dor no período menstrual, sem outras patologias associadas) e secundária (relacionada a patologias ginecológicas, como: pólipos, miomatoses, adenomiose, doenças inflamatórias pélvicas, obstrução do fluxo menstrual), e geralmente está associada a demais sintomatologias, particularmente a dispareunia, disúria, sangramento anormal e infertilidade (BRASIL, 2016).

O tratamento farmacológico indica o uso de AINEs, mas também podem ser orientadas práticas comportamentais, como dietas de baixo teor de gordura, ingestão oral de vitaminas E, B1 e magnésio, além da prática de exercícios físicos, calor local ou ainda o uso de PICS, como plantas fitoterápicas e auriculoterapia.

Quanto ao tratamento farmacológico disponível na rede, recomenda-se o uso:

- Ibuprofeno 600mg de 8/8 horas de 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias).
- Escopolamina 10 mg, de 6/6 horas
- Paracetamol 500mg 6/6 horas (BRASIL, 2016)

Se necessário, fazer encaminhamento ao especialista para o tratamento e conduta frente às patologias associadas à dismenorreia secundária.

#### 2.4.5 ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma doença ginecológica identificada pelo crescimento e desenvolvimento de estromas e glândulas endometriais fora da cavidade uterina, provocando uma reação inflamatória. Ou seja, as células do endométrio, ao invés de serem expelidas durante o período da menstruação, se deslocam no sentido oposto e se realocam nos ovários e na cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar (PICON *et al.*, 2010; BVS, 2012).

As usuárias geralmente apresentam a seguinte sintomatologia: dor durante as relações sexuais, dificuldade de engravidar e dor similar a cólica durante o período

menstrual, este conjunto de sintomas muitas vezes dificulta ou impossibilita que essas mulheres exerçam suas atividades habituais. (PICON *et al.*, 2010; BVS, 2012).

Para o diagnóstico, é necessária anamnese detalhada, exame ginecológico inicial, associados a exames de imagem e laboratoriais, sendo eles: ultrassonografia, ressonância magnética, laparoscopia e marcador tumoral CA-125.

Portanto, a endometriose é uma doença crônica, de difícil diagnóstico, mas que regride com a menopausa, em razão da queda da produção de hormônios. A paciente em seu período reprodutivo pode utilizar de medicamentos que cessem a menstruação, visando a redução dos sintomas. Ainda, as lesões maiores causadas pela endometriose, em geral, devem ser retiradas cirurgicamente (PICON *et al.*, 2010; BVS, 2012).

#### 2.4.6 SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)

A Síndrome de Ovários Policísticos (SOP), é uma das doenças mais comuns entre as disfunções endócrinas que prejudicam mulheres em período reprodutivo, caracterizada por oligomenorreia e hiperandrogenismo. Entre as principais características apresentadas pelas usuárias são:

- Alteração no ciclo menstrual;
- Hiperandrogenismo clínico: alopecia e acne;
- Morfologia ovariana policística à ultrassonografia: apresentação de mais de 12 folículos antrais (entre 2 a 9mm) em pelo menos um dos ovários, ou volume ovariano >- 10 cm<sup>3</sup> (FEMINA, 2018).

Dos exames laboratoriais necessários para diagnóstico, além da ultrassonografia são: TSH, prolactina, testosterona total ou livre, sulfato de DHE e DHEA, FSH, LH, perfil lipídico e teste oral de tolerância à glicose. A aferição de pressão arterial e índice de massa corporal também são aliados para o diagnóstico (FEMINA, 2018).

Para o tratamento adequado é necessário mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos e dieta balanceada, já que a perda de peso pode auxiliar na redução de ciclos ovulatórios e reduzir riscos cardiovasculares. Na grande maioria dos casos, é realizado tratamento com contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona (FEMINA, 2018).

Figura 5 - Quadro síntese ciclo menstrual e suas alterações

<p><b>Síndrome pré-menstrual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações comportamentais, físicas e psicológicas que interferem atividades normais e relações interpessoais.</li> <li>- O tratamento é geralmente farmacológico e comportamental, com enfoque no alívio dos sintomas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>!</b></p> <p><b>Ofertar PICS se disponível</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar prática regular de exercícios físicos, alimentação equilibrada (frutas, vegetais, alimentos ricos em fibras e proteínas</li> <li>- Evitar o consumo de álcool, cafeína, sódio e chocolates</li> </ul> <p><b>Enfermeiro(a) / Médico(a)</b></p>	<p><b>Dismenorréia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cólica menstrual, dor em região pélvica de caráter cíclico, que ocorre geralmente durante o período da menstruação ou até mesmo anteceder-se entre o 1º e 3º dia.</li> <li>- O tratamento é geralmente farmacológico e comportamental, com enfoque no alívio da dor.</li> <li>- Orientar dietas de baixo teor de gordura, ingestão oral de vitaminas E, B1 e magnésio, além da prática de exercícios físicos, calor local ou ainda o uso de PICS, como plantas fitoterápicas e auriculoterapia</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>E/OU</b></p> <p>Ibuprofeno 600mg de 8/8 horas de 2 a 3 dias antes do período menstrual; Escopolamina 10 mg, de 6/6 horas; Dipirona ou paracetamol 500 mg 6/6 horas.</p> <p><b>Enfermeiro(a) / Médico(a)</b></p>	<p><b>Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suas principais características são: Alteração no ciclo menstrual; Hiperandrogenismo clínico (alopecia e acne); Morfologia ovariana policística à ultrassonografia.</li> <li>- O tratamento envolve mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos e dieta balanceada (perda de peso pode auxiliar na redução de ciclos ovulatórios e reduzir riscos cardiovasculares) e uso de contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona.</li> </ul> <p><b>Exames diagnósticos:</b> ultrassonografia transvaginal, TSH, prolactina, testosterona total ou livre, sulfato de DHE e DHEA, FSH, perfil lipídico e teste oral de tolerância à glicose</p> <p><b>Enfermeiro(a) / Médico(a)</b></p>
<p><b>Amenorreia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracteriza-se pela ausência da menstruação nos períodos de ciclo menstrual.</li> </ul> <p><b>Conduta primária: Descartar gestação.</b></p> <p><b>Enfermeiro(a) / Médico(a)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amenorreia Primária: encaminhar ao serviço especializado.</li> <li>- Amenorreia Secundária: Anamnese e exame físico, solicitar dosagem de prolactina e TSH</li> <li>- Amenorreia funcional: A partir da dosagem de FSH normal/diminuído, solicitar TC ou RNM de SNC, avaliar encaminhamento conforme situação clínica.</li> </ul> <p><b>Médico(a)</b></p>	<p><b>Endometriose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento de estromas e glândulas endometriais fora da cavidade uterina, provocando uma reação inflamatória</li> <li>- Manifesta-se por dispareunia, dificuldade para engravidar, dor similar a cólica no período menstrual que incapacita mulheres de exercer atividades habituais.</li> <li>- Exames diagnósticos: Ultrassonografia transvaginal, RM e Marcador tumoral.</li> <li>- Tratamento: pode ser medicamentoso (medicamentos que causem amenorreia) ou cirúrgico (retirada das lesões).</li> </ul> <p><b>Médico(a)</b></p>	<p><b>Sangramento Uterino Anormal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracteriza-se por alterações da menstruação decorrentes de aumento no volume, duração ou frequência</li> <li>- Pode ser causado por: miomatose uterina, adeniose, DIU de cobre, coagulopatias, climatério, primeiros anos pós menarca, SOP, hipotireoidismo, hiperprolactinemia, entre outros.</li> <li>- Exames diagnósticos: Ultrassonografia transvaginal e demais exames a critério dos fatores associados</li> <li>- Tratamento: Anticoncepcionais hormonais, anti-inflamatórios e antifibrinolíticos</li> </ul> <p><b>Enfermeiro(a) / Médico(a)</b></p>

Fonte: BRASIL, 2016; FEBRASCO, 2017; FEMINA, 2018

## 2.5 Métodos contraceptivos disponíveis no município de São Leopoldo

### 2.5.1 MÉTODOS DE BARREIRA

Os preservativos femininos, masculinos e gel lubrificante devem ser disponibilizados em livre demanda e com fácil acesso para a população, sem restrições de quantidade e sem a dependência de identificação ou comprovação de idade. Na educação em saúde, os preservativos também devem ser ofertados pela equipe/profissional de saúde, dando ênfase na importância da dupla proteção, com a

prevenção da gravidez e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). (Guia do pré-natal na AB/RS – Secretaria de Estado da Saúde/2018).

A identificação da população-alvo deve ser feita em consultas médicas, odontológicas, enfermagem, e outras, bem como em procedimentos ambulatoriais, por agentes de saúde ou comparecimento à unidade de saúde por razões diversas e em outros espaços da comunidade (escolas, associações, etc.).

É dever da equipe de saúde ainda:

- Respeitar as peculiaridades dos adolescentes, garantindo sua autonomia, incentivando ações que promovam a saúde e valorizem a vida;
- Identificar as crenças e valores acerca do Planejamento Reprodutivo;
- Considerar a privacidade, confidencialidade e o sigilo na abordagem da sexualidade e saúde reprodutiva;
- Atender ambos os sexos, atribuindo também responsabilidade aos adolescentes do sexo masculino quanto à anticoncepção e concepção responsável;
- Discutir sobre sexualidade e sobre comportamento sexual responsável, direitos e deveres sexuais e reprodutivos;
- Apresentar, orientar e avaliar todos os métodos anticoncepcionais disponíveis;
- Falar sobre prevenção de IST/HIV, enfocando sexo seguro e dupla proteção;
- Rastrear IST (teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B e C);
- Discutir sobre o uso de drogas e sobre violência, principalmente a violência sexual;
- Abordar temas educativos como: prevenção do câncer do colo uterino e das ISTs/HIV e sobre detecção precoce do câncer de mama;
- Abordar a diversidade sexual, atentando para as diferentes formas de viver a sexualidade, não somente a heterossexual. Inclusive atentar para as usuárias transexuais que manifestarem desejo de realizar o processo de redesignação sexual, com ou sem intervenção cirúrgica. Estas devem ser encaminhadas ao PROTIG – Programa Transtorno de Identidade de Gênero, vinculado ao Hospital de Clínicas. O encaminhamento deve ocorrer por referência regional – saúde mental – transexualidade.

### 2.5.1.1 Preservativo masculino

É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes. Não apresenta efeitos sistêmicos e previne o câncer de colo de útero.

Instrução ao usuário: deve ser colocado antes da penetração, após a ereção peniana. O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior. Ainda, segurando a ponta do preservativo este deve ser desenrolado até a base do pênis.

Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto. O preservativo não deve ser reutilizado, devendo ser descartado no lixo após o uso. Recomendar a guarda de preservativos em algum lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade. Devem ser usados apenas lubrificantes à base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, aumentando o risco de ruptura. A maioria dos preservativos é fabricada com lubrificantes. No caso de ruptura durante o ato sexual, o preservativo deve ser substituído imediatamente.

O profissional da saúde deve estimular o uso de preservativos, independente de outro método contraceptivo adotado.

### 2.5.1.2 Preservativo feminino

Se constitui num método de barreira, assim como o preservativo masculino. Além de ser utilizado como método contraceptivo, deve ser utilizado também como forma de prevenção de transmissão de HIV e outras ISTs e prevenção de câncer de colo uterino. Não pode ser usado juntamente com o preservativo masculino, sempre optar por somente um tipo de preservativo: feminino ou masculino. O preservativo feminino é feito com material mais fino que o látex da camisinha masculina e também mais lubrificado. A camisinha feminina é como se fosse uma “bolsa”, com 15 centímetros de comprimento e 8 centímetros de diâmetro e possui dois anéis flexíveis- um é móvel e fica na extremidade fechada, que serve de guia para a colocação da camisinha no fundo da vagina; o segundo anel fica na outra ponta, é aberto e cobre a vulva. O anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina. A

camisinha feminina pode ser colocada na vagina até 8 horas antes da relação e retirado com tranquilidade após a relação, preferencialmente antes de a mulher levantar-se, evitando que o esperma escorra do interior do preservativo. Recomenda-se que, antes de utilizar a primeira vez em relação sexual, a paciente introduza o preservativo com antecedência na vagina a fim de “senti-lo” e acostumar-se, uma vez que é procedimento diferente do costume. Instrução ao usuário: o anel fechado da camisinha deve ser colocado na vagina e empurrado com o dedo indicador, o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina e durante a penetração o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. Com o movimento do pênis durante a relação sexual é normal que a camisinha se movimente, em caso do anel externo ser puxado para dentro da vagina, é necessário segurá-lo ou colocar mais lubrificante.

Ao término da relação sexual a camisinha deve ser retirada apertando seu anel externo e torcendo a extremidade externa da bolsa para garantir que o esperma permaneça no interior da camisinha. Depois basta puxar o preservativo delicadamente para fora da vagina e descartá-la no lixo.

Recomenda-se guardar o preservativo em local fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando sempre a integridade da embalagem e o prazo de validade. Este preservativo já vem lubrificado mas, se necessário, deve ser utilizado lubrificante à base d'água no interior preservativo. Não deve ser utilizado concomitantemente com preservativo masculino, deve-se optar por um dos dois. Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada).

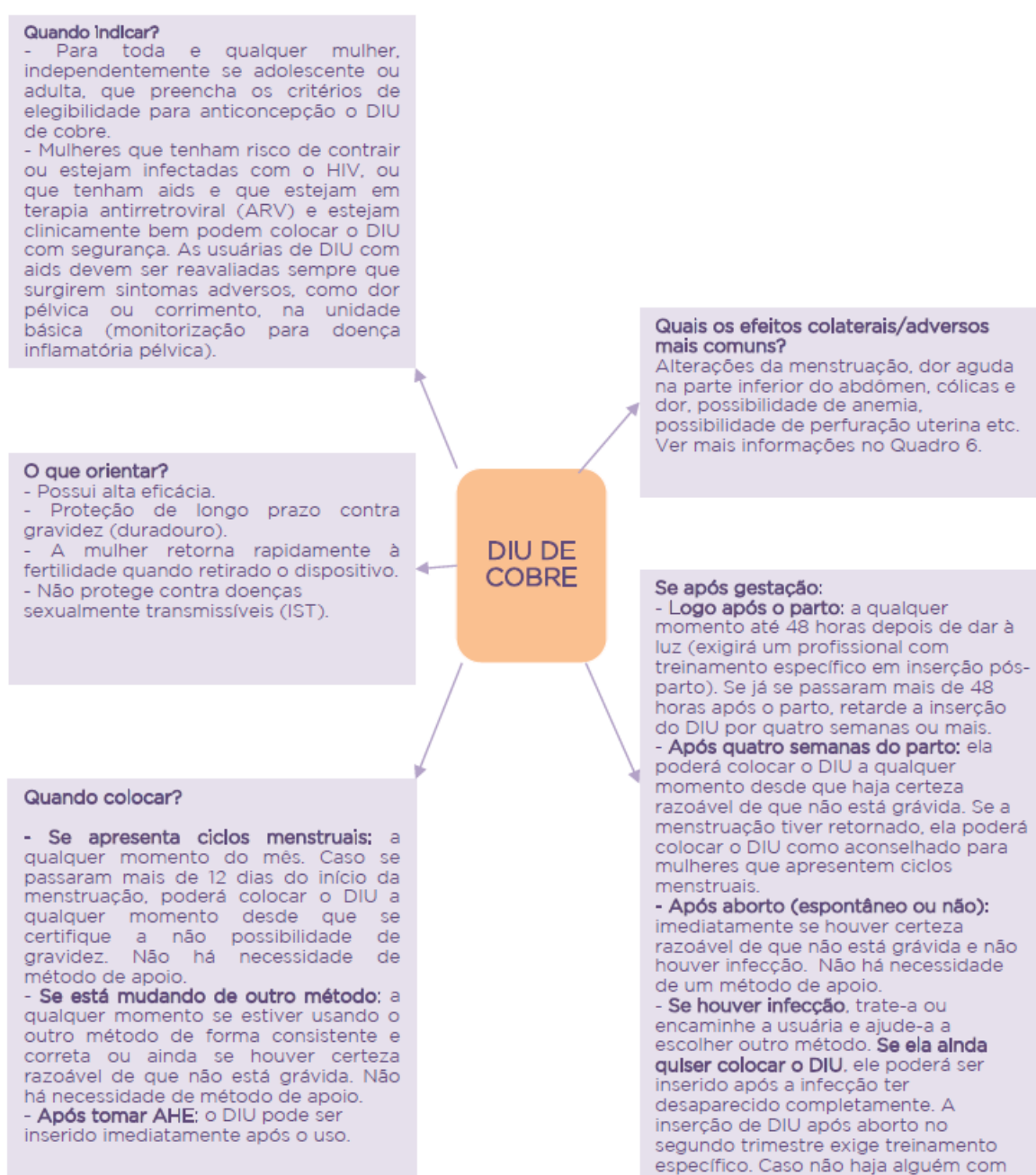
Para o caso de mulheres que transam com outras mulheres, não existem métodos específicos de prevenção de ISTs. As estratégias mais utilizadas são a utilização da camisinha cortada ou do plástico filme.

O profissional da saúde deve estimular o uso de preservativos, independente de outro método contraceptivo adotado.

## 2.5.2 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE COBRE (DIU)

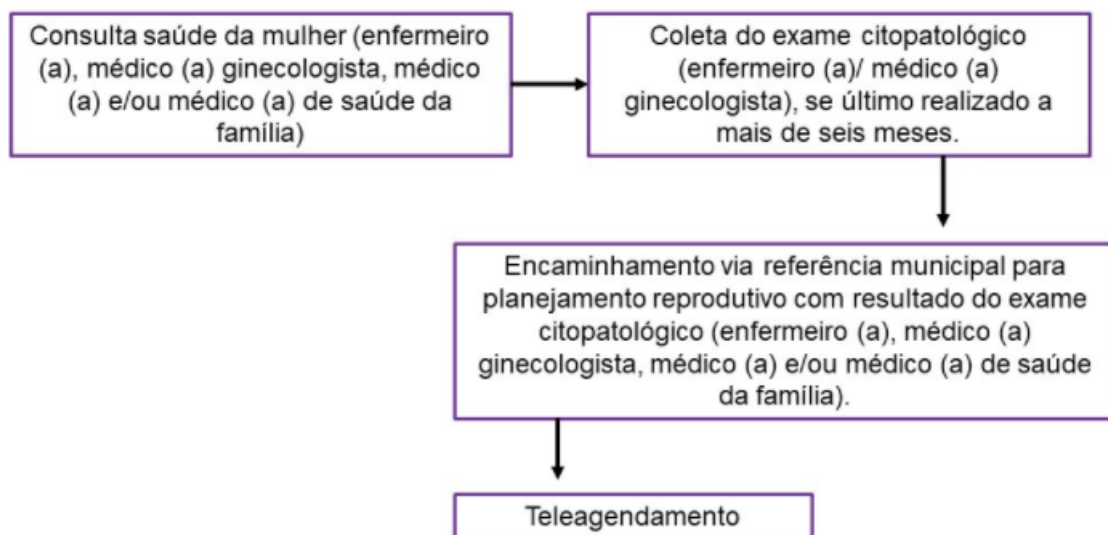
Os dispositivos intrauterinos de cobre são artefatos de polietileno que, inseridos na cavidade uterina, exercem sua função contraceptiva. Atuam impedindo a fecundação porque tornam mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo. Interferem nas diferentes etapas do processo reprodutivo que ocorre previamente à fertilização.

Figura 6 - Fluxograma de DIU de cobre



## 2.5.2.1 Fluxograma municipal para encaminhamento DIU de cobre

Figura 7- Fluxograma encaminhamento para colocação DIU de cobre



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

## 2.5.2.2 Fluxograma municipal para retirada DIU de cobre

Figura 8 – Fluxograma encaminhamento retirada do DIU de cobre



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

### 2.5.3 IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL (IMPLANON)

O implante subdérmico é um bastão de plástico semirrígido de cerca de 3 centímetros de comprimento, contendo 68 mg da substância ativa etonogestrel que é colocado diretamente sob a pele. Sua ação é contínua por três anos, e ocorre com a liberação do hormônio através da corrente sanguínea e funciona de duas maneiras: impedindo a liberação do óvulo do ovário e alterando a secreção do colo do útero (espessa o muco), dificultando a passagem dos espermatozoides para o útero. Possui uma eficácia superior a 99%, igual ou superior a eficácia da laqueadura tubária.

Baseado na Portaria SCTIE/MS Nº13, DE 19 de abril de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, oferta a inserção do implante subdérmico liberador de etonogestrel, às mulheres vinculadas ao Planejamento Reprodutivo, priorizando as seguintes situações:

- mulheres em situação de rua;
- mulheres com HIV/AIDS em uso de dolutegravir;
- mulheres em uso de talidomida;
- mulheres privadas de liberdade;
- mulheres trabalhadoras do sexo;
- mulheres em tratamento para tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do SUS;
- mulheres grandes múltiparas em situação de vulnerabilidade;
- mulheres com transtorno mental de difícil manejo;
- outras indicações determinadas pelas equipes multiprofissionais das unidades básicas de saúde (UBS), serviço de atendimento especializado (SAE), CRAS, CAPS de acordo com a vulnerabilidade.

A inserção do implante será realizada no Centro Médico Capilé, por médico ginecologista. O acolhimento será realizado por profissional responsável pela atividade educativa em grupo na atenção especializada, diariamente de segunda a sexta-feira.

Para encaminhamento, o profissional da atenção básica deverá preencher o PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO - IMPLANTE SUBDÉRMICO DE

ETONOGESTREL , conforme critérios, e a usuária deverá realizar o agendamento no 2º andar do Centro Médico Capilé, de segunda a sexta-feira, das 9:00 as 11:30. Para demais informações deste método contraceptivo, ver protocolo do Programa Municipal de Implante Subdérmico de Etonogestrel (IMPLANON), de 2021.

#### 2.5.4 ANTICONCEPÇÃO HORMONAL ORAL

Os anticoncepcionais hormonais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais, são esteroides utilizados com a finalidade básica de impedir a concepção, por meio da inibição da ovulação. Os anticoncepcionais hormonais orais podem ser combinados (ACO-C) (estrogênio + progestrogênio) ou somente com progestrogênio (conhecidas por minipílula).

Os comprimidos com progestrogênio somente promovem o espessamento do muco cervical dificultando a penetração dos espermatozoides e inibem a ovulação em aproximadamente metade dos ciclos menstruais. São usados durante a lactação, e com mais segurança, no período de aleitamento materno exclusivo. São contra indicados em caso de câncer de mama. Certas drogas são capazes de reduzir sua eficácia, podendo haver interação com rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona), que são medicamentos indutores de enzimas hepáticas. Não há interação clínica significativa demonstrada até o momento com os antirretrovirais (ARV) disponíveis para o controle do HIV.

Algumas drogas são capazes de reduzir a eficácia anticonceptiva dos ACO-C, principalmente nos tratamentos prolongados, sendo necessário, nesses casos, indicar métodos alternativos. As drogas que apresentam interação medicamentosa com os ACO-C são os antirretrovirais (ARV) Efavirenz e Nevirapina (não nucleosídicos) e os Nelfinavir e Ritonavir (inibidores da protease), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV, que diminuem os níveis séricos dos hormônios estrogênicos e, portanto, sua eficácia contraceptiva. A dupla proteção (preservativo masculino ou feminino) + anticoncepcional hormonal deve ser considerada. Algumas interações podem ocorrer contrariamente, ou seja, os esteroides alterando a eficácia de outros medicamentos, como anticonvulsivantes, entre outros.

No quadro 1 são listadas algumas drogas mais importantes no que diz respeito à interação medicamentosa com a pílula. Quando iniciar tratamento com antibióticos pode ocorrer diminuição ou suspensão do efeito dos anticoncepcionais

hormonais orais, desta forma orienta-se o uso de preservativos durante a terapia como proteção de barreira durante tratamento com antibioticoterapia:

Quadro 1 - Drogas que reduzem a eficácia de ACO

<b>Drogas que reduzem a eficácia dos ACO</b>	
<b>Categoria</b>	
<b>Anticonvulsivantes</b>	Barbitúricos (fenobarbital, fenitoína) primidona, carbamazepina, topiramato
<b>Antibióticos</b>	Rifampicina, ampicilina, tetraciclina
<b>Fungicidas</b>	Griseofulvina
<b>Anti-histamínicos</b>	--
<b>Antiácidos</b>	Podem diminuir a absorção dos ACO

Fonte: elaborado pelo autor, 2021.

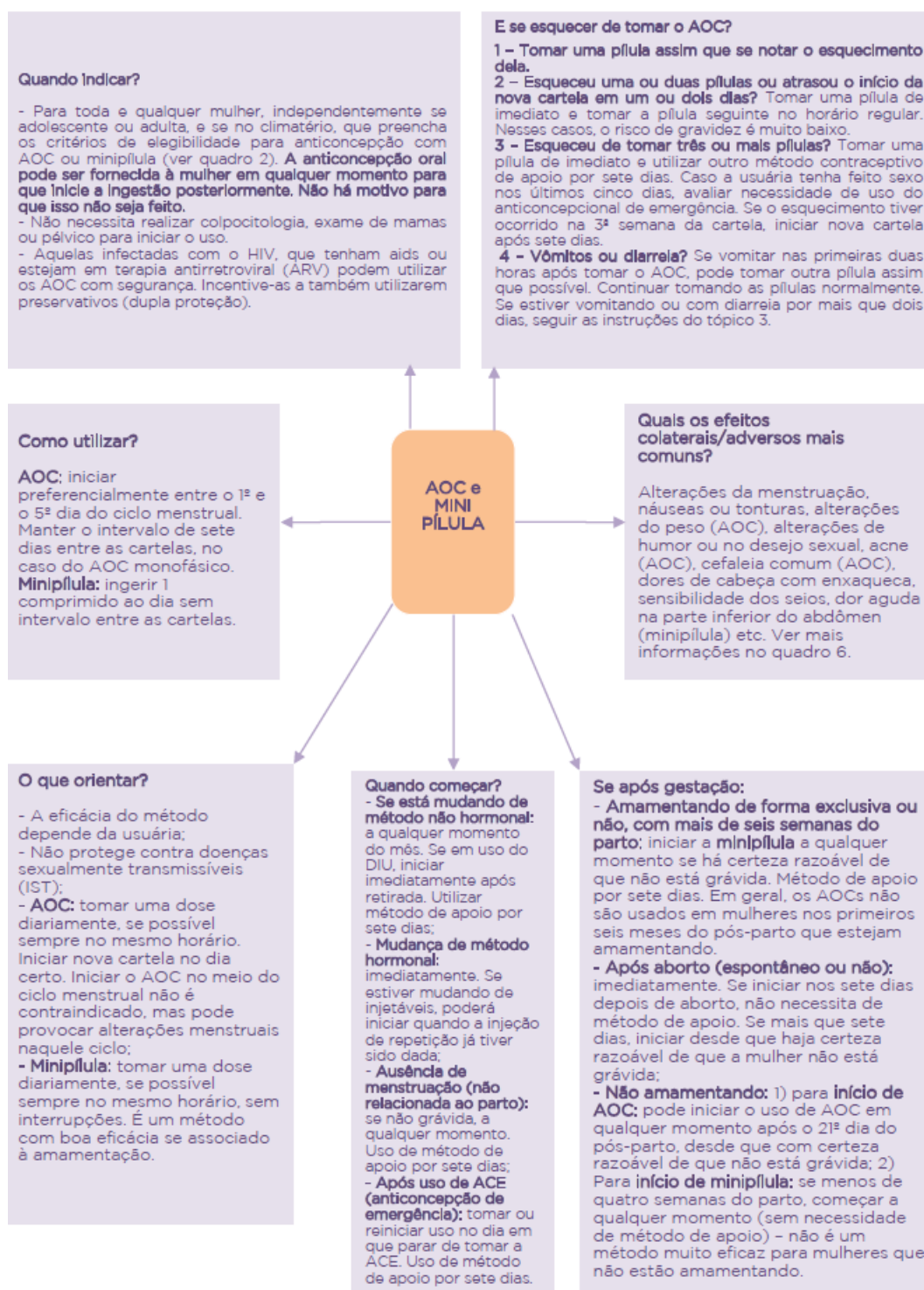
Estar atento à interação medicamentosa de fármacos utilizados no tratamento utilizados pelas pacientes (inclusive automedicação), que podem influenciar na ação dos anticoncepcionais orais.

Quadro 2 - ACO disponíveis na Rede Municipal

<b>Anticoncepcional Hormonais Orais combinados</b>			
<b>Estrogênio</b>	<b>Progestogênio</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Nome comercial</b>
Etinilestradiol 0,03mg	Levonorgestrel 0,15mg	21 comp.	<b>Microvlar</b> , Cyclon, Ciclo 21, Nordette, Levordiol, Gestrelan, Ciclofemme
<b>Anticoncepcional Hormonais Orais Progesterona (Minipílula)</b>			
<b>Progestogênio</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Nome comercial</b>	
Noretisterona 0, 35mg	35 Comp.	Micronor, Norestin	

Fonte: Elaborado pelo autor adaptado da REMUME, 2021

Figura 9- Fluxograma de ACO e MINI PILULA



Fonte: Fluxograma – Anticoncepcional oral combinado (ACO-C) e Minipílula, retirado e adaptado do Protocolo de Atenção Básica: Saúde da mulher do Ministério da Saúde, 2016, p.158.

### 2.5.5 ANTICONCEPÇÃO HORMONAL INJETÁVEL

São anticoncepcionais hormonais que contêm progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios (combinado) para administração parenteral (IM) com doses hormonais de longa duração.

Os anticoncepcionais injetáveis com progestogênio isolado são administrados via parenteral (IM) profunda, com obtenção de efeito anticonceptivo por períodos de 90 dias. Inibem a ovulação por meio do aumento da viscosidade do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides. Não tem demonstrado interação medicamentosa com antibióticos ou drogas indutoras de enzimas, como os ARV disponíveis para o controle de infecção pelo HIV e tem limitada contra indicação, visto a ausência de estrogênio. O método não deve ser usado quando houver sangramento vaginal inexplicado ou câncer de mama (o câncer de mama é um tumor sensível aos hormônios esteróides; existe a preocupação com a progressão da doença com o uso do método). O uso adicional do preservativo masculino ou feminino deve ser considerado (dupla proteção).

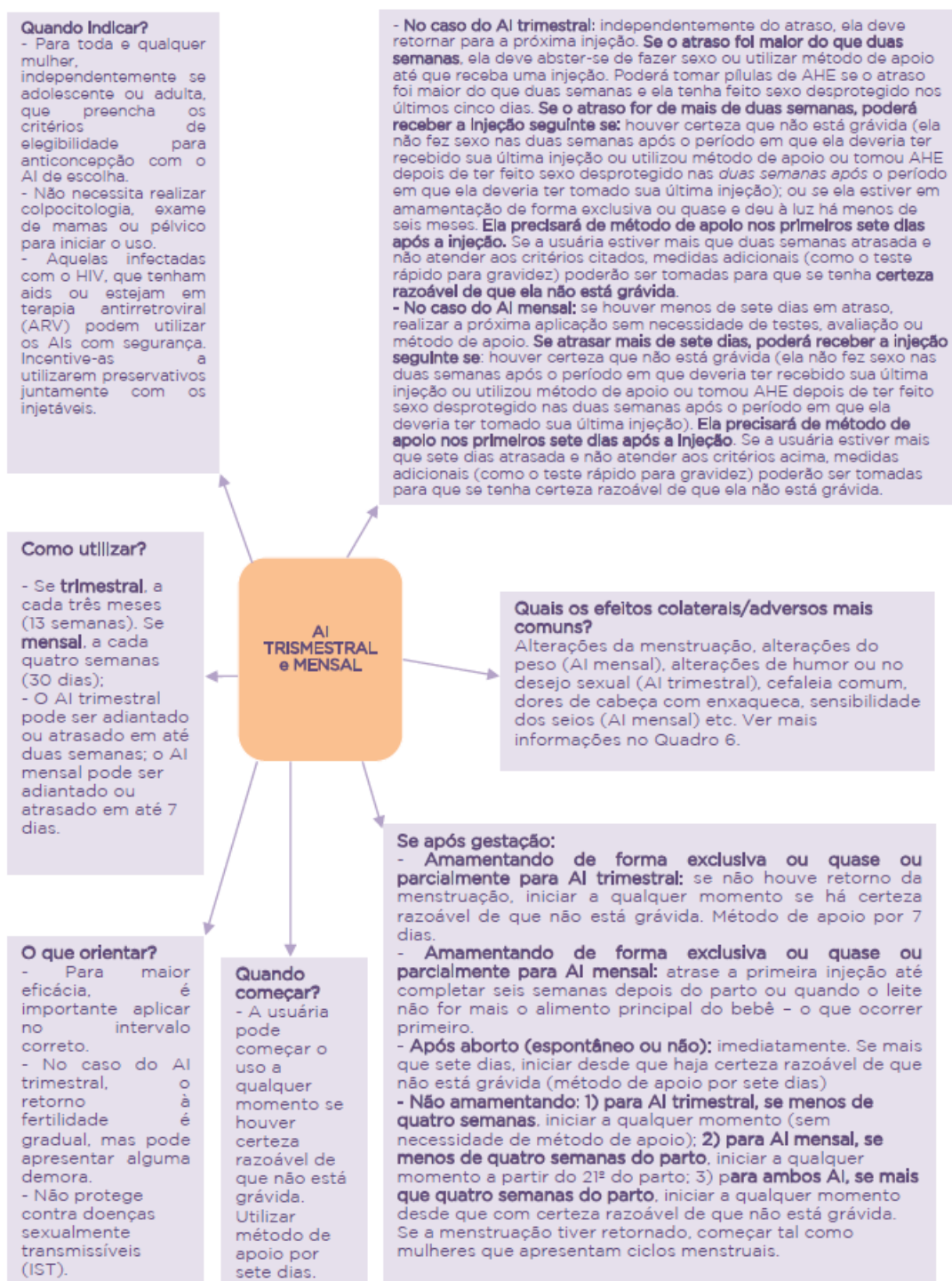
Os anticoncepcionais injetáveis combinados contêm uma associação de estrogênio e progestogênio, para uso parenteral, (IM) mensal. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozóides. Apresentam interação medicamentosa com os antirretrovirais (ARV) não – nucleosídeos (Efavirenz e Nevirapina) e os inibidores de protease (Nelfinavir e Ritonavir), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV, diminuindo os níveis séricos dos hormônios estrogênicos, reduzindo sua eficácia contraceptiva. O uso adicional do preservativo masculino ou feminino deve ser considerado (dupla proteção).

