PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

PROTOCOLO DE SAÚDE DAS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2ª VERSÃO

2022

Elizabeth Schmidt

Prefeita do Município de Ponta Grossa

Rodrigo Daniel Manjabosco

Presidente da Fundação Municipal de Saúde

Priscilla Vanessa

Gerência de Vigilância em Saúde

Thiago José Bueno

Gerência de Atenção Primária em Saúde

Renata Moraes

Gerência de Atenção Secundária em Saúde Equipe Técnica

Colaboradores desta versão:

Caroline Roskosz de Castro – Farmacêutica

Gleici Vudala – Nutricionista Residente em Saúde Coletiva

Juliano Taekawa – Médico

Letícia Aires do Rosário – Enfermeira Residente em Saúde Coletiva

Liz Elaine Sowek – Nutricionista

Luciana Gasparello – Enfermeira

Manon Callaça – Enfermeira

Maria Aparecida da Costa Silva – Farmacêutica

Mariane Sanson Wayar – Cirurgiã Dentista

Matheus Fernando Rietter Quintino Ferreira – Médico

Milton Machota Junior – Médico

Paola Faria Gomes Martins – Enfermeira

Silvia Inglês Dimbarre – Cirurgiã Dentista

Sollon Martin Alves – Médico

Thaize Carolina Rodrigues de Oliveira – Assistente Social

Maria Maria

“Uma Mulher que merece viver e amar

Como outra qualquer do planeta

É o som, é a cor, é o suor

É a dose mais forte e lenta

Mistura a dor e a alegria...”

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **4**
1 OS PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA
PARTE 1 – ADOLESCÊNCIA **08**
1 A LEGALIDADE DO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE 08
2 AVALIAÇÃO CLÍNICA 11
3 EXAMES LABORATORIAIS 11
4 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL 12
5 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 13
6 SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA 15
PARTE 2 – ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES **16**
1 PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUAÇÃO 16
2 LESÃO ANOGENITAL 26
3 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES 30
4 PROBLEMAS NA MAMA 34
5 DOR PÉLVICA 37
6 AVALIAÇÃO DE ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA 42
7 QUEIXAS URINÁRIAS 45
PARTE 3 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO **47**
1 ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO 47
2 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO 95
3 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL 99
PARTE 4 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO **108**
PARTE 5 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO **121**
PARTE 6 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA **128**
PARTE 7 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO **131**
PARTE 8 – ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR **136**
PARTE 9 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PONTA GROSSA **145**
PARTE 10 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA **146**
PARTE 11- REFERÊNCIAS **153**

INTRODUÇÃO

OS PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA

Para que a Atenção Básica (AB) possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde (UBS) estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população. Por meio do acolhimento, compreendido como uma escuta atenta e qualificada, que considera as demandas trazidas pelo usuário, a equipe de saúde define as ofertas da UBS para o cuidado e estabelece critérios que definem as necessidades de encaminhamento desse usuário para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.

Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes na AB. Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB. Trata-se de um instrumento potente para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. Deve também ser constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho.

Nesse sentido, o presente documento é fruto de um trabalho de singularização da publicação nacional, através da metodologia de ensino do Instituto Sírio Libanês de Pesquisa, realizado no município de Ponta Grossa. Deve, ainda, ser utilizado de forma complementar a outras publicações do DAB, como os Cadernos de Atenção Básica e os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, num contexto de integração, em que cada publicação tem sua funcionalidade e contribui para maximizar o potencial de ação do profissional de saúde nas variadas situações que se apresentam no cotidiano da AB.

Desse modo, os protocolos devem ter flexibilidade para reconhecer um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às distintas realidades do Brasil. Seu propósito não é abarcar todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado em saúde, nem nos demais níveis de atenção, mas trazer

ofertas para o fortalecimento da Atenção Básica como importante ponto de atenção – de coordenação do cuidado e porta de entrada preferencial no sistema –, que opera dentro de um arranjo maior de Redes de Atenção à Saúde, a fim de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, com uso racional dos recursos do SUS.

Cada protocolo aborda um tema clínico e é elaborado com base em diversos saberes, a fim de garantir um cuidado integral sob a ótica da clínica ampliada, considerando que aspectos biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais exercem determinação sobre o processo saúde-doença dos indivíduos e, portanto, os profissionais de saúde devem acionar recursos diversos para o cuidado. O presente protocolo é referente ao cuidado da mulher na AB e dialoga com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ao considerar o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Com esse protocolo, afirma-se também um compromisso com a implementação de ações de saúde no âmbito da AB que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas para a mulher, mas também para a família e a comunidade. Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida.

Nesse contexto, o *Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* contempla desde temas como adolescência, pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Contempla, ainda, a abordagem dos problemas/queixas e a prevenção dos cânceres que mais acometem a população feminina e o atendimento á adolescentes.

A construção do material foi balizada pelos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na busca por uma AB acolhedora, resolutiva e que avance na gestão e coordenação do cuidado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Há o pressuposto de que o protocolo seja permeável ao reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às distintas realidades do Brasil. Vale lembrar que este material não abarca todas as possibilidades de

arranjos e práticas de cuidado em saúde das mulheres na AB, nem nos demais níveis de atenção, mas traz ofertas para qualificar a Atenção Básica.

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde na Atenção Básica, os Protocolos da Atenção Básica cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na PNAB, particularmente no que se refere aos(às) profissionais de enfermagem. Compondo a equipe mínima da Saúde da Família – juntamente com médico, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde – e outras modalidades de equipes de Atenção Básica, enfermeiras e enfermeiros desenvolvem atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme as atribuições estabelecidas na Portaria nº 2.488/2011, obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei n° 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 159/1993 e nº 358/2009. A ênfase aqui se justifica pelo fato de que, observadas as disposições legais da profissão, algumas de suas atividades são referendadas pela existência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal.

Reconhece-se que, para o alcance dos objetivos do sistema de saúde e o cumprimento efetivo e qualificado de suas funções como porta de entrada preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade na Atenção Básica, faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e responsabilidade a todas(os) as(os) trabalhadoras(es) atuantes neste nível de atenção. Também é fundamental estimular dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando a oferta de cuidado em contextos de difícil acesso, com barreiras geográficas ou outras particularidades locorregionais.