Quadro 3 - Anticoncepcionais injetáveis disponíveis na Rede Municipal

<b>Injetáveis disponíveis no SUS municipal com progestogênio</b>		
<b>Progestogênio</b>	<b>Dose</b>	<b>Nome Comercial</b>
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg	Depo-Provera, Contracep
<b>Injetáveis Combinados disponíveis no SUS municipal</b>		
<b>Estrogênio</b>	<b>Progestogênio</b>	<b>Nome Comercial</b>
Valerato de estradiol 5mg	Enantato de norestisterona 50 mg	Mesigyna, Noregyna

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

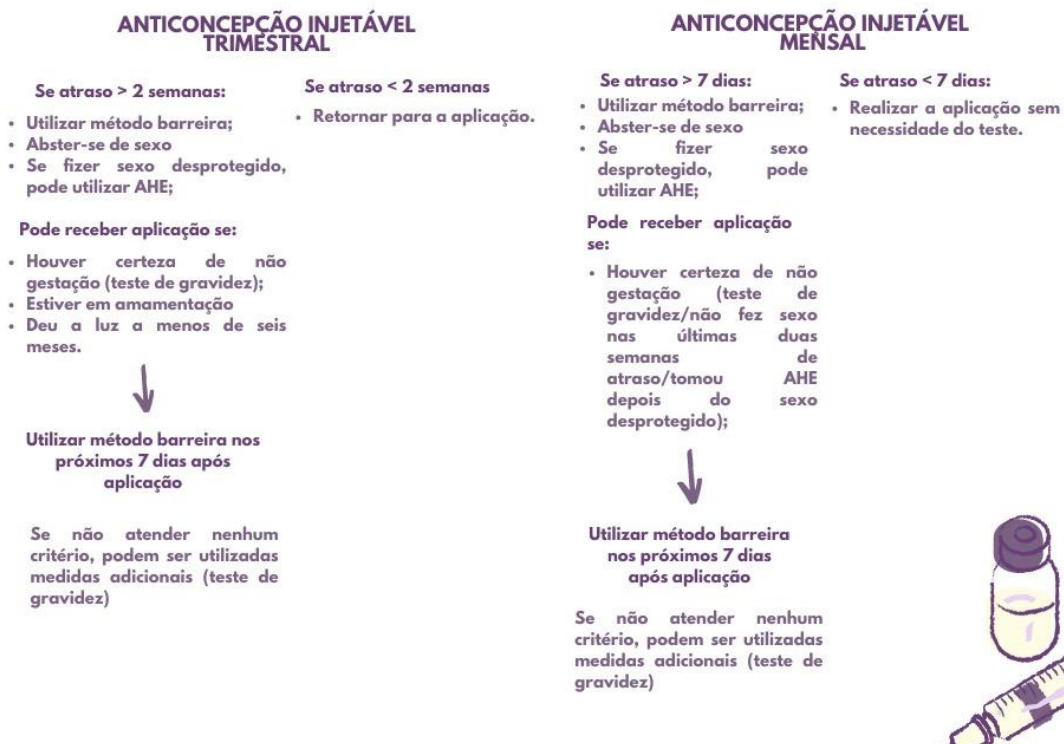
Figura 10 - Fluxograma de Anticoncepcionais injetáveis: mensal e trimestral



Fonte: Fluxograma – Anticoncepcional oral combinado (ACO-C) e Minipílula, retirado e adaptado do Protocolo de Atenção Básica: Saúde da mulher do Ministério da Saúde, 2016, p.159.

Figura 11- Quando aplicar anticoncepcional injetável com atraso?

## QUANDO APLICAR A ANTICONCEPÇÃO INJETÁVEL COM ATRASO?



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Quadro 4 - Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

Condição Atual	AC. Oral	AC. Injetável		Minipílula	DIU de cobre	Método barreiras
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
<b>Idade -40 anos</b>	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado Uso permitido em geral. A*	Pode ser usado
<b>Idade +40 anos</b>	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Gravidez (em uso acidental)</b>	Não há risco demonstrado para gestação.	Não há risco demonstrado para gestação.	Não há risco demonstrado para gestação, mas não há definição com o uso de acetado de medroxiprogesterona	Não há risco demonstrado para gestação, mas não há definição com o uso de acetado de medroxiprogesterona	Não deve ser usado	Preservativo – dupla proteção
<b>Amamentação: menos de 6 semanas do parto</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	B* C*	Pode ser usado D*
<b>Amamentação: 6 semanas a 6 meses do parto</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Pode ser usados	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Amamentação: mais de 6 meses do parto</b>	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado'
<b>Obesidade</b>	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>IST (exceto HIV e Hepatites)</b>	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	E* F*	Pode ser usado
<b>Fumo: -35 anos</b>	Uso permitido em geral	Uso permitido, em geral	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Fumo: + ou = 35 anos - 15 cigarros /dia</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Fumo: + ou = 5 anos +15 cigarros/dia</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>HAS sem acompanhamento</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Uso permitido no geral	Pode ser usado	Pode ser usado

<b>HAS controlado com acompanhamento</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99mmHg</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>HAS com PAS &gt;160 e PAD ≥ 100mmHg</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido e geral	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>HAS + portadora de doença vascular</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido e geral	Pode ser usado	Pode ser usado'
<b>História atual de TEP/TVP</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Histórico de TEP/TVP + uso de anticoagulante oral</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>História prévia de TEP/TVP</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Isquemia cardíaca (prévia ou atual)</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	O uso geralmente não é recomendado	Para introdução do método, uso permitido, em geral. Para a manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>AVC (prévio ou atual)</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Dislipidemias</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	
<b>Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado
<b>Enxaqueca sem aura (&lt;35 anos)</b>	Para introdução do método, uso permitido, em geral. Para manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado	Para introdução do método, uso permitido, em geral. Para manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Uso permitido em geral	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Enxaqueca sem aura (≥ 35 anos)</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado como	Para introdução do método, uso permitido,	Para introdução do método, uso permitido, em geral.	Pode ser usado	Pode ser usado

	como método de introdução Não deve ser usado como método de manutenção	método de introdução Não deve ser usado como método de manutenção	em geral. Para manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado	Para manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado		
<b>Enxaqueca com aura</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Para introdução do método, uso permitido, em geral. Para manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado	Para introdução do método, uso permitido, em geral. Para manutenção do método, o uso geralmente não é recomendado	Pode ser usado	Pode ser usado
<b>Câncer (CA) de mama atual</b>	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Não deve ser usado	Pode ser usado	
<b>Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos</b>	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	O uso geralmente não é recomendado	Pode ser usado	
<b>Uso atual de anticonvulsivantes**</b>	O uso geralmente não é recomendado	Uso permitido em geral	Pode ser usado	O uso geralmente não é recomendado	Pode ser usado	

**A\*= Uso permitido, em geral para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.**

**B\*= Pode ser usado se for introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal; C\*=o uso geralmente não é recomendado se introduzido entre 48 horas e 4 semanas após o parto.**

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

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

**E= Não deve ser usado para colocação de DIU de cobre em caso de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.**

**F= Uso permitido em geral, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as listadas. G= não necessita para segurança do método o acompanhamento da HAS**

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

**Notas:**

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

**\*\* Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.**

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

Fonte: BRASIL, 2016.

### 2.5.6 ANTICONCEPÇÃO HORMONAL DE EMERGÊNCIA

Deve estar disponível em todas as UBS e em TODOS OS serviços de saúde de atendimento 24 horas. Iniciar preferencialmente nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida com limite de 5 dias. Atua basicamente inibindo ou adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática e possivelmente na maturação do oócito. A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado.

É também conhecida como pílula pós-coital ou pílula do dia seguinte. Não deve ser usado como método anticoncepcional, mas apenas em situações de emergência. Previne a gravidez em aproximadamente  $\frac{3}{4}$  dos casos.

Quadro 5 - Anticoncepção Hormonal de Emergência - AHE

<b>Método</b>	<b>Esquema Terapêutico</b>	<b>Informações e prazo de início da anticoncepção</b>
<b>Levonorgestrel (comprimidos de 0,75mg)</b>	<b>1,5mg</b> de levonorgestrel, <b>dose única</b> , via oral ( <b>preferencialmente*</b> ) <b>OU</b> 1 comprimido de <b>0,75mg</b> , de <b>12 em 2h.</b> , via oral (total de <b>2 comprimidos</b> )	Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir dose após uso de um antiemético e de se alimentar. Iniciar de preferência nas 72 horas, limite de 5 dias.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2016, pg. 165 e OMS, 2010.

Nota: \* Nos serviços de urgência ou emergência o AHE pode ser usado por via vaginal caso a mulher esteja desacordada, como em casos em que ela tenha sido vítima de violência.

Observação: a eficácia (índice de Pearl) é, em média, de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

### 2.5.7 ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA

O método contraceptivo cirúrgico é definitivo e pode ser realizado na mulher por meio de ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária) e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia). Consiste, no homem, em impedir a presença dos espermatozoides no ejaculado por meio de obstrução dos

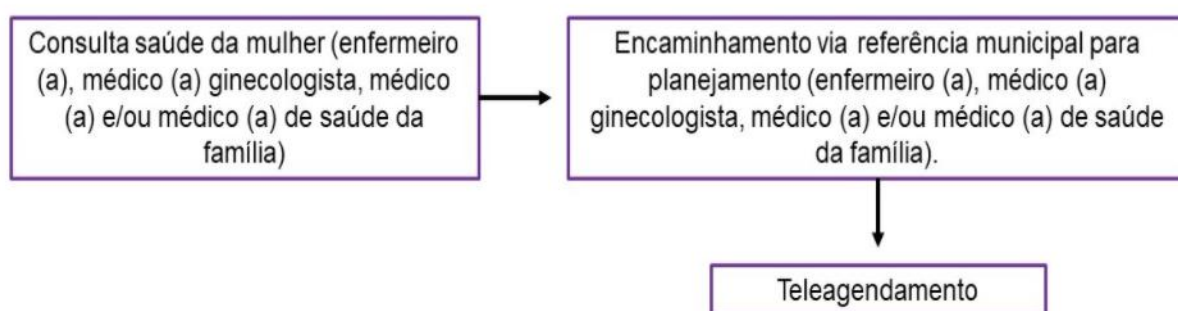
canais deferentes e na mulher evita a fecundação mediante impedimento de encontro dos gametas devido à obstrução das trompas.

A recanalização tubária é possível por microcirurgia, porém, apenas 50% das mulheres submetidas à laqueadura tubária (LT) apresentam condições técnicas para a recanalização. Contudo, há altas proporções de gestações tubárias após a recanalização. Assim, a esterilização sempre deve ser considerada definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento cuidadoso e completo dos casais que solicitam estes métodos.

Para a realização da anticoncepção cirúrgica os usuários devem ser maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar e assinatura do termo de consentimento presencial (Anexo A e B), visando desencorajar a esterilização precoce. Ainda, em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

Exames pré-operatórios para LT e Vasectomia: hemograma, TP, KTTT, EQU, glicemia de jejum, creatinina, ECG (só para LT).

Figura 12 - Fluxograma Atenção Básica para encaminhamento



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

## 2.6 Anticoncepção na perimenopausa

A OMS sugere o termo “perimenopausa” ou “climatério” para o período em que surgem as irregularidades menstruais, que antecedem a última menstruação e

vão até o primeiro ano seguinte a ela, e normalmente ocorre entre os 40 e 55 anos de idade.

Nesse período qualquer método de anticoncepção adotado pelas mulheres, desde que não apresente alguma condição clínica que contraindique o seu uso, possui uma eficácia maior, pois com a instalação da irregularidade menstrual ocorre a diminuição da fertilidade e ocorrência de alguns ciclos anovulatórios ou com corpo lúteo insuficiente.

Respeitando-se a liberdade de escolha da mulher e/ou do casal, a prática da anticoncepção no climatério é de grande importância, pois há maior possibilidade de complicações maternas em uma gravidez nessa fase da vida. Além disso, há maior ocorrência de anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos (BRASIL, 2008d apud BRASIL 2013).

Abaixo, algumas considerações em relação a anticoncepção na perimenopausa.

Quadro 6 - Anticoncepção no período da perimenopausa

<b>MÉTODO CONTRACEPTIVO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO ORAL	é seguro e eficaz, quando usado correta e consistentemente. Além disso, mantém ciclos menstruais regulares, alivia a dismenorreia, tem efeito protetor sobre o endométrio e o ovário, reduz doenças benignas da mama, reduz o crescimento de miomas uterinos, menor incidência e recidiva de endometriose, evidências de ação profilática na osteoporose, entre outros benefícios não contraceptivos (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005). Devido aos riscos cardiovasculares, a primeira opção deve recair sobre pílulas combinadas de baixa dosagem, as que contêm 0,03 mg ou menos de etinilestradiol, em face da sua melhor tolerabilidade, com alta eficácia. A utilização desse método pode prosseguir até a menopausa, caso a mulher não apresente complicações ou contraindicações à medicação. O tabagismo em mulheres acima de 35 anos constitui uma contraindicação para o uso dos anticoncepcionais hormonais combinados orais, pois, em qualquer idade, o fumo aumenta o risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008d).
MINIPÍLULA	tem eficácia contraceptiva inferior à dos anticoncepcionais orais combinados, porém, como a fertilidade diminui nessa faixa etária, sua segurança na perimenopausa é comparável à apresentada por usuárias mais jovens de anticoncepcionais hormonais combinados orais. Pode ser utilizada quando há contraindicação ao uso de estrogênio.
INJETÁVEL MENSAL	pode ser usado na mulher climatérica, desde que sejam observadas as suas contraindicações. Entretanto, deve-se evitar o uso de formulações com elevadas doses de estrogênio, que aumentam o risco de hiperplasia do endométrio e favorecem o aparecimento de fenômenos tromboembólicos (FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005). A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio.
INJETÁVEL TRIMESTRAL	tem como vantagem poder ser usado quando for contraindicado o uso de estrógeno e também a facilidade do seu uso e sua alta eficácia. Porém apresenta grande incidência de efeitos

	<p>indesejáveis, tais como: causa alterações metabólicas discretas, porém significativas, destacando-se a queda do HDL – colesterol, elevação da glicemia e do nível de insulina; aumento de peso; alterações menstruais, como amenorréia e sangramento de disrupção; depressão; diminuição da libido e, muitas vezes, diminuição da lubrificação vaginal. Além disso, a provável influência do acetato de medroxiprogesterona sobre o osso tem sido estudada, uma vez que a densidade óssea pode ser alterada pelo seu uso. Entretanto, são necessários mais estudos até que esse efeito seja totalmente esclarecido e seu risco completamente definido. Assim sendo, o injetável trimestral não constitui boa escolha para a perimenopausa, restringindo-se sua indicação quando da impossibilidade de uso de outros métodos (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).</p>
IMPLANTE SUBCUTÂNEO	<p>Apresentam alta eficácia contraceptiva e proteção endometrial. Os efeitos colaterais como acne, mastalgia, cefaléia, aumento de peso, diminuição da libido, labilidade emocional e controle deficiente de ciclos menstruais fazem com que o método não seja bem aceito na perimenopausa, apesar da sua eficácia contraceptiva e proteção endometrial (FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).</p>
DIU DE COBRE	<p>É um excelente método para ser usado na pré-menopausa, desde que a mulher não apresente nenhuma condição que contraindique o seu uso. Apresenta elevada eficácia, tem poucos efeitos colaterais, longa duração e ausência de efeitos metabólicos. O DIU de cobre, modelo TCU-380 A, como tem duração de uso de 10 anos, após a sua inserção, inserido aos 40 anos, pode ser removido somente depois de instalada a menopausa. É importante lembrar que o DIU não é um método indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/Aids. Entre as suas desvantagens, destacam-se a possibilidade de aumento do fluxo menstrual, a maior incidência de dismenorréia e a maior taxa de expulsão (BRASIL, 2008d; FINOTTI; ALDRIGHI; PETTA, 2005).</p>
ANTICONCEPÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA	<p>É um método muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.</p>
LAQUEADURA TUBÁRIA	<p>Está em franca decadência nos países mais desenvolvidos, devido ao planejamento reprodutivo</p>

	<p>dispor atualmente de inúmeros outros métodos reversíveis, de menor custo, menor risco e menores complicações em longo prazo. No Brasil, a esterilização feminina mantém-se como o método contraceptivo mais frequentemente utilizado (29%), seguida pela pílula (25%) (BRASIL, 2008b). Por outro lado, cada vez mais aumenta a demanda para reversão de laqueadura tubária, decorrente do arrependimento da mulher. Entretanto, o procedimento para reverter a ligadura é difícil, caro e não está acessível para a maioria das mulheres. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método, como pré-requisito ético e legal (BRASIL, 2002c; HATCHER; RINEHART; BLACKBURN; GELLER; SHELTON, 2001; ROSAS, 2005). É importante salientar ainda que, com o avanço da idade, os riscos relacionados à morbiletalidade são maiores e as queixas menstruais, como o aumento do volume do fluxo, algia pélvica, hipermenorreia e outras irregularidades, tendem a piorar com a laqueadura tubária. Portanto, a indicação desse método deve ser criteriosa, quando os benefícios realmente compensarem os riscos e não houver outras opções (BRASIL, 2008d).</p>
VASECTOMIA	<p>Ao contrário da esterilização feminina, deve ser incentivada, por se tratar de um procedimento mais fácil e seguro, em relação à laqueadura tubária. É ótima alternativa de dividir a responsabilidade sexual e reprodutiva com o parceiro. Entretanto, a reversão cirúrgica é complexa, cara e não está amplamente disponível. Por essas razões, a esterilização sempre deve ser considerada como definitiva, o que enfatiza a importância de aconselhamento muito cuidadoso e completo das pessoas e/ou casais que solicitam esse método, como pré-requisito ético e legal.</p>

Fonte: BRASIL, 2013.

## 2.7 Contracepção na população LGBTQIA+

A estrutura familiar passou por importantes mudanças nos últimos setenta anos, abrindo espaço para conformações variadas que incluem as famílias LGBTQIA+. (GREEN, 2016). Os cuidados contraceptivos para esta população muitas vezes são negligenciados, por supor-se que não há risco de gestação. Embora em muitas relações homossexuais isso seja verdade, nem sempre a autodefinição de uma identidade sexual (p. ex., identificar-se como cis lésbica) determina com quem a pessoa terá relações sexuais (se apenas mulheres cis) ou quais são as práticas sexuais. (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).

Gays e lésbicas cis podem ter, por opção ou violência, vivenciado relações sexuais nas quais existem risco de gestação, e por isso, precisam ter acesso e conhecer sobre métodos contraceptivos. (OMS, 2013).

Estudos obtiveram como resultado que até 31% dos homens trans acreditam que a testosterona é contraceptiva e que até 20% das gestações nesta população ocorre em pessoas que estavam com amenorreia. O uso da testosterona cria um ambiente hiperandrogênico semelhante à síndrome dos ovários policísticos. Apesar de prejudicada, a fecundação não é completamente suprimida. (KREMPASKY, et al., 2020.)

Apesar da indicação de qualquer método, esta população pode não se sentir confortável quanto a utilizar a pílula anticoncepcional, pelo hábito estar ligado às mulheres. Quanto aos possíveis efeitos feminilizantes, sabe-se que a quantidade de estrogênio dos contraceptivos combinados mantém os níveis de estradiol em níveis esperados para os homens trans que utilizam testosterona, assim a expectativa é de que não haja grandes mudanças corporais. (CIASCA, et al., 2021).

Anticoncepcionais com estrogênio podem causar mastalgia que costuma ser autolimitada com resolução entre 3 e 5 meses, o que pode exacerbar os desconfortos da pessoa com seu próprio corpo e favorecer a utilização de dispositivos para comprimir as mamas que podem ser dolorosos e causar ferimentos. O DIU de cobre pode ser indicado, entretanto, pode aumentar o sangramento, o que pode desmotivar a população a adesão ao método. Os progestágenos raramente causam mastalgia, sendo os mais indicados juntamente com os métodos definitivos. (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).

### 2.7.1 PREVENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

Geralmente, o termo “sexo seguro” é associado ao uso exclusivo de preservativos, além da noção de que sua necessidade está relacionada ao número de parcerias sexuais e a monogamia. Porém, há uma série de medidas de prevenção importantes e complementares para uma prática sexual segura como: uso de preservativo, imunização para hepatites A, B e HPV, conhecer o status sorológico para HIV da(s) parceria(s) sexual(is), testar regularmente para HIV e outras ISTs, tratar todas as pessoas vivendo com HIV, realizar exame preventivo de câncer de colo do útero, realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado, conhecer e ter acesso à anticoncepção e concepção e realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado (BRASIL, 2019).

O rastreamento das ISTs visa a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce e seu devido tratamento, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade das doenças (BRASIL, 2019). O rastreio é ofertado através da realização dos testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, e devem ser realizados de forma rotineira nos serviços de saúde, sendo indispensável sua oferta em demanda espontânea do(a) usuário(a). As pacientes que buscam a consulta de saúde da mulher devem ser orientadas quanto à importância do uso de preservativo, mesmo quando em uso de contraceptivos hormonais, laqueadura (ou vasectomia do parceiro) e DIU, como forma de prevenção às ISTs. Deve-se sempre ofertar testagem ao casal, visando a identificação de casos soro-discordantes.

### 2.7.2 PREVENÇÃO PARA ISTs PARA MULHERES BISEXUAIS E LÉSBICAS

A contaminação de uma pessoa com vulva pode ocorrer por contato com pele lesionada, mucosa genital, fluido vaginal ou sangue menstrual. A maioria das mulheres cis lésbicas e bissexuais não utilizam método barreira por não achar ser necessário. (PINTO, et al., 2005).

Devido às formas de contágio das infecções, as mulheres que se relacionam com mulheres encontram-se expostas principalmente às IST: tricomoníase, herpes genital, HPV, sífilis, HIV, linfogranuloma venéreo, uretrites e hepatites. A presença

de vaginose bacteriana aumenta o risco de contágio de IST, incluindo o HIV (BRASIL, 2019).

Quanto à prática sexual, existem algumas orientações que podem auxiliar na prevenção de algumas IST como cuidados de higiene pessoal e íntima e os métodos de barreira. Orientam-se cuidados de higiene íntima e das mãos antes e após o ato sexual, enfatiza-se a necessidade de manter as unhas sempre curtas e aparadas, para evitar cortes e machucados. O uso de luvas ou camisinhas de dedo (material específico de látex para proteção dos dedos) é recomendado para a penetração ou estimulação genital com os dedos. Também recomenda-se higienização antes e depois do uso de acessórios sexuais, fazer uso de preservativo durante o ato, e fazer a troca do preservativo em caso de compartilhamento com a parceira (CABRAL et al., 2019).

Orienta-se evitar o sexo oral em caso de feridas na boca ou menstruação.-O uso de lubrificantes é recomendado sempre que necessário, a fim de reduzir a fricção e lesões (BRASIL, 2019).

Os métodos barreira utilizados para este tipo de relação sexual é a placa de silicone, originalmente utilizada para procedimentos odontológicos, chamada também como Dental Dam, ou a partir da camisinha peniana adaptada, ou vaginal, calcinhas com fundo em silicone ou látex, assim como luvas descartáveis e dedeiras. (PINTO, et al., 2005).

O sangue menstrual aumenta a chance de transmissão do HIV e hepatites B e C, portanto, estratégias que evitem o extravasamento do sangue, como coletores menstruais, podem ser utilizadas. (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).

Contato direto com lesões suspeitas devem ser evitados até que haja uma avaliação por profissional de saúde. Ao ser diagnosticada uma infecção sexualmente transmissível, a investigação e abordagem adequada das parcerias deve ocorrer. (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).

## **2.8 Abordagens da infertilidade**

A infertilidade se define como a ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticonceptivas. A atenção básica deve se constituir na porta de entrada para a identificação do casal

infértil. Deve ser realizado avaliação clínica, exame físico e exames complementares.

Exames complementares:

- Para mulher: exame citopatológico de colo de útero, histerossalpingografia, ecografia transvaginal; hormônios-----FSH, LH, estradiol
- Para o homem: espermograma;
- Para o casal: Testes rápidos e sorologias (VDRL, anti-HIV, HbsAg, anti- HCV), toxoplasmose IgG e IgM, glicemia de jejum, rubéola IgG e IgM, Clamídia IgG e IgM.

**Obs:** se rubéola IgG negativo, vacinar.

Caso de **infertilidade** deverá ser encaminhado para o serviço de infertilidade (via referencia municipal – teleagendamento) para investigação e demais condutas .

Caso a paciente já tenha diagnóstico de **endometriose** deve ser encaminhada para o serviço de Cirurgia Ginecológica, via referencia municipal –teleagendamento.

## 2.9 Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

Conforme relatório de Krug, et. al (2002), a Organização Mundial da Saúde define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência é um grave problema de saúde pública, visto que mesmo dentro das suas diversas formas de se apresentarem, possuem um alto nível de incidência (COELHO, SILVA, LINDNER, 2014). Para que estes tipos de violência sejam notificados de maneira correta, é preciso que os profissionais de saúde entendam os conceitos e de que formas elas se apresentam. Segue abaixo os tipos de violência, conforme OMS (Krug, et. al, 2002) e Centro de Vigilância em Saúde do estado do Rio Grande do Sul (2019):

- **Violência Autoprovocada/Auto Infligida:** compreende ideação suicida, autolesões, tentativas de suicídio e suicídios.

- **Violência Interpessoal - Violência doméstica/intrafamiliar:** a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também, às relações em que se constrói e efetua. Este tipo de violência também inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados.
- **c) Violência Interpessoal - Violência extrafamiliar/comunitária:** é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça (polícias, Ministério Público e poder Judiciário).

A OMS estabelece também distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas:

- **Violência Física:** Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

- **Violência Psicológica/Moral:** É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou à integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O *bullying* é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o *cyberbullying*.
- **Tortura:** É o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997). Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.
- **Violência Sexual:** É qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas,

impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).

- **Tráfico de seres humanos:** Inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.
- **Violência Financeira/Econômica:** É o ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.
- **Negligência/Abandono:** É a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico,

emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência, é o tipo mais comum de violência contra crianças.

- **Trabalho Infantil:** É o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro. A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.
- **Violência por Intervenção legal:** Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei Federal nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

Fonte: Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul, site Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, SES-RS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o art. 226 da C. F, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providencias. DOU, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 de janeiro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília :Ministério da Saúde, 2019. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016. 230 p. BVS. Ministério da Saúde. Endometriose. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/endometriose/>.

CABRAL, Kalline Trajano Feitoza et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 13, n. 1, p.79-85, jan. 2019.

CEVS. RIO GRANDE DO SUL, **Tipologia da Violência** . Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul, Centro de Vigilância em Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>

CIASCA, Saulo Vito, HERCOWITZ, Andrea, LOPES JUNIOR, Ademir. Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar. São Paulo: Manole, 2021.

COELHO, E. B. S., SILVA, A. C. L. G., LINDNER, S. R. **Violências: definições e tipologias**. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2014.

DUNCAN, BRUCE B. e GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**, Editora Artes Médicas, 2ª Edição, 1996.

FEBRASGO. Anticoncepção - **Manual de Orientação** - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 1997.

FEBRASGO. Menstruação e ovulação têm tudo a ver, sim. São Paulo/SP, 2017; s.p. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/37-menstruacao-e-ovulacao-tem-tudo-a-ver-sim>.

FEMINA. Conceito, epidemiologia e fisiopatologia aplicada à prática clínica. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. Cap. 1. p. 1-15. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina). Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/media/k2/attachments/Vol.Z47ZnZ9Z-Z2019.pdf>.

FREBASGO. Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. 35p. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ-Z5-2018Z-ZAdolescentesZ-ZwebZ1.pdf>.

FREITAS, Fernando et.al. **Rotinas em Ginecologia**. 5ª. Edição. Porto Alegre, 2006.  
GREEN, RJ. A vida familiar de gays e lésbicas. In: Walsh F. Processos normativos da família: diversidade e complexidade. Porto Alegre: Artmed; 2016. P. 172 – 96.  
HIGGINS, Jenny A, et al. Sexual minority women and contraceptive use: complex pathways between sexual orientation and health outcomes. Am. J. Public health, n. 109, v. 12, p. 1680 – 6. 2019.

KREMPASKY, Chance, et al. Contraception across the transmasculine spectrum. Am J Obstet Gynecol., n. 222, v. 2, p. 134 – 43. 2020.

KRUG, E.G. et al., eds. World report on violence and health . Geneva, World Health Organization, 2002. p. 5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Assistência em Planejamento Familiar** – Manual Técnico – Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica 26**. Saúde sexual e reprodutiva. Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Planejamento Familiar**. Manual para o Gestor. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2002.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2013. Disponível em:

PICON, P. D.; GADELHA, M.I.P.; BELTRAME, A. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Endometriose. 2010, p.253-261. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-endometriose-retificado-livro-2010.pdf>.

PINTO, V. M., et al. Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. **AIDS**, n. 19, s. 4, p. 64 -9. 2005.



**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
CONTRACEPÇÃO FEMININA**

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO – PMSL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSAD**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO LAQUEADURA TUBÁRIA**

Nome da paciente:	
Idade:	Estado Civil:
Nacionalidade:	CPF:
Identidade:	Telefone:
Profissão:	Telefone:
Endereço Eletrônico:	
Endereço:	
Nome do cônjuge/convivente (quando houver):	
Identidade:	CPF:
Telefone:	Número de Filhos Vivos:
Nome dos Filhos	Idade dos Filhos
1	
2	
3	
4	
5	
<p>Por este termo, em plena capacidade de discernimento manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de laqueadura tubária, e ainda, declaro:</p> <p>(a) estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sobre influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente;</p> <p>(b) que fui informada que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como anticoncepcional hormonal, contracepção intrauterina, colocação de DIU, preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informada de que a laqueadura tubária é um método de esterilização permanente, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (tubas uterinas) com o objetivo de impedir uma nova gravidez, mas sua efetivação não é de 100% existindo a probabilidade (pequena) de ocorrer a recanalização espontânea, o que poderá permitir a fertilidade e possibilidade de uma gravidez indesejada.</p>	

(c) que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;

(d) que para a realização dessa intervenção existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, mini-laparotomia, via vaginal e pós-cesárea, esta, excepcionalmente indicada apenas nos casos de risco à via ou a saúde da mulher ou do futuro conceito, sendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, pois é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;

(e) que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações Intraoperatórias: hemorragias, lesões de órgãos e queimaduras por bisturi elétrico, dor; pós-operatórias: seromas, hematomas (sangramento interno) hemorragias, cistites, anemia e infecção; Graves e Excepcionais: eventrações, apneia, trombose, pelviperitonites, hemorragias e outras tantas citadas pelo médico, quando então deverei informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;

(f) saber que a Laqueadura Tubária necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da intervenção; que em toda a intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

(g) que foi esclarecido ser do meu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, sem necessidade de apresentar explicações;

(h) que na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo o médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram plenamente esclarecidas. Assim sendo, declaro-me satisfeita com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de laqueadura tubária.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para a realização do procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
 (cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da Paciente (reconhecida em cartório)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do cônjuge <sup>1\*</sup> (reconhecida em cartório)





**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
CONTRACEPÇÃO MASCULINA**

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO – PMSL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSAD**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VASECTOMIA**

Nome da paciente:	
Idade:	Estado Civil:
Nacionalidade:	CPF:
Identidade:	Telefone:
Profissão:	Telefone:
Endereço Eletrônico:	
Endereço:	
Nome do cônjuge/convivente (quando houver):	
Identidade:	CPF:
Telefone:	Número de Filhos Vivos:
Nome dos Filhos	Idade dos Filhos
1	
2	
3	
4	
5	
<p>Por este termo, em plena capacidade de discernimento manifesto a vontade de submeter-me, voluntariamente, à cirurgia de vasectomia, e ainda, declaro:</p> <p>(a) estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sobre influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente;</p> <p>(b) que fui informado que existem outros métodos alternativos de contracepção a minha disposição, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira. Fui também informado de que a intervenção de vasectomia consiste basicamente na interrupção da continuidade do(s) duto(s) deferente(s) e das dificuldades de uma eventual reversão do procedimento. Fui informado que existe possibilidade (pequena) de ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, de ocorrer a passagem dos</p>	

espermatozoides de um ducto para outro, permitindo assim a fertilidade com possível gravidez indesejada. Esse procedimento é usualmente realizado em nível ambulatorial e sob anestesia local. Foi salientado pelo médico que após a vasectomia poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozoides no exame laboratorial, que normalmente é realizado depois de um número não inferior a 25 (vinte cinco) ejaculações;

(c) que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para alcançar o melhor resultado, estando ciente de que nessa cirurgia poderão ocorrer complicações Intraoperatórias: hemorragias e queimaduras (por bisturi elétrico); e pós-operatórias: seromas, hematomas (sangramento interno) hemorragias e infecções entre outras; quando então deverei informá-lo, imediatamente sobre essas possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir, assim como, retornar ao consultório/hospital nos dias determinados por ele;

(d) que em toda intervenção existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente; que se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

(e) que na vigência da sociedade conjugal a realização dessa intervenção cirúrgica dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges;

(f) que foi esclarecido ser do meu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderei desistir de realizar o procedimento cirúrgico a qualquer momento, sem necessidade de apresentar explicações.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações, orientações e explicações prestadas e repassadas pelo o médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram plenamente esclarecidas. Assim sendo, declaro-me satisfeito com as informações, orientações e explicações recebidas, compreendendo o alcance e os riscos da cirurgia de vasectomia.

Por tal razão, manifesto expressamente minha concordância e consentimento para a realização do procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente (reconhecida em cartório)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cônjuge 1\* (reconhecida em cartório)

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM do Médico

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de identidade da paciente e do cônjuge (quando aplicável);
- Certidões de Nascimento dos Filhos.

<b>REVOGAÇÃO</b>	
Revogo o consentimento prestado em ____/____/____ desistindo de prosseguir o tratamento.	
_____, de _____ de 20____. (cidade) (dia) (mês) (ano)	
_____ Assinatura da Paciente (reconhecida em cartório)	
Testemunha 1: _____ (documento e assinatura)	
Testemunha 2: _____ (documento e assinatura)	
Data da Consulta ____/____/____ Data da Cirurgia ____/____/____ Data da Alta ____/____/____ Reg. Hospitalar ____/____/____	
1* Afirmar de próprio punho, se caso for: "não há" <b>Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal, e a terceira, no local do procedimento para comunicação ao SUS. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.</b>	



**ANEXO C - ENCAMINHAMENTO DE IMPLANTE CONTRCEPTIVO -  
IMPLANON® (ETONOGESTREL)**

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO – PMSL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSAD**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
INSERÇÃO E USO DE IMPLANON<sup>□</sup> (etonogestrel)**

As informações a seguir, fornecidas pelo Md. \_\_\_\_\_, CREMERS \_\_\_\_\_, têm por objetivo esclarecer a candidata abaixo assinada quanto a indicação, contraindicação, modo de inserção, riscos e efeitos adversos relacionados ao uso de Implanon<sup>□</sup>, para que sua decisão de utilizar o método seja totalmente voluntária, consciente e responsável.

**Indicação e eficácia do tratamento:**

Implanon<sup>□</sup> é indicado para **contracepção** (prevenção da gravidez). É um contraceptivo composto apenas por progestagênio, para uso subdérmico, de longa duração, eficaz por 3 anos. O implante libera em média 30 a 40 mcg de etonogestrel/dia. Os mecanismos de ação de Implanon<sup>®</sup> incluem inibição da ovulação e aumento da viscosidade do muco cervical. Implanon<sup>®</sup> é um método contraceptivo altamente eficaz. Estudos verificaram a taxa de falha (gravidez) em 1 ano em 100 usuárias de 0,05%. Vale observar que nenhum método contraceptivo é 100% eficaz, sendo o Implanon<sup>®</sup> um dos métodos mais eficazes (mais de 99% de eficácia).

**Método de inserção e uso:**

Implanon deverá ser inserido no braço não dominante da paciente. Após antisepsia e anestesia local, procede-se a inserção do implante que está previamente inserido em aplicador próprio. O implante deverá ser inserido na face interna do braço, 8-10 cm do epicôndilo medial do úmero. O implante será inserido no plano subdérmico, ou seja, logo abaixo da pele

(subcutaneamente). Cada implante é de uso único, e deve ser substituído a cada 3 anos. Após a inserção do implante deverá ser **usado método adicional de barreira (preservativo) por 15 dias.**

### **Contra-indicações:**

O uso de Implanon<sup>®</sup> é contra-indicado para pacientes com: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; tumores dependentes de progestagênios; presença ou história de doença hepática grave; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente de Implanon<sup>®</sup>.