Cabe ressaltar que as referências bibliográficas que serviram de base para a produção desta publicação são obras que versam sobre práticas e saberes já consolidados no âmbito da Atenção Básica, isto é, tratam do cuidado em saúde neste nível de atenção considerando a perspectiva do usuário, da pessoa que busca o cuidado – e não de agravos ou uma tecnologia –, contemplando o trabalho em equipe e a organização do processo de trabalho sob a ótica da integralidade e demais princípios da Atenção Básica. Sendo assim, o conteúdo dos Cadernos de Atenção Básica (CABs) serviu como ponto de partida para a elaboração deste material. Agregam-se aos CABs as diretrizes de políticas de saúde, com destaque para a PNAB e a PNAISM, além de manuais, diretrizes, normas e notas técnicas, leis, portarias e outras publicações do MS. Além disso, foram utilizados estudos e consensos de bases de dados nacionais e internacionais de reconhecido valor para a Atenção Básica.

Após a elaboração, foi realizada a etapa de validação interna, que consistiu em um processo de discussão do material por um conjunto de especialistas – profissionais, gestores(as), professores(as) – em saúde da família, medicina de família e comunidade (MFC), ginecologia e obstetrícia. Nesta etapa promoveu-se a análise técnica dos protocolos a fim de garantir o aprimoramento do material elaborado pela equipe de produção.

PARTE 1 - ADOLESCÊNCIA
1 A LEGALIDADE DO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

A adolescência é fase de transição entre a infância e a idade adulta, e como fase própria possui características singulares nos campos biológicos, psicológicos e sociais. A primeira tem vários percursos desenvolvimentais no sujeito, das quais é importante destacar a ocorrência da puberdade e a separação das figuras parentais. A segunda é o caminho essencial do desenvolvimento social e a busca por suas identidades. O termo adolescência vem do latim *adolescere* e significa crescer. A palavra *adolescence* foi usada na língua inglesa pela primeira vez em 1430, e referia-se à faixa etária dos 14 aos 21 anos para homens e dos 12 aos 21 anos para as mulheres.

A adolescência descrita em uma etapa etária tem gerado polêmicas de cunho jurídico em diferentes áreas. Assim sendo, há visões jurídicas diferenciadas sobre a capacidade do adolescente com relação a sua responsabilidade e autonomia no que diz respeito a votar, casar-se, contratar ou firmar obrigações, relações de trabalho e inimputabilidade perante a lei, o que têm gerado inúmeras interpretações quando se trata do exercício da sua sexualidade. Todavia, como a definição legal sobre o exercício da sexualidade segura não é expressa claramente, os profissionais da área da saúde e educação acreditam que devam condicionar a assistência a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes à autorização dos responsáveis legais, porque há insegurança quanto a riscos de processos judiciais ou acusação de desrespeito.

Em pesquisa bibliográfica, Morais e Vitalle, descrevem no artigo intitulado "Direitos Sexuais e Reprodutivos na Adolescência", uma revisão bibliográfica sobre o assunto, a qual foram utilizadas as legislações do CFM e COFEN, Estatuto da ECA, Nota técnica do DST/MS, uma portaria interministerial e as leis federais:

Privacidade, confiabilidade e sigilo profissional no atendimento: os Códigos de Ética dos profissionais da saúde	A abordagem adequada do adolescente deve conter os princípios da privacidade, confiabilidade e sigilo profissional como forma ética de garantir a preservação de qualquer situação vexatória. Portanto, o adolescente **tem o direito** de ser atendido sozinho, independente de sua idade, se assim for o seu desejo (exceto em casos de deficiências intelectuais e algumas formas de distúrbios psiquiátricos). No entanto, o direito à privacidade não significa retirar da família suas responsabilidades; pelo contrário, as famílias devem ser estimuladas constantemente a participar da vida dos seus filhos. A diferença necessária entre uma e outra está na postura profissional daquele que atende (médicos, enfermeiros ou auxiliares), devendo estes saber distinguir entre as informações que devem ser mantidas em sigilo e aquelas em que a necessidade de comunicação é contundente, como os casos em que haja risco à sua própria vida ou à vida de terceiros, ou que se perceba que não há capacidade do adolescente no autocuidado; porém, nessas condições, o adolescente deve ser informado dessa tomada de decisão. De maneira muito direta, o Código de Ética Médica, em seu artigo 74, estabelece que é proibido "revelar segredo profissional referente a paciente menor de

	idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação ocasionar danos ao paciente". Mas o Código de Ética também responsabiliza os médicos se o segredo for violado por seus auxiliares conforme artigo 78, "deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido". Da mesma forma, o Código de Ética da Enfermagem estabelece o sigilo profissional e da equipe; no entanto, é incisivo em destacar no art. 82, §4º. "o segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação for solicitada por pais ou responsáveis [...]". Portanto, os marcos legais de atendimento aos adolescentes garantem que eles possam receber tratamento, orientação e informações corretas sobre a vivência de sua sexualidade em todos os serviços de saúde, estabelecidas em uma relação de confiança entre profissional e paciente.
Prescrição de métodos contraceptivos, inclusive a menores de 14 anos	O adolescente tem direito à orientação sobre anticoncepção, ao acesso a preservativos masculinos e femininos e à prescrição de outros métodos anticoncepcionais (anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, anticoncepção de emergência), de acordo com indicação da equipe. Todos os profissionais de saúde devem estar habilitados a prestar orientações aos adolescentes quanto aos métodos anticoncepcionais disponíveis nas unidades. A prescrição de anticoncepcionais deve respeitar tanto a solicitação dos adolescentes, independente de sua idade, quanto os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). Quando houver risco de gravidez, a idade ginecológica (tempo pós-menarca) não deve ser fator limitante para a prescrição do anticoncepcional.
Identificação de suspeita ou confirmação de violência sexual.	Equipe de saúde deverá acolher a pessoa em situação de violência, ou em suspeita, de forma humanizada, sigilosa, respeitando a dignidade e a privacidade. Realizar todos os procedimentos clínicos, descrição minuciosa, data e horário da provável da violência, tipo de violência exposta, existência de lesões ou não, indicação de tratamento quando houver; Realizar encaminhamentos legais necessários à proteção do adolescente: 1- Notificação Obrigatória (ECA, artigo 245) para órgão competente CONSELHO TUTELAR DO TERRITÓRIO (*Sempre acionar CT); 2-NOTIFICAÇÃO DO SINAN, VIOLÊNCIA INTERPESSOAL, 3-Direcionamento para outros órgãos da Rede atendimento e Proteção, conforme demanda. ****Em Situações de violência acontecidas com intervalo menor que 72h, encaminhar paciente para para profilaxias/realização de exames periciais(IML) em Hospitais de referência: Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, com cópia do atendimento/procedimentos que a/o paciente passou pela equipe da UBS/UEF; Para dispensar nova abordagem em outro instituição de saúde, (salvo quando houver necessidade de outras avaliação ,ex. Cirrugia). Para evitar revitimização do paciente. Conforme LEI Nº 13.431, DE 4 DE ABRIL DE 2017, **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda: a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro; b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de

	compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico; c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação; *** Gestação em menores de 14 anos deve ser notificada como violência sexual mesmo sendo consentida. Sempre acionar Conselho Tutelar.**
Solicitação de atestado de comprovação de virgindade da adolescente por parte dos pais ou responsáveis.	Cabe à equipe de saúde avaliar o motivo e o contexto da solicitação e fazer as orientações pertinentes aos pais e à adolescente. Deve-se oportunizar o retorno da adolescente e da sua família à unidade de saúde, tanto para atividades educativas quanto para avaliações específicas de saúde. Não cabe ao médico (ginecologista-obstetra, pediatra, clínico ou generalista), das Unidades de Saúde, fornecer este laudo pericial. Esta responsabilidade é do Instituto Médico Legal.

2 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

• Realizar a avaliação clinica clássica (anamnese e ex. físico), considerando sempre a demanda e o aspecto geral da adolescente. Na anamnese, perguntas sobre menarca, ciclo menstrual, atividade sexual, uso de drogas e ideação ou tentativa de suicídio são importantes;
• Quando proceder ao exame físico geral da adolescente, será imprescindível a presença, no consultório, de um outro profissional de saúde;
• A adolescente deve ser orientada sobre a realização do exame físico, mostrando e explicando como os instrumentais serão utilizados. Seus pudores e temores deverão ser respeitados, adiando a realização do exame se necessário e possível. O exame dos genitais não é obrigatório se não houver queixa que sugestione, porem ao realizá-lo, um outro profissional da saúde deverá estar presente;
• O exame dos genitais requer o uso de luvas.
• A avaliação nutricional deverá ser realizada utilizando os gráficos de referencia IMC/Idade e Altura/Idade.
• A maturação sexual poderá avaliada e acompanhada pelas tabelas de Tanner;
• Após o exame clínico serão levantadas as hipóteses diagnósticas, solicitados exames (de rotina e os específicos de cada caso) e fornecidas prescrições necessárias, devendo sempre esclarecer a adolescente sobre o diagnóstico , seus medicamentos e encaminhamentos para especialidades ou para outras secretarias, quando necessário;
• É importante informar a adolescente sobre os trabalhos em grupo realizados pela equipe, convidá-la a participar e orientá-la a agendar atendimento com outros membros da equipe quando necessário.
• Após a consulta, a adolescente deve ser encaminhada para a sala de imunização para que esta seja avaliada e se necessário aplicar as vacinas que estão faltando.
•Encaminhar as adolescentes para uma avaliação odontológica;

3 EXAMES LABORATORIAIS

Devem ser solicitados, na oportunidade de captação da adolescente, os seguintes exames:
• Hemograma completo
• Parcial de urina
• Parasitológico de fezes (havendo evidencias clinicas, iniciar de imediato o tratamento)
• Ferritina sérica (pela incidência de anemia ferropriva na adolescência)

Observação:

• Para os adolescentes de ambos os sexos, sexualmente ativos e com historia de vários parceiros, além dos exames de rotina já indicados, e recomendado realizar, uma vez ao ano, testagem para sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C;

• O exame citopatológico do colo do útero de **rastreamento** com risco habitual, está indicado a partir dos 25 anos de idade, não sendo recomendado para adolescentes assintomáticas;

• Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a necessidade de cada caso.

4 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL

A puberdade refere-se as transformações do corpo envolvendo os vários órgãos e estruturas. Inicia-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários (broto mamárioe desenvolvimento dos pelos pubianos). Termina com o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento, que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e aquisição da capacidade reprodutiva, em vista do amadurecimento gonadal.

4.1 CRESCIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL

Na puberdade, as adolescentes ganham cerca de 20% de sua estatura final e 50% de seu peso adulto. Ao rápido crescimento em estatura, característico desta fase, dá-se o nome de estirão puberal.

Fases do Crescimento Esquelético:	
Fase de crescimento estável (pre-puberal)	Quando a adolescente ganha em media 4 a 6 cm/ano em altura, e 2 a 3 Kg/ano no peso;
Fase de aceleração do crescimento (puberal)	Quando a velocidade do crescimento aumenta ate atingir o máximo - PVC (Pico de Velocidade de Crescimento). Nas meninas ocorre entre 11 e 12 anos atingindo em media, 8 a 9 cm por ano, esta fase dura em media 2 anos;
Fase de desaceleração do crescimento (pos-puberal)	Há a diminuição da velocidade de crescimento e o alcance da altura final do adulto, ocorrendo entre 15 a 16 anos no sexo feminino.
Peso	
Apresenta também aceleração e posterior desaceleração. No sexo feminino a velocidade máxima de ganho de peso ocorre geralmente 6 meses depois do pico da velocidade de crescimento em estatura	
Pressão Arterial	
Valores de Pressão Arterial	Nos primeiros anos de vida tem elevação gradual. Na adolescência ha uma elevação mais rápida ate chegar aos níveis pressóricos do adulto;
A avaliação da PA	Deve ser uma rotina na consulta do adolescente, para permitir um diagnostico precoce de hipertensão arterial.

4.2 O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

Segundo Freud, o desenvolvimento da sexualidade durante a infância ocorre em etapas, de acordo com as regiões corporais (zonas erógenas) para as quais a libido (energia sexual) esta mais dirigida com o objetivo de obter prazer.