### **Vantagens do método:**

- Reduz cólicas menstruais
- Não interfere nas principais doenças que impedem a utilização de estrogênio e nem na amamentação
- Método de longa duração
- Alta eficácia (taxa de falha de 0,05%)

### **Interações medicamentosas:**

Interações entre anticoncepcionais hormonais e outros medicamentos podem levar ao sangramento inesperado e/ou falha na anticoncepção. Algumas medicações que induzem as enzimas microsossomais, podem resultar em aumento da metabolização dos hormônios sexuais, interferindo na sua eficácia, como por exemplo: Fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbamazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, nelfinavir, griseofulvina, e produtos fitoterápicos contendo Hypericum perforatum, erva de são joão ou St. John's wort. **Em caso de uso de alguma medicação, solicitar a orientação do médico prescritor sobre a influência na eficácia do método.**

### **Eventos adversos:**

É comum ocorrerem alterações nos padrões de sangramento menstrual durante o uso de Implanon<sup>®</sup>. As alterações podem incluir gotejamento, períodos menstruais mais curtos ou mais longos, sangramento irregular, intervalo prolongado entre sangramentos ou ausência de sangramento (porém

cerca de 85% mantém padrão satisfatório de sangramento\*). As seguintes reações adversas têm sido relatadas por usuárias de Implanon: cefaleia transitória (dor de cabeça), discreta alteração de peso, acne (10% das usuárias), mastalgia transitória (dor nos seios), labilidade emocional, dor abdominal, infecções vaginais.

\*Padrão satisfatório = ausência de sangramento, 2 ou menos episódios de sangramento em 3 meses ou 1 episódio de sangramento mensal.

**Declaração de consentimento (atenção: não assine esse termo se ainda tiver dúvida)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
fui informada dos procedimentos e possíveis riscos e benefícios do uso de Implanon<sup>®</sup>, e esclareci todas as minhas dúvidas. Declaro que quero realizar a inserção e o uso de Implanon<sup>®</sup> até que eu decida retirá-lo, por até 3 anos, compatível com a indicação médica, pelo tempo máximo de 3 anos para cada unidade. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cidade Data

\_\_\_\_\_  
Nome da candidata / Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da candidata/Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

\_\_\_\_\_  
Endereço e Telefones de Contato para Emergências

Em caso de incapacidade, assina este documento, o representante legal da paciente.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **3 PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO**

ADRIANA TAGLIARI OSTERMANN (in memoriam) –  
Médica. Especialista em Saúde da Família pela Unisinos.

ANA MARIA PEDROLO RIBEIRO - Enfermeira,  
Especialista em Saúde Coletiva pela Residência  
Multiprofissional em Saúde – Centro de Saúde Escola  
Murialdo - Escola de Saúde Pública do RS.

CAREN JOB MULLER – Enfermeira, Mestre em Saúde  
Coletiva pela Unisinos. Coordenadora Municipal da Estratégia  
de Saúde da Família de São Leopoldo - RS.

LISIANE MACHADO B. DA SILVA – Médica de Família,  
Especialista em Medicina Geral e Comunitária pelo  
Centro de Saúde Escola Murialdo - Escola de Saúde  
Pública do RS. Especialista em Saúde da Família pela  
Unisinos. Coordenadora de Atenção Básica de São  
Leopoldo - RS.

ROSANE LILIANE GUERRA DE MELLO – Enfermeira,  
Sanitarista pela Escola de Saúde Pública do RS.  
Especialista em Saúde da Família pela Unisinos.

ROBERTA SOBREIRO FAGGIANO - Médica de Família  
MURILO SANTOS DE CARVALHO - Fisioterapeuta,  
residente do Programa Multiprofissional em Atenção  
Básica pela UNISINOS.

FABIANA CHIELA RIBEIRO - Farmacêutica, com MBA  
Gestão em Saúde, Especialização em Gestão da  
Assistência Farmacêutica e Especialização em Preceptoria  
no SUS. Diretora Assistência Farmacêutica São Leopoldo.

SILVANA CRISTINA FORNARI - Fisioterapeuta,  
especialista em Fisioterapia Desportiva.

FERNANDA MARIA PAULETTO - Enfermeira, Especialista  
em Enfermagem Obstétrica pela Unisinos.

LEIDIANA FERREIRA - Enfermeira Especialista em Saúde  
da Família.

VANESSA BACKES - Nutricionista, Mestre e Doutora em  
Saúde Coletiva pela UNISINOS.

VITÓRIA APARECIDA ALLIEVI - Nutricionista, Residente do Programa Multiprofissional em Atenção Básica pela UNISINOS.

VIVIAN DANIELE WITT DE ALMEIDA - Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Unisinos.

### **3.1 Atribuições de cada membro da equipe**

#### **Agente Comunitário de Saúde da ESF**

- Realizar a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subsequentes (controle de faltosos);
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação, a periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para o serviço de saúde;
- Abrir/conferir o cadastro individual E-SUS, assim como as informações preenchidas no cartão/carteira da gestante;
- Realizar visitas domiciliares desenvolvendo atividades de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- 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. Verifica as condições sociais da gestante e discutir em equipe os casos que merecem maior atenção;
- Realizar visitas no período puerperal e acompanhar os cuidados inerentes à puérpera e RN, com ênfase ao aleitamento materno e planejamento familiar.

#### **Auxiliar/Técnico Enfermagem**

- Abrir/conferir cadastro individual E-SUS, assim como as informações preenchidas no cartão/carteira da gestante;
- Realizar teste do BHCG urinário por solicitação do médico ou enfermeiro;
- Verificar a PA, altura e peso da gestante, e anotar os dados no cartão da gestante,
- Aplicar as vacinas solicitadas;
- Realizar orientações e acompanhamento do aleitamento materno;

- Realizar a retirada de pontos de pacientes submetidas à cesárea;
- Participar de grupos de gestantes, grupos de sala de espera e visitas domiciliares;
- 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.

### **Enfermeiro (a)**

- Abrir, conferir e alimentar o cadastro individual E-SUS, assim como as informações preenchidas no cartão/carteira da gestante;
- Realizar consulta de pré-natal de gestantes de baixo risco e preencher ficha do E-SUS, cartão/carteira de gestante e prontuários/registros, conforme Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87;
- Solicitar exames de rotina, realizar testes rápidos e prescrever medicamentos protocolados;
- Realizar RT-PCR conforme Protocolo de Critério Municipais para Notificação de Exame de Detecção de COVID-19- Serviços Públicos vigentes;
- Orientar as gestantes quanto aos fatores de risco, encaminhando às identificadas como de risco para o serviço de referência;
- Participar de grupos de gestantes, grupos de sala de espera e visitas domiciliares;
- Manter controle e busca ativa de gestantes faltosas;
- Realizar consulta de puerpério, orientando métodos de anticoncepção e cuidados em relação à puérpera e RN, com ênfase na amamentação.
- Realizar testes rápidos para IST durante o puerpério com periodicidade de 6 em 6 meses, mesmo com testes não reagentes durante a gestação.

### **Médico (a)**

- Abrir, conferir e alimentar o cadastro individual E-SUS, assim como as informações preenchidas no cartão/carteira da gestante;
- Realizar consulta de pré-natal e preencher ficha E-SUS, cartão/carteira de gestante e prontuário;
- Orientar as gestantes quanto aos fatores de risco, encaminhando as identificadas como de risco para o serviço de referência;
- Participar de grupos de gestantes, grupos de sala de espera e visitas domiciliares;

- Manter controle e busca ativa de gestantes faltosas;
- Realizar consulta de puerpério, orientando métodos de anticoncepção e cuidados em relação à puérpera e RN, com ênfase na amamentação;
- Solicitar exames e realizar teste rápido, fornecendo orientações e tratamento.

### **Cirurgião Dentista**

- Encaminhar pacientes com suspeita de gestação para consulta de enfermagem ou consulta médica;
- Planejar, participar, promover atividades em grupo;
- Realizar visitas domiciliares e busca ativa de faltosas;
- Fazer orientações de higiene, dieta e cuidados quanto a prevenção das doenças bucais, a fim de buscar um futuro saudável ao seu filho e sua família;
- Avaliar e tratar as doenças bucais das gestantes conforme a necessidade;
- Realizar testes rápidos.

### **Auxiliar de Saúde Bucal**

- Planejar, participar, promover atividades em grupo;
- Realizar visitas domiciliares e busca ativa de faltosas;
- Fazer orientações de higiene, dieta e cuidados quanto à prevenção das doenças bucais, a fim de buscar um futuro saudável ao seu filho e sua família;
- Encaminhar pacientes com suspeita de gestação para consulta de enfermagem ou médica.

## **3.2 Avaliação pré-concepcional**

A avaliação pré-concepcional é de suma importância para identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. É também um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. (BRASIL, 2010).

Toda usuária que deseja gestar, deve iniciar administração preventiva de ácido fólico (comprimido 5 mg 1x semana) pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, trabalho de parto prematuro e anemia megaloblástica. (BRASIL, 2016).

A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). O uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados, e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados. Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais, hemorragias e malformações congênitas. (BRASIL, 2012).

No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero.

Os exames pré-concepcionais a ser realizados são: hemograma, EQU e urocultura, glicemia jejum, TSH, testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B e C), IgG e IgM para Toxoplasmose, Citomegalovírus e Rubéola e citopatológico de colo de útero. Em casos negativos de Rubéola, deve-se providenciar a imunização previamente, observando o intervalo em que não se pode gestar após a vacinação (3 meses).

Deve-se também sugerir a realização de exame de eletroforese de hemoglobina se a gestante for negra e tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica. É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e C e HIV.

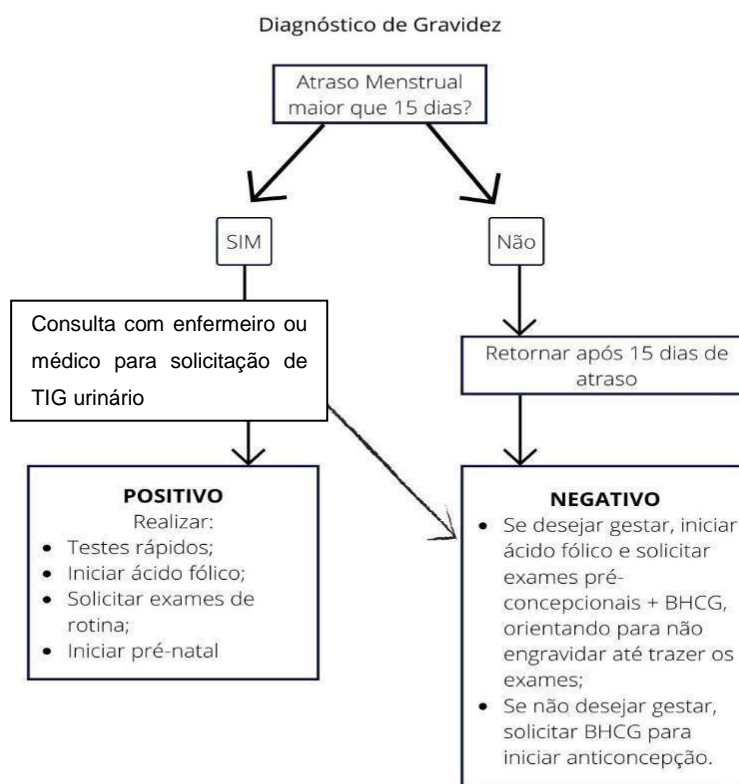
### **3.3 Diagnóstico de gravidez**

Para ampliar a captação precoce das gestantes o Ministério da Saúde incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal.

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro, disponível em Anexo D.

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico, que, além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional.

Figura 13 – Fluxograma Diagnóstico de gravidez



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

### **3.4 Frequência da consulta pré-natal**

As consultas médicas ou de enfermagem deverão ocorrer de modo intercalado, mensalmente até 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente até o parto. O fechamento do pré-natal se dá a partir da consulta de puerpério (BRASIL, 2012).

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas (BRASIL, 2012).

### **3.5 Atenção pré-natal**

#### **3.5.1 PRIMEIRA CONSULTA E ATÉ 20 SEMANAS**

- Acolhimento: procurar estabelecer vínculo com a gestante e sua família, escutar, orientar e esclarecer dúvidas. Estimular participação paterna no pré-natal;
- Orientações: importância do pré-natal, participação paterna, uso de álcool, fumo e droga, ganho de peso e hábitos alimentares, sinais e sintomas comuns da gestação e de risco;
- Realizar anamnese e exame físico seguindo normas do Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012) e registrar informações em prontuário e carteira de gestante;
- Solicitar exames de rotina na primeira consulta, conforme o Quadro 7;
- Identificar situações de risco e avaliar necessidade de referenciar a outros níveis de atenção, mantendo o acompanhamento na atenção básica;
- Agendar e orientar importância de consulta odontológica;
- Iniciar o uso de ácido fólico (1 comprimido 5mg 1x semana) e manter até final da gestação, conforme Anexo E;

- Iniciar sulfato ferroso (40 mg Ferro elementar) profilático ou terapêutico conforme Anexo E. Se gestação múltipla, Ferro elementar 60mg/dia;
- Avaliar situação vacinal: DTPa, Hepatite B, Influenza e COVID;
- Realizar teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C;
- Orientar o agendamento dos testes rápidos para o parceiro.

### 3.5.2 CONSULTAS ENTRE 20 E 26 SEMANAS

- Manter conduta de acolhimento, anamnese, exame físico e avaliação de risco;
- Ecografia obstétrica morfológica, fazer entre 20 a 24 semanas;
- Solicitar exames conforme Quadro 8.

### 3.5.3 CONSULTAS ENTRE 27 E 35 SEMANAS

- Manter conduta de acolhimento, anamnese, exame físico e avaliação de risco;
- Manter sulfato ferroso conforme o Quadro 9.
- Avaliar resultados dos exames e proceder à conduta conforme Quadro 9.;
- Solicitar exames conforme Quadro 9.
- Solicitar pesquisa de Estreptococos tipo B vaginal e anal, a ser coletado em torno de 35-37 semanas.

### 3.5.4 CONSULTAS ENTRE 36 A 38 SEMANAS

- Manter conduta de acolhimento, anamnese, exame físico e avaliação de risco;
- Manter sulfato ferroso conforme Anexo E;
- Avaliar resultados dos exames e proceder à conduta conforme Quadro 9.;

- Orientações importantes: ocorrências de sangramento, rompimento de bolsa, movimentação fetal e trabalho de parto;

### 3.5.5 CONSULTAS ENTRE 38 A 42 SEMANAS

- Manter conduta de acolhimento, anamnese, exame físico e avaliação de risco;
- Manter sulfato ferroso conforme Anexo E;
- Avaliar resultados dos exames e proceder à conduta conforme Quadro 9.
- Orientações importantes: ocorrências de sangramento, rompimento de bolsa, movimentação fetal e trabalho de parto, cuidados com o RN e estímulo ao aleitamento materno exclusivo (AME) e puericultura;
- Encaminhar para avaliação em centro obstétrico com 41 semanas;
- Encaminhar gestantes com histórico de duas ou mais cesarianas prévias para avaliação em Centro obstétrico a partir de 39 semanas de gestação;
- Encaminhar para consulta de puerpério até 42 dias após o parto, preferencialmente junto com o RN nos primeiros sete dias de vida (ou 1ª semana de vida).

## 3.5.6 EXAMES DO PRÉ-NATAL

Quadro 7 - Exames primeira consulta: Primeiro Trimestre (1º a 13º semana de gestação)

Exames	Parâmetros	Conduta
<b>Teste rápido de HIV ou anti-HIV</b>	Teste rápido não reagente	Normal
	Teste rápido reagente	Gestante deve ser encaminhada para acompanhamento de alto risco, concomitantemente com unidade da AB. Indicação de terapia antirretroviral a partir da 14ª semana e contato para supervisão com SAE. Preencher Ficha de Notificação SINAN
<b>Testes rápidos de Sífilis ou VDRL</b>  <b>Obs: Nota Técnica Sífilis adquirida na população em geral e na gestante/puérpera</b>	Teste rápido não reagente ou VDRL negativo	Normal
	Teste rápido reagente	Iniciar tratamento imediato e solicitar VDRL (para acompanhar titulação) <b>TRATAMENTO:</b> Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI (2 ampolas de 1,2 milhão UI 1 vez por semana por três semanas). Tratar parceiro também. Se VDRL reagente, repetir solicitação de exame VDRL mensalmente até o parto para verificar declínio de titulação. Para Tratamento adequado considera-se a redução de duas titulações no intervalo de até 6 meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) (vide Nota técnica Municipal de Sífilis). Preencher Ficha de Notificação SINAN
<b>Teste rápido de Hepatite B e C ou HbsAg e anti-HCV</b>	Não reagente: normal Reagente: Pré-natal de alto risco - Preencher Ficha de Notificação SINAN	Fazer aconselhamento pré e pós-teste. Teste rápido para hepatite B não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre. Caso a gestante já tenha tomado as 3 doses mesmo com anti-HBs negativo, não é necessário reiniciar esquema vacinal ou reforço.
<b>Hemograma</b>	Hemoglobina > <b>11g/dl</b> - normal	Normal, profilaxia: 1 comprimido de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar) 1h antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas.
	Hemoglobina entre <b>8-11 g/dl</b> – anemia leve a moderada	Anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. Solicitar EPF. <b>Tratamento: Sulfato ferroso (40mg Fe elementar) 3 comprimidos 1 vez ao dia, 1 hora antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas.</b> Em caso de gestantes com cirurgia bariátrica com HB<10 encaminhar

		para alto risco.
	Hemoglobina <8g/dl – anemia grave	Se anemia grave encaminhar para pré-natal de alto risco.
Glicemia de jejum	<92mg/dl sem fatores de risco: normal	Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular).
	Entre 92 – 125mg/dl: Diabetes Mellitus Gestacional	O controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum e 2h após as principais refeições (encaminhar solicitação de glicosímetro para retirada na Farmácia Municipal via protocolo específico). Valores de referência: Jejum: <92mg/dl e 2h após:<120mg/dl. Encaminhar para PN de alto risco.
	Se ≥126mg/dl: confirma diagnóstico de diabetes mellitus.	Encaminhar para PN de alto risco.
ABO/Rh	Mãe Rh +	Manter rotina básica do pré-natal.
	Mãe Rh -	Solicitar Coombs Indireto: Se negativo: repetir a cada 4 semanas a partir da 24ª semana. Se positivo: encaminhar ao alto risco.
Toxoplasmose IgG e IgM	IgG (-) e IgM (-): suscetibilidade à infecção	Repetir exame no segundo e terceiro trimestre. Orientar prevenção da doença (ver item 2.5.1).
	IgG (+) e IgM (-):Imunidade: sem risco para a gestação atual	Não é necessário repetir
	IgG (-) e IgM (+):Suspeita de infecção muito recente ou IgM falso positivo.	Repetir em 3 semanas. A infecção é confirmada se IgG positivo. Considera-se IgM falso positivo se IgG permanecer negativo após 3 semanas. Preencher Ficha de Notificação SINAN
	IgG (+) e IgM (+): Suspeita de infecção durante a gestação	A suspeita é investigada a partir do teste de avidéz ao IgG. Solicitar teste de avidéz; iniciar tratamento Espiramicina 500mg, 2cp de 8/8h administrar com alimentos. Preencher Ficha de Notificação SINAN
Teste de Avidéz	Antes de 16 semanas de gestação: Se Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação. Suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS. Se Avidéz fraca ou indeterminada: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Manter tratamento no pré-natal de alto risco. A partir de 16 semanas de gestação: Avidéz não permite excluir infecção atual.	
TSH	Conforme referência do laboratório:0,4 a 4,5 um/l – normal	<b>Se hipotireoidismo:</b> médico pré-natalista iniciar tratamento e monitorar TSH. Encaminhar para o alto risco se usando mais de 2,5mcg/Kg de levotiroxina ou hipotireoidismo central (TSH baixo e T4 baixo).

		<b>Se hipertireoidismo:</b> encaminhar para alto-risco
<b>QUE</b>	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente.
	Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo	Excluir sangramento vaginal. Com piúria, tratar conforme urocultura com teste. Sem piúria, investigação especializada
	Proteinúria: alterado >10mg/dl	Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.
	Presença de outros elementos	Não necessitam de condutas especiais
<b>Urocultura com teste</b>	Bacteriúria	Tratar conforme urocultura com teste. Cefalexina 500mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Amoxicilina 500mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias Nitrofurantoína 100mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Amoxicilina 500mg+clavulanato 125mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias Fosfomicina 3g/dose única Ceftriaxona 1g/lm EV-1g/lm ou EV 1x por dia durante 7 dias
	Proteinúria	Se “traços”(+) , repetir em 15 dias Se “traços” e HAS e/ou edema: ao alto risco Se “maciça”(++) a(+++): ao alto risco
<b>Clamidia IgG e IgM</b>	IgG infecção prévia	<a href="#">Consultar Quadro 19</a>
	IgM infecção ativa	<a href="#">Consultar Quadro 19</a>
<b>Ecografia obstétrica (11° e 13° semanas –TN)</b>		Ecografia transvaginal (TN quando possível, para identificação de trissomias do cromossomo 21)
<b>Eletroforese de hemoglobina</b>	HbAA: sem doença falciforme HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme HbAC: heterozigose para	As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe da AB. As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço referência (pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta)

	hemoglobina C, sem doença falciforme HbA com variante qualquer: sem doença falciforme HbSS ou HbSC: doença falciforme	
--	--	--

Quadro 8 - Exames do **segundo** trimestre (14° a 26° semana de gestação)

Exames	Parâmetros	Conduta
<b>Teste rápido de HIV ou anti-HIV</b>	Teste rápido não reagente	Normal
	Teste rápido <b>reagente</b>	Gestante deve ser encaminhada para acompanhamento de alto risco, concomitantemente com unidade da AB. Indicação de terapia antirretroviral a partir da 14ª semana e contato para supervisão com SAE. Preencher Ficha de Notificação SINAN
<b>Testes rápidos de Sífilis ou VDRL</b>  <b>Obs: Nota Técnica Sífilis adquirida na população em geral e na gestante/puérpera</b>	Teste rápido não reagente ou VDRL negativo	Normal
	Teste rápido <b>reagente e VDRL positivo</b>	Iniciar tratamento imediato e solicitar VDRL (para acompanhar titulação) <u>TRATAMENTO:</u> Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI (2 ampolas de 1,2 milhão UI 1 vez por semana por três semanas). Tratar parceiro também. Se aplicação do tratamento ultrapassar 7 dias entre as doses, considerar abandono e reiniciar tratamento. Se VDRL reagente, repetir solicitação de exame VDRL mensalmente até o parto para verificar declínio de titulação. Para tratamento efetivo, se espera declínio de duas diluições em até seis meses (ex: de 1:32 para 1:8). Se aumento de duas titulações, retratar. Se VDRL não reagente, suspender tratamento. Preencher Ficha de Notificação SINAN
<b>Hemograma</b>	Hemoglobina entre >11 g/dl – normal	Normal. Profilaxia: <b>Sulfato ferroso (40mg Fe elementar) 1 comprimido 1 vez ao dia, 1 hora antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas.</b>
	Hemoglobina <b>entre 8g/dl – 11g/dl – anemia leve a moderada</b>	Anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. Solicitar EPF: Tratamento: <b>Sulfato ferroso (40mg Fe elementar) 3 comprimidos 1 vez ao dia, 1 hora antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas.</b> Em caso de gestante com cirurgia bariátrica com Hb<10, encaminhar ao alto risco.
	Hemoglobina <b>&lt;8g/dl – anemia grave</b>	Se anemia grave encaminhar para pré-natal de alto risco.
<b>Glicemia de jejum</b>	≤92mg/dl sem fatores de risco:	Realizar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) na 24°-28° semana de

	normal	gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular).
	<b>Entre 92 – 125mg/dl:</b> Diabetes Mellitus Gestacional	Realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) na 24°-28° semana de gestação. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS. (Encaminhar solicitação de glicosímetro para retirada na Farmácia Municipal). Encaminhar para PN de alto risco.
	<b>Se <math>\geq 126</math>mg/dl:</b> confirmar diagnóstico de diabetes mellitus.	Orientar medidas de prevenção primária e referir ao Pré-natal de alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
<b>TOTG -75g</b>	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: Em Jejum: <b>92 a 125mg/dl;</b> Após 1 h: <b>&gt;ou= 180mg/dl</b> Após 2h: <b>153 mg/dl a 199mg/dl</b> Diagnóstico de DM, presença de qualquer um dos seguintes valores: Em jejum: <b><math>\geq 126</math>mg/dl</b> Após 2h: <b><math>\geq 200</math>mg/dl</b>	No diagnóstico de diabetes Mellitus, orientar medidas de prevenção primária e referenciar ao Pré-natal de alto risco. Manter acompanhamento na UBS.
<b>Toxoplasmose IgG e IgM (Se negativo no 1° semestre)</b>	IgG (-) e IgM (-): suscetibilidade à infecção	Repetir exame no segundo e terceiro trimestre. Orientar prevenção da doença (ver item 2.5.1).
	IgG (+) e IgM (-): Imunidade: sem risco para a gestação atual	Não é necessário repetir
	IgG (-) e IgM (+): Suspeita de infecção muito recente ou IgM falso positivo.	Tratar com Espiramicina e repetir em 3 semanas. A infecção é confirmada se IgG positivo. Considera-se IgM falso positivo se IgG permanecer negativo após 3 semanas. Preencher Ficha de Notificação SINAN
	IgG (+) e IgM (+): Suspeita de infecção durante a gestação	A suspeita é investigada a partir do teste de avides ao IgG. Solicitar teste de avides; iniciar tratamento . Preencher Ficha de Notificação SINAN Se gestação <18 semanas: Espiramicina 500mg, 2cp de 8/8h administrar com alimentos Se gestação $\geq 18$ semanas: Sulfadiazina 500mg, 2cp de 8/8h + Pirimetamina 5mg, 2cp, 1x/dia + Ácido fólico <sup>1</sup> 15mg, 1cp, 1x/dia
<b>Teste de Avides</b>	Antes de 16 semanas de gestação: Se Avides forte: infecção adquirida antes da gestação. Suspender tratamento e gestante retorna para seguimento na APS. Se Avides fraca ou indeterminada: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Manter tratamento no pré-natal de alto risco. A partir de 16 semanas de gestação: Avides não permite excluir infecção atual.	

<b>TSH</b>	Conforme referência do laboratório: 0,4 a 4,5 um/l –normal	<b>Se hipotireoidismo:</b> médico pré-natalista iniciar tratamento e monitorar TSH. Encaminhar para o alto risco se usando mais de 2,5mcg/Kg de levotiroxina ou hipotireoidismo central (TSH baixo e T4 baixo). <b>Se hipertireoidismo:</b> encaminhar para alto-risco
<b>EQU</b>	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente.
	Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo	Excluir sangramento vaginal. Com piúria, tratar conforme urocultura com teste. Sem piúria, investigação especializada
	Proteinúria: alterado > 10mg/dl	Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.
	Presença de outros elementos	Não necessitam de condutas especiais
<b>Urocultura com teste</b>	Bacteriúria	Tratar conforme urocultura com teste. Cefalexina 500mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Amoxicilina 500mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias Nitrofurantoína 100mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Amoxicilina 500mg+clavulanato 125mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias Ceftriaxona 1g/lm e EV-1g/lm ou EV 1x por dia durante 7 dias
	Proteinúria	Se “traços”(+) , repetir em 15 dias Se “traços” e HAS e/ou edema: ao alto risco Se “maciça”(++) a(+++): ao alto risco
<b>Citopatológico de colo uterino</b>		Coletar após o primeiro trimestre.
<b>Ecografia Morfológica (20° a 24° semanas)</b>	É o momento de melhor visualização dos órgãos.	Período mais adequado para detecção de má formação via USG. <b>Obs: 1- Dar a solicitação antes para que a marcação e o exame possam ocorrer dentro do prazo.</b>
<b>Ecocardiograma fetal (a partir de 18 semanas)</b>	RCIU; Filho prévio acometido por cardiopatia; Mãe ou pai portador de cardiopatia congênita; Translucência Nucal alterada ou ducto venoso alterado com 12 semanas;	Conforme resultado.

	Suspeita de cardiopatia durante eco morfológica obstétrica; Alteração do ritmo cardio fetal; Hidropsia fetal; Diagnóstico de má formação em eco morfológica obstétrica; Histórico de aborto de repetição;	
<b>Coombs Indireto (mais de 24 semanas)</b>	Positivo: gestante sensibilizada	Referenciar ao alto risco
	Negativo: Gestante não sensibilizada	Repetir mensal; Imunoglobulina anti-D (Rhogam), se RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimento invasivo, se mãe Rh- e pai Rh+.
<b>Pesquisa de Estreptococo grupo B (EGB) em secreção anal e vaginal</b>	Paciente com história anterior de perda fetal ou natimorto: solicitar a partir de 24 semanas. Paciente com risco de trabalho de parto prematuro ou trabalho de parto inibido: solicitar exame. De rotina coletar entre 35 e 37 semanas	Positivo: Anotar <b>com destaque</b> na carteira da gestante Negativo: Repetir o exame a cada 4 semanas até o parto, exceto rotina.

Fonte: UFRGS, 2019, adaptado MS/OPAS.

**Observação: se início de pré-natal tardio (após 24 semanas), solicitar glicemia em jejum e TOTG imediatamente.**

Quadro 9 – Exames do **terceiro** Trimestre (27ª semana até o parto)

EXAMES	PARÂMETROS	CONDUTA
<b>Teste rápido de HIV ou anti-HIV</b>	Teste rápido não reagente	Normal
	Teste rápido <b>reagente</b>	Gestante deve ser encaminhada para acompanhamento de alto risco, concomitantemente com unidade da AB. Preencher Ficha de Notificação SINAN
<b>Testes rápidos de Sífilis ou VDRL</b>  <b>Obs: Nota Técnica Sífilis adquirida na população em geral e na gestante/puérpera</b>	Teste rápido não reagente ou VDRL negativo	Normal
	Teste rápido <b>reagente e VDRL positivo</b>	Iniciar tratamento imediato e solicitar VDRL (para acompanhar titulação) <u>TRATAMENTO:</u> Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI (2 ampolas de 1,2 milhão UI 1 vez por semana por três semanas). Tratar parceiro também.

		<p>Se aplicação do tratamento ultrapassar 7 dias entre as doses, considerar abandono e reiniciar tratamento.</p> <p>Se VDRL reagente, repetir solicitação de exame VDRL mensalmente até o parto para verificar declínio de titulação.</p> <p>Para tratamento efetivo, se espera declínio de duas diluições em até seis meses (ex: de 1:32 para 1:8). Se aumento de duas titulações, retratar.</p> <p>Se VDRL não reagente, suspender tratamento.</p> <p>Preencher Ficha de Notificação SINAN</p>
<b>Teste rápido de Hepatite B e C ou HbsAg e anti-HCV</b>	<p>Não reagente: normal</p> <p><b>Reagente: Pré-natal de alto risco -</b> Preencher Ficha de Notificação SINAN</p>	<p>Fazer aconselhamento pré e pós-teste.</p> <p>Teste rápido para hepatite B não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre, independente da idade.</p>
<b>Hemograma</b>	Hemoglobina <b>&gt;11 g/dl</b> – normal	Normal. Profilaxia: Sulfato ferroso (40mg Fe elementar) 1 comprimido 1 vez ao dia, 1 hora antes das refeições.
	Hemoglobina <b>entre 8g/dl – 11g/dl – anemia leve a moderada</b>	<p>Anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias.</p> <p>Solicitar EPF: Tratamento: Sulfato ferroso (40mg Fe elementar) 3 comprimidos 1 vez ao dia, 1 hora antes das refeições.</p> <p>Em caso de gestante com cirurgia bariátrica com Hb&lt;10, encaminhar ao alto risco.</p>
	Hemoglobina <b>&lt;8g/dl – anemia grave</b>	Se anemia grave encaminhar para pré-natal de alto risco.
<b>Toxoplasmose IgG e IgM (Se negativo no 1º semestre)</b>	<b>IgG (-) e IgM (-):</b> suscetibilidade à infecção	<p>Repetir exame no segundo e terceiro trimestre.</p> <p>Orientar prevenção da doença (ver item 2.5.1).</p>
	IgG (+) e IgM (-):Imunidade: sem risco para a gestação atual	Não é necessário repetir
	<b>IgG (-) e IgM (+):</b> Suspeita de infecção muito recente ou IgM falso positivo.	Tratar com Espiramicina e repetir em 3 semanas. A infecção é confirmada se IgG positivo. Considera-se IgM falso positivo se IgG permanecer negativo após 3 semanas. Preencher Ficha de Notificação SINAN
	<b>IgG (+) e IgM (+):</b> Suspeita de infecção durante a gestação	A suspeita é investigada a partir do teste de avidéz ao IgG. Solicitar teste de avidéz; iniciar tratamento Sulfadiazina 500mg, 2cp de 8/8h + Pirimetamina 5mg, 2cp, 1x/dia + Ácido fólico <sup>1</sup> 15mg, 1cp, 1x/dia Preencher Ficha de Notificação SINAN
<b>TSH</b>	Conforme referência do laboratório:0,4 a 4,5 um/l – normal	<p><b>Se hipotireoidismo:</b> médico pré-natalista iniciar tratamento e monitorar TSH. Encaminhar para o alto risco se usando mais de 2,5mcg/Kg de levotiroxina ou hipotireoidismo central (TSH baixo e T4 baixo).</p> <p><b>Se hipertireoidismo:</b> encaminhar para alto-risco</p>
<b>EQU</b>	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente.

	Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo	Excluir sangramento vaginal. Com piúria, tratar conforme urocultura com teste. Sem piúria, investigação especializada
	Proteinúria: alterado > 10mg/dl	Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.
	Presença de outros elementos	Não necessitam de condutas especiais
<b>Urocultura com teste</b>	Bacteriúria	Tratar conforme urocultura com teste. Cefalexina 500mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Amoxicilina 500mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias Nitrofurantoína 100mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Amoxicilina 500mg+clavulanato 125mg/cp: 1cp de 8/8h por 7 dias Ampicilina 500mg/cp: 1cp de 6/6h por 7 dias Ceftriaxona 1g/lm e EV-1g/lm ou EV 1x por dia durante 7 dias
	Proteinúria	Se “traços”(+) , repetir em 15 dias Se “traços” e HAS e/ou edema: ao alto risco Se “maciça”(++) a(+++): ao alto risco
<b>Pesquisa de Estreptococo grupo B (EGB) em secreção anal e vaginal</b>	Paciente com história anterior de perda fetal ou natimorto: solicitar a partir de 24 semanas. Paciente com risco de trabalho de parto prematuro ou trabalho de parto inibido: solicitar exame. De rotina coletar entre 35 e 37 semanas	Positivo: Anotar <b>com destaque</b> na carteira da gestante Negativo: Repetir o exame a cada 4 semanas até o parto, exceto rotina.
<b>RT-PCR COVID</b>	Gestantes assintomáticas devem ter a coleta entre a 37 <sup>o</sup> e 39 <sup>o</sup> semanas <b>(CONSULTAR PROTOCOLO MUNICIPAL VIGENTE)</b>	Registrar resultado na caderneta de gestante Positivo: orientar isolamento, inclusive contactantes

Fonte: UFRGS, 2018, adaptado MS/OPAS



### 3.6 Classificação de risco gestacional

Devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno- infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.

De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica (BRASIL, 2012).

Quadro 10 - Fatores de risco indicativos de realização de pré-natal de baixo risco pela equipe de Atenção Básica

<b>Fatores de risco indicativos de realização de pré-natal de baixo risco pela equipe de Atenção Básica</b>
<p><b>Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade menor que 15 e maior que 35 anos.</li> <li>• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.</li> <li>• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.</li> <li>• Situação conjugal insegura.</li> <li>• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).</li> <li>• Condições ambientais desfavoráveis.</li> <li>• Altura menor do que 1,45 m.</li> <li>• IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.</li> <li>• Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações</li> </ul> <p><b>Fatores relacionados à história reprodutiva anterior</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.</li> <li>• Macrossomia fetal.</li> <li>• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.</li> <li>• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.</li> <li>• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).</li> </ul>

- Cirurgia uterina anterior.
- Três ou mais cesarianas

#### **Fatores relacionados à gravidez atual**

- Ganho ponderal inadequado.
- Infecção urinária.

#### **Anemia**

Fonte: BRASIL, 2016, pg. 86.

### Quadro 11 - Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco

#### **Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco**

##### **Fatores relacionados às condições prévias**

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV (cuidado compartilhado), sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
- Hanseníase.
- Tuberculose.
- Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

##### **Fatores relacionados à história reprodutiva anterior**

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

##### **Fatores relacionados à gravidez atual**

- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.

- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes *mellitus* gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
- NIC III.
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite 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, HIV com comorbidade, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.
- Adolescentes com comorbidades

Fonte: BRASIL, 2016 (pg. 87-89).

#### Quadro 12 - Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

##### **Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica**

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente e sinais flogísticos).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- 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.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).

- IG a partir de 41 semanas confirmadas.
- Hipertermia ( $\text{tax} \geq 37,8 \text{ }^\circ\text{C}$ ), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- 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 intrauterino.
- Oligidrâmnio.
- Óbito fetal.

Fonte: BRASIL, 2016 (pg. 89).

### 3.7 Alimentação e suplementação no pré-natal

O período da gestação é marcado por importantes mudanças físicas, psíquicas e sociais no contexto de vida da mulher. São vivenciadas modificações estruturais e funcionais durante a gestação, buscando certo equilíbrio para a manutenção de uma nova vida que se encontra em formação e, a saúde da mulher gestante. Uma dessas mudanças é o ato de comer e a sua relação estabelecida com a gestação, (Baião, Deslandes, 2008). Sabe-se que as mulheres, acima do peso e obesas, estão em maior risco para morte fetal intrauterina (MFIU), aborto, diabetes melito gestacional (DMG), hipertensão arterial induzida pela gravidez (HIG) ou cesariana. Além disso, há maior risco do bebê nascer prematuro ou com macrossomia, em mulheres obesas. (KRAUSE, 2013).

Para Philippi *et al.*, (2011), o comportamento alimentar pode apresentar mudanças durante a gestação, tendo relação com o estado nutricional da mulher gestante. Essa mudança de comportamento associado ao medo de engordar pode caracterizar-se pela busca de dietas inadequadas e restritivas. Quando este comportamento for identificado, recomenda-se que os profissionais estejam atentos e ~~possam~~ se articulem de forma multiprofissional (médico, nutricionista e psicólogo) com a rede de saúde e de atenção psicossocial para atender a gestante na sua necessidade de saúde.

De acordo com as orientações nutricionais: da gestação à primeira infância do Senado Federal (2015), as alterações do corpo durante a gravidez são algumas das muitas preocupações que as mulheres têm ao longo da gestação: medo de ganhar peso em excesso, de ter estrias, de não conseguir perder peso após o parto.

É importante que o profissional de saúde a tranquilize, pois ganhar peso é esperado e é possível fazê-lo de forma saudável. Vale ressaltar que no período da gestação a mulher não busque perder peso para que o bebê se desenvolva adequadamente.

É importante considerar que o ganho de peso pré-gestacional é um dos principais determinantes do ganho ponderal; assim sendo, recomenda-se que o ganho de peso ideal seja avaliado em função do estado nutricional inicial da gestante. Para as gestantes com baixo peso (IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>) recomenda-se o ganho de 12,5 a 18 kg; as que estão em eutrofia (IMC 18,5 a 24,99 kg/m<sup>2</sup>) estima-se o ganho de 11,5 a 16 kg; as que se encontram com sobrepeso (IMC 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) o ganho recomendado é de 7,0 a 11,5 kg; já as com obesidade (IMC ≥ 30kg/m<sup>2</sup>) estima-se o ganho de 5 a 9 kg (IOM, 2009).

Quadro 13 – Práticas alimentares recomendadas na gestação

Trimestre	Principais cuidados/Intercorrências	Orientações
1° Tri.	Náuseas e Vômito	As gestantes devem ser tranquilizadas quanto a esse quadro e de que o fato de não conseguirem alimentar-se adequadamente nessa fase não trará prejuízo à nutrição do seu bebê.  <b>Recomendar:</b> Realizar refeições pequenas e mais frequentes; consumir alimentos com baixo teor de gorduras; Biscoitos salgados tipo cream crackers, consumir preferencialmente após levantar.
	Constipação intestinal	Recomenda-se a ingestão de água (mínimo 4 copos ao dia); Inclusão de verduras (folhas cruas ou cozidas) nas refeições; Consumo de pães que contenham fibras e de frutas secas como lanche (ameixas, damascos, figos) e caminhadas regulares (mínimo 3X/semana); <b>O uso de laxantes não é recomendado, e quando necessário, deve ser feito somente com indicação médica.</b>
	Adoçantes	A indicação mais apropriada é para gestantes diabéticas, em que o uso de sacarose, principalmente para adoçar líquidos pode comprometer o controle glicêmico. Os adoçantes indicados são os de Estévia, Sucralose e Acesulfame-K. O risco no consumo de adoçantes reside no consumo indiscriminado ou excessivo do mesmo. <b>Obs.: A sacarina deve ser restringida, pois foi demonstrado que a placenta é permeável à</b>

		<b>sacarina. Esta pode permanecer nos tecidos fetais em função da menor capacidade que o feto tem de excretá-la.</b>
3º Tri	Pirose	É comum após as refeições. <b>Recomendar:</b> Fazer pequenas refeições, mastigar bem os alimentos, comer devagar também pode ajudar. Evitar alimentos ácidos, como frutas cítricas (laranja, limão, abacaxi).

Fonte: VITOLLO, MR, 2014, 648p.

A suplementação rotineira de ferro e folato (sulfato ferroso e ácido fólico) previne a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, recomenda a suplementação profilática de 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso). Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação de ferro deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses. O Folato periconcepcional tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos um mês antes da gravidez até o término da gestação. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural necessitam utilizar folato continuamente se ainda desejam engravidar (grau de recomendação A).

Quadro 14 – Vitaminas e minerais: Funções, fontes e recomendações durante o período Gestacional.

Nutriente	Função	Fonte	Orientação dietética
<b>Ferro</b>	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo	Carnes Miúdos Gema de ovo Leguminosas Vegetais verde-escuros	Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba).  Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).
<b>Ácido</b>	Prevenção de	Vegetais folhosos verdes	Consumir regularmente alimentos que contenham

<b>fólico</b>	defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular	Frutas cítricas Alimentos integrais Legumes Bife de fígado	ácido fólico.  As mulheres que planejam engravidar podem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes de engravidar, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação.
<b>Cálcio</b>	Manutenção esquelética e função cardíaca	Leite e derivados Vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida	O consumo de café, chá-mate e chá- preto diminui a biodisponibilidade de cálcio.  Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia.
<b>Vitamina A</b>	Prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna	Leite Fígado Gema de ovo Vegetais folhosos verdes Vegetais amarelos Frutas amarelo-alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui) Óleos e frutas oleaginosas	As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação.  A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas (como no pós-parto imediato em áreas endêmicas para deficiência de vitamina A).
<b>Vitamina D</b>	Necessário para formação esquelética do feto	Atum Sardinha Gema de ovos Óleo de peixe Salmão Fígado	A exposição solar regular da pele atinge as recomendações.  Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária
<b>Vitamina C</b>	Estimula melhor a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna	Frutas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango) Tomate Brócolis	Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C.  Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma <i>in natura</i> , evitando o seu cozimento.  A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.

Fonte: BRASIL, 2016, pg. 122- 123.

### 3.7.1 GESTANTES VEGETARIANAS

É relevante citar o aumento de gestantes vegetarianas nos dias atuais. Logo, é indispensável que sejam orientadas a partir de uma avaliação nutricional individualizada, de preferência elaborada por um nutricionista.

As dietas vegetarianas variam de acordo com o grau de evitação de alimentos de origem animal e se dividem em quatro grupos principais:

Quadro 15 – Classificação de grupos vegetarianos

GRUPOS	GRAU DE EVITAÇÃO DE ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL
<b>Vegetarianos estritos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não consomem nenhum tipo de carne (vermelha ou branca, inclusive frutos do mar), laticínios ou ovos em sua alimentação.</li> </ul>
<b>Ovolactovegetarianos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não consomem nenhum tipo de carne (vermelha ou branca, inclusive frutos do mar), mas comem laticínios e ovos.</li> <li>• É o tipo de vegetarianismo mais comum, embora os produtos de origem animal aceitos não sejam, de fato, vegetarianos.</li> <li>• Quando alguém se declara vegetariano, quase sempre pertence a este grupo.</li> </ul>
<b>Lactovegetarianos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não consomem nenhum tipo de carne (vermelha ou branca, inclusive frutos do mar) ou ovos, mas comem laticínios.</li> <li>• Os produtos de origem animal aceitos nesse tipo de dieta não são, de fato, vegetarianos;</li> </ul>
<b>Veganos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não consomem nem utilizam nenhum produto de origem animal por motivações éticas.</li> <li>• Alimentação, vestuário, espetáculos ou qualquer outro tipo de atividade que envolva sofrimento animal são excluídos da vida de uma pessoa vegana.</li> </ul>

Fonte: DE ALMEIDA, et. al 2019.

Apesar de as evidências científicas serem escassas, dietas vegetarianas balanceadas não parecem ter efeitos adversos no resultado da gravidez. Quando bem balanceadas, as dietas vegetarianas são similares às onívoras, uma vez que atendem a maioria dos objetivos nutricionais, exceto ferro, vitamina D, vitamina E e colina.

Os nutrientes cuja falta gera potencialmente maior preocupação, particularmente para os veganos, são o cálcio, a vitamina B12 e os ácidos graxos essenciais ômega 3. Estudos demonstraram um maior risco de deficiências de ferro e vitamina B12 nessa população do que as mulheres grávidas adeptas à dieta tradicional. Essa carência nutricional geralmente consegue ser resolvida com pequenas alterações dietéticas ou suplementação, como produtos alimentícios vegetarianos/veganos fortificados, incluindo: alguns leites não lácteos (como bebidas fortificadas de soja), análogos de carne e cereais matinais. Além disso, esses produtos têm como potencial serem compostos por boas fontes de nutrientes, como cálcio, ferro, zinco, vitamina B12, vitamina D, riboflavina e ácidos graxos ômega 3 de cadeia longa. (DE ALMEIDA, et.al., 2019)

Por fim, as gestantes vegetarianas apresentam ingestão de macronutrientes análogos ao das grávidas não vegetarianas, por isso, a qualidade da proteína em dietas vegetarianas bem equilibradas não é uma preocupação nutricional. É possível obter, portanto, todos os aminoácidos essenciais a partir da ingestão de fontes de proteína vegetal variadas (grãos, legumes, nozes) ao longo do dia (DE ALMEIDA, *et al*, 2019)

### **3.8 Atividade física na gestação**

Durante o período gestacional ocorrem alterações posturais em decorrência da diminuição do equilíbrio corporal, o que pode provocar dificuldades relacionadas às mudanças na mobilidade do tronco e no controle do movimento, devido ao aumento de massa e dimensões corporais. Tais alterações podem

resultar em dor e desconforto, causando limitações durante a realização das



atividades de vida diária.

Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

Dentre alguns benefícios da prática de exercícios durante a gestação pode-se citar: melhora da função cardiorrespiratória, redução de dispneias, adequações de boas posturas, redução de câibras musculares, edemas e lombalgias, auxílio no controle de Diabetes tipo II e prevenção do Diabetes gestacional ou pré-eclâmpsia, prevenção de ganho de peso excessivo, melhora da função intestinal, facilitação do trabalho de parto, melhora da força muscular, do tônus e do controle do assoalho pélvico, melhora da disposição, imagem corporal, bem-estar e da autoestima, alívio de tensões, estresse e prevenção de depressão e redução do risco de laceração do períneo no parto normal. Além disso, existem benefícios também para o bebê, destacando-se a redução da frequência cardíaca ao nascimento; a melhora da tolerância ao estresse; redução do percentual de gordura corpórea e auxílio no avanço da maturação neurocomportamental ao nascimento. Gestantes saudáveis devem ser avaliadas antes de iniciar a atividade física. Recomenda-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente.

Durante uma gestação de risco habitual, a mulher que já praticava exercícios pode continuar a fazê-lo, adequando a prescrição à gestação. Mulheres que eram sedentárias podem iniciar uma prática de atividade física, desde que com adequada orientação e supervisão. Observar sempre a hidratação durante a atividade, o repouso após atividade e os sinais de risco, quando a prática deverá ser suspensa até uma avaliação médica.

As contraindicações absolutas são: o sangramento uterino de qualquer causa, a placenta baixa, o trabalho de parto pré-termo, o retardo de crescimento intrauterino, os sinais de insuficiência placentária, a rotura prematura de membranas e a incompetência istmocervical.

A gestante deve evitar permanecer em pé ou sentada por muito tempo. Sempre trocar o posicionamento para aliviar dores e edemas. Ao se deitar, a posição mais indicada é em decúbito lateral esquerdo, por diminuir a compressão sobre a artéria aorta e a veia cava, favorecendo a circulação sanguínea. O uso de um travesseiro preenchendo o espaço entre a cabeça e o ombro, e outro entre as pernas fletidas, está indicado. Antes de se levantar, é importante realizar exercícios metabólicos, atividades com as mãos e pés para ativar a circulação. Ao conduzir veículos, a gestante deve posicionar o cinto de segurança sobre o quadril mais abaixo no abdome, para prevenir possíveis lesões sobre o útero em caso de acidentes. Para trajetos longos, é indicado realizar paradas para movimentação, alongamento e alívio da pressão sobre a bexiga.



### 3.8.1 SUGESTÕES DE EXERCÍCIOS SEGUROS PARA A GESTANTE:

**Alongamento de pescoço:** Com uma mão na cintura, levar a outra mão na orelha e inclinar o pescoço para um lado. Segurar por 30 segundos e fazer o mesmo com o outro lado.

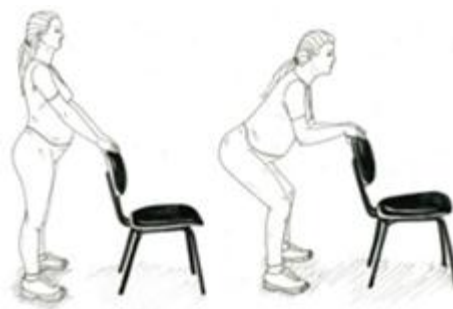
**Alongamento de tronco:** Abrir as pernas, colocar uma mão na cintura e inclinar o tronco para um lado. Levar a outra mão acima da cabeça para alongar a parte lateral do tronco. Segurar por 30 segundos e fazer o mesmo com o outro lado.



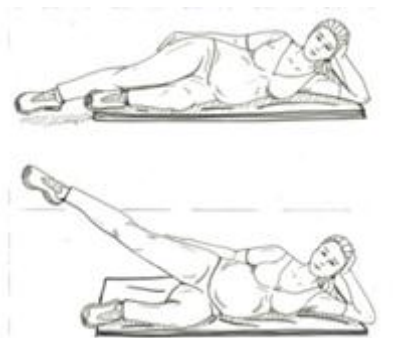
**Exercícios de mobilidade pélvica:** Abrir as pernas e fazer movimentos com o quadril. Ao puxar o ar, empinar o quadril e ao soltar o ar, encaixar o quadril para frente. Repetir por 10 vezes. Fazer círculos com o quadril, como se estivesse rodando com um bambolê. Rodar para um lado e depois para o outro. Repetir 5 vezes cada lado. Também pode ser realizado na posição de 4 apoios.



**Exercício para as pernas:** Ainda de pé, a gestante pode realizar mini agachamentos. Utilizar sempre um apoio para as mãos (cadeira, mesa etc.). Com as pernas abertas fazer o movimento de agachar, como se fosse sentar em uma cadeira. \*Importante: Os joelhos nunca devem ultrapassar a ponta dos pés, por isso, jogar o quadril bem para trás.



Deitada de lado, com a perna de baixo dobrada e a de cima esticada, levantar a perna de cima e fazer movimentos com os pés. Movimentar o pé para cima e para baixo. Também se pode imaginar que está desenhando um círculo com o pé. Repetir 5 vezes cada movimento e em ambos os decúbitos laterais.



**Alongamento para as pernas:** Sentada, com a coluna bem reta, dobrar uma perna e deixar a outra esticada ao lado do corpo. Puxar o ar e, quando soltar, tentar pegar o pé que está esticado. Segurar por 30 segundos e repetir com o outro lado.



**Alongamento para a coluna:** Sentada com o joelho no apoio, sentar-se com os glúteos nos pés e, sem descolá-los, soltar o ar, e ir abaixando a coluna, indo para frente. Sustentar por 30 segundos. Para sentir alongar a coluna é importante que não descole os glúteos do pé.



**Relaxamento com conscientização diafragmática:** É muito importante que após os exercícios a gestante faça um relaxamento para se recuperar e aumentar sua interação com o bebê. Priorizar ficar deitada de lado, com a mão na barriga, e fazendo respirações longas e profundas. Ao inspirar pelo nariz, notar que a barriga vá para frente. Por outro lado, ao expirar pela boca lentamente, notar que o umbigo vai parar dentro. É um momento de simular um abraço ao bebê.



Cinesioterapia para assoalho pélvico. Consiste no treinamento muscular com contrações voluntárias, sustentadas e repetitivas. É importante que a paciente consiga identificar e controlar quais são os músculos que devem ser contraídos durante a execução dos exercícios. Para isso, basta tentar segurar o xixi enquanto estiver urinando (mas, não fazer sempre esta manobra, pois pode gerar problemas) ou tentando segurar um “pum” quando sentir vontade. Ou ainda, imaginar estar sentado em uma bola de gude e contrair os músculos como se estivesse pegando e levantando a bola.

Antes de fazer o exercício, é importante esvaziar a bexiga. Realizar a contração durante a expiração, repetindo dez vezes, por três séries. Em seguida, realizar o mesmo exercício, mantendo a contração máxima, contando até 6, por dez vezes. Fazer o exercício todos os dias, três vezes ao dia. As contrações máximas mantidas (não trancar a respiração) podem ser associadas à contração do músculo transversal do abdômen através de um leve movimento de tração da cicatriz umbilical na direção da coluna vertebral. Os exercícios podem ser realizados em decúbito dorsal, decúbito ventral, sentada, ou em pé. E ainda, como forma de treinamento funcional, a paciente contrai os músculos do assoalho pélvico antes de: tosse, espirro, risadas, levantamento de peso, mantendo até o final do esforço. Exercícios como agachamento e ponte também são utilizados durante a contração mantida (seis segundos) do assoalho pélvico. Em caso de dúvidas, o fisioterapeuta da Rede em Saúde municipal poderá ser consultado.

### 3.9 Imunização da Gestante

Em todo e qualquer atendimento há a oportunidade de verificar a situação vacinal da gestante e, havendo indicação, encaminhar a paciente para a sala de vacinas a fim de atualizá-lo (ver quadro abaixo).

Quadro 16 – Imunização: Recomendação de rotina no pré-natal

Vacina	Situação	Doses	Esquema indicado	Observações
dT/dTpa	Esquema vacinal desconhecido	Três doses	1ª dose dT (qualquer idade gestacional) 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira) 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação)	Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa. A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores. Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
	Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
	Vacinação completa	Uma dose dTpa	Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido Não vacinada HBsAg (-) e Anti-HBs < 10	Três doses	1ª dose (após a 14ª semana de gestação) 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira)	
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes	
Influenza	Em qualquer período gestacional	Dose única	Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério
Covid 19		Duas doses	Conforme laboratório	

## Legenda:

A: Estudos controlados não mostraram riscos.

B: Sem evidência de riscos em humanos.

C: O risco não pode ser afastado, só deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico.

D: Há evidência de risco, porém os benefícios terapêuticos da administração em grávidas/lactantes justificam a utilização.

X: Contraindicados na gestação/lactação.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

### 3.10 Promoção do Aleitamento Materno

O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno e para promover e incentivar familiares e cuidadores quanto à alimentação complementar saudável. Uma equipe de saúde preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientar de forma oportuna e, de acordo com a realidade de cada família e seu arranjo, influencia positivamente na realidade de seu território, melhorando indicadores relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. 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. Abrange ações de educação em saúde, cuidado clínico da mãe e do bebê, abordagem ampliada do contexto cultural, psicossocial e familiar (BRASIL, 2016).

No contexto do aleitamento materno, é importante orientar que o leite materno é semelhante para todas as mulheres que amamentam, exceto as mulheres que apresentem desnutrição grave, pois podem ter o seu leite afetado em sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias, esse leite é chamado de colostro e contém mais proteínas e menos gordura. Do sétimo ao décimo dia após o parto, o leite é chamado de leite maduro e sua concentração de gordura aumenta (BRASIL, 2016).

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento. É fundamental que a mãe receba esclarecimentos sobre a produção do leite materno, importância da amamentação, mudanças no corpo biológico e simbólico, dificuldades que ela pode enfrentar e também sobre as possibilidades de superação, como por exemplo, cuidados com as mamas para evitar a mastite, manejo para retirada e armazenamento do leite, uso correto de compressas, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas, necessidade de descanso da mulher durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoio).

É de extrema importância o apoio e a escuta da mulher que tem dificuldades para amamentar, sem julgamentos e ofertando momentos de cuidado para superação

das dificuldades. Além disso, deve-se observar algum tipo de sofrimento decorrente deste processo, para, caso seja necessário, encaminhar para outro serviço. Da mesma forma, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher em relação à amamentação, suas experiências prévias, expectativas e frustrações (BRASIL, 2016).

Existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites, que também estão associados ao aumento da morbimortalidade infantil. Alguns utensílios oferecidos à criança podem trazer riscos para a continuidade da amamentação, como as chupetas e mamadeiras. Seu uso está associado à “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira, que pode comprometer, ainda, a produção de leite, pois as crianças que usam chupeta comumente são amamentadas com menos frequência. Outras condições precisam ser observadas, como o término da licença maternidade aos 4 meses de vida da criança, o que pode gerar insegurança na mãe quanto à continuidade da amamentação exclusiva (BRASIL, 2016).

Ao completarem 6 meses de idade (180 dias), as crianças precisam receber outros alimentos para complementar as necessidades de energia e micronutrientes, que já não são mais supridas apenas pelo leite materno. No entanto, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes e de fatores imunológicos, que protegem a criança de doenças após os 6 meses de idade. O termo alimentação complementar é usado para descrever as práticas alimentares do período de 6 a 23,9 meses, quando as crianças recebem, além do leite materno, outros alimentos sólidos, semissólidos e líquidos, incluindo outros leites (BRASIL, 2016)

### 3.10.1 TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. É neste período que mais ocorrem as intercorrências relacionadas ao processo de amamentação, que se não forem detectadas e tratadas podem interromper precocemente o processo da amamentação (BRASIL, 2016)

Quadro 17 - Principais itens a serem observados na mamada

POSIÇÃO CORRETA	PEGA CORRETA
•A mãe deve estar em posição confortável,	• A boca do bebê deve ficar bem aberta (se

<p><b>(posição tradicional é a sentada) com as costas e os pés bem apoiados;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bebê de frente para o corpo da mãe;</b></li> <li>• <b>Barriga com barriga (mãe/bebê);</b></li> <li>• <b>Cabeça e corpo do bebê alinhados em linha reta;</b></li> <li>• <b>A face do bebê deve voltar-se para o seio, o nariz ou o lábio superior em frente ao mamilo;</b></li> <li>• <b>Corpo do bebê apoiado e bem alinhado;</b></li> <li>• <b>O bebê deve ser levado ao seio, não o contrário;</b></li> <li>• <b>A mãe não deve sentir dor nos mamilos durante as mamadas.</b></li> </ul>	<p>necessário, estimular o bebê a abrir a boca tocando o seu queixo ou seus lábios com o dedo ou mamilo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O bebê abocanha parte da aréola;</li> <li>• O queixo do bebê fica muito próximo ou toca o peito da mãe;</li> <li>• Vê-se pouca aréola por baixo da boca do bebê;</li> <li>• Os lábios do bebê devem estar voltados para fora, como uma “boca de peixe”;</li> <li>• Se necessário, puxar o queixo do bebê para baixo, com o dedo indicador, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora;</li> <li>• O bebê suga, faz uma pausa e suga novamente;</li> <li>• A mãe pode ouvir o bebê deglutir.</li> </ul>
--	---

Fonte: BRASIL, 2016

### 3.10.2 PREVENÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

O quadro abaixo descreve de forma resumida as principais queixas e intercorrências que ocorrem no período de lactação.

Quadro 18 - Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação

QUEIXA	POR QUE OCORRE	MANEJO
<p><b>O bebê não suga ou tem sucção fraca</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a recusa pode estar associada ao uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao ser posicionado (posicionamento incorreto) para mamar;</li> <li>• O bebê pode não conseguir abrir a boca o suficiente para abocanhar a aréola e fazer uma boa pega, as mamas podem estar ingurgitadas e dificultar a pega ou ainda a mãe pode ter mamilos planos ou invertidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A mãe deve sempre insistir nas mamadas por alguns minutos;</li> <li>• Se as mamas estiverem muito cheias, com a pele esticada, deve-se esvaziá-las um pouco antes de amamentar, para amaciar a aréola e facilitar a pega;</li> <li>• Sucção deficiente do bebê pode ser secundária ao uso de bicos e chupetas, se for o caso, devem ser suspensos;</li> <li>• Estimular a mama no mínimo cinco vezes ao dia, por meio da ordenha manual.</li> </ul>
<p><b>O leite demora a descer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve-se tranquilizar a mulher;</li> <li>• Enquanto o leite não desce, o bebê pode ser alimentado por meio da translactação, que consiste em colocar o leite, de preferência humano (pasteurizado), em um recipiente (copo). O recipiente deve ser colocado abaixo das mamas, a ponta da sonda (sonda nasogástrica nº 4 ou 6) deve ser colocada dentro do copo de leite e a outra junto ao mamilo. O bebê se alimenta enquanto suga o leite e ao mesmo tempo estimula a lactação.</li> </ul>

<p><b>Pouco leite ou leite fraco</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muitas vezes, essa percepção de pouco leite ou leite fraco é reflexo da insegurança materna, quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. A mãe, algumas vezes, interpreta o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamentos normais do bebê) como sinais de fome;</li> <li>• No entanto, algumas vezes, a percepção da mãe de que tem pouco leite é correta. Ela sente a mama murchar (flácida). A constatação pode ser feita pelo acompanhamento do peso do bebê, se ele estiver com ganho de peso inadequado, a preocupação da mãe será pertinente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros);</li> <li>• Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar);</li> <li>• Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas;</li> <li>• Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos;</li> <li>• Aumentar a frequência das mamadas;</li> <li>• Dar tempo para o bebê esvaziar as mamas;</li> <li>• Oferecer as duas mamas em cada mamada;</li> <li>• Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma mamada;</li> <li>• Após a mamada, ordenhar o leite residual.</li> </ul>
<p><b>Mamilos planos ou invertidos</b></p>	<p>Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impede, pois o bebê faz o bico com a aréola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;</li> <li>• Ajudar a mãe a fazer o bebê abocanhar os mamilos e parte da aréola, para isso é necessário que a aréola esteja macia;</li> <li>• Tentar posições diferentes e observar em qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor;</li> <li>• Enquanto o bebê não sugar efetivamente o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com copo (copinho com bordas arredondadas e finas) ou seringa.</li> </ul>
<p><b>Ingurgitamento mamário</b></p>	<p>O ingurgitamento mamário envolve três componentes básicos, o aumento da vascularização da mama/congestionamento, retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Geralmente, o ingurgitamento das mamas ocorre de três a cinco dias após o parto, mas pode acontecer em qualquer período da lactação, devido leite em abundância, início tardio da amamentação, restrição da frequência e da duração das mamadas e sucção ineficaz do bebê. O ingurgitamento pode ser fisiológico ou patológico.</p>	<p><u>Fisiológico:</u> Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentar o mais cedo possível, logo após o parto;</li> <li>• Amamentar em livre demanda, sem horários pré-estabelecidos;</li> <li>• Observar técnica correta da amamentação;</li> <li>• Evitar uso de água, chás e outros leites, para o bebê.</li> </ul> <p><u>Patológico:</u> Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, muitas vezes, acompanhada de febre e malestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenha manual antes das</li> </ul>

		<p>mamadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamadas frequentes;</li> <li>• Massagem delicada nas mamas, com movimentos circulares, principalmente nos pontos mais ingurgitados;</li> <li>• Uso do sutiã com alças largas e firmes, para sustentação anatômica das mamas;</li> <li>• A mama deve ser ordenhada manualmente, se o bebê não sugar;</li> <li>• Podem ser prescritos analgésicos.</li> </ul>
<b>Lesões ou Dor nos mamilos</b>	<p>Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas, equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido pega e posicionamento inadequados.</p> <p>Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua excessivamente curto), uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o uso de óleos, cremes, sabonetes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos;</li> <li>• Observar a mamada e corrigir a pega, se necessário;</li> <li>• Se a mama estiver tensa, ordenhar antes das mamadas;</li> <li>• Amamentar em livre demanda (a criança é levada ao seio assim que sinaliza fome, isso evita que sugue com muita força);</li> <li>• Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita que o bebê sugue com força para desencadear o reflexo;</li> <li>• Início da mamada pela mama menos afetada;</li> <li>• Observar presença de anquiloglossia;</li> <li>• Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada;</li> <li>• No caso, de fissuras/rachaduras nos mamilos enxaguar com água limpa após as mamadas;</li> <li>• Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa;</li> <li>• Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.</li> </ul>
<b>Mastite</b>	<p>É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmento das mamas, geralmente, unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e ocorre com mais frequência na segunda ou terceira semana após o parto, mas pode surgir em qualquer período da amamentação. O leite acumulado e o dano tecidual favorecem a instalação da infecção, comumente pelo <i>Staphylococcus (aureus e albus)</i> e às vezes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mastite não infecciosa</u>: dor, edema, hiperemia e calor local;</li> <li>• Mesmo manejo do ingurgitamento patológico;</li> <li>• Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares.</li> <li>• <u>Mastite infecciosa</u>: dor, hiperemia, edema, calor local, febre (&gt;38°C), calafrios e mal-estar;</li> <li>• Avaliação médica com brevidade.</li> </ul>

	<p>por <i>Escherichia coli</i> e <i>Streptococcus</i>, sendo as lesões mamilares, a porta de entrada mais frequente das bactérias. A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa. A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral.</p>	
<b>Abscesso mamário</b>	<p>O abscesso na mama, em geral, é causado por mastite não tratada, tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite, sem a ordenha do leite. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico: febre mal-estar, calafrios e presença de área de flutuação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, deve-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta e de instalação súbita, sensação de mal estar geral;</li> <li>• Avaliação médica com brevidade.</li> </ul>
<b>Candidíase (infecção da mama por cândida sp)</b>	<p>A infecção da mama no puerpério por <i>Candida sp</i> é comum. A infecção pode atingir somente a pele do mamilo ou da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Pode ser causada pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos, pela mulher, contraceptivos orais e esteroides. Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente. Na infecção por <i>Candida sp</i>, a mulher costuma se queixar com coceira, sensação de queimadura e dor tipo agulhadas nos mamilos. Os mamilos e aréolas podem apresentar a pele avermelhada, brilhante ou irritada com descamação. Raramente se observa placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Após as mamadas enxaguar os mamilos, secá-los e mantê-los arejados;</li> <li>• Não utilizar protetores nos mamilos, se precisar, usar panos limpos e secos;</li> <li>• As chupetas e bicos não devem ser utilizados, mas se forem, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos;</li> <li>• Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente.</li> </ul>
<b>Anquiloglossia (freio lingual curto / língua presa)</b>	<p>É uma anomalia congênita que pode prejudicar a capacidade do bebê se alimentar ao seio e causar desconforto na mulher ao provocar trauma e dor nos mamilos. O bebê pode ter dificuldade de fazer e manter a pega. Ocorre quando o freio lingual (frênulo) que prende a face inferior da língua restringe os movimentos da língua.</p>	<p>Se essa condição estiver dificultando a amamentação, está indicada a frenotomia. O procedimento é realizado no Centro de Especialização Odontológica (CEO) e deve ser encaminhado pelo Enfermeiro/médico que avaliou a condição.</p>

Fonte: Adaptado de FLORIANÓPOLIS, Protocolo de Saúde da Mulher, Vol.3 - atualizada 2020.

### 3.11 Preparo para o Parto

A informação empodera a mulher nas suas escolhas, e o profissional que realiza o pré-natal precisa auxiliá-la neste processo. Abaixo segue o quadro com as

explicações de tipos de parto, bem como as indicações e situações que levam à cesariana.

Quadro 19 – Preparo do parto

<b>INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolapso de cordão – com dilatação não completa</li> <li>• Deslocamento da placenta fora do período expulsivo (DPP)</li> <li>• Placenta prévia parcial ou total</li> <li>• Ruptura de vasa prévia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação córmica (situação transversa)</li> <li>• Herpes Genital com lesão ATIVA no momento em que se inicia o trabalho de parto</li> <li>• As urgências devem ser encaminhadas <b>IMEDIATAMENTE</b> à emergência obstétrica</li> </ul>
<b>NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÃO DE CESARIANA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante adolescente</li> <li>• Presença de quadro de anemia</li> <li>• Baixa estatura materna</li> <li>• Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto</li> <li>• Macrossomia</li> <li>• Ameça de parto prematuro</li> <li>• Amniorexe prematura</li> <li>• Cesárea previa</li> <li>• Circular de cordão umbilical</li> <li>• DM gestacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm</li> <li>• Trabalho de parto prematuro</li> <li>• Pressão arterial alta ou baixa</li> <li>• Grau da placenta</li> <li>• Polidrâmnio ou oligodrâmnio</li> <li>• Infecção urinária</li> <li>• Presença de grumos no líquido amniótico</li> <li>• Gravidez prolongada</li> <li>• Falta de dilatação antes do trabalho de parto</li> </ul>
<b>SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação pélvica</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Duas ou mais cesarianas anteriores</li> </ul>	
<b>SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto)</li> <li>• Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora)</li> <li>• Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais</li> </ul>	
<b>CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavagem intestinal</li> <li>• Episiotomia</li> <li>• Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê</li> <li>• Soro com ocitocina</li> <li>• Raspagem dos pelos pubianos</li> <li>• Jejum</li> <li>• Imobilização durante o trabalho de parto</li> <li>• Romper a bolsa amniótica</li> </ul>	
<b>CESÁREA</b>	<b>PARTO NORMAL</b>
Para a mãe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia;</li> <li>• Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos;</li> <li>• Maior risco de complicações na próxima gravidez.</li> </ul>	Para a mãe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto;</li> <li>• Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento;</li> <li>• Processo fisiológico, natural;</li> </ul>

<p>Para o bebê:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado;</li> <li>• Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta;</li> <li>• Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil.</li> </ul> <p>Para o bebê:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe;</li> <li>• O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina</li> </ul>
---	---

Fonte: BRASIL, 2016, pg. 124 -125 Quadro 12 – Preparo para o parto 21, 22, 23, 24).

### 3.11.1 PLANO DE PARTO

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Normalmente, ela pode definir sobre os acompanhantes que deseja que estejam presentes; as condições do ambiente em que será realizado o parto, como iluminação, música, entre outros; os métodos para alívio da dor; o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a livre movimentação durante o trabalho de parto; entre outras preferências. A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.