Fase de transição:

• Aos 11 - 12 anos, com o inicio da puberdade, os adolescentes dirigem sua atenção ao sexo oposto. O contato em grupo com adolescentes de outro sexo, o paquerar e o ficar são fundamentais para o desenvolvimento do papel sexual erótico. Entretanto, ainda ha timidez e insegurança, de maneira que as relações de intimidade se fazem com o outro do mesmo sexo. E com o amigo que se divide os pensamentos, duvidas, experiências, confidencias e fantasias;

Fase heterossexual:

• O desenvolvimento desta etapa ocorre geralmente a partir dos 15 - 16 anos. A heterossexualidade e alcançada gradativamente a partir do aprendizado decorrente das experiências dos relacionamentos com o sexo oposto. Ha uma maior consciência dos riscos e da necessidade do autocuidado.

4.2 COMO ORIENTAR SOBRE SEXUALIDADE

• Mostrando que a sexualidade não e sinônimo de sexo ou atividade sexual;
• Ajudando a adolescente a tomar decisões a partir de reflexões sobre o porque “sim” e o porque “não” com base no respeito a si mesmo e ao outro;
• Oferecendo informações claras, verdadeiras e adequadas a faixa etária;
• Ajudando a superar os tabus, mitos e preconceitos;
• Facilitando os canais de comunicação entre pais e filhos;
• Tendo o cuidado de não transmitir seus preconceitos e referenciais para a adolescente.

5 GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As atividades em grupos devem permitir a aproximação dos adolescentes com os temas próprios de sua idade e da sua comunidade. É importante ouvi-los para saber quais são suas próprias demandas e necessidades.

Podemos estimulá-las a trazer contribuições, sejam com ideias, dinâmicas, textos, livros, sucatas, indicações de recursos da comunidade, de grupos de outros jovens, entre outros. Isto desenvolve o sentimento de co-responsabilidade sobre a evolução dos grupos e permite descobrir talentos e lideranças.

Deve-se, sempre que possível, priorizar a prevenção em relação às IST/Aids, à gestação precoce não planejada, ao uso e/ou abuso de drogas e à saúde mental a partir da reflexão por parte da adolescente sobre seu projeto de vida e a responsabilidade em relação às suas ações, sempre com o reforço da autoestima e auto-cuidado.

Proposta de roteiro para oficinas para Adolescentes, Pais e Familiares		
	Adolescentes	Pais e Familiares
POPULAÇÃO	Adolescentes da área de abrangência da US	Pais e/ou familiares de adolescentes da área de abrangência da US
OBJETIVO GERAL	Construção da autonomia e de um projeto de vida, envolvendo várias dimensões: • Autocuidado corporal e nutricional, estudo, trabalho, amizades, lazer, namoro, esporte, atividades artísticas e culturais, planos em relação à vida profissional e afetiva.	Refletir e orientar sobre as relações familiares na adolescência.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Possibilitar reflexão sobre a importância de um projeto de vida, a responsabilidade por sua saúde reprodutiva e por um estilo de vida saudável; • Fortalecer vínculo da adolescente com os diversos profissionais; • Avaliar junto com os participantes alternativas de construção da cidadania; • Prevenir a gravidez precoce não planejada; IST/Aids, uso e/ou abuso de drogas.	• Enfatizar a importância do diálogo e de uma relação positiva e de respeito entre familiares e a adolescente; • Orientar sobre a importância de auxiliar os filhos nas atividades do dia a dia, na construção de um projeto de vida e na busca de alternativas para a sua concretização; • Reforçar a possibilidade das adolescentes frequentares os serviços da US;
METODOLOGIA	• Realizar dinâmicas de grupo participativas; • Fornecer informações objetivas com linguagem acessível; • Utilizar e fornecer a carteirinha de saúde da adolescente; • Perguntas facilitadoras: Que sonhos tenho para meu futuro? Que tipo de vida quero pra mim?	• Esclarecer quanto as principais dúvidas dos familiares; • Perguntas facilitadoras: Como é a adolescência para pais e filhos? Qual a importância e como orientar os filhos?
DURAÇÃO	• Uma oficina mensal, com duração de 2 horas;	• Uma oficina mensal, com duração de 2 horas; • Cada familiar deverá participar de pelo menos uma oficina.

6 SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA

A saúde bucal dos adolescentes tem grande importância pois é neste período que:

- A maioria dos elementos dentais permanentes de maior risco à cárie erupta na boca;
- Apesar da redução gradual do risco biológico à cárie observada com a aproximação da vida adulta, cresce o risco às doenças periodontais;
- nesta faixa etária, principalmente no início da adolescência, que os bons hábitos de higiene são colocados de lado. Os pais já delegaram a higiene bucal para os filhos, pois " já está na hora de escovar os dentes sozinho";
- Será nesta fase que o indivíduo consolidará, se bem orientada, uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura;
- Surge uma oportunidade para as equipes de saúde, que tanto investiram na saúde bucal das crianças, de eliminar a solução de continuidade existente entre a infância e a vida adulta;