A gestante pode elaborar o plano durante todo o pré-natal, tendo tempo para esclarecer dúvidas, dialogar com os profissionais e ouvir a experiência de outras mulheres. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal do hospital de referência.

Um modelo deste documento está no Anexo F deste protocolo.

### 3.12 A gestação no âmbito do trabalho

Segue o quadro com os direitos sociais e trabalhistas das gestantes.

Quadro 20 – A Gestação no âmbito do trabalho: direitos sociais e trabalhistas

A gestação no âmbito do trabalho: direitos sociais e trabalhistas	
Direito à saúde	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS.</li> </ul>	

- Caderneta da Gestante: a gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados.
- Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação, assim como a presença de um acompanhante, de livre escolha, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005).
- Realização gratuita de testes no RN (pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho) em todos os hospitais e maternidades.

#### Direitos sociais

- Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
- Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuírem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade

#### Direitos trabalhistas

- Estabilidade no emprego
  - Toda empregada gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.
  - Licença e salário-maternidade
  - A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste. **LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016, prorroga por mais 60 dias a licença maternidade** (Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.)
  - O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial.
  - O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes.
  - Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido.
  - Em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias de acordo com a prescrição médica.
- LEI Nº 13.846, DE 18 DE JUNHO DE 2019**
- Períodos de carência
  - A solicitação deste benefício deverá ser feita diretamente na agência do INSS, ou pelos canais digitais.
  - 10 meses de contribuição: para o trabalhador Contribuinte Individual (que trabalha por conta própria), Facultativo (pessoa que não está empregada, mas segue realizando o pagamento da contribuição) e Segurado Especial (rural);
  - Isento: para segurados Empregado, Empregado Doméstico e Trabalhador Avulso (que estejam em atividade na data do afastamento, parto, adoção ou guarda);
  - Para desempregadas: é necessário comprovar os pagamentos do INSS e, conforme o caso, cumprir carência de 10 meses de contribuição;
  - Havendo perda da qualidade de segurado, deverá cumprir metade do período da carência, ou seja, cinco meses.

#### Funções exercidas pela gestante

Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir – assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade –, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos a saúde da mãe e do bebê.

#### Direitos de proteção à maternidade

Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.

Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um.

Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.

#### **Direitos do pai**

O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê.

O pai tem direito a participar do pré-natal.

O pai tem direito a acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

#### **LEI Nº 14.151, DE 12 DE MAIO DE 2021**

#### **Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus.**

Durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus, a empregada gestante deverá permanecer afastada das atividades de trabalho presencial, sem prejuízo de sua remuneração.

Parágrafo único. A empregada afastada nos termos do caput deste artigo ficará à disposição para exercer as atividades em seu domicílio, por meio de teletrabalho, trabalho remoto ou outra forma de trabalho a distância.

Fonte: BRASIL, 2016, pg. 126 – 127 e BRASIL, 2020.

### **3.13 Atenção ao puerpério**

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e tem duração, em média (visto que o término é imprevisível), de seis semanas após o nascimento do bebê, havendo variabilidade na duração entre as mulheres.

Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciam a passagem desse período. Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível). (BRASIL, 2016).

No planejamento das ações da equipe de Atenção Básica (EAB), deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto. Isso pode ser concretizado com:

- I) **Agendamento do primeiro atendimento na Atenção Básica (AB) antes no momento da alta da maternidade;**
- II) **Realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta** (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco);
- III) **Agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.** Essas ações prioritárias devem ocorrer no puerpério imediato e tardio. O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher.
- IV) **Realizar testagem rápida para ISTs, mesmo que apresente resultado não reagente na gestação, com periodicidade de 6 em 6 meses.** (Nota Técnica sobre Testagem Rápida no Aleitamento Materno – Gabinete do Secretário/SMS, 2018).

O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos. É preciso continuar apoiando e protegendo essa mulher. Além das frustrações devido às expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se apresenta nesse momento. É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa mulher. É um momento muito esperado por ela, mas, apesar disso, ela pode não se sentir bem. Esse estado depressivo mais brando é conhecido como *baby blues* ou *blues puerperal*, ocorre em 70% a 90% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas – que exigem adaptações – e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição.

Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase. (BRASIL, 2016, p. 131).

Em alguns casos, também é possível que ocorra a **depressão puerperal**, que caracteriza-se por um período de sofrimento maior do que 20 dias. Os sintomas da depressão puerperal são semelhantes aos do estado *baby blue*, porém seguem persistindo e evoluindo, ocasionando prejuízos pessoais, sociais, na relação da mãe com o bebê, dificultando a vinculação afetiva com o bebê e consigo mesma.

A dificuldade de identificação deste estado por parte da mulher muitas vezes é prejudicado justamente pelo estado fragilizado em que ela se encontra. Por isso, é muito importante que o serviço de saúde tenha esse olhar e essa escuta atenta à condição da mulher, podendo desenvolver ações e planos terapêuticos do que está prescrito, tendo olhares de forma multiprofissional, com a rede de saúde e também de atenção psicossocial. Além disso, é de extrema importância a composição com o núcleo familiar em todo o processo de gestação, parto e puerpério, pensando que não é somente de responsabilidade da mulher dar conta de todas as mudanças que ocorrem nesse período.

Quando este estado persiste é fundamental que se pense estratégias específicas de atenção à saúde da mulher, pensando essa saúde integralmente, como a formação de grupos terapêuticos, ações intersetoriais como oficinas de geração de renda, práticas integrativas e complementares, buscando fortalecer a autonomia dessa mulher. Em casos em que há o desejo e possibilidade, a mulher também pode buscar a psicoterapia individual, em terapia combinada com psicofármacos, que podem ser os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (Fluoxetina) ou antidepressivos tricíclicos (Amitríptilina e Imipramina) somente se não estiver amamentando, mantendo a continuidade do tratamento sem interrupções. É importante que se conheça a história pregressa dessa mulher, tanto em relação a episódios depressivos anteriores quanto à adesão e modalidades de tratamentos. (BRASIL, 2016).

Quadro 21 – Alterações emocionais mais comuns em puérperas

	Tristeza puerperal – “baby blues”	Depressão puerperal	Psicose puerperal
<b>Frequência</b>	50 a 70% dos nascimentos	10 a 15% dos nascimentos	1 a 5 em cada 1000 habitantes
<b>Principais sintomas</b>	Humor depressivo Fadiga Insônia Ansiedade Preocupação excessiva com os cuidados com o RN Choro fácil Dificuldade de concentração	Sensação de Incapacidade Sentimento de culpa Transtorno de sono Mudanças de humor Tristeza constante Baixa autoestima Desanimo ou cansaço extremo Incapacidade de cuidar de si ou do RN Pouco ou nenhum interesse pelo bebe Falta de apetite Medo de ficar sozinha Sentimento de culpa Cansaço extremo	Transtorno do Sono Irritabilidade] Mudanças de Humor Sintomas psicóticos (delírios, crises, alucinações) Situações de risco de vida ao RN ou a paciente
<b>Duração</b>	O pico fica entre 3º e o 6º dia. Geralmente dura menos de 1 semana.	A maior parte dos casos ocorrem nos dois primeiros meses de pós parto. A duração é variável	Da primeira semana ao 1º mês. A duração é variável
<b>Hospitalização</b>	Não necessita hospitalização	Pode necessitar hospitalização	Pode necessitar hospitalização
<b>Prognóstico</b>	Se duração maior que um mês, procurar um profissional	Melhor prognóstico que outras depressões	Pode ser o início de um depressão psicótica, esquizofrenia ou síndrome cerebral orgânica
<b>Conduta</b>	Apoio familiar e dos profissionais da atenção primária	Acompanhamento com média complexidade especializada em saúde mental	Necessário tratamento com profissionais de saúde mental

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020.

### 3.13.1 ATIVIDADE FÍSICA NO PUERPÉRIO

Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas também na assistência puerperal a fim de restabelecer o corpo que passou por muitas transformações. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gestação e o início do período puerperal com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente destes momentos tão importantes (GODOY, 2015).

A seguir, algumas sugestões da prática de cuidados posturais e exercícios que podem ser praticados em cada período do pós-parto:

### **Puerpério imediato (1º ao 10º dia após o parto):**

Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem agravar dores musculoesqueléticas. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação: sentada em local confortável em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores, trazendo o bebê junto ao peito, virado de frente, sem inclinar o tronco excessivamente para baixo. Intercalar a posição do bebê na mesma mama, colocando os pés ora para a direita, ora para a esquerda, distribuindo a carga/peso do bebê pelos dois membros superiores e proporcionando que puxe o leite de uma direção variada, para esvaziamento da mama, evitando a mastite. Nos casos de ingurgitamento mamário patológico, recomendam-se massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas antes e durante as mamadas (GODOY, 2015).



Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés para cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia) (GODOY, 2015).

Os exercícios respiratórios, por sua vez, visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados à conscientização diafragmática e aos exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal (GODOY, 2015).

Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura. Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial (movimentos circulares e friccionais), a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas (GODOY, 2015).

**Puerpério tardio (11º ao 45º após o parto):**

Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia). Os tempos de contração podem ir aumentando gradativamente (GODOY, 2015).

A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, a fim de trabalhar os casos em que ocorrem a diástase abdominal, tão comum nessa etapa. iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal (GODOY, 2015).

**Puerpério remoto (do 45º dia em diante):**

Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera. A puérpera pode realizar qualquer dos exercícios já indicados neste capítulo para o período gestacional. Em caso de dúvidas, consulte um fisioterapeuta (GODOY, 2015).

**Neste período faz-se imprescindível realizar:**

- Fechamento do atendimento pré-natal, com o preenchimento da Ficha de Consulta à puérpera;
- Realizar anamnese e exame físico seguindo normas do Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012) e registrar informações em prontuário;
- Estímulo ao Aleitamento Materno Exclusivo e orientações de cuidados com o RN;
- Anticoncepção, quando em aleitamento materno: Acetato de medroxiprogesterona 150mg (Depo-Provera®, Contracep®): 1 amp. IM a cada 90 dias, Norestisterona 0,35 mg (Micronor®, Norestin®) – 1 comprimido 1x/dia, contínuo, somente em AME;
- Sulfato ferroso (40mg Fe elementar), 3 comprimidos ao dia por 90 dias após o parto ou aborto;
- Marcar consulta de puericultura mensal para o RN;

- Em situações de feto morto ou morte neonatal, onde se faz necessário inibição da lactação, realizar o enfaixamento compressivo das mamas, prescrever Bromocriptina 2,5mg / 1 comprimido de 12/12 horas durante 14 dias ou Cabergolina 0,5 2cp dose única (importante orientar a mulher, que após os 14 dias, poderá ocorrer ejeção de leite por mais alguns dias);
- Orientar sobre contra indicação absoluta da amamentação cruzada (prática de mães que amamentam filhos de outras que apresentam alguma dificuldade com aleitamento), por apresentar risco de transmissão de doenças infectocontagiosas como HIV, HTLV, entre outras;
- Orientar quanto as ISTs e uso de preservativo.
- Atentar para as alterações emocionais do período, encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. No Anexo X deste protocolo, encontra-se uma tabela com as alterações emocionais mais comuns em mulheres puérperas.

### **3.14 Interrupção da gravidez nos casos previstos em lei**

A interrupção da gravidez resultante de estupro é legalmente permitida até a 20<sup>a</sup> semana (ou até a 22<sup>a</sup> quando o feto pesar menos de 500g). Não é necessário Boletim de Ocorrência (BO) e/ou autorização judicial, bastando o desejo, o consentimento da mulher e o encaminhamento para um serviço que realiza o aborto legal.

O consentimento da mulher que sofreu violência é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de iminente risco de vida e estando a vítima impossibilitada de expressar seu consentimento. De acordo com o código civil art. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767:

- a. A partir dos 18 anos a pessoa vítima de violência é capaz de consentir sozinha;
- b. A partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais, se estes não estiverem envolvidos na violência ou por seu representante legal, que se manifestam com ela. Se houver divergência entre a vontade da adolescente e de seus pais/representante legal caberá ao Juizado decidir:

c. Antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais, se estes não estiverem envolvidos na violência ou por seu representante legal, que se manifestam por ela. Entretanto, se a adolescente tiver condições de discernimento e puder exprimir sua vontade, ela também deverá assinar o consentimento. Se houver divergência entre a vontade da adolescente e de seus pais/representante legal caberá ao Juizado decidir;

Os serviços de saúde devem acolher a pessoa que sofreu violência e encaminhar para o hospital que realiza o procedimento.

Referências hospitalares para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no RS:

- Hospital Universitário em Canoas;
- Hospital Geral em Caxias do Sul;
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Hospital Femina em Porto Alegre;
- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre.

Os serviços que realizam a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei devem seguir as seguintes normativas do Ministério da Saúde:

- Portaria nº. 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos Previstos em Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508\\_1\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_1_09_2005.html)
- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexua\\_mulheres](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexua_mulheres)
- Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)

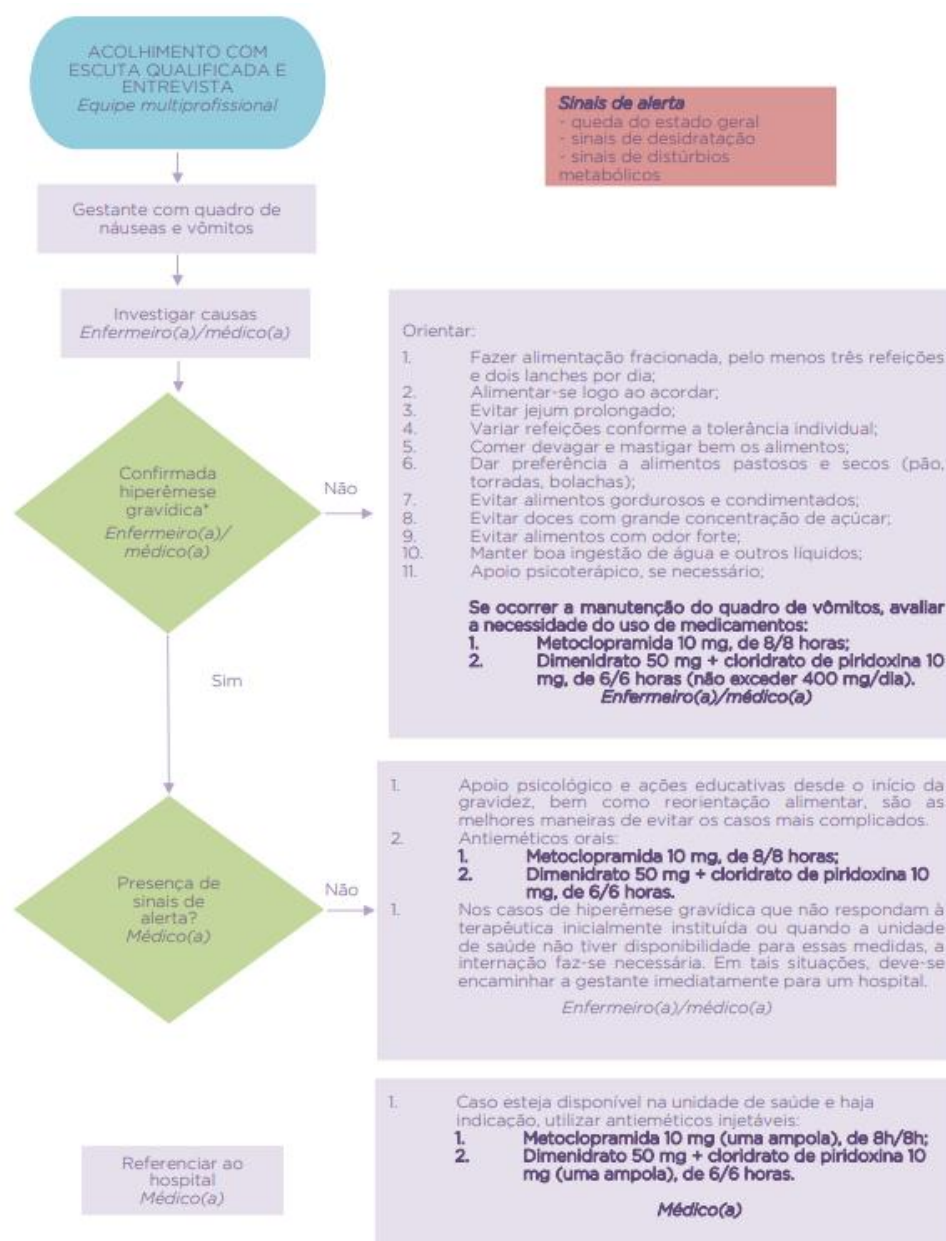
Fazer contato com um dos serviços acima citados, pedir para falar com Equipe Aborto Legal ou Centro Obstétrico para discussão de caso e orientação de encaminhamento da mulher.

### 3.7 Sistemas de informação do pré-natal e puerpério

Todas as informações serão alimentadas via E-SUS.

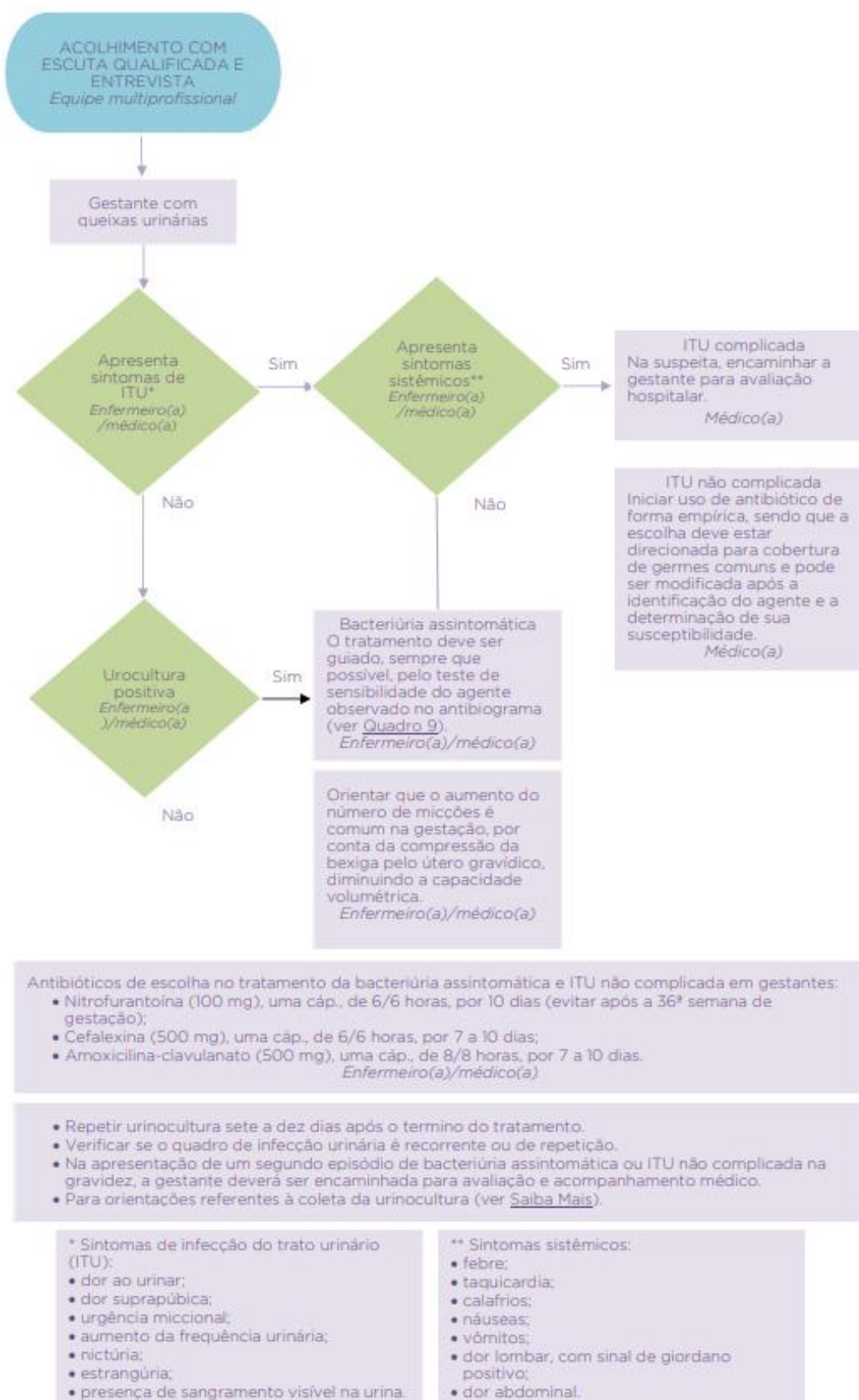
Na 1ª consulta em unidade de saúde, sem Estratégia Saúde da Família – ESF, a gestante deverá ser incluída no E-SUS, pelo Administrativo ou Técnico em Enfermagem da unidade, através da Ficha de Cadastro Individual. Após, o Técnico em Enfermagem fará a triagem e utilizará a Ficha de Procedimentos, encaminhando a gestante para o pré-natalista médico (a) ou enfermeiro (a). Este profissional deve preencher todos os dados da Ficha de Atendimento Individual, (Peso, Altura, DUM, IG, Problema/condição avaliada: Pré-Natal ou CID).

Figura 14 – Fluxograma O que fazer em casos de náusea e vômitos



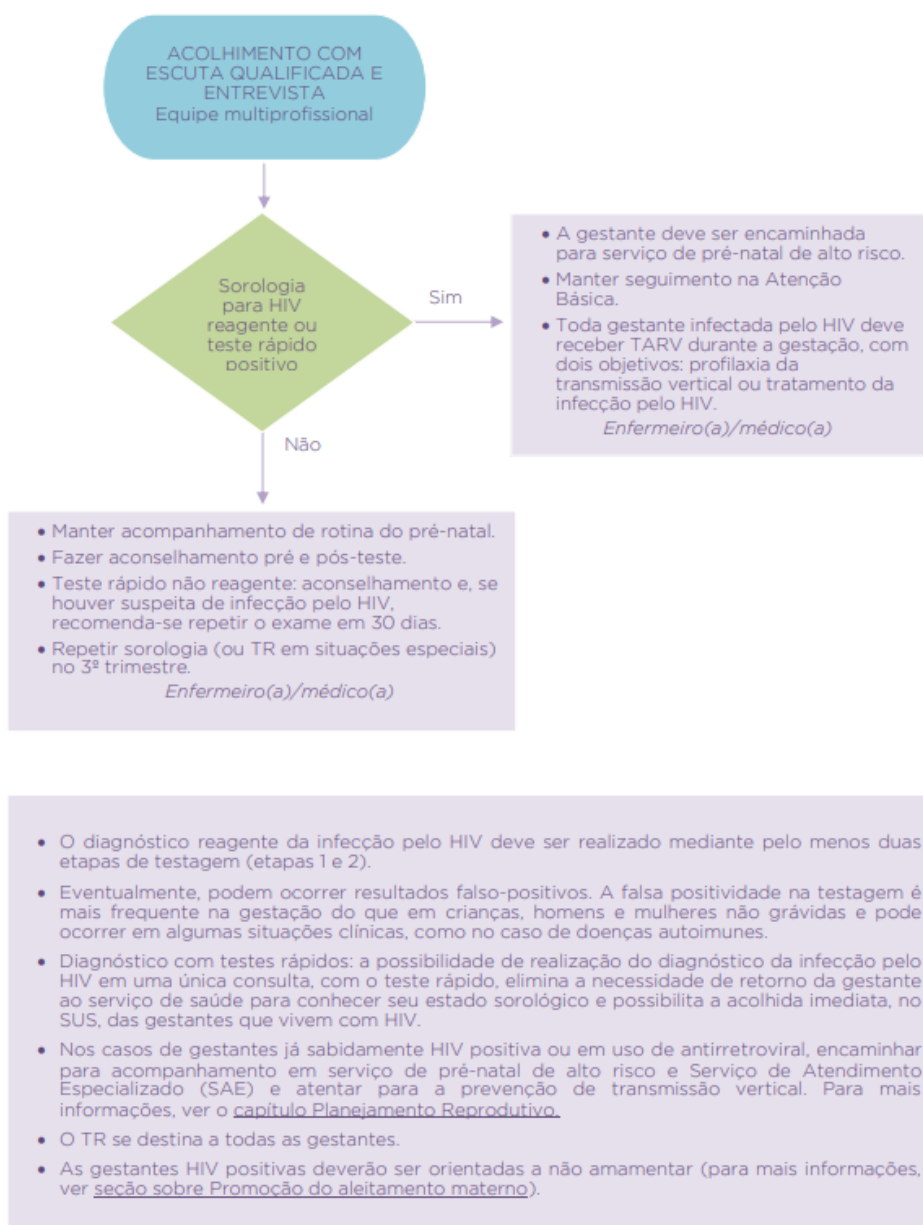
*Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos). Fonte: (BRASIL, 2016)*

Figura 15 - Fluxograma O que fazer em casos de náusea e vômitos



Fonte: (BRASIL pg.89, 2016)

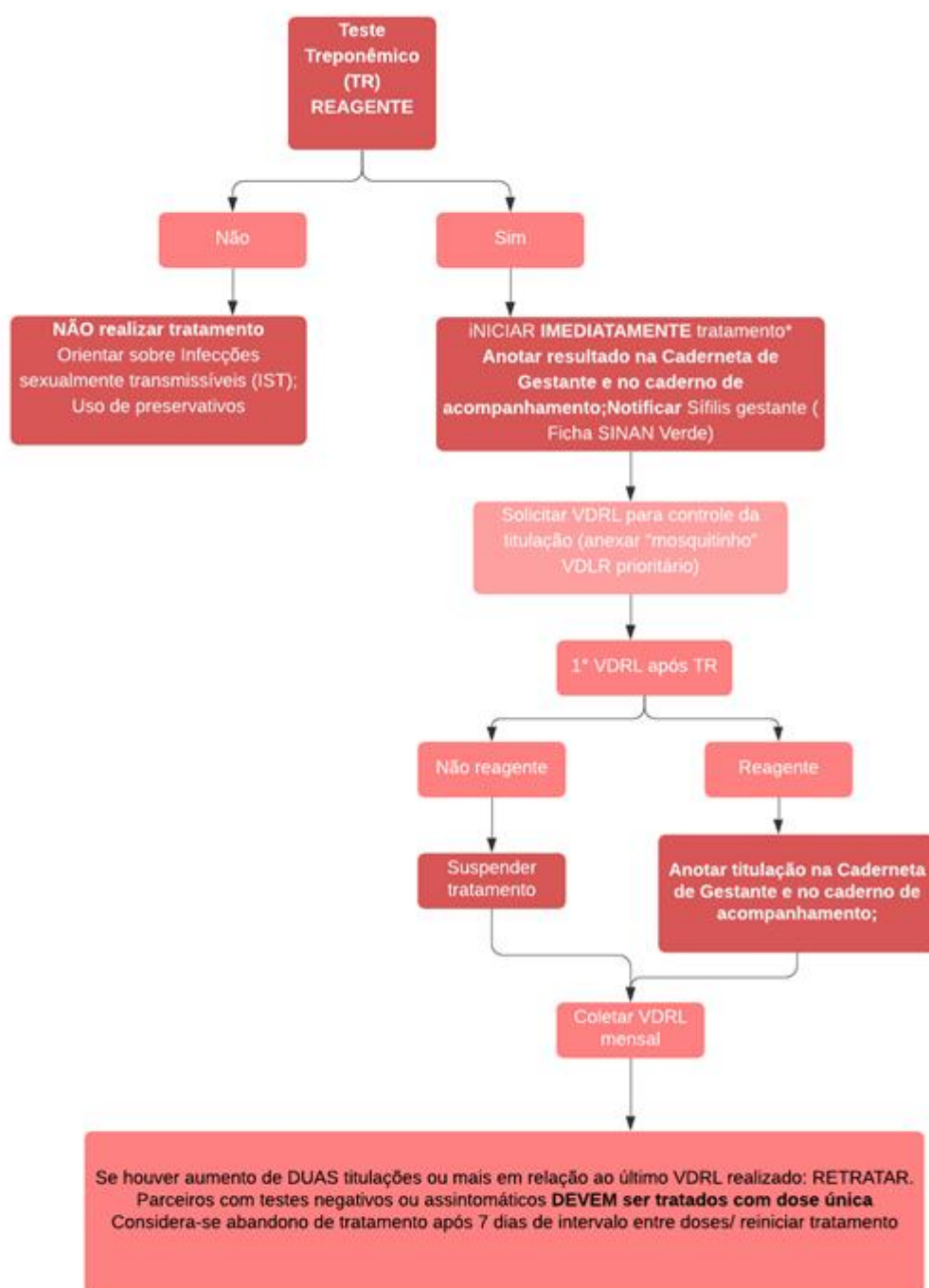
Figura 16 – Fluxograma O que fazer nos resultados de sorologia do HIV



*Em caso de ser portadora do vírus HIV, sem desenvolver a doença Aids, o atendimento segue na atenção básica. Já em caso de Aids ou alguma comorbidade com o vírus HIV, encaminha-se para alto risco.*

*Fonte: (BRASIL, 2016)*

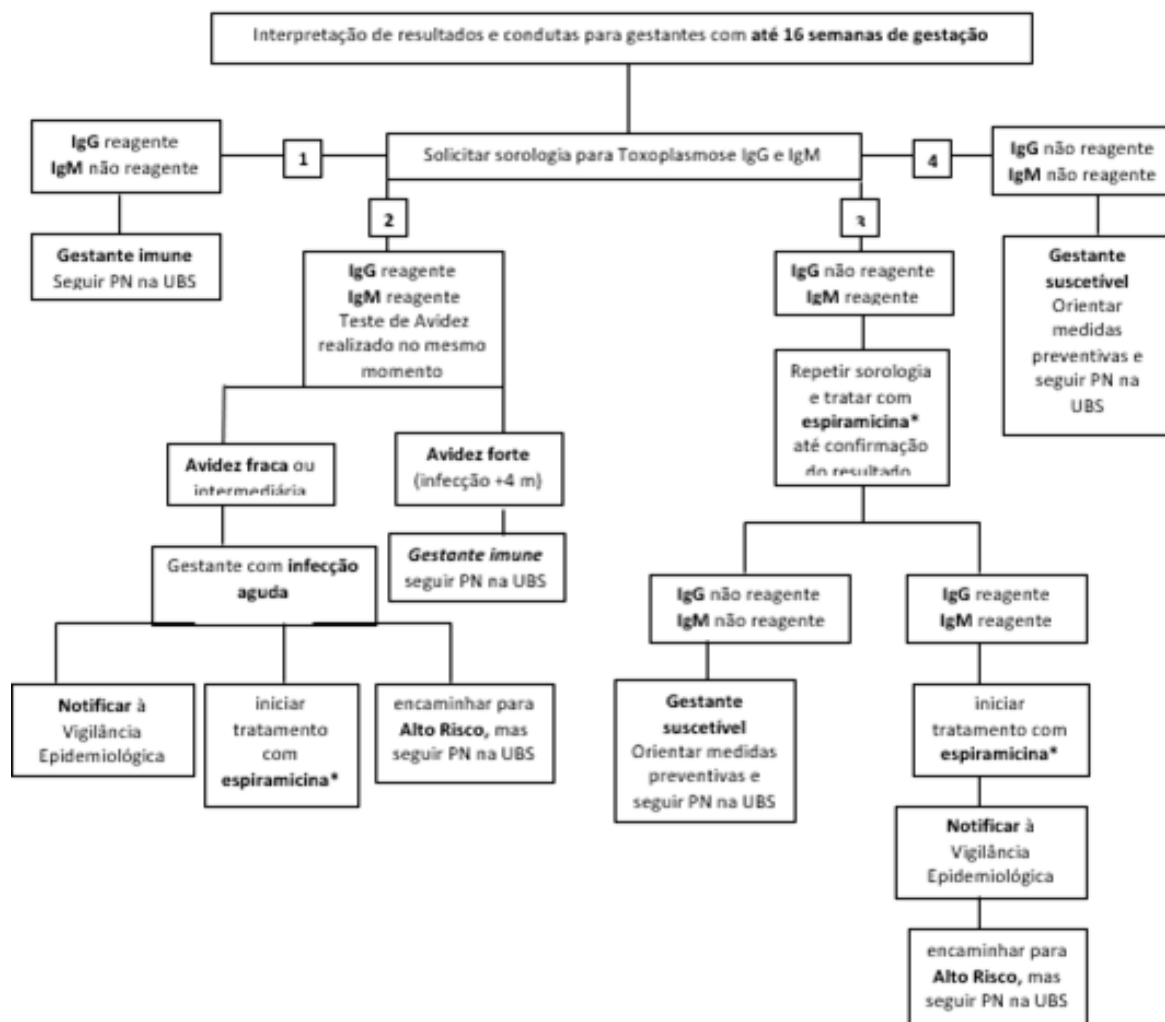
Figura 17 - FLUXOGRAMA SÍFILIS



OBS: testar SEMPRE os parceiros sexuais, conforme **Quadro 5** da Nota técnica de Sífilis adquirida na população em geral e na gestante/puérpera; \* Conforme **Quadro 6** da Nota técnica de Sífilis adquirida na população em geral e na gestante/puérpera

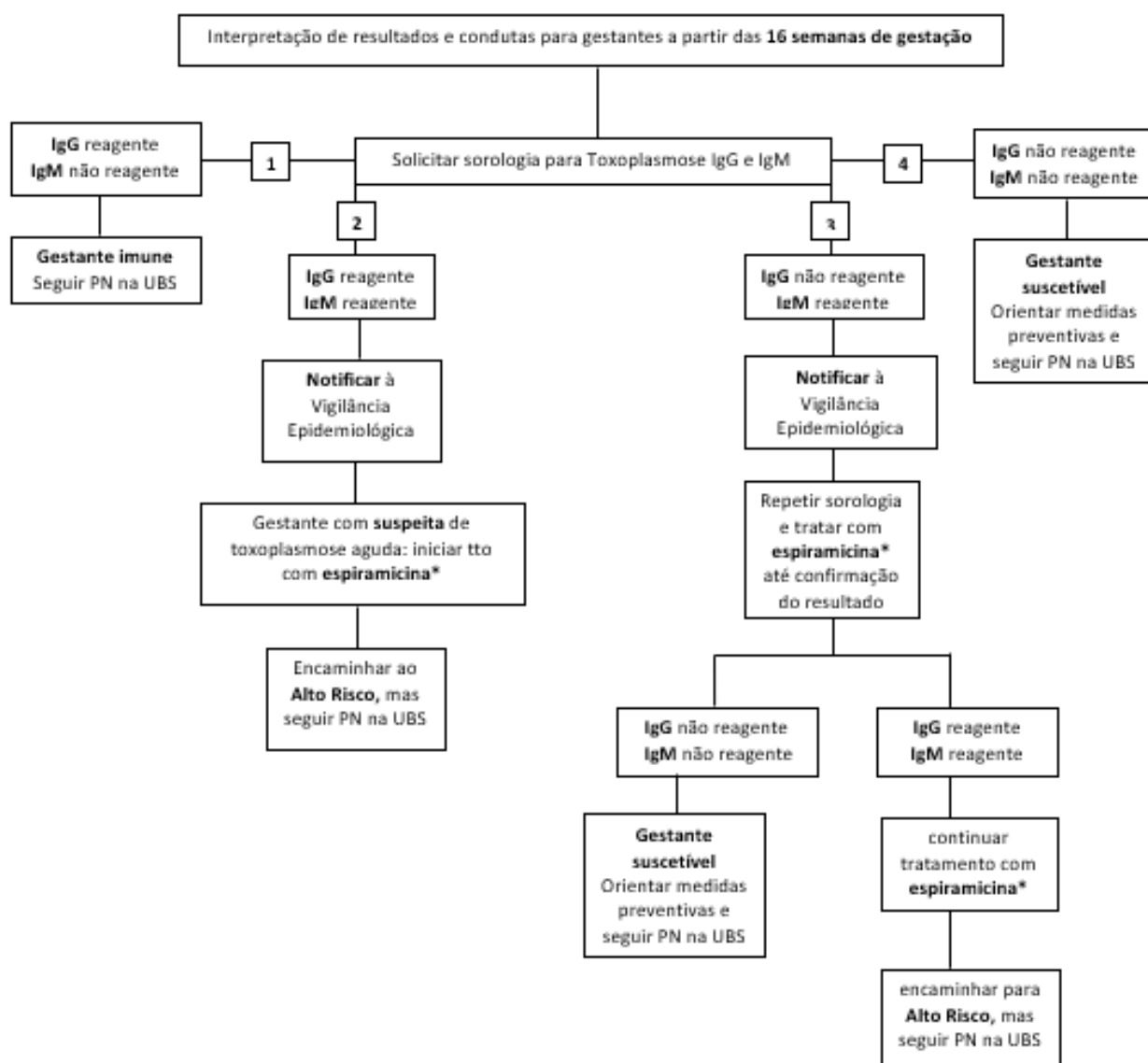
Fonte: Nota Técnica Municipal de Sífilis Adquirida na população geral e na gestante/puérpera, 2021.