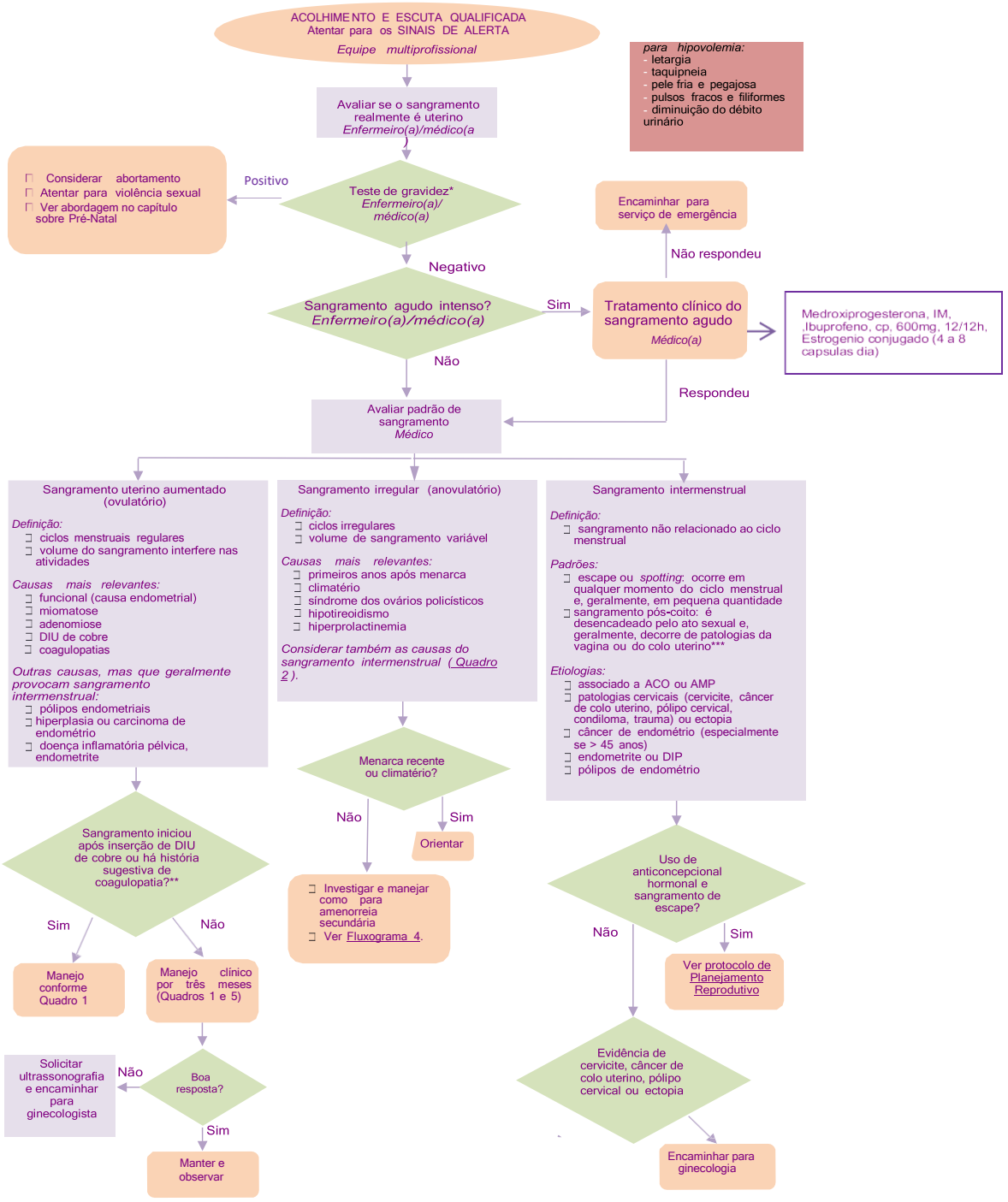
- O risco aumentado à doença periodontal fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento de uma patologia, não exclusiva mas própria desta faixa etária, a Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada;
- A Periodontite Juvenil Localizada faz parte de um grupo de doenças periodontais severas, que aparecem no início da puberdade e caracteriza-se pela destruição do periodonto de sustentação. Trata-se de uma doença crônica inflamatória, onde ocorre grande destruição Óssea. Pode ser classificada de duas formas: localizada, afetando os primeiros molares e incisivos permanentes e na manifestação generalizada, todos os dentes podem ser afetados;
- A Periodontite Juvenil se deve, principalmente, à invasão bacteriana dos tecidos periodontais por um grupo específico de bactérias que em geral são a *A. ACTINOMYCETEMCOMITANS* e a *CAPNOCYTOPHAGA SP*. Fatores genéticos e falhos no mecanismo de defesa do hospedeiro, colaboram para determinar a susceptibilidade da pessoa à infeção periodontal e a velocidade de progressão da doença;
- A melhor prevenção para a Periodontite Juvenil é a visita periódica aos serviços da Unidade de Saúde, pois, se houver algum problema, este será diagnosticado precocemente, e o tratamento será mais brando, com sequelas menores;
- O tratamento da Periodontite Juvenil pode incluir raspagem ou cirurgia periodontal, irrigação das bolsas periodontais com tetraciclina e clorexidina e ainda administração de medicamentos (antibióticos) por via oral;
- Os resultados alcançados por este tipo de tratamento em geral são satisfatórios. Quanto mais precocemente diagnosticada a doença melhor será o resultado do tratamento;

PARTE 2 - ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES

1 PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUAÇÃO

1.1 Sangramento uterino anormal

Fluxograma 1 - Sangramento uterino anormal



* Para mais informações sobre o teste de gravidez, ver Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreias.
** Sangramento uterino aumentado desde a menarca OU história familiar de coagulopatia OU múltiplas manifestações hemorrágicas.
*** Patologias da vagina não foram incluídas no fluxograma, por não serem de origem uterina. Incluem trauma, vaginose, vaginite atrófica e carcinoma.

1.1.1 Padrões de sangramento e manejo das diferentes causas de sangramento uterino

Quadro 1 – Sangramento uterino aumentado: ciclos regulares, porém prolongados ou intensos*

Obs.: Podem estar presentes sintomas relacionados à menstruação

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Funcional (causa endometrial, Anteriormente denominado sangramento uterino disfuncional)	Decorre de alterações na hemostasia endometrial, não estando associado à lesão orgânica. Podem também estar presentes miomas ou outras alterações anatômicas como achado casual, sem estes serem a causa do sangramento. Por esse motivo, o sangramento uterino aumentado geralmente é tratado clinicamente como sendo de causa funcional antes de proceder à investigação de lesões orgânicas.	Manejo clínico, conforme Quadro 5.
Miomatose uterina**	• Os miomas que estão associados a sangramento uterino geralmente são submucosos. •Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. • Diagnóstico pela ultrassonografia.	Inicialmente manejo clínico para sangramento funcional (ver Quadro 5). • Tratar anemia, se houver. • Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. • Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regridem.
Adenomiose**	• Frequentemente se acompanha de dismenorreia ou dor pélvica crônica. • Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. • Diagnóstico suspeitado pela ultrassonografia, porém apenas confirmado no anatomopatológico.	Inicialmente manejo clínico (ver Quadro 5). • Tratar anemia, se houver. • Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. • Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regridem.
DIU de cobre	• Mais intenso nos primeiros três meses após a inserção, acompanhado de dismenorreia.	• Orientar. • Se necessário, associar AINE nos primeiros meses durante o sangramento menstrual.
Coagulopatias	• Suspeitar em mulheres com sangramento uterino aumentado desde a adolescência, com história familiar de coagulopatias ou com história de hemorragia pós-parto ou sangramentos frequentes (epistaxe, equimoses, sangramento gengival etc.). • Testes iniciais: hemograma, plaquetas, TP e TTPa.	Se exames alterados, encaminhar ao hematologista para investigação adicional.