Figura 18 – Fluxograma Interpretação de Resultados e condutas Toxoplasmose na Gestação até 16 semanas



**Observação:** incluir idade Gestacional no ETC disponível na farmácia municipal

Figura 19 – Fluxograma Interpretação de Resultados e condutas Toxoplasmose na Gestação após 16 semanas



**Observação:** incluir idade Gestacional no ETC \*disponível na farmácia municipal

## REFERÊNCIAS

- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia Resumo de Atendimento no Pré-Natal de Baixo Risco**. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. 1ª. CRS. Porto Alegre, 2008. Disponível em:< <https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco**. Brasília, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério**. Brasília, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Caderno de Atenção Básica 26. Brasília, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** - 2. ed. Brasília, 2015. 184p.
- BRASIL. **LEI Nº 14.151, DE 12 DE MAIO DE 2021** - Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Brasília, DF. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il
- BRASIL. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020
- BRASIL. **Salário Maternidade Urbano**. Previdência Social. Disponível em: <<https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/salarios-maternidade/salariomaternidade-urbano>> Acessado: 30 nov. 2020.
- COSTA, Helenilce de Paula Fiod, **Prevenção da Doença Perinatal pelo Estreptococo do Grupo B**, Disponível em:< [www.sbp.com.br/SBPEGBCDC2011-2](http://www.sbp.com.br/SBPEGBCDC2011-2)>

DE ALMEIDA, C. A. N.; PIMENTEL, C.; FONSECA, E. B. além da nutrição—o impacto da nutrição materna na saúde das futuras gerações. 2019.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>>

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA. Protocolos Técnicos Assistenciais. 2008.

GODOY, Ana Carolina. Guia de hábitos saudáveis na gestação: ganho de peso, nutrição e exercício físico. Campinas: UNICAMP [s.n.], 2015.

MAHAM, L. Kathleen; ESCOTT – STUMP, Sylvia. Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia. 13ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 1354p.

MANO, Maria Cláudia Moraes. Protocolo Municipal de Assistência Pré-Natal. Campo Bom, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Guia de Atendimento em Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Porto Alegre: SES, 2018, 20 p.

SMS. Nota Técnica sobre Testagem Rápida no Aleitamento Materno – Gabinete do Secretário/SMS Coordenação Municipal de IST, HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose, 2018. Disponível em: [https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/190425140621RECOMENDACAO\\_TESTAGEM\\_RAPIDA\\_DURANTE\\_O\\_ALEITAMENTO\\_MATERNO\\_2018\\_2\\_1.pdf](https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/190425140621RECOMENDACAO_TESTAGEM_RAPIDA_DURANTE_O_ALEITAMENTO_MATERNO_2018_2_1.pdf).

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 06 nov. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: Set, 2021.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tele Condutas Diabetes e Gestação. Faculdade de Medicina – Programa de Pós Graduação em Epidemiologia. Telessaúde/UFRGS, Porto Alegre 2019. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_diabetes\\_gestacao\\_1.3pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_diabetes_gestacao_1.3pdf)

VITOLLO, MR. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 2º ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014, 648p.

**ANEXO D – LAUDO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
**LAUDO RESULTADO DE TESTE RÁPIDO DE  
GRAVIDEZ**

Carimbo da Unidade  
de Saúde

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome completo paciente: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

**TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ**

Amostra: Urina.

Teste:

Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado:** ( ) Não reagente                      ( ) Reagente

**INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO**

1. Resultado REAGENTE: compatível com gravidez
2. Resultado NÃO REAGENTE: Não compatível com gravidez\*

Observação:

Caso persista atraso menstrual, solicitar exame laboratorial Beta HCG.

O laudo, conforme modelo padrão disponibilizado pela SEMSAD, pode ser atestado somente pelo enfermeiro e poderá ser entregue mediante apresentação de documento com foto.

Orientações: ( ) Agendar Início de pré natal  
( ) Realizar exame laboratorial Beta HCG

Profissional que realizou o teste: \_\_\_\_\_

Assinatura/ Carimbo

## ANEXO E – RELAÇÃO DE MEDICAÇÕES ESSENCIAIS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Medicamento	Uso	Apresentação	Posologia	Grau de segurança	
				Gestação	Lactação
<b>Aciclovir</b>	Herpes simples	Comprimido (200 mg)	200 - 400 mg, 5x/dia (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência)	C	D
<b>Ácido acetilsalicílico</b>	Lúpus eritematoso sistêmico Síndrome antifosfolípide, infarto miocárdio	Comprimido 100 mg	100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia)	C/D	C
<b>Ácido fólico</b>	Prevenção de defeitos do tubo neural Anemia Anemia megaloblástica	Comprimido (5 mg)	5mg, 1x semana Anemia: até a cura e durante o puerpério. Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até final da gestação.	A	A
<b>Ácido fólico</b>	Toxoplasmose Feto infectado	Comprimido (15 mg)	1 comprimido, 1x/dia (durante três semanas seguidas, com pausa de três semanas, da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação)	B	B
<b>Metildopa 250mg</b>	Hipertensão arterial	Comprimido (250 mg)	750-2.000 mg/dia (na preconcepção,	B	B

			na gestação e puerpério)		
<b>Amoxicilina</b>	Antibioticoterapia	Cápsula (500 mg) Pó para suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 8/8 horas (de 7 a 10 dias)	B	B
<b>Azitromicina</b>	Antibioticoterapia	Comprimido (500 mg)	500 mg, dose única diária (por 3 dias) 1,5-2 g em dose única	C	B
<b>Carbamazepina</b>	Epilepsia	Comprimido (200 mg) Xarope (20 mg/ml)	200-400 mg, dose única diária	D	B
<b>Cefalexina</b>	Infecção urinária Bacteriúria	Cápsula (500 mg) Suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 6/6 horas (por 7 dias)	B	B
<b>Ceftriaxona</b>	Infecção urinária Cervicite Septicemia	Pó para solução injetável (250, 500 e 1.000 mg)	2-4 g/dia, EV ( de 7 a 10 dias)	B	B
<b>Diazepam</b>	Depressão	Comprimido 5 mg Solução injetável (5 mg/ml)	2-10 mg, 2-4x/dia	D	B
<b>Dipirona</b>	Analgésico; Antitérmico	Comprimido (500 mg) Solução oral (500 mg/ml) Solução injetável (500 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B	B
<b>Espiramicina</b>	Infecção fetal por toxoplasmose	Comprimido (500 mg)	3 g/dia (até o término da gravidez)	B	B
<b>Fenitoína</b>	Epilepsia	Comprimido (100 mg)	100 mg, 3x/dia	D	B
<b>Fenobarbital</b>	Epilepsia	Comprimido (100 mg) Solução oral – gotas (40 mg/ml) Solução injetável (100	100-200 mg, dose única diária	D	D

		mg/ml)			
<b>Furosemida</b>	Diurético	Comprimido (25mg e 40mg) Solução injetável (10mg/ml)	20-80mg, dose única diária	D	D
<b>Hidróxido de alumínio + Magnésio</b>	Pirose	Suspensão oral (35,6 mg + 37 mg/ml)	300-600 mg, 4-6x/dia	C	B
<b>Hioscina/ Butilescopolamina</b>	Cólicas	Comprimido (10 mg)	10-20 mg, 3- 5x/dia	B	D
<b>Insulina humana NPH e regular</b>	Diabetes	Solução injetável (100 UI/ml)	NPH: 0,5 UI/kg/dia Regular: 0,4UI/kg/dia Adaptar segundo critério médico.	B	B
<b>Mebendazol</b>	Helmintíase	Comprimido (150 mg) Suspensão oral (20 mg/ml)	20 mg/dia (por três dias)	C	C
<b>Metoclopramida</b>	Hiperêmese	Comprimido (10 mg) Solução oral (4 mg/ml) Solução injetável (5 mg/ml)	10 mg, 3x/dia (VO, IM ou EV)	B	B
<b>Metronidazol</b>	Infecção puerperal Septicemia Abortamento infectado Corrimento vaginal	Comprimido (250 mg) Creme vaginal 5%	2 g, dose única; Um aplicador/dia, intravaginal (por sete dias).	B	B
<b>Nifedipina</b>	Hipertensão arterial	Comprimido (10 mg)	10-80 mg/dia (segundo critério médico)	C	B
<b>Nitrofurantoína</b>	Infeção urinária	Comprimido (100 mg) Suspensão oral (5 mg/ml)	100 mg, 6/6 horas (por 10 dias)	B/D	D
<b>Paracetamol 500mg</b>	Dor ou febre	Comprimido (500 mg)	500mg 6/6 horas	B	B
<b>Penicilina benzatina</b>	Sífilis	Pó para solução injetável	Até 2.400.000 UI (IM) com	B	B

		(600.000 e 1.200.000 UI)	intervalo de uma semana		
<b>Pirimetamina</b>	Toxoplasmose Feto infectado	Comprimido (25 mg)	25 mg, 8/8 horas (por três dias), seguidos de 25 mg, 12/12 horas (durante três semanas, com intervalo de três semanas, até o termo da gestação)	C	D
<b>Propranolol</b>	Hipertensão arterial Hipertireoidismo	Comprimido (40 e 80 mg/ml)	20-80 mg/dia	C/D	B
<b>Rifampicina</b>	Hanseníase Tuberculose	Cápsula (300 mg)	600 mg, dose única diária	C	B
<b>Sulfadiazina</b>	Toxoplasmose Feto infectado	Comprimido (500 mg)	500-1.000 mg, 6/6 horas	B/D	D
<b>Sulfametoxazol + trimetoprima</b>	Antibioticoterapia	Comprimido (400 + 80 mg) Solução injetável (80 + 16 mg/ml) Suspensão oral (40 + 8 mg/ml)	800 mg de SMZ + 160 mg de TMP, 12/12 horas (de 7 a 10 dias)	C/D	D
<b>Ferro elementar</b>	Anemia	Comprimido (40 mg) Solução oral (25 mg/ml)	200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto)	C/D	B

Fonte: Elaborado pelo autor adaptado da REMUME, 2021

## ANEXO F - MODELO DE PLANO DE PARTO

### Roteiro para o Plano de Parto.

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais.

#### Desejo ser acompanhada durante minha internação pelo (a):

- Marido/parceiro/pai do bebê                       Mãe  
 Amiga(o)     Outros \_\_\_\_\_  
 Ninguém

#### Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos e/ou intervenções a serem realizados comigo e com meu bebê:

- Sim     Não

#### Desejo ter como opção os seguintes métodos para relaxamento e alívio da dor:

- Massagem     Exercícios respiratórios  
 Banho de chuveiro                               Movimentar e/ou andar  
 Exercícios de relaxamento com a bola               Aromaterapia  
 Analgesia medicamentosa (importante ser informada das drogas que estão disponíveis)

#### Desejo me manter hidratada e ingerir alimentos leves, tais como:

- Água                       Sucos                       Chás                       Gelatina

#### Desejo que seja cuidada a ambiência, para me tranquilizar e me ajudar a relaxar durante o trabalho de parto e parto:

- Desejo um ambiente com pouca luminosidade e ruídos  
 Desejo ouvir música

**Desejo que na hora do nascimento sejam evitadas tanto a manipulação do períneo quanto a realização de episiotomia. Se houver necessidade clínica para a realização de tal procedimento, gostaria que me informa-se antes de realizá-lo.**

- Sim                       Não

**Ao nascer, o bebê é acolhido pelo profissional que assiste o parto e deve ser bem secado e logo em seguida ser colocado junto à mãe, favorecendo o**

**contato pele a pele, antes mesmo de cortar o cordão umbilical. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto à mãe durante toda a internação hospitalar. Você deseja amamentar seu bebê imediatamente após o nascimento?**

Sim       Não

**Se a cesariana for necessária, gostaria que permanecessem os cuidados com a ambiência, colocassem o bebê em contato pele a pele e que eu tenha a presença do acompanhante.**

Sim       Não

Estou ciente e orientada sobre as recomendações e escolhas relacionadas ao parto, e desejo receber atenção humanizada e respeitosa no nascimento do meu bebê. Grata.

---

Assinatura da parturiente

---

Assinatura médico / equipe Plantonista

Modelo Adaptado da Carteira de Gestante do Município de Uberlândia-MG e de Florianópolis-SC, 2020

## 4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

ANA MARIA PEDROLO RIBEIRO – Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional em Saúde – Centro de Saúde Escola Murialdo - Escola de Saúde Pública do RS.

ANA PAULA MAIA – Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Oncologia.

ARLETE FÁTIMA FONTANA STEINMETZ – Enfermeira.

CLÁUDIA HELENA LINDENMEYER – Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva-UFRGS, Mestranda em Enfermagem - Unisinos

FABIANA CHEILA RIBEIRO- Farmacêutica

FERNANDA DE FREITAS BERTÃO - Doutoranda do 5º ano de medicina na UNISINOS em Medicina de Família e Comunidade.

GABRIELA BARNARD DIAS - Médica, especialista em Medicina de Família e Comunidade.

GUSTAVO ZENI - Doutorando do 5º ano de medicina na UNISINOS em Medicina de Família e Comunidade.

JANAINA ELY MULLER - Médica, especialista em Medicina de Família e Comunidade.

LISÂNIA KAEFER – Enfermeira, Especialista em Saúde Comunitária.

MARIANA DO COUTO SOARES - Enfermeira, Residente do Programa Multiprofissional em Atenção Básica pela UNISINOS

MIRIAM KORENOWSKI - Enfermeira

MURILO SANTOS DE CARVALHO - Fisioterapeuta, residente do Programa Multiprofissional em Atenção Básica pela UNISINOS.

NORA HELENA VIERO – Enfermeira.

RAQUEL OLIVEIRA PINTO – Enfermeira, Residência em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, Mestre em Saúde Coletiva – UNISINOS.

ROSANE LILIANE GUERRA DE MELLO – Especialização em Saúde Pública pela Escola de

Saúde Pública do RS (ESP-RS), Sanitarista pela Escola de Saúde Pública do RS, Especialista em Saúde da Família pela UNISINOS.

SHEILA RIBEIRO - Enfermeira

SILVANA CRISTINA FORNARI -  
Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Desportiva.

TATIANA CAPOVILLA DA SILVA -  
Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Oncologia.

No atendimento em saúde da mulher deve ser estimulado e oferecido um conjunto de ações essenciais que incluem as seguintes medidas:

- Realizar consulta de enfermagem ou médica com coleta de exame citopatológico (CP) e exame clínico das mamas, ampliando a cobertura das atividades de rastreamento e controle do câncer de colo uterino e de mama, conforme o Caderno de Atenção Básica n. 13 (BRASIL, 2006);
- Utilizar o cartão da mulher, anotando os resultados dos CPs e Mamografias (MMG), bem como o método anticoncepcional usado;
- Verificar PA de todas as pacientes antes da consulta;
- Realizar teste rápido com aconselhamento pré e pós-teste (sífilis, HIV, hepatite B e C) ampliando as atividades de rastreamento e controle das ISTs;
- Solicitar Mamografia Bilateral, conforme o Caderno de Atenção Básica n. 13 (BRASIL, 2006) e lei 11.664 (BRASIL, 2008);
- Tratar vulvovaginites e demais ISTs, enfatizar a adesão ao tratamento, orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido; informar quanto à necessidade de interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas; encorajar a mulher a comunicar a(os) seus/suas últimos/as parceiro/as sexuais para que possam ser atendidos e tratados;
- Vacinar contra hepatite B (conforme calendário vigente) e demais vacinas do calendário de vacinação nacional;
- Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso.

#### 4.1 Exame preventivo e câncer de colo de útero

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdômen inferior, por trás da bexiga, na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Essa última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal.

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco - epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ectocérvice como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menacme, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse – ectopia ou eversão.

Vale ressaltar que a ectopia é uma situação fisiológica e por isso a denominação de "ferida no colo do útero" é inapropriada. Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas – escamosas –, dando origem a um novo epitélio, situadas entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação.

Nessa região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona que se localizam mais de 90% das lesões cancerosas do colo do útero.

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos. Desta forma, é uma doença de crescimento lento e silencioso, caracterizada por uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras são por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero. Progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio

invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil. Nessa fase os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor.

A Atenção Básica tem papel fundamental no rastreamento e monitoramento de mulheres para realização do exame citopatológico e as equipes de saúde podem realizar busca ativa e educação permanente, visando impactar positivamente na redução da morbimortalidade por esta doença. (BRASIL, 2016)

#### 4.2 Público Alvo e Periodicidade do Exame Citopatológico de Colo de Útero

Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas (BRASIL, 2016; INCA, 2021).

Quadro 22 – Público Alvo para coleta de exame citopatológico

<b>Idade</b>	Mulheres com vida sexual ativa dos 25 anos até os 64 anos, independente da orientação sexual, ou conforme indicação técnica
<b>Intervalo</b>	Se obtiverem dois exames consecutivos, com intervalo anual e resultado negativo para malignidade, o intervalo entre os exames pode ser de até 3 anos.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

Caso apresentem sinais ou sintomas antes da idade preconizada, pode-se realizar a coleta e avaliação de acordo com a queixa (INCA, 2016; BRASIL, 2020)

Mulheres após 64 anos que nunca realizaram exame citopatológico, devem obter dois exames com intervalo de 1 a 3 anos para serem dispensadas da necessidade de realizar exames de rotina (BRASIL, 2016)

Quadro 23 – População que devem realizar coletar exame citopatológico

Gestantes, de preferência no segundo trimestre	Mulheres histerectomizadas total ou parcialmente
Mulheres imunossuprimidas- infectadas pelo vírus HIV; imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamento de câncer e em uso crônico	Mulheres virgens ou que não possuem vida sexual ativa: o exame deverá ser realizado com virginoscópio.

de corticoesteróides.	
Mulheres que fazem sexo com mulheres	Homens Transexuais e transmasculinidade

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

### 4.3 Coleta do Exame Citopatológico do Colo do Útero

É uma técnica de coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo por meio da espátula de Ayre e a escovinha endocervical, respectivamente. Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnóstico (UFRGS, 2020)

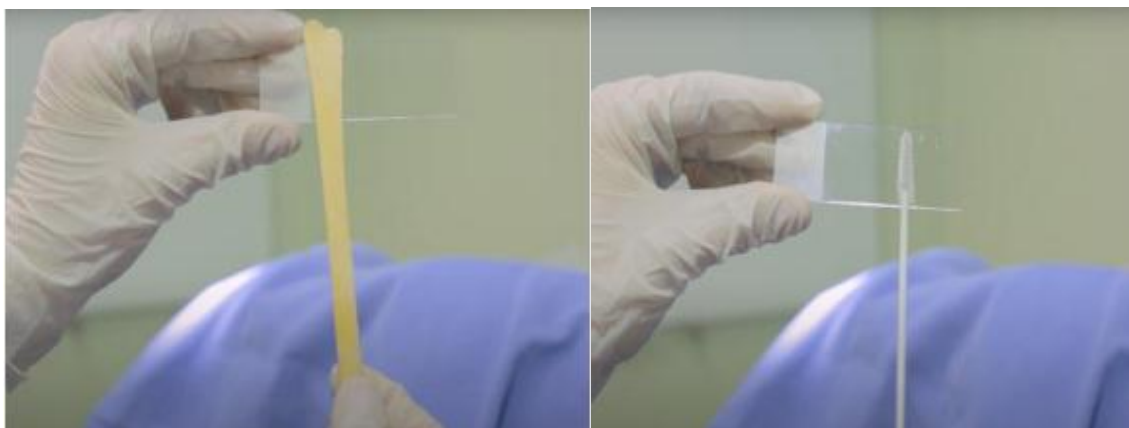
Para a realização do exame recomenda-se à paciente:

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou realizar exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;
- Evitar relações sexuais durante 48h antes da coleta quando são utilizados preservativos com lubrificantes ou espermicidas. A presença de espermatozóide não compromete a avaliação microscópica.
- A coleta deve ser realizada preferencialmente na ausência da menstruação e 5 dias após a término da mesma, caso esta seja a única oportunidade. A menstruação não impede a coleta do exame caso esta seja a única oportunidade. Caso aconteça podem-se adicionar gotas de ácido a 2% à solução fixadora, buscando melhorar a qualidade da amostra.

No acolhimento e na oferta de agendamento do exame citopatológico, as mulheres devem receber orientações para o dia da coleta de exames. Estas orientações podem ser solicitadas dentro do pedido da papelaria para o almoxarifado da Secretária de Saúde.

### 4.3.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Figura 20 - Esquema para esfregação na lâmina



Fonte: Telessáude-UFRGS, RS 2020

- I. Identificar na extremidade fosca da lâmina com lápis, as iniciais do nome da usuária e seu número de registro da Unidade;
- II. O profissional de saúde deve lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel-toalha, antes e após o atendimento;
- III. Solicitar que a mulher esvazie a bexiga;
- IV. A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada;
- V. O profissional de saúde deve colocar a luva de procedimento. Iniciar a primeira fase do exame sob boa iluminação (foco de luz), observando atentamente, os órgãos genitais externos, com atenção à distribuição dos pelos; à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações;
- VI. Colocação do espécuro: coloca-se o espécuro, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada (pequeno, médio ou grande). **Não deve ser usado lubrificante, exceto em casos selecionados, principalmente em mulheres idosas com vaginas extremamente ressecadas. Recomenda-se molhar**

**o espéculo com soro fisiológico. Introduzi-lo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado.** Faça uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente de maneira que o colo do útero fique exposto completamente.

- VII. Após a abertura do espéculo, observar as características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico citopatológico. Fazer as anotações pertinentes na requisição do exame citopatológico e no prontuário individual da paciente.
- VIII. Coleta do Material: deve ser realizada na ectocérvice. Coleta dupla em lâmina única.
- IX. Coleta da ectocérvice: utiliza-se espátula de madeira tipo espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina. Exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra. Após, estender o material de maneira uniforme, dispondo-o no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca. Vale lembrar que o esfregaço deve ser feito no lado da lâmina onde se encontra a região fosca.
- X. Coleta da endocérvice: utiliza-se a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360 graus, percorrendo todo o contorno do orifício cervical. Colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal. Distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço

uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular, sendo imediatamente fixados.

- XI. Fixação do Esfregaço: o esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado com Spray de Polietilenoglicol para evitar o dessecamento do material a ser estudado. É importante observar a validade do fixador. Borrifa-se a lâmina, imediatamente após a coleta, com Spray fixador, a uma distância de 20 cm. Deixa-se secar ao ar livre, sobre um suporte apropriado e a acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas para o transporte ao laboratório, que deve acontecer semanalmente.
- XII. Teste de Schiller: é realizado com lugol após a coleta do material. É de suma importância, pois tem a finalidade de localizar áreas do epitélio escamoso desprovidas de glicogênio, que tomarão tonalidade suave de amarelo-mostarda com limites nítidos. Em contraposição, o restante do epitélio (rico em glicogênio) adquirirá uma coloração marrom-escuro. Este teste é negativo quando todo epitélio escamoso torna-se marrom-escuro. É positivo, quando uma ou mais áreas (bem delimitadas) adquirirem coloração amarelo-mostrada, isto é, iodo negativo. Quando o exame for positivo, encaminhar para a colposcopia. Vale lembrar que o epitélio colunar não é corado completamente com lugol, o que não significa anormalidade ou teste positivo.
- XIII. Conclusão do Procedimento: fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher. Retire-o delicadamente inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais. Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que o sangramento cessará sozinho; enfatizar a importância e o período do retorno para o resultado.
- XIV. Observações: por vezes, em decorrência do déficit estrogênico, a visibilização da junção escamo-colunar e da endocérvice pode encontrar-se prejudicada, assim como pode

haver dificuldades no diagnóstico citopatológico devido à atrofia do epitélio. Uma opção seria o uso de cremes de estrogênio intravaginal, de preferência o estriol, devido à baixa ocorrência de efeitos colaterais, por 14 dias antes do exame, aguardando um período de 3 a 7 dias entre a suspensão do creme e a realização do preventivo.

#### **4.4 Promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres com deficiência**

O desenho universal para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres com deficiência também pode ser alcançado com a adequação das normas técnicas brasileiras para equipamentos de saúde (como macas e camas ginecológicas ajustáveis), visando torná-los acessíveis a todas.

Os serviços de assistência integral à saúde sexual e reprodutiva das mulheres na Atenção Primária incluem planejamento familiar, atenção à maternidade, prevenção e gestão da violência sexual e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, além da prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS, a partir do uso de medicamentos.

De acordo com o que propõe a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que “redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizam as equipes habilitadas”, outra possibilidade para realização de CP para mulheres com deficiência física é a oferta de cuidado no domicílio, o que também pode favorecer aquelas que não conseguem ir ao serviço da Atenção Primária de seu bairro por conta de impedimentos.




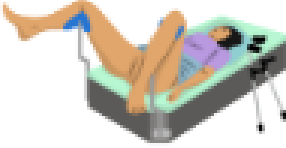
É importante que o profissional de saúde respeite a pessoa com deficiência e ofereça oportunidades para que ela e o (a) cuidador (a) que a acompanha e colaborem nas tomadas de decisões sobre cuidado integral.

##### **4.4.1 CUIDADOS À MESA GINECOLÓGICA:**

Algumas posições alternativas podem auxiliar na execução dos exames preventivos ginecológicos em mulheres com deficiência, tanto no consultório quanto no domicílio, proporcionar-lhes maior conforto, como mostrado a seguir por Kaplan

C., 2006:

Quadro 24 – Posições alternativas para a coleta de exame citopatológico

	<p><b>Posição em forma de diamante:</b> a mulher com deficiência fica deitada, com os pés juntos e os joelhos dobrados cada um para o lado. Esta posição pode ser útil para uma mulher com deficiência física que não consegue erguer os pés em estribos</p>
	<p><b>Posição em forma de M:</b> A mulher com deficiência física fica deitada com os pés sobre a mesa ginecológica. É uma posição útil para quem necessita ter o corpo inteiro apoiado na mesa.</p>
	<p><b>Posição em V:</b> A mulher deve ficar deitada com as pernas em posição em V para os lados. Esta posição serve para quem não consegue levantar as pernas ou dobrar os joelhos.</p>
	<p>Utilizar suportes acolchoados sob os joelhos para proporcionar mais conforto para as mulheres, ao invés dos estribos de pé.</p>

Fonte: KAPLAN C, 2006.

Uma consideração importante a se fazer é que a escolha por uma ou outra posição deve ser feita de acordo com o pedido da mulher ou com a maneira que ela se mostrar mais confortável. Por isso, pergunte e sempre peça a permissão dela.

Existe uma crença generalizada que as pessoas com deficiência apresentam um grau significativo de necessidades de saúde não satisfeitas. Deve-se ter cuidado em torno das presunções sobre a deficiência, tanto nos casos em que profissionais da saúde presumem que pessoas com deficiência adultas não têm uma vida sexual ativa e, por isso, excluem-nas da informação sobre saúde e triagem para HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, quanto no caso das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

#### 4.5 Qualidade da coleta

O colo uterino é formado pela endocérvice e a ectocérvice, com uma Junção Escamo Colunar (JEC), podendo ser sua localização alterada de acordo com o estado hormonal em que as mulheres se encontram. Na coleta de citopatológico, espera-se que sejam encontradas células representativas dos epitélios que compõem o colo uterino, tais como (UFRGS, 2020):

Quadro 25 – Tipos de células encontradas na coleta de exame citopatológico

<b>Células escamosas -</b>	tipos celulares presentes na ectocérvice.
<b>Células glandulares -</b>	tipos celulares presentes na endocérvice.
<b>Células metaplásicas -</b>	tipos celulares presentes na JEC. A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da JEC, tem sido considerada indicador da qualidade da coleta, por ser nesse local onde se situa a maioria dos cânceres do colo

	do útero.
<p><b>Observação: A presença de metaplasia não indica lesão e não requer nenhuma alteração na rotina de rastreamento ou encaminhamentos.</b> A metaplasia é um processo fisiológico do colo do útero, que é dinâmico e responsivo hormonalmente.</p>	

Fonte: Adaptado de UFRGS, 2020.

Para que a cobertura e rastreamento para o Câncer de Colo de útero seja garantido é necessário que se realize o acompanhamento do percentual de lâminas classificadas como “Coleta Insatisfatória” em relação ao total de coletas realizadas, a fim de avaliar a qualidade dos laboratórios e acompanhar os indicadores do município.

A amostra insatisfatória é aquela cuja leitura esteja prejudicada (mais de 75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular, ou ainda por material acelular ou hipocelular (menos de 10% do esfregaço). Nestes casos deve-se repetir o exame entre 6 e 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório. (UFRGS, 2020)

Quadro 26 – Classificação e conduta resultados coleta de citopatológico

<b>Resultado</b>	<b>Conduta</b>
<p><b>Amostra Satisfatória</b> Amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.</p>	Manter rotina de rastreamento.
<p><b>Amostra insatisfatória</b> As amostras são consideradas insatisfatórias devido a presença de material acelular ou hipocelular (75% do esfregaço).</p>	O exame deve ser repetido em <b>6 a 12 semanas com correção</b> , quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

<p><b>Esfregaços normais somente com células escamosas</b></p>	<p>Repetir com intervalo de <b>um ano</b>.          Havendo dois exames normais anuais consecutivos, o rastreamento de rotina pode ser retomado. Caso o resultado do exame evidencie alteração, mesmo sem a presença da JEC, seguir a recomendação de conduta de acordo com o achado. É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.</p>
--	---

Fonte: UFRGS (2020), adaptado de Brasil e INCA (2012)

#### 4.5 Alterações Benignas e Ativas ou Reparativas do Exame Citopatológico

- a) **Inflamação sem identificação de agente:** caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos, e químicos como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intra-uterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo de exsudato linfocitário ou reações alérgicas representadas pela presença de eosinófilos são observados. Conduta Clínica: havendo queixa clínica de secreção anormal, a mulher deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Os achados comuns são ectopias, vaginites, vaginoses e cervicites. O tratamento deve seguir recomendação específica. Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico.
- b) **Metaplasia Escamosa Imatura:** a palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira buscando caracterizar

que esta apresentação é considerada como do tipo inflamatório, entretanto o epitélio nessa fase está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV. Conduta Clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

- c) **Reparação:** decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por qualquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do Vírus do Papiloma Humano (HPV). Conduta Clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.
- d) **Atrofia com inflamação:** após avaliação da sintomatologia e do exame ginecológico, podem ser utilizados cremes vaginais contendo estrogênios. Conduta Clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.
- e) **Radiação:** nos casos de Câncer do Colo, o exame citopatológico deve ser realizado para controle de possível persistência de neoplasia residual ou de recidiva da neoplasia após tratamento radioterápico. Condutas Clínicas: nos casos em que a citopatologia diagnosticar lesão intraepitelial (LIE), o que pode acontecer após tratamento radioterápico a conduta deverá ser a mesma indicada para lesão intraepitelial em mulheres submetidas a esse tratamento e deve ser seguida de acordo com o grau da LIE.
- f) **Achados Microbiológicos de Lactobacillus sp, cocos e outros bacilos:** são considerados achados normais, fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento.

Quadro 27 – Resultados Citológicos Sem alterações

Resultado	Conduta
<p>Dentro dos limites da normalidade</p> <p>Metaplasia escamosa imatura</p> <p>Reparação</p> <p>Alterações celulares benignas reativas ou reparativas</p> <p>Achados microbiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Lactobacillus sp</i></li> <li>- Cocos</li> <li>- Bacilos supraplasmáticos (<i>Gardnerella/Molbilluncus</i>)**</li> <li>- <i>Candida sp</i>**</li> </ul> <p>Atrofia com inflamação</p> <p>Indicativo de Radiação</p> <p>Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após menopausa</p>	<p><b>Exame Normal</b></p> <p>Seguir Rotina de Rastreamento,</p> <p> </p> <p>** Avaliar presença de sinais e sintomas.</p>

Fonte: UFRGS (2020), adaptado de INCA (2016)

#### 4.6 TRATAMENTO DE ALTERAÇÕES DE EXAME CP E IST

Quadro 28 – Resultados Citológico com presença de sinais e sintomas

		Causa			Como avaliar/tratar			
Agente Etiológico		Características Clínicas	Teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento Medicamentoso	Alternativa	Gestante/Nutrizes	Observações
Mucorreia	Fisiológico	No exame especular mostra ausência de inflamação vaginal e muco claro e límpido.	Exame de microscopia a fresco sem alterações infamatórias, números de leucócitos normais. O Ph normal, entre 4,0 e 4,5.	Orientação sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.				
Vaginose Citolítica	Síndrome de crescimento excessivo do <i>lactobacillus</i> ou citólise de Doderlein.	Prurido vaginal Queimação vaginal; Dispaurenia; Disúria	Exame de microscopia a fresco: aumento do número de lactobacilos e escassez	Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras de água morna com -2 colheres de sopa de bicarbonato de				O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o Ph vaginal.

		terminal; Corrimento branco abundante (piora na fase lútea).	de leucócitos; - Evidência de citólise; -O Ph entre 3,5 e 4,5.	sódio) 2x semana, a cada 2 semanas.				
Candidíase Vulvovaginal	<i>Cândida spp</i> <i>Cândida</i> <i>albicans</i> (é a mais frequente)	Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; Sem odor; Prurido vaginal intenso; Edema de vulva; Hiperemia de mucosa; Dispaurenia de introito.	Ph vaginal <4,5; Teste das aminas negativo; Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de levedura; Leucócitos frequentes.	Orientar medidas higiênicas; Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir a umidade na região vaginal); Evitar calças apertadas; Retirar roupa íntima para dormir.	<b>A primeira escolha é via vaginal:</b> Miconazol creme 2%- um aplicador(5g) à noite, ao deitar, por 7 dias; <b>Ou</b> Clotrimazol creme 1% um aplicador(5g) à noite, ao deitar, por 7 dias; ou óvulos 100mg, um aplicador à noite, ao deitar-se dose única; <b>Ou</b> Tioconazol creme a 6% um aplicador(5g) à noite; ou por 7 dias; ou óvulos 300mg uma aplicação a noite, dose única; <b>Ou</b> Nistatina 1000.000UI um aplicador à noite ao deitar-se, por 14 dias;	Miconazol creme 2%- um aplicador(5g) à noite, ao deitar, por 7 dias; <b>Ou</b> Nistatina 1000.000UI um aplicador à noite ao deitar-se, por 14 dias; <b>Ou</b> Clotrimazol Também é uma opção para gestantes e nutrizes.	A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, são resistentes aos tratamentos habituais; Reforçar medidas higiênicas; Investigar doenças imunossupressoras Fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses;	

				<p>A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistente ao tratamento tópico.</p> <p>Fluconazol 150mg, VO, dose única;</p> <p><b>Ou</b></p> <p>Itraconazol 200mg, VO, a cada 12h, por 1 dia.</p>		<p><b>Ou</b></p> <p>Itraconazol 400mg, VO, 1x/mês, por 6 meses;</p> <p><b>Ou</b></p> <p>Cetoconazol, 100mg, VO, 1x/dia, por 6 meses.</p> <p>Caso persista encaminhar para ser avaliada na média e alta complexidade, pois, muitas vezes, o quadro é sugestivo de candidíase de repetição, mas e trata de outras doenças que curam com prurido vulvar.</p> <p><b>Tratar parceiro somente se for sintomático.</b> Nos demais casos este tratamento não traz benefícios.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Vaginose Bacteriana	<p><i>Gardnerella vaginalis</i></p> <p><i>Mycoplasma hominis</i></p> <p><i>Peptococcus</i> e outros <i>anaeróbicos</i></p>	<p>Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante período menstrual.</p> <p>Sem sintomas inflamatórios</p>	<p>Ph vaginal superior a 4,5;</p> <p>Teste das aminas positivos;</p> <p>Liberação de odor fétido com KOH a 10%;</p> <p>Clue cells; Leucócitos escassos; Corrimento homogêneo e fino.</p>		<p><b>Via oral:</b> Metronidazol, 500mg, VO, a cada 12h, por 7 dias;</p> <p><b>Ou</b></p> <p><b>Via Vaginal:</b> Metronidazol gel vagina, 100mg/g, 1 aplicador (5g), 1x/dia por 5 dias;</p> <p><b>Ou</b> Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5g), 1x/dia por 7 dias.</p>	<p><b>Via oral:</b> Clindamicina, 300mg, VO, a cada 12horas, por 7 dias;</p> <p><b>Ou</b></p> <p><b>Via intravaginal:</b> Clindamicina óvulos, 100mg, 1x/dia por 3 dias.</p>	<p><b>Via oral:</b> (independente da idade gestacional e nutrízes)</p> <p>Metronidazol, 250mg, VO, a cada 8h por 7 dias;</p> <p><b>Ou</b> Metronidazol 500mg, via oral, a cada 8 horas, por 7 dias;</p> <p><b>Ou</b> Clindamicina, 300mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.</p> <p><b>Ou</b></p> <p><b>Via intra vaginal:</b> Clindamicina óvulos, 100mg, 1x/dia, por 3 dias;</p> <p><b>Ou</b> Metronidazol gel a</p>	<p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado; Orientar quanto ao efeito <i>antabuse</i>. Não fazer uso de bebidas alcoólicas antes, durante e após tratamento; Puérperas e nutrízes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.</p>

							0,75% aplicador(5g), 1x/dia, por 5 dias.	1	
Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<p><b>Secreção vaginal:</b> Amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.</p> <p><b>Outros sintomas:</b> Prurido intenso, edema de vulva, disparenuria, colo com petéquias e em ramboesa.</p> <p><b>Menos frequente:</b> Disúria</p>	No exame a fresco; Presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes Teste de aminas negativo ou fracamente positivo; Ph vaginal > 4,5		<p>Fornece informações sobre ISTe sua prevenção; Ofertar teste para HIV, Sífilis, Hepatite, gonorreia e clamídia (quando disponível). Ofertar preservativos e gel lubrificante; Ofertar vacinação contra Hepatite B; Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para HIV, quando indicado; <b>Convocar e tratar a parceria sexual;</b> Notificação das IST, conforme</p>	<p>Metronidazol 2g, VO dose única; <b>Ou</b> Metronidazol 500mg, VO, a cada 12h por 7 dias; <b>Ou</b> Metronidazol, 250mg, VO, a cada 8h por 7 dias. <b>Ou</b> Secnidazol 2g, VO, dose única; <b>Ou</b> Tinidazol 2g, VO, dose única.</p>	<p><b>Via oral:</b> (independentemente da idade gestacional e nutrízes) Metronidazol 2g, VO, dose única; <b>Ou</b> Metronidazol, 250mg, VO, a cada 8h por 7 dias; <b>Ou</b> Metronidazol 500mg, via oral, a cada 12 horas, por 7 dias;</p>	<p>Orientar quanto ao efeito antabuse e o uso de álcool com todas as três drogas; Não fazer uso de bebidas alcoólicas antes, durante e após o tratamento; <b>TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única;</b> Atenção: 50% dos casos são assintomáticos.</p>	

					portaria nº1.271, de 6 de junho de 2014.			
Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente, também pode ocorrer: Presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente	Ao exame preventivo pode ocorrer dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab.		Ceftriaxona 500mg IM, dose única + Azitromicina 500mg 2 cp VO, dose unica  Retratamento:  Ceftriaxona 500mg IM,dose única + Azitromicina 500mg, 4 cp VO, (total 2g) Dose única	Azitromicina 500mg, 4 cp VO, (total 2g) Dose unica	<b>Primeira escolha:</b> Ceftriaxona 500mg, IM, dose única; Segunda escolha: <b>Ou</b> Ceftriaxona 500mg IM, dose única + Azitromicina 500mg 2 cp VO, dose unica <b>Ou</b> Cefixima 400mg, dose única.	<b>-TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única;</b> -Devido à possibilidade de infecção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justificando-se o <b>tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos;</b> As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas,

								incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.
Clamídia	<i>Chlamydia Trachomatis</i>	Avaliar presença de sinais e sintomas como corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, disúria e cervicite	Dor a mobilização do colo, friabilidade e/ou sangramento do colo do útero		Azitromicina 1g, VO, dose única; <b>OU</b> Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 a 10 dias.	Eritromicina estearato 500mg, VO a cada 6 horas, por 7 dias; Ou -Eritromicina estearato 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias;	<b>Primeira escolha:</b> Azitromicina 1g, VO, dose única, <b>Segunda escolha:</b> Amoxicilina 500mg, VO a cada 8h, por 7 dias;	OBS: Considerar sempre confecção com gonorreia. (realizar tratamento para ambas).

Fonte: Adaptada de BRASIL, 2020.

Quadro 29 – Tratamento de Herpes Genital

Condição Clínica	Tratamento	Comentários
<b>Primeiro episódio</b>	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3X/dia, por 7 – 10 dias + Aciclovir 50mg/g creme para uso tópico 5x ao dia, por 5 dias <b>ou</b> Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5X/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h), por 7 – 10 dias ou Fanciclovir 250mg 1cp VO, de 8/8hs (se genital) ou 125mg de 12h/12h (se extragenital) por 7 a 10 dias, (Se primoinfecção)	Iniciar tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
<b>Recidiva</b>	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3X/dia, por 5 dias <b>ou</b> Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2X/dia, por 5 dias ou Fanciclovir 125mg de 12h/12h por 5 dias (se recorrência para ambos) ou Fanciclovir 1,5g (3cp de 500mg) dose única	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodromico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
<b>Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)</b>	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2X/dia, por até seis meses, podendo ser prolongado por até 2 anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano).  Indicada a avaliação periódica de função renal e hepática.

<b>Herpes genital em imunossuprimidos</b>	Aciclovir endovenoso, 5 – 10mg/Kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em casos de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticóides, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
<b>Gestação</b>	<p>Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio.</p> <p>Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram freqüentes no período gestacional, pode-se realizar terapiasupressiva, a partir da 36ª semana.</p> <p><b>Tratamento: Aciclovir 400mg, VO, 3X/dia associação/ou Aciclovir 50mg/g creme para uso tópico 5x ao dia, por 5 dias (Primoinfecção)</b></p>	
<p><b>Tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente. Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário. A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados. É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.</b></p>		

Fonte: Adaptada de BRASIL, 2020.

Quadro 30 – Tratamento de Cancroide, LGV e Donovanose

IST	Primeira opção	Alternativa	Comentários
<b>Cancroide</b>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única  <b>Ou</b> Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas de higiene.  O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
<b>Linfogranuloma venéreo</b>	Doxiciclina 100mg, 1 comprimidos, VO, 2X/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1X/semana, por 21 dias <b>(Preferencial nas gestantes)</b>	As parcerias sexuais devem ser tratadas, se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo:  Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única  <b>Ou</b> Doxiciclina 100mg, 1 comprimidos, VO, 2X/dia, por 7 dias  O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
<b>Donovanose</b>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1X/semana, por pelo menos três semanas, o até a cicatrização das lesões	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2X/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões  <b>Ou</b>	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3X/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.  Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos, o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.

		<p>Ciprofloxacino 500mg, 1e 1/2 comprimido, VO, 2X/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total 750mg)</p> <p><b>Ou</b></p> <p>Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2X/dia, por no mínimo 3 semanas ou até a cicatrização das lesões.</p>	<p>O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.</p> <p>Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.</p>
--	--	--	---

Fonte: Adaptada de BRASIL, 2020.

As lesões causadas pela infecção do Papiloma vírus Humano - HPV são polimórficas, pontiagudas denominadas condiloma acuminado. **O tratamento indicado para as lesões de HPV na Atenção Básica é a aplicação de ácido tricloroacético (ATA) a 80% - 90% em solução alcoólica nos condilomas.** Realizar aplicação em pequenas quantidade, com cotonete ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se observar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão neutro ou bicabornato de sódio. A frequência indicada de tratamento ocorrerá de acordo com a lesão, se necessário poderá ser repetida semanalmente (BRASIL, 2016)

Para lesões maiores, ou não melhora após o tratamento, encaminhar ao médico ginecologista. As enfermeiras podem realizar aplicação de ATA nas unidades básicas de saúde de acordo com o Parecer nº 33/2014/COFEN/CTLN.

Quadro 31 – Recomendações preconizadas para o rastreamento do câncer do colo de útero, mediante resultados de exame citológico.

RESULTADOS		O QUE FAZER:	
<b>Atipias de significado indeterminado</b>	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	<p><b>&lt;25 anos:</b> Repetir citologia em 3 anos. Caso se mantenha essa atipia antes dos 25 anos, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos. A partir dos 25 anos, se a citologia se mantiver ASC-US ou de maior gravidade, encaminhar para colposcopia.</p> <p><b>Entre 25 e 29 anos:</b> Repetir citologia em 12 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.</p> <p><b>≥30 anos:</b> Repetir citologia em 6 meses. Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.</p> <p>Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia (ginecologia).</p>
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Encaminhar com laudo do CP para Colposcopia.
		Provavelmente não neoplásicas	Encaminhar com laudo do CP para Colposcopia e repetir CP semestral.
		Não se pode afastar lesão de alto grau	
	Em células granulares ou de origem indefinida		
Atipia em células escamosas: <b>Lesão intraepitelial de baixo</b>			<b>&lt;25 anos:</b> Repetir citologia em 3 anos ou quando completar 25 anos. Caso se mantenha essa atipia, deverá manter seguimento citológico trienal. No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos.

<b>grau</b>	<p>≥ <b>25 anos</b>: Encaminhar com laudo do CP para Colposcopia e repetir CP semestral. Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento trienal. Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.</p> <p>Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: Encaminhar para a colposcopia (ginecologia).</p>
Atípia em células escamosas: <b>Lesão intraepitelial de alto grau</b>	Encaminhar com laudo do CP para Colposcopia e repetir CP semestral.
Atípias em células glandulares: <b>Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor.</b>	Encaminhar para colposcopia, com o laudo do CP, não sendo necessário repetir CP em 6 meses.

Fonte: UFRGS (2020), adaptado de INCA (2016)

#### **4.7 Rotinas de Entrega de Resultado do CP**

No recebimento do resultado na Unidade de saúde, todos os exames devem ser avaliados pelo enfermeiro ou médico, e registrados em um arquivo próprio da unidade (por ex.: Planilha) onde toda a equipe técnica deve ter acesso e no prontuário individual do paciente.

Os resultados citológicos e microbiológicos normais poderão ser entregues pelos técnicos de enfermagem, que devem orientar a normalidade do exame, incentivar nova coleta de acordo com o tempo preconizado, e obrigatoriamente registrar atendimento na FA ou sistema informatizado compatível.

Entretanto, os exames com alterações citológicas ou microbiológicas devem ser entregues somente pelo enfermeiro ou médico da equipe para tratamento e condutas necessárias conforme este protocolo. Quando houver alterações citopatológicas, estes resultados devem ser registrados em um arquivo de controle próprio da unidade, e toda a equipe técnica deve ter acesso.

**Em caso de necessidade de urgência no resultado de exame citopatológico, o profissional de saúde deve entrar em contato com o laboratório Histolab.**

#### **4.8 Sistemas de Informação do Câncer de Colo de Útero**

Alimentação do Sistema de informação: entrar no sistema SISCAN com o login do profissional, lançar as informações e gerar o número de protocolo.

Para as unidades de saúde informatizadas, o formulário gerado pelo SISCAN deve ser impresso com o respectivo número de protocolo. O mesmo deve ter o carimbo da unidade de saúde, assinatura e carimbo do profissional solicitante e deve estar devidamente preenchido e a identificação coincidente com as iniciais da lâmina.

Envio do Material ao Laboratório: as lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas das requisições com o respectivo protocolo Siscan.

Para as Unidades de Saúde sem sistema de informação o formulário de

requisição, devidamente preenchido juntamente com as lâminas acondicionadas conforme Anexo G (IT 005/2018), deverá ser encaminhado para o Departamento SISCAN na Secretaria de Saúde.

#### 4.9 Pré e pós-operatório de histerectomia

A cirurgia de histerectomia pode provocar instabilidade dos outros órgãos. Por isso, é importante que a paciente antes e após a cirurgia se prepare com o objetivo de conseguir uma maior estabilidade da pelve e diminuir possíveis sintomas que podem surgir depois do procedimento. Por isso, é importante preparar o pré-operatório com os seguintes exercícios. (FITZ *et al.*, 2011)

1) Respiração diafragmática: Numa posição confortável, coloque a mão sobre a barriga e inspire, empurrando-a para fora. Solte o ar, encolhendo a barriga. Notar que o tórax pouco se movimenta.

2) Cinesioterapia para assoalho pélvico: Consiste no treinamento muscular com contrações voluntárias, sustentadas e repetitivas. É importante que a paciente consiga identificar e controlar quais são os músculos que devem ser contraídos durante a execução dos exercícios. Para isso, basta tentar segurar o fluxo da urina enquanto estiver urinando ( não fazer sempre esta manobra, pois pode gerar problemas) ou tentando segurar um “pum” quando sentir vontade. Ou ainda, imaginar estar sentado em uma bola de gude e contrair os músculos como se estivesse pegando e levantando a bola. Antes de fazer o exercício, é importante esvaziar a bexiga. Realizar a contração durante a expiração, repetindo dez vezes, por três séries. Em seguida, realizar o mesmo exercício, mantendo a contração máxima, contando até seis, por dez vezes. Fazer o exercício todos os dias, três vezes ao dia.

As contrações máximas mantidas (não trancar a respiração) podem ser associadas à contração do músculo transverso do abdômen por meio de um leve movimento de tração da cicatriz umbilical na direção da coluna vertebral. Os exercícios podem ser realizados em decúbito dorsal, decúbito ventral, sentada ou em pé. E ainda, como forma de treinamento funcional, a paciente pode contrair os músculos do assoalho pélvico antes de: tosse, espirro, risadas, levantamento de peso, mantendo até o final do esforço. Agachamento e ponte também são utilizados durante a contração mantida (seis segundos) do assoalho pélvico (COSTA DA SILVA, *et al.*, 2019)

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020

COSTA DA SILVA J. F., MARQUES E. M., SILVA D. R., MEDEIROS J. R. C., NASCIMENTO R. S, DOS SANTOS S. F., CORREIA A. D. N., SILVA R.C.S., SANTOS R. M., OLIVEIRA J. M. de P., CRUZ D. E. B., e OLIVEIRA F. S. Relato de experiência de Fisioterapeutas na atenção básica com mulheres no período de menopausa e climatério. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019 (24), e883. <https://doi.org/10.25248/reas.e883.2019>

FITZ., FF; Santos ACCD; Stüpp L; Bernardes APMR; Marx AG. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **FEMINA** | Agosto 2011 | vol 39 | nº 8 <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2699.pdf>

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. **rev. atual.** – Rio de Janeiro 2016. Disponível em:< [http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio\\_2016.pdf](http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf)>

KAPLAN, C. Special issues in contraception: caring for women with disabilities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 51, n. 6, p. 450-456, 2006. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/>>.

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 06 nov. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: Set, 2021.

URBAN LABD, CHALA LF, BAUAB SP, SCHAEFER MB, SANTOS RP, MARANHÃO NMA, KEFALAS AL, KALAF JM, FERREIRA CAP, CANELLA EO, PEIXOTO JE, AMORIM HLE, CAMARGO JUNIOR HSA. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. **Radiol Bras**. 2017 Jul/Ago;50(4):244–249 Disponível em:<<https://www.scielo.br/ijrb/a/mdrskx4dDvTfVZxqkFp8ZKr/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em> Set. 2021.

**ANEXO G – INSTRUÇÃO DE TRABALHO PARA ENCAMINHAMENTO DE  
LÂMINAS E REQUISIÇÕES DE EXAMES CIPATÓLOGICOS**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUISITOS LEGAIS E PROCEDIMENTOS EM SEGURANÇA DO TRABALHO

<b>Tipo do documento</b> IT-INSTRUÇÃO TRABALHO	<b>DE</b>	<b>Código</b> IT-PMSL-005	<b>Revisão</b> 000	<b>Emissão</b> 25/08/17	<b>Data de Vigência</b> 25/08/17
<b>Título</b> INSTRUÇÃO DE SEGURANÇA DE TRABALHO PARA FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE LÂMINAS E REQUISIÇÕES DE EXAMES CIPATÓLOGICOS					
<b>Destinatário</b> Prefeitura Municipal de São Leopoldo			<b>Unidade</b> Secretaria Municipal de Saúde		
<b>Distribuição</b> Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde da Administração Pública					
<b>Objetivo</b> Descrever o fluxo de encaminhamento de lâminas e requisições de exames citopatológicos.					
<b>Sumário</b>					
<b>Motivo da revisão</b>					

### 1. OBJETIVO

Criar critérios para que os servidores lotados no Centro Administrativo na Secretaria Municipal de Saúde possam executar as atividades de digitação das informações dos exames citopatológicos de forma segura, onde não tenham contato manual com as caixas de lâminas.

### 2. INTRODUÇÃO

Esta instrução visa qualificar e definir os procedimentos e normatização para o fluxo de encaminhamento das lâminas e requisições de exames citopatológicos, considerando a necessidade de se adequar o processo às normas de Biosegurança e Segurança do Trabalho, a serem seguidos, pelos servidores lotados nas UBS e Centro de Saúde para que atendam às normas de segurança, saúdes, quanto ao modo correto e seguro de encaminhar os materiais em questão para a Secretaria Municipal de Saúde.

### 3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As normas de Biosegurança bem como as de Segurança do Trabalho descrevem procedimentos no trabalho que, quando cuidadosamente observados, vão contribuir para que o ambiente laborativo seja um lugar seguro para você e seus colegas. Para

que isso aconteça, necessitamos do compromisso sério por parte de todos os envolvidos em observar a legislação vigente e em participar no esforço comum de planejar e praticar segurança. Com a participação e o compromisso de cada empregado, as normas de segurança ajudarão a todos, zelando pelo seu bem-estar e pela tranquilidade de seus familiares, que o esperam de volta com saúde ao lar!

#### **4. APLICAÇÃO**

Unidade Básica de Saúde e Centros de Saúde da Prefeitura Municipal de São Leopoldo.

#### **5. IDENTIFICAÇÃO**

Ao encaminhar as lâminas com suas requisições, proceder da seguinte forma:

- a) As lâminas contendo o material biológico devem estar acondicionadas dentro de suas respectivas e específicas caixas;
- b) Essas caixas com as lâminas devem permanecer lacradas, de modo que não se abram com facilidade;
- c) As caixas com as lâminas depois de lacradas devem ser colocadas dentro de um envelope de tamanho proporcional ao da respectiva caixa;
- d) Este envelope contendo a caixa de lâminas deve ser acondicionado dentro de outro envelope de tamanho de folha de ofício juntamente com as requisições.

#### **6. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS USUÁRIOS**

Os profissionais da área de saúde envolvidos neste processo, devem executar este procedimento em sua forma plena, tornando se assim parte integrante deste procedimento com suas respectivas responsabilidades em conduzir esse fluxo de maneira correta, segura e adequada.

#### **7. SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO**

Os servidores envolvidos neste processo usualmente tem suas atribuições específicas realizadas de forma muito atribuladas em virtude da grande demanda na área de saúde. É sabido da importância que cada profissional tem dentro da estrutura da rede municipal de saúde, contudo não se pode executar as atividades de forma relapsa, deixando de atender alguns requisitos básicos, sendo o principal deles a SEGURANÇA. Este procedimento facilitará o manuseio destas fichas por parte dos servidores responsáveis em fazer o lançamento destas informações, agilizando o processo, bem como evitará o contato manual com as caixas de lâminas por parte dos mesmos.

#### **8. FISCALIZAÇÃO**

A fiscalização ficará a cargo das Chefias imediatas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e dos Centros de saúde, em concomitância com a Enfermeira Cláudia H. Lindenmeyer, responsável pela Diretoria de Enfermagem.

#### **9. PENALIDADES POR DESCUMPRIMENTO**

Sanções cabíveis de acordo com a legislação vigente.

<b>Elaborador(es)</b>	<b>Revisor(es)</b>	<b>Aprovador(es)</b>
Denis dos Santos SEGURANÇA DO TRABALHO  Cláudia H. Lindenmeyer SEMSAD	Denis dos Santos SEGURANÇA DO TRABALHO  Cláudia H. Lindenmeyer SEMSAD	Denis dos Santos SEGURANÇA DO TRABALHO  Cláudia H. Lindenmeyer SEMSAD

## **5 EXAME PREVENTIVO PARA O CÂNCER DE MAMA**

Desde o início da formação do câncer de mama até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico), isto é, a partir de 01 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos. Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica (impalpável), tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado. Em 3-4 anos do descobrimento do tumor pela palpação, ocorre o óbito.

Os sintomas do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila.

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de câncer maior a probabilidade de cura. Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica enquanto diagnóstico precoce significa identificar câncer da mama em sua fase clínica precoce. As ações de diagnóstico precoce consistem no exame clínico da mama por um profissional de saúde treinado. As ações de rastreamento implementadas no país preconizam a mamografia bilateral.

A mamografia deverá ser solicitada a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade até 74 anos de idade com intervalo máximo de 2 anos entre os exames. Já nas mulheres com fatores de risco associado, a mesma deverá ser solicitada a partir dos 35 anos (BRASIL, 2006; PINOTTI; RUIZ; FREITAS-JUNIOR, 2013)

### **5.1 Atribuições de cada membro da equipe**

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar.

#### **Agente Comunitário de Saúde**

- Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do

colo do útero;

- Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama;
- Realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de sua microárea para detecção precoce dos cânceres do colo do útero e da mama;
- Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o planejamento da equipe;
- Realizar o seguimento e busca ativa das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado e amostras insatisfatórias para o acompanhamento.

#### **Médico (a)**

- Realizar atenção integral às mulheres;
- Realizar consulta, coleta de CP de colo de útero e exame clínico das mamas;
- Avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico;
- Emitir prescrição do tratamento medicamentoso, quando necessário;
- Encaminhar para colposcopia e mamografia, conforme este protocolo, solicitar demais exames complementares, quando necessário;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Encaminhar, quando necessário, as usuárias a serviços de referências;
- Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;
- Manter registro de acompanhamento dos exames CP alterados;
- Alimentar a base de dados SISCAN.

#### **Enfermeiro (a)**

- Realizar atenção integral às mulheres;
- Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame CP de colo de útero e exame clínico das mamas;

- Solicitar exames de rastreio de DST e mamografia de rastreamento, conforme este protocolo;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Tratar vulvovaginites, conforme este protocolo;
- Encaminhar para colposcopia e serviços de referência, conforme indicações deste protocolo;
- Solicitação de ecografia mamaria, em situações de resultados de mamografia BIRADS 0 e BIRADS 3
- Mastologista → Encaminhamento via referência municipal: protocolo de encaminhamento para Mastologia .
- Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste Caderno;
- Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;
- Manter registro de acompanhamento dos exames citopatológicos alterados;
- Alimentar a base de dados SISCAN.

### **Auxiliar/Técnico de Enfermagem**

- Verificar PA e peso das mulheres antes da consulta de enfermagem ou médica;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo do útero.

## **5.2 Câncer de Mama**

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação de células anormais da mama, que formam um tumor. Há vários tipos de câncer de mama. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido enquanto outros são mais lentos.

Tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, o câncer de mama responde por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. Especificamente no Brasil, esse percentual é um

pouco mais elevado e chega a 28,1%. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste.

Existe tratamento para câncer de mama, e o Ministério da Saúde oferece atendimento por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS.

### 5.2.1 O QUE AUMENTA O RISCO

O câncer de mama não tem somente uma causa. A idade é um dos mais importantes fatores de risco para a doença (cerca de quatro em cada cinco casos ocorrem após os 50 anos) (INCA, 2016) Outros fatores que aumentam o risco da doença são:

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

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

## 5.2.2 PREVENÇÃO

- A Atenção Básica realiza prioritariamente ações de prevenção e detecção precoce e atua em relação ao câncer de mama, nos seguintes níveis de prevenção (BRASIL, 2016):
- Prevenção primária: intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, ou seja, estimula a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselha a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo.
- Prevenção secundária: realiza rastreamento conforme indicação e coordena o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário e apoiando a família de forma integral; dá atenção às queixas de alterações reportadas e realiza a investigação necessária visando à detecção precoce, encaminhando para a atenção especializada quando indicado.
- Prevenção terciária: auxilia a reabilitação, o retorno às atividades e a reinserção na comunidade; orienta cuidados; mantém o acompanhamento clínico e o controle da doença; orienta quanto aos direitos dos portadores de câncer e facilita o acesso a eles, quando necessário.
- Prevenção quaternária: evita ações com benefícios incertos para a paciente e a protege de ações potencialmente danosas, não solicitando mamografia de rastreamento na população menor de 50 anos e maior de 70 anos ou com periodicidade menor de dois anos; não estimula o rastreamento; 4, 5, 8 realiza rastreamento de forma individualizada, fornecendo informações claras quanto aos benefícios e riscos da ação e compartilhando as decisões com a usuária.

Segundo INCA (2016), cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados com a adoção de hábitos saudáveis como:

- Praticar atividade física regularmente;
- Alimentar-se de forma saudável;
- Manter o peso corporal adequado;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;

- Amamentar

### 5.2.3 SINAIS E SINTOMAS

É importante que as mulheres observem suas mamas sempre que se sentirem confortáveis para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem técnica específica, valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

Os principais sinais e sintomas do câncer de mama são:

- Carço (nódulo) fixo, endurecido e, geralmente, indolor;
- Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja;
- Alterações no bico do peito (mamilo);
- Pequenos nódulos na região embaixo dos braços (axilas) ou no pescoço;
- Saída espontânea de líquido dos mamilos
- As mulheres devem procurar imediatamente um serviço para avaliação diagnóstica ao identificarem alterações persistentes nas mamas. No entanto, tais alterações podem não ser câncer de mama.

O câncer de mama pode ser detectado em fases iniciais, em grande parte dos casos, aumentando assim as chances de tratamento e cura. Todas as mulheres, independentemente da idade, podem conhecer seu corpo para saber o que é e o que não é normal em suas mamas. A maior parte dos cânceres de mama é descoberta pelas próprias mulheres.

Além de estar atenta ao próprio corpo a Sociedade Brasileira de Mastologia, recomenda que a partir dos 40 anos, as mulheres realizem mamografia de rastreamento anual, quando há sinais e/ou sintomas ou de rotina a cada dois anos. Esse exame pode ajudar a identificar o câncer antes do surgimento dos sintomas, é feito através de um equipamento de raios X chamado mamógrafo, capaz de identificar alterações suspeitas.

Mulheres com risco elevado de câncer de mama devem conversar com um profissional da saúde para avaliação do risco para decidir qual conduta a ser adotada.

### 5.3 Mamografia de Rastreamento e Mamografia Diagnóstica: qual a diferença?

#### 5.3.1 MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO

No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde - assim como a da Organização Mundial da Saúde e a de outros países - é a realização da mamografia de rastreamento (quando não há sinais nem sintomas) em mulheres de 50 a 74 anos, uma vez a cada dois anos. De acordo a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos. Há descrição em estudos que demonstram a diminuição da mortalidade de mulheres por câncer de mama quando o rastreamento ocorre a partir de 40 anos (DUFFY et.al., 2020).

De acordo com a SBM, CBR e a FEBRASGO, mulheres a partir dos 75 anos devem realizar rastreamento individualizado, observando cada caso em específico. O rastreio é recomendado para mulheres que possuem uma expectativa de vida maior do que 7 anos, avaliando-se as comorbidades associadas (URBAN et.al., 2017).

A mamografia de rastreamento pode ajudar a reduzir a mortalidade por câncer de mama, mas também expõe a mulher a alguns riscos. Conheça os principais benefícios e riscos desse exame:

Benefícios:

- Encontrar o câncer no início e permitir um tratamento menos agressivo.
- Menor chance de a paciente morrer por câncer de mama, em função do tratamento precoce.

Riscos:

- Suspeita de câncer de mama. Isso requer outros exames, sem que se confirme a doença. Esse alarme falso (resultado falso positivo) gera ansiedade e estresse.
- Câncer existente, mas resultado normal (resultado falso negativo). Esse erro gera falsa segurança à mulher.

- Ser diagnosticada e submetida a tratamento, com cirurgia (retirada parcial ou total da mama), quimioterapia e/ou radioterapia, de um câncer que não ameaçaria a vida. Isso ocorre em virtude do crescimento lento de certos tipos de câncer de mama
- Exposição aos Raios X. Raramente causa câncer, mas há um discreto aumento do risco quanto mais frequente é a exposição.
- Estimular o uso de protetor cervical durante os exames mamográficos de rotina.

### 5.3.2 MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA

A mamografia diagnóstica, assim como outros exames complementares com finalidade de investigação de lesões suspeitas da mama, pode ser solicitada em qualquer idade, a critério médico. Ainda assim, a mamografia diagnóstica geralmente não é solicitada em mulheres jovens, pois nessa idade as mamas são mais densas, e o exame apresenta muitos resultados incorretos. O SUS oferece exame de mamografia para todas as idades, quando há indicação médica (INCA, 2016)

Quadro 32 – Critérios para a solicitação do exame mamográfico

Risco para câncer de mama	Sem risco	Com risco elevado
Idade	40 a 74 anos	A partir dos 35 anos

Fonte: DUFFY, 2020

Quadro 33 – Mamografia de rastreamento: interpretação de câncer e recomendações de conduta

Categoria birads	Interpretação	Risco de câncer	Recomendações de conduta
<b>0</b>	Exame inconclusivo	Indeterminado	Avaliação adicional com incidências e manobras. Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum.

			Comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	0%	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
2	Exame com achado tipicamente benigno	0%	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	< 2%	Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. <b>A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado</b> , mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.
4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, depender do grau de suspeição	<b>Deverão ser encaminhadas para o Oncomastologista</b> para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica. Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento.
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer. A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

### 5.3.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Alimentação do Sistema: entrar no sistema SISCAN com o login do profissional, lançar as informações e gerar o protocolo.

Para as Unidades de Saúde sem sistema de informação, o formulário de requisição devidamente preenchido, deverá ser encaminhado para o Departamento SISCAN na Secretaria de Saúde para ser gerado o protocolo retornando para a Unidade de Saúde que deverá entrar em contato com o paciente para que o mesmo agende o exame.

Nas Unidades de Saúde informatizadas, o profissional deve preencher o formulário de requisição no SISCAN, realizar a impressão do mesmo com o respectivo número de protocolo gerado. Este formulário deve ter o carimbo da unidade de saúde, assinatura e carimbo do profissional que realizou a solicitação, e ser entregue a usuária para que a mesma realize agendamento do exame com a clínica de referência.

## 5.4 Orientações pré e pós cirúrgicas

### 5.4.1 PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA

A cirurgia de mastectomia pode afetar os movimentos do braço e ombro, bem como a realização das AVDs. Por isso, é importante preparar o pré-operatório com os seguintes exercícios: 1) Respiração diafragmática: numa posição confortável, colocar a mão sobre a barriga e inspirar, empurrando-a para fora. Soltar o ar, encolhendo a barriga. Deve-se notar que o tórax pouco se movimenta. 2) Circundução de ombros: dez movimentos circulares com os ombros para frente e para trás. 3) Abduzir e elevar dos braços acima da cabeça lentamente, inspirando quando sobe e expirando ao descer. 4) Com os braços fletidos na altura dos ombros, lentamente abduzi-los inspirando, e voltar expirando (SÁ *et al.*, 2020).

Já no pós-operatório imediato, iniciar com respiração diafragmática, bem como os exercícios de ombro com amplitude de movimento livre até o limite em que não há dor, desconforto ou sensação de repuxamento da cicatriz. Movimentos suaves de dedos, punhos e cotovelos também são recomendados. As pacientes



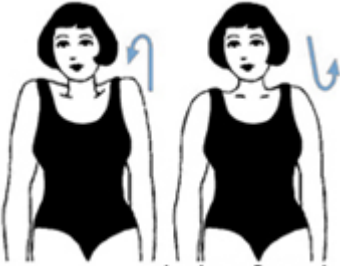
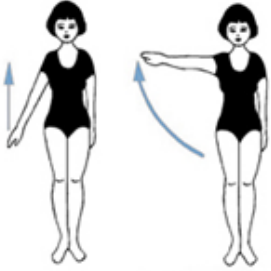
devem ser orientadas a adotar uma postura confortável, com o membro superior 20 cm afastado do corpo e a mão, punho e cotovelos do lado operado apoiado sobre um travesseiro, de modo que fique mais alto que o ombro para evitar edemas e diminuir a tensão.



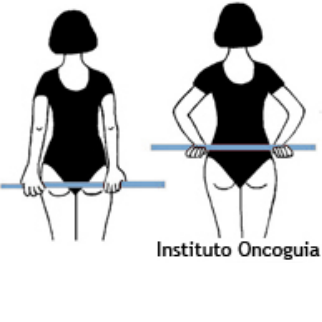


O linfedema é uma das principais sequelas do tratamento cirúrgico do câncer de mama. Para preveni-lo segue a orientação para realização de automassagem, que auxiliará na drenagem linfática da região, a ser realizada duas a três vezes ao dia e que consiste na realização de 20 movimentos circulares com a face palmar dos dedos, aplicadas de forma lenta e suave na região axilar oposta à cirurgia (axila não operada) e repetir na região inguinal homolateral (virilha do mesmo lado da cirurgia). Na sequência, na linha vertical da axila do lado operado, realizar movimentos semicirculares (meia lua), iniciando na região mais próxima à axila e indo em direção à região inguinal do mesmo lado, por 3x. Na linha horizontal da axila, realizar movimentos semicirculares (meia-lua), iniciando na região mais próxima à axila do lado operado, indo em direção oposta, por 3x (AMB, 2012).