Notas: * Outras causas possíveis, mas que geralmente se manifestam como sangramento intermenstrual, são: pólipos endometriais, hiperplasia ou carcinoma de endométrio, endometrite e doença inflamatória pélvica.

** Se boa resposta ao tratamento farmacológico, não há relevância clínica em diferenciar entre miomatose e adenomiomatose.

Quadro 2 – Sangramento uterino irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável*

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Primeiros anos após menarca	Padrão menstrual muito frequente em adolescentes nos primeiros anos após a menarca, frequentemente acompanhado de dismenorreia.	Muitas vezes, apenas orientar já é suficiente. Se dismenorreia muito intensa, considerar associar AINE durante a menstruação. Oferecer contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, para regularização da menstruação, especialmente se a adolescente já tiver iniciado vida sexual. Se não houvervida sexual, considerar oferecer contraceptivo oral combinado por 3-6 meses para regularização dos ciclos. Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo.
CLIMATÉRIO	Padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Avaliar probabilidade de climatério. Ver protocolo de Climatério.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério. Ver Protocolo de Climatério. Se sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade. Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo.
Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário.	Orientar atividade física regular e reeducação alimentar, estimulando a perda de peso. Mesmo não havendo perda de peso, pode já haver benefícios. Se houver plano de engravidar, ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo. Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p. ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento destas.
Hipotireoidismo	Pesquisar outros sintomas de hipotireoidismo. TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.	Reposição de levotiroxina.
Hiperprolactinemia	Suspeitar se história de amenorreia ou de ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada, se > 40 ng/mL. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de descarga papilar.	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.

Nota: * Se não se encaixar de forma evidente em um desses diagnósticos, considerar também as causas de sangramento intermenstrual.

Quadro 3 – Sangramento uterino intermenstrual: sangramento uterino não associado à menstruação – Padrões mais frequentes são escape e sangramento pós-coito

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Associado a anticoncepcional oral combinado	Sangramento no padrão escape (*spotting*), caracterizado por pequenos sangramentos sem relação com o ciclo menstrual. É mais frequente nos primeiros três meses de uso e quando utilizados anticoncepcionais orais com doses mais baixas de estrogênio.	Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo. Se ocorrer após uso prolongado do anticoncepcional, avaliar adesão e considerar outras possíveis causas de sangramento de escape.
Associado à medroxiprogesterona de depósito	No início do uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito, pode haver sangramento. Além disso, frequentemente há sangramento de escape, especialmente nos primeiros anos de uso.	Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo.
Patologias cervicais e ectopia	Geralmente, o padrão de sangramento é pós-coito. O câncer de colo uterino, em alguns casos, também pode se manifestar como sangramento de escape. A inspeção do colo uterino a olho nu durante o exame especular geralmente é suficiente para identificar patologias cervicais que resultam em sangramento.	Se identificada cervicite, manejar conforme Fluxograma 7 – Corrimento vaginal e cervicites. Se identificada ectopia, orientar que se trata de causa fisiológica. Se identificado pólipo ou alteração sugestiva de câncer de colo uterino, encaminhar para ginecologista.
Patologias do endométrio (pólipo, hiperplasia, câncer)	Geralmente, o padrão de sangramento é *spotting*, mas pode se manifestar como sangramento pós-coito. O diagnóstico, muitas vezes, é feito pela ultrassonografia, mas, geralmente, a mulher deve ser encaminhada para histeroscopia diagnóstica.	Encaminhar para histeroscopia.
Doença inflamatória pélvica	Geralmente, mas nem sempre, está associada à dor pélvica, febre e/ou sangramento pós-coito, intermenstrual ou do padrão de sangramento uterino aumentado ovulatório. Ao exame, o colo uterino frequentemente está friável, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo.	Ver protocolo de Dor Pélvica.

Quadro 4 - Manejo clínico do sangramento uterino agudo intenso**

AGENTE	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÕES
Estradiol ou estrogênio conjugado	Estradiol, 1 mg, 4 a 8 comprimidos por dia, podendo ser tomados em dosagem única diária ou fracionados. • Estrogênio conjugado 0,625 mg, 4 a 8 cápsulas por dia, podendo tomar em dosagem única diária ou fracionados.	Doença ativa ou histórico de doença tromboembólica arterial ou tromboembolismo venoso, disfunção ou doença hepática ativa ou crônica, distúrbios trombofílicos conhecidos.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	• 1 comprimido, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. A partir de então, 1 por dia.	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, *diabetes mellitus* com alterações vasculares, doença hepática grave.
AINE	• 600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de *diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.

Nota: ** Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino.

* Medicamento não disponível pelo SUS no município de Ponta Grossa.

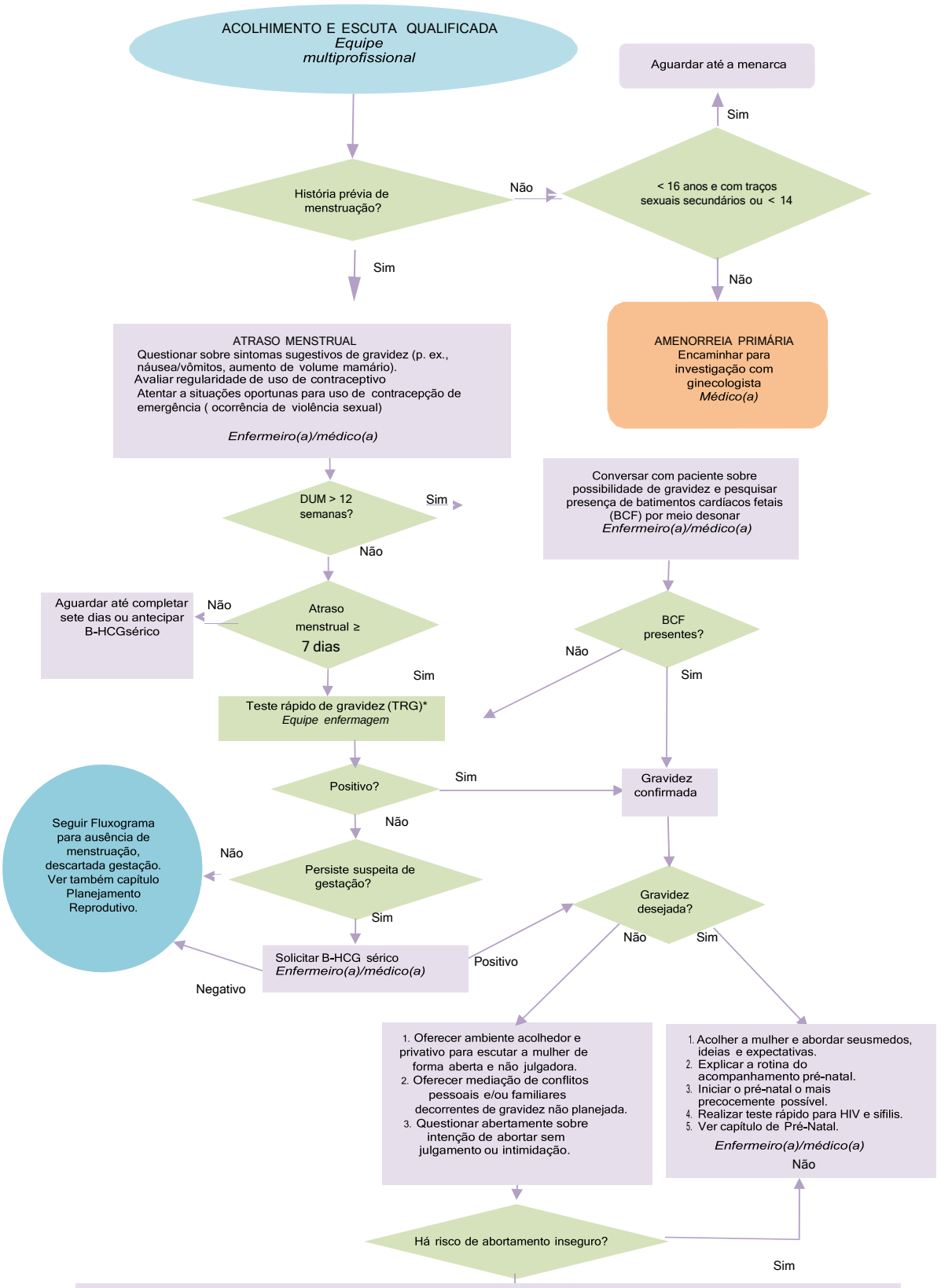
Quadro 5 - Manejo clínico do sangramento uterino aumentado crônico de padrão ovulatório**

Agente	Posologia	Redução esperada no sangramento	Contraindicações
Anti-inflamatório não esteroide (p. ex., ibuprofeno ou *diclofenaco)	600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de *diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	49%	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	• 1 cápsula ao dia, por 21 dias.	43%	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, *diabetes mellitus* com alterações vasculares, doença hepática grave.
Acetato de medroxiprogesterona oral	10 mg/dia do 5º ao 26 dia.	83%	Presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de neoplasia mamária ou de órgãos genitais.
Acetato de medroxiprogesterona injetável de depósito	150 mg a cada três meses.	Amenorreia	Idem ao anterior.
DIU com liberação de Levonorgestrel*	• Intrauterino.	95%	*NÃO OFERTADO PELO SUS

Nota: ** Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino.

* Medicamento NÃO disponível pelo SUS no município de Ponta Grossa.

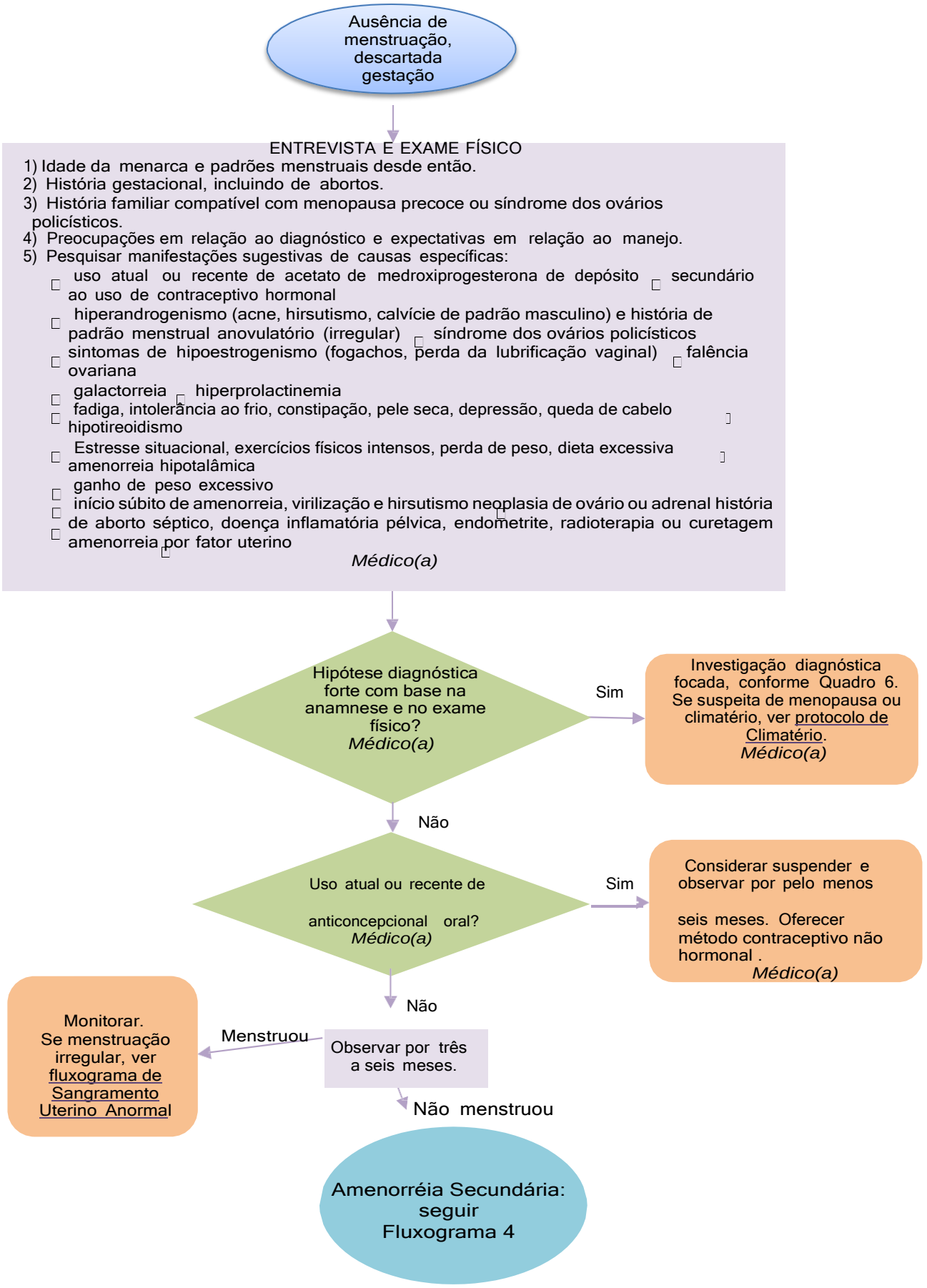
Fluxograma 2 - Atraso menstrual e amenorreias