A atividade física deve ser recomendada, sendo contraindicado o uso do braço em movimentos rápidos e de repetição, assim como atividades com carga. Além disso, as pacientes devem ser orientadas quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, visando prevenir quadros infecciosos e linfedema. Evitar micoses nas unhas e no braço; traumatismos cutâneos (cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirar cutícula e depilação da axila); banheiras e compressas quentes; saunas; exposição solar; apertar o braço do lado operado (blusas com elástico; relógios, anéis e pulseiras apertadas; aferir a pressão arterial); receber medicações por via subcutânea, intramuscular e endovenosa e coleta de sangue; movimentos bruscos, repetidos e de longa duração; carregar objetos pesados no lado da cirurgia e deitar sobre o lado operado. Preconiza-se: pele hidratada e limpa; uso de luvas de proteção ao fazer as atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e contato com produtos químicos); intervalos para descanso durante a execução de atividades de vida diária; utilização de removedor de cutículas ao fazer a unha do lado operado; usar cremes depilatórios, tesoura ou máquina de cortar cabelo na retirada de pelo da axila do lado operado; atenção aos sinais de infecção no braço (vermelhidão, inchaço, calor local); e uso de malhas compressivas durante viagens aéreas. (INCA, 2014)

A prática de exercícios físicos após a cirurgia vai melhorar o edema, os movimentos e recuperar a força no braço e no ombro, além de diminuir a dor e rigidez nas costas e no pescoço. Os exercícios aqui descritos podem ser iniciados assim que o médico autorizar. Lembrar de executar os exercícios de forma lenta, sentindo que está puxando enquanto estica a pele e os músculos que foram afetados na cirurgia, sem sentir dor, sendo esse apenas um alongamento suave. Repetir de 5 a 7 vezes cada um, duas vezes por dia.

Quadro 34 – Orientação Pós Operatórias de Mastectomia

	<p><b>1) Movimento pendular:</b> em pé, próxima de uma parede, dobrar o corpo até que o braço do lado não operado se encoste à parede como um apoio. Soltar bem o outro braço e balançar para frente e para trás, de um lado para outro, ou então em movimentos circulares em sentido horário e anti-horário</p>
	<p><b>2) Circundução com a cabeça:</b> Desenhar círculos com a cabeça</p>
	<p><b>3) Circundução dos ombros:</b> de pé ou sentada, girar os ombros, procurando desenhar círculos, para frente e depois para trás, como se estivesse em remada. Três vezes para cada lado</p>
	<p><b>4) Escada de dedos:</b> próximo da parede, encostar os dedos nela e ir subindo lentamente até a altura que conseguir. Contar até dez e descer devagar. Depois virar de frente para a parede e repetir o exercício. Realizar três repetições de cada.</p>

	<p><b>5) Mãos na nuca:</b> Levantar os braços até a altura dos ombros e após dobrar os cotovelos, tentando encostar as mãos na nuca</p>
	<p><b>6) Com o bastão na frente do corpo:</b> Segurando o bastão (ou cabo de vassoura, por exemplo) com as duas mãos em frente ao corpo, levantar os braços até a altura dos ombros. Voltar à posição inicial</p>
	<p><b>7) Com o bastão atrás do corpo:</b> Segurando o bastão atrás do corpo, dobrar os cotovelos lateralmente, levantando o bastão até a altura da cintura, sem dobrar os punhos. Descer novamente sempre deixando o bastão junto ao corpo.</p>
	<p><b>8) Amassar a bolinha:</b> Na posição que escolher, priorizando tentar manter o braço acima do ombro, apertar uma bolinha de borracha por vinte vezes (duas vezes ao dia), sentindo contrair todos os músculos do braço. Manter por três segundos cada contração</p>
	<p><b>9) AVDs:</b> Pentear os cabelos é um ótimo exercício. No início, pode ser difícil, melhor fazer sentada com o braço apoiado na mesa, para aliviar o peso. Evoluir para sem o apoio. Ao vestir uma blusa, iniciar pelo lado operado, com a ajuda do outro braço. Para tirar, deixar o braço operado por último. Ao carregar bolsa pequena e sem peso, de preferência do lado que não foi operado</p>



Fonte: ONCOGUIA, 2015.

Assim que os movimentos do ombro melhorarem, é importante que a paciente pratique alguma atividade física de intensidade moderada, como hidroginástica, natação, yoga, danças de salão e ginástica, conforme orientação médica

## REFERÊNCIAS

AMB. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. **Diretrizes terapêuticas CA mama: reabilitação**. 2012 .Disponível

em:<[https://amb.org.br/files/ BibliotecaAntiga/cancer de mama reabilitacao.pdf](https://amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/cancer_de_mama_reabilitacao.pdf)>.

ANVISA - RDC Nº 20, DE 10 DE ABRIL DE 2014 - Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/sangue/transporte-dematerial-biologico/manual-de-transporte-de-material-biologicohumano.pdf>

BRASI, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica n. 13 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. **Ministério da Saúde, Brasília**, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 11.664/2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, tratamento e segmento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do SUS. Brasília, 29 de abril de 2008.

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

COTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher na Atenção Primária**. 2ª edição. Contagem, 2021. 129p. Disponível em:<<http://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2021/04/PROTOCOLO-SAUDE-DA-MULHER-versao-final.pdf>>

DUFF S.W., CUCKLE H., PARMAR D., SHEIKH S., SMITH R.A., EVANS A., BLYUSS O, JOHNS L., ELLIS I.O., MYLES J., SASIENI P.D. E MOSS S.M. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. **Lancet Oncol** 2020; 21: 1165–72 Disponível em:<<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2820%2930398-3>>. Acesso em: Set 2021.

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. **rev. atual**. – Rio de Janeiro 2016. Disponível em:<

[http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero\\_2016.pdf](http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf)>.

INCA. Instituto Nacional do Cancer. Controle do Câncer de Mama - documento de Consenso - **Rev. Bras. Cancerologia**. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/2039/1257>>.

ONCOGUIA. Instituto Oncoguia. **Reabilitação Funcional pós-mastectomia** , 2015. Disponível em:<<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/reabilitacao-funcional->

posmastectomia/1559/61/>.

SÁ L. T.S., COSTA C. L.A., CONCEIÇÃO M. S., LIMA M. O., CRUZ C. B., BRITO R. S., e REIS L.J. Os recursos fisioterapêuticos na reabilitação de mulheres pós mastectomizadas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020, (44), e2788. <https://doi.org/10.25248/reas.e2788.2020>)

## 6 CLIMATÉRIO

LISIANE MACHADO B. DA SILVA – Médica de Família, Especialista em Medicina Geral e Comunitária pelo Centro de Saúde Escola Murialdo - Escola de Saúde Pública do RS. Especialista em Saúde da Família pela Unisinos. Coordenadora de Atenção Básica de São Leopoldo-RS.

CLÁUDIA HELENA LINDENMEYER – Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva: gestão do trabalho educação na saúde – UFRGS, Mestranda em Enfermagem - Unisinos.

ROSANE LILIANE GUERRA DE MELLO – Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do RS (ESP-RS), Sanitarista pela Escola de Saúde Pública do RS, Especialista em Saúde da Família pela Unisinos.

ANA PAULA BECKER- Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, com ênfase em Saúde da Família pela UNINTER.

NATÁLIA KAFSKI- Acadêmica de enfermagem pela Unisinos.

GABRIELE CRISTAL KLUG- Nutricionista pela Unisinos, Residente em Atenção Básica pela Unisinos.

CARINA PERONIO MURARI - Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde Pública pela UnC.

GISIANI ADAM - Acadêmica de Enfermagem pela Unisinos.

TAIS SARAIVA MARQUES - Enfermeira, Especialista em Atenção Primária pela Unisinos.

MURILO SANTOS DE CARVALHO - Fisioterapeuta, residente do Programa Multiprofissional em Atenção Básica pela Unisinos.

SILVANA CRISTINA FORNARI - Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Desportiva pela UNISC

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses

consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica (como a gravidez) e as mulheres devem ser encaminhadas para investigação no serviço de referência (ambulatório de Climatério), via Referência municipal. A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde estão descritas no Quadro 29, algumas sendo transitórias e outras permanentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva.

Recomenda-se a abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possíveis, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado. O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida.

*(Texto retirado de Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa- Brasília: Ministério da Saúde, 2016, pg 197). QUADRO 28 –*

Quadro 35 – Quais as queixas associadas ao climatério?

<p>Manifestações transitórias</p>	<p>Menstruais: o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.</p> <p>Neurogênicas: ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.</p>
-----------------------------------	--

	<p>Psicogênicas: diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.</p> <p>Atenção: tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais</p>
<p>Alterações transitórias</p> <p>não</p>	<p><b>Urogenitais:</b> mucosa mais delgada, propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.</p> <p><b>Metabolismo lipídico:</b> a mudança dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas; é comum haver aumento das frações LDL e TG e redução da HDL.</p> <p><b>Metabolismo ósseo:</b> há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.</p> <p><b>Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal:</b> tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide).</p> <p>Atenção: a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.</p>

(Quadro retirado de *Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa- Brasília: Ministério da Saúde, 2016, pg 201*).

Quadro 36 – Cuidados não farmacológicos e orientação de acordo com as queixas apresentadas

<p><b>Alterações dos ciclos Menstruais</b></p>	<p><b>No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos.</b></p> <p><b>O uso de contraceptivos hormonais (ACO ou progestágenos isolados) para planejamento reprodutivo dificulta a identificação da menopausa; nestes casos, para avaliação do status hormonal, deve-se realizar pausa de sete dias do ACO para a realização da dosagem do FSH</b></p>
<p><b>Fogachos e suores noturnos</b></p>	<p><b>Atentar para:</b></p> <p>Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar.</p> <p>Orientar:</p> <p>Dormir em ambiente bem ventilado;</p> <p>Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas;</p> <p>Usar tecidos que deixem a pele “respirar”;</p> <p>Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles;</p> <p>Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína;</p> <p>Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las;</p> <p>Praticar atividade física;</p> <p>Perder peso, caso haja excesso de peso;</p> <p>Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;</p>
<p><b>Problemas com o sono</b></p>	<p><b>Orientar:</b></p> <p>Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior;</p> <p>Se houver necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos;</p> <p>Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir;</p> <p>Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde;</p> <p>Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler um livro ou tomar banho morno;</p> <p>Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis.</p> <p>Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde;</p> <p>Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar</p>

	<p>as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer;</p> <p>Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos;</p>
<p><b>Sintomas urogenitais</b></p>	<p>Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar podem estar relacionados à atrofia genital;</p> <p>Considerar o uso de: lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal.</p> <p><b>Incontinência Urinária:</b> muitas mulheres entendem que é normal perder urina e, por isso, não buscam tratamento. É importante que sejam informadas de que este tratamento existe e a incontinência, que é causada pela flacidez das estruturas do assoalho pélvico, pode ser prevenida. Uma das técnicas utilizadas é o fortalecimento e conscientização desta musculatura, através da <b>cinesioterapia para assoalho pélvico</b>. Consiste no treinamento muscular com contrações voluntárias, sustentadas e repetitivas. É importante que a paciente consiga identificar e controlar quais são os músculos que devem ser contraídos durante a execução dos exercícios. Para isso, basta tentar interromper o jato de urina enquanto estiver urinando (mas, não fazer sempre esta manobra, pois pode gerar problemas) ou tentando segurar um “pum” quando sentir vontade. Ou ainda, imaginar estar sentado em uma bola de gude e contrair os músculos como se estivesse pegando e levantando a bola. Antes de fazer o exercício, é importante esvaziar a bexiga. Realizar a contração durante a expiração, repetindo dez vezes, por três séries. Em seguida, realizar o mesmo exercício, mantendo a contração máxima, contando até 6, por dez vezes. Praticar o exercício diariamente pelo menos três vezes ao dia. As contrações máximas mantidas (não trancar a respiração) podem ser associadas à contração do músculo transverso do abdômen através de um leve movimento de tração da cicatriz umbilical na direção da coluna vertebral. Os exercícios podem ser realizados em decúbito dorsal, decúbito ventral, sentada ou em pé. E ainda, como forma de treinamento funcional, a paciente pode contrair os músculos do assoalho pélvico antes de: tosse, espirro, risadas ou levantamento de peso, mantendo até o final do esforço. Exercícios como agachamento e ponte também são utilizados durante a contração mantida (seis segundos) do assoalho pélvico.</p>
<p><b>Transtornos psicossociais</b></p>	<p>Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido.</p> <p>Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social,</p>

	<p>econômico e educacional.</p> <p>Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente.</p> <p>Conduta: a) valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; b) estimular a participação em atividades sociais; c) avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; d) considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.</p>
<b>Sexualidade</b>	<p>A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus: identificação da função reprodutora com a função sexual; ideia de que a atração se deve apenas da beleza física associada à jovialidade; associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos.</p> <p>Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia.</p> <p>Conduta: a) estimular o autocuidado; b) estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); c) avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal; d) apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; e) estimular a prática de sexo seguro; f) orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; g) considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital.</p>
<b>Capacidade funcional</b>	<p>A manutenção do peso corpóreo nos níveis adequados e a prática regular de atividade física são medidas preventivas indispensáveis para combater doenças cardiovasculares, o desenvolvimento da sarcopenia, além de osteoporose, algias das articulações, obesidade, hipertensão, ansiedade e depressão. Diante destas possíveis alterações, é importante que a paciente pratique alguma atividade física. Assim como os músculos, os ossos sofrem influência direta com a prática de exercícios regulares, com a melhora da força e da densidade, respectivamente. Os exercícios mais recomendados são os de baixo impacto como caminhadas, hidroginástica, pilates, bicicleta, natação, alongamentos, etc. Todas estas atividades visam a preservação da capacidade cardiovascular, respiratória, flexibilidade, amplitude de movimentos, força, resistência, equilíbrio, agilidade, conscientização corporal e postural. As pessoas</p>

que praticam atividades físicas habitualmente têm maior adaptabilidade e energia, maior capacidade orgânica, além de melhora da imunidade e dos estresses emocionais, levando a uma melhor qualidade de vida.

**Sugestão de prática de exercícios domiciliares:** Os exercícios devem ser praticados 3 vezes por semana. Orientar a paciente para que, se, durante o exercício, sentir dor no peito, tonturas ou falta de ar intensa, parar imediatamente e entrar em contato com o médico (ou ligar para um serviço de emergência caso se sinta muito mal e os sintomas não desaparecerem mesmo após parar de se exercitar).

**1) Rotações de pescoço:** girar lentamente a cabeça para a esquerda e depois lentamente para a direita o máximo que conseguir. Certificar-se que os ombros estejam parados e somente a cabeça se move. Repetir 5 vezes.



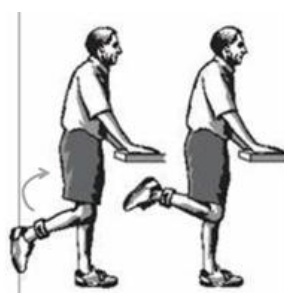
**2) Rotações de tronco:** ficar em pé com os pés afastados na largura dos quadris e colocar as mãos na cintura. Então, girar lentamente o tronco para a direita e repetir para o outro lado. 5 vezes para cada lado. Sugere-se a execução lenta a fim de evitar possíveis tonturas.

**3) Extensões do joelho:** sentar-se na cadeira com as costas encostadas e os pés bem apoiados ao chão. Levantar o pé, contando lentamente até 3 e baixá-lo contando



lentamente até

5. Repetir 10 vezes cada perna. Podem ser adicionadas cargas.



**4) Flexões do joelho:** ficar em pé e segurar o apoio (pode ser uma cadeira

firme). Separar os pés na largura dos quadris e manter os joelhos relaxados. Em seguida, levantar lentamente o calcanhar, contando até 3, em direção ao glúteos e descer contando até 5. Repetir 10 vezes e fazer com a outra perna.

**5) Abduções do quadril:** ficar em pé com os pés separados na largura dos quadris, segurando o apoio. Elevar a perna lentamente, contando até 3, em direção lateral, mantendo os dedos apontados para frente. Abaixá-la contando lentamente até 5. Repetir 10 vezes e fazer com a outra perna.



**6) Plantiflexões:** ficar em pé com os pés separados a largura dos quadris, segurando o apoio. Levantar lentamente os calcanhares mantendo o peso do seu corpo sobre os dedos dos pés e após abaixar lentamente. Repetir de 10 a 20 vezes.



**7) Dorsiflexões:** ficar em pé com os pés separados a largura dos quadris segurando o apoio. Levantar os dedos dos pés lentamente, evitando projetar o quadril para trás. Repetir 10 a 20 vezes



levantar e sentar novamente.

**9) Caminhar e girar:** Caminhar no passo normal desenhando um 8 no chão (ao redor de 2 cadeiras se for mais fácil para a paciente) para treino de marcha e equilíbrio. Tentar manter uma postura ereta enquanto caminha. Repetir esse exercício 2 vezes.



**10) Subir e descer degraus:** é um ótimo exercício para trabalhar o condicionamento aeróbico. Cuidar para não se desequilibrar, para isso sugere-se uso de apoios ou corrimões.

**11) Alongamento da parte posterior das pernas:** Certificar-se que está segura sentada na borda anterior da cadeira. Alongar uma perna colocando o calcanhar no chão, com o joelho bem estendido. Colocar as duas mãos na outra perna e inclinar-se para frente com as costas retas até sentir o alongamento na parte posterior da sua coxa e panturrilha. Mantenha por 10-15 segundos. Repetir na outra perna.



**12) Caminhadas:** Planejar fazer 2 caminhadas de 30 minutos

	por semana. As caminhadas de 5 a 10 minutos são uma ótima maneira de começar. Aumente o tempo progressivamente até atingir 30 minutos contínuos. Se possível, tentar caminhar em um passo que faça sentir calor e que aumente a respiração. A paciente deve ser orientada a poder falar enquanto caminha. Se estiver muito ofegante para falar, ela estará caminhando muito rápido e precisará ir mais devagar. Importante vestir roupas soltas e confortáveis e calçados adequados.
--	--

*(Retirado de Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa- Brasília: Ministério da Saúde, 2016, pag 201, 202 e 203).*

### **6.1 Terapia de Reposição Hormonal (TRH).**

Muitas mulheres nessa fase da vida buscam no serviço de saúde a prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), no entanto cabe ao profissional de saúde orientá-la sobre indicações, contraindicações e limitações no tempo de uso (máximo de 4 anos) e idade (até no máximo 60 anos). O uso prolongado de TRH pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares (BRASIL, 2008).

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal, com reavaliação semestral e respeitando os limites de tempo e idade, contanto que a mulher não apresenta contraindicações absolutas e/ou relativas ao método. Mulheres em TRH deverão aferir os níveis pressóricos trimestralmente (COREN/SC, 2017).

Deverá ser reservada aos casos de estrogenização relacionada ao rastreamento de câncer cérvico-uterino ou no caso de queixas relacionadas à sexualidade e funções urinárias, cujo esquema prescrito deverá ser o sugerido no guia para médicos e enfermeiros da atenção primária - PACK (Estríol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 14 dias e, depois, 2x/semana)(COREN/SC, 2017).

Os riscos associados ao uso da TH devem ser criteriosamente avaliados pelo(a) médico(a) assistente, especialmente os cardiovasculares e as neoplasias hormônio-dependentes, devendo a mulher em uso de TH ser acompanhada sistematicamente na Atenção Básica, mesmo que a prescrição tenha sido realizada por médico especialista. O médico deve estar atento às contraindicações e aos riscos a curto, médio e longo prazo da TH, evitando o uso por período prolongado

(manter pelo menor tempo possível) e interrompendo a TH assim que os benefícios esperados tenham sido alcançados ou que os riscos e danos superam os benefícios.

A administração de estrogênio, quando indicada, é uma terapia eficaz para o controle dos sintomas associados ao climatério/menopausa, sobretudo o fogacho. Ela só deve ser indicada em situações particulares, de forma individualizada e com decisão compartilhada com a mulher, quando os sintomas transitórios do climatério não alcançarem controle adequado com terapias não medicamentosas ou não hormonais e houver prejuízo importante da qualidade de vida dela devido a tais sintomas. Pode ser considerado o uso de TH nas seguintes situações: no tratamento dos sintomas vasomotores moderados a severos; no tratamento da atrofia urogenital moderada a severa e na prevenção das alterações da massa óssea associadas à menopausa em mulheres de alto risco para fraturas e em que os benefícios sejam maiores do que os riscos do uso da terapia hormonal.

Deve ser feita avaliação inicial criteriosa pelo (a) médico(a) assistente com seguimento regular com avaliação clínica e exames complementares de acordo com a terapêutica escolhida.

O início de terapia estrogênica após 10 anos da menopausa e/ou em mulheres com idade superior a 59 anos deve ser evitado devido à associação com aumento do risco de doenças cardiovasculares nesses grupos de mulheres.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia chama a atenção quanto à evidência científica forte de que “está contraindicada a prescrição de terapia de reposição de hormônios como terapêutica antienvhecimento com os objetivos de prevenir, retardar, modular e/ou reverter o processo de envelhecimento; prevenir a perda funcional da velhice; e prevenir doenças crônicas e promover o envelhecimento e/ou longevidade saudável.”

## **6.2 Anticoncepção**

Neste período em questão, ocorre a redução da fertilidade, evidenciada pela irregularidade menstrual em que muitas vezes ocorrem os ciclos anovulatórios. Quando não utilizados os métodos contraceptivos nesta fase, por desconhecimento da mulher, do parceiro ou por escolha de ambos, ainda há chances de ocorrer uma gestação, em que muitas vezes não é planejada. Se a concepção ocorrer nesta fase, há grandes probabilidades de um desfecho gestacional desfavorável: aumento

do risco da mortalidade materna; abortamentos espontâneos; e riscos de anomalias fetais (BRASIL, 2008).

### **6.3 Consulta de Enfermagem no climatério e menopausa**

A consulta para as mulheres nesta fase busca evidenciar e valorizar a escuta das queixas, medos e inseguranças das pacientes, além das necessidades físicas deste período. Realizar a verificação dos sinais vitais e dados antropométricos (peso, estatura, PA, circunferência abdominal) poderá auxiliar na verificação dos diagnósticos de enfermagem e das possíveis intervenções e prescrições (BRASIL, 2016).

No quesito rastreamento, há necessidade de solicitação de exame de mamografia para a população-alvo 40 a 74 anos com intervalo máximo de 2 anos, conforme Sociedade Brasileira de Mastologia. A coleta do exame citopatológico para a prevenção do câncer de colo de útero ocorre de 25 a 64 anos. Desta forma, incentivar a realização destes rastreios para as mulheres que comparecem com queixa dos sintomas de climatério e menopausa é válido para esta população, haja vista a faixa etária deste grupo. Para as mulheres que realizam a TRH a mamografia deve ser solicitada anualmente, para o devido controle (BRASIL, 2016, DUFFY et.al, 2020).

Durante a consulta, o (a) enfermeiro (a) deverá estar apto (a) para oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério e quando necessário, encaminhar a paciente para os serviços de referência para avaliação em pacientes com possíveis doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão) e/ou indicações cirúrgicas (BRASIL, 2016).

Informar sobre a utilização de métodos contraceptivos nesta fase é um direito da mulher e dever dos profissionais de saúde. Ofertar estes métodos durante as consultas de enfermagem ou orientar sobre os encaminhamentos a grupos e a outros profissionais também é de fundamental importância (BRASIL, 2008). Na eventualidade do laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenização pela administração de estradiol 0,1% - creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 5 a 7 dias para realização da coleta.

#### 6.4 Alimentação e climatério

Quando falamos de promoção de saúde, a alimentação saudável e a prática de atividade física regular e hábitos de vida saudáveis são pontos estratégicos de intervenção na população. É preciso saber que quando falamos de alimentação saudável não falamos somente de ingestão de nutrientes, falamos também de como é o contexto social que esta pessoa está inserida, sua cultura, como ela se alimenta, como é o acesso aos alimentos, qual a qualidade desta dieta (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

O guia alimentar para a população brasileira traz, de forma clara e de fácil entendimento, orientações e recomendações de alimentação saudável para toda população, que traz como regra de ouro a preferência, sempre, de alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014).

Em anexo neste protocolo é possível encontrar os dez passos para uma alimentação saudável, material este que pode ser utilizado para a população geral em atividades coletivas ou individuais e ser distribuído para as usuárias.

Sabemos que a osteoporose é um problema que acomete cada vez mais as mulheres e alimentação tem um papel importante neste cuidado, o consumo excessivo de carnes vermelhas, alimentos industrializados com alto teor de sódio, e sal devem ser desencorajados, pois estão relacionados a maior risco de osteoporose.

Os nutrientes envolvidos neste processo são a vitamina D e cálcio. A vitamina D pode ser encontrada no leite e seus derivados e nos ovos, porém sabemos que a melhor forma de absorção desta vitamina está na exposição solar, a recomendação é a exposição ao sol nos horários recomendados (antes das 10 horas e após as 16 horas). Já o cálcio, pode ser encontrado nos leites e seus derivados, sendo recomendado o consumo destes produtos desnatados para adultos, brócolis, repolho, couve, peixes, etc...Os adultos de 19 a 50 anos devem consumir de 800mg a 1.000mg de cálcio ao dia, enquanto os maiores que 50 anos e os idosos 1.200 mg

de cálcio por dia, para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1.500mg ao dia, associados a 400-800UI de vitamina D (BRASIL, 2008).

Quadro 37 - Principais fonte de cálcio

Alimento	Quantidade em 100g/ml
Leite desnatado	134
Iogurte desnatado	157
Queijo pasteurizado	323
Ricota	253
Couve	135
Agrião	133
Caruru, folhas	455
Espinafre	98
Taioba, folhas	141
Brócolis	86
Castanha do Brasil	146
Noz	105
Peixe tipo pescadinha	332
Peixe tipo sardinha	167
Farinha de soja	206
Grão de bico	114
Feijão tipo carioca cru	123
Guandu	129

Fonte: BRASIL, 2008

Uma alimentação baseada em alimentos minimamente processados e/ou in natura, com frutas, legumes, verduras, leguminosas, cereais e fonte de proteínas magras, contribuem para um equilíbrio de ingestão de micronutrientes adequada para manter as funções corporais. Desencorajar o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, com altos teores de sal, sódio, açúcares e gorduras, é uma recomendação pois estes alimentos contribuem para o ganho de peso, e outros problemas como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

## 6.5 Fitoterápicos e climatério

Alguns fitoterápicos podem auxiliar no alívio dos sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período. Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a isoflavona da soja.

Figura 21 – Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério

FITOTERÁPICO	INDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES
<b>Soja (<i>Glycinemax</i>)*</b>	Ação estrogênica-símile para os sintomas do climatério.  Melhora do perfil lipídico.	Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas.  Uso: 50-180 mg/dia, que devem ser divididos em duas tomadas (12h/12h).	Alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.	-
<b>Trevo vermelho (<i>Trifolium pratense</i>)</b>	Alívio dos sintomas do climatério.  Ação estrogênica-símile.	Extrato padronizado a 8% de isoflavonas.  Uso: 40-60 mg/dia, com dose única diária.	Semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas.  O uso concomitante de anticoagulantes orais ou heparina pode ter seu efeito potencializado.  O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifem, pode sofrer interferência.  Drogas de metabolização hepática como antialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (itraconazol, cetoconazol) antineoplásicos (paclitaxel, vimblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina, lovastatina) podem ter sua ação alterada.	Hipersensibilidade aos componentes da fórmula e presença de coagulopatias.  Gestantes ou lactantes.  Em caso de manipulação cirúrgica de médio e grande porte, interromper o uso 48h antes do procedimento.
<b>Cimicifuga (<i>Cimicifuga racemosa</i>)</b>	Sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos).  Melhora da atrofia da mucosa vaginal.	Extrato padronizado entre 2,5% e 8% de 27-deoxiacetina.  Uso: 40-80mg/dia - pode ser associada às isoflavonas.	São muito raros, incluem dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares.	-
<b>Hipérico (<i>Hypericoperforatum</i>)</b>	Quadros leves a moderados de depressão não endógena.	Extrato padronizado a 0,3% de hipericinas.  Uso: 300-900 mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900 mg), dividir em três tomadas diárias.	Irritação gástrica, sensibilização cutânea – fotodermatite, insônia, ansiedade.	Gravidez, lactação.  Evitar exposição ao sol.

Fonte: BRASIL, 2016

## REFERÊNCIAS

- ALVES, F. ADAMI D.B.V.; MARQUES J., PEREIRA L.C., RICETTO C., BOTELHO S.. Inserção de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na Atenção Básica à Saúde para mulheres na pós-menopausa **Rev. Fisioter. Bras** ; 17(2): :131-1:139,mar.-abr.2016. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/199>>
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher** / Elza Baracho. - 6. edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018
- BOTOGOSKI S.R , LIMA S.M.R.R. , RIBEIRO P.A.A.G., TSUTOMU A. Os Benefícios do exercício físico para mulheres após a menopausa. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. 2009; 54(1): 18-23.Disponível em:< <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/354>
- BRASIL. **Lei 7498 de 25 de junho de 1986**. Regulamenta o exercício profissional da enfermagem: Art 11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: privativamente, a consulta de enfermagem (artigo 11, inciso I, alínea “i”);como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (artigo 11, inciso II, alínea “c”);
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília. 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2016. 230 p. : il. Disponível em:[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1.

reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria 648 do DOU n. 61 de 28/03/2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Anexo 1 (Do Enfermeiro, inciso I e II): Quanto às atribuições do enfermeiro: “realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municípios ou os do Distrito Federal;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos** : um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem **COFEN 159 de 19 de abril de 1993.** Dispõem sobre a consulta de enfermagem. art 1: determina que em todos os níveis de assistência a saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem **COFEN 271 de 12 de julho de 2001.** Regulamente ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. art 5: ratifica a realização da consulta de Enfermagem já definida na lei 7.498/86 e no decreto 94.406/87.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem **COFEN 272/2002.** Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras. art 1: indica as etapas da consulta de enfermagem. -art 2: os limites para a prática da prescrição de medicamentos são os programas de saúde pública e as rotinas que tenham sido aprovadas em instituições de saúde públicas ou privadas. Decreto 94.406/87. Regulamenta a lei 7.498/86.-art 8, inciso II, alínea c: a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, pode ser realizada pelo enfermeiro, na condição de integrante da equipe de saúde.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem **Lei 195 de 18 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. art. 1: O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais

COSTA DA SILVA J. F., MARQUES E. M., SILVA D. R., MEDEIROS J. R. C., NASCIMENTO R. S, DOS SANTOS S. F., CORREIA A. D. N., SILVA R.C.S., SANTOS R. M., OLIVEIRA J. M. de P., CRUZ D. E. B., e OLIVEIRA F. S. Relato de experiência de Fisioterapeutas na atenção básica com mulheres no período de menopausa e climatério. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2019 (24), e883. <https://doi.org/10.25248/reas.e883.2019>

DUFF S.W., CUCKLE H., PARMAR D., SHEIKH S., SMITH R.A., EVANS A., BLYUSS O, JOHNS L., ELLIS I.O., MYLES J., SASIENI P.D. E MOSS S.M. Effect of

mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. **Lancet Oncol** 2020; 21: 1165–72 Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2820%2930398-3>>. Acesso em: Set 2021.

FREITAS, Fernando et.al. **Rotinas em Ginecologia**. 5ª. Edição. Porto Alegre, 2006.

PINOTTI, M.; RUIZ, C.A.; FREITAS- JUNIOR, R. Rastreamento do câncer de mama: mais informação e menos elucubração. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan-Mar 2013.

SERRAO, C. (Re) pensar o climatério feminino. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 26, n. 1, p.15 23, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf>>.

UFMG. Treino prevenção de quedas. Otago exercises program. **Telessaúde Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <[https://telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/11/Preven%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_quedas\\_ebook.pdf](https://telessaude.hc.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/11/Preven%C3%A7%C3%A3o_de_quedas_ebook.pdf)>

## ANEXO H – 10 Passos para alimentação Saudável



# DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

### FAZER DE ALIMENTOS *IN NATURA* OU MINIMAMENTE PROCESSADOS A BASE DA ALIMENTAÇÃO

Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos *in natura* ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

### UTILIZAR ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR EM PEQUENAS QUANTIDADES AO TEMPERAR E COZINHAR ALIMENTOS E CRIAR PREPARAÇÕES CULINÁRIAS

Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

### LIMITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS

Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

### EVITAR O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

### COMER COM REGULARIDADE E ATENÇÃO, EM AMBIENTES APROPRIADOS E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, COM COMPANHIA

Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares,

amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

### FAZER COMPRAS EM LOCAIS QUE OFERTEM VARIEDADES DE ALIMENTOS *IN NATURA* OU MINIMAMENTE PROCESSADOS

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

### DESENVOLVER, EXERCITAR E PARTILHAR HABILIDADES CULINÁRIAS

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros consulte a internet, eventualmente faça cursos e... comece a cozinhar!

### PLANEJAR O USO DO TEMPO PARA DAR À ALIMENTAÇÃO O ESPAÇO QUE ELA MERECE

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação

### DAR PREFERÊNCIA, QUANDO FORA DE CASA, A LOCAIS QUE SERVEM REFEIÇÕES FEITAS NA HORA

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de “comida à quilo” podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem “comida caseira” em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

### SER CRÍTICO QUANTO A INFORMAÇÕES, ORIENTAÇÕES E MENSAGENS SOBRE ALIMENTAÇÃO VEICULADAS EM PROPAGANDAS COMERCIAIS

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

**ANEXO I – Medicamentos.**

<b>Anticoncepcionais:</b>
Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (Deprovera)
Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg comprimido (Microvlar, Ciclo 21)
Levonorgestrel 0,75mg (Pílula do dia seguinte)
Noretisterona 0,35 mg comprimido (Micronor)
Valerato de estradiol 5mg/ml + Enantato de Noretisterona 50mg/ml (Mesigyna)
<b>Antibióticos:</b>
Amoxicilina 500 mg cápsula
Amoxicilina 500mg + Clavulanato 125mg comprimido
Azitromicina 500mg comprimido
Cefalexina 500mg comprimido
Ceftriaxona 1g IM e IV
Ciprofloxacino 500mg comprimido
Doxiciclina 100mg comprimido
Fosfomicina Trometamol 3g (*restrito para gestantes)
Metronidazol 250mg comprimido
Metronidazol 1% creme vaginal
Nitrofurantoína 100mg cápsula
Penicilina Benzatina 1.200.000 UI
OBS: Os antibióticos somente poderão ser prescritos nas condições descritas no protocolo. Nas infecções de trato urinário deverão se basear na Urucultura.
<b>Básicos:</b>
Aciclovir 200mg comprimido
Ácido fólico 5mg comprimido
Dimenidrinato 50mg + Cloridrato de piridoxina 10mg comprimido (*restrito para gestantes)
Estriol 1mg/g creme vaginal
Fluconazol 150mg cápsula
Hidróxido de Alumínio 6% + Magnésio 4% suspensão
Hioscina (escopolamina) 10mg comprimido
Ibuprofeno 300mg comprimido
Metoclopramida 10mg comprimido
Metoclopramida 4mg/ml gotas
Miconazol 2% creme vaginal
Nistatina 250.000UI creme vaginal
Paracetamol 500mg comprimido
Sulfato ferroso 40mg comprimido

Fonte: Adaptado de REMUME, 2021.

**ANEXO J – EXAMES**

- a) Anti-HCV;
- b) Anti-HIV;
- c) BHCG;
- d) Citomegalovírus IgG e IgM;
- e) Clamídia - IgG e IgM;
- f) Colposcopia;
- g) Coombs Indireto;
- h) Ecografia mamária (CATEGORIA 0 e 3, para mulheres com idade inferior a 35 anos, com suspeita clínica;
- i) Ecografia Obstétrica e Morfológica (02 por gestação);
- j) Eletroforese de Hemoglobina;
- k) EPF;
- l) EQU e Urocultura com teste;
- m) Glicemia jejum;
- n) HbsAg;
- o) Hemograma;
- p) Mamografia (para mulheres com idade superior a 35 anos com história familiar de Câncer de Mama ou acima de 40 anos para rastreamento de rotina);
- q) Pesquisa de Estreptococo do Grupo B em secreção vaginal e anal;
- r) Rubéola IgG e IgM;
- s) Teste de gravidez IgG para toxoplasmose;
- t) Toxoplasmose - IgG e IgM;
- u) TS/RH;
- v) TSH;
- w) TTG/75g;
- x) VDRL;