1. Orientar situações em que o aborto é permitido por Lei e sobre possibilidade de adoção;
2. Aconselhar a mulher a conversar com pessoa de confiança e, se gestação em fase inicial, oferecer-se ao cuidado, mediação de conflitos, verificar vulnerabilidade social e familiar;
3. Orientar sobre risco de práticas inseguras, interrupção da gravidez (hemorragia, infecção, perfuração uterina, infertilidade, morte);
4. Marcar retorno para reavaliação;
5. Se ocorrer abortamento, assegurar planejamento reprodutivo para evitar nova gestação indesejada.

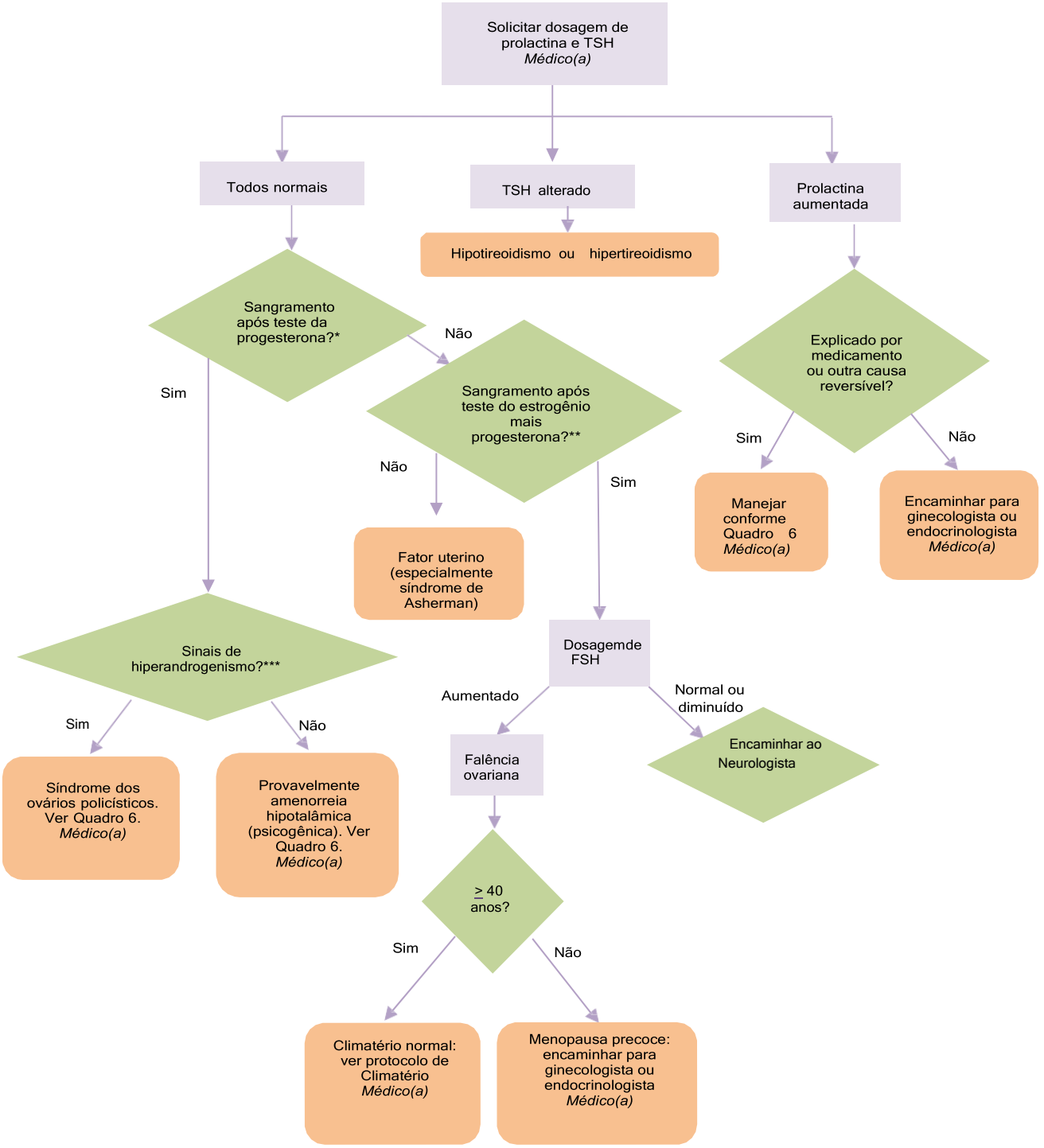
1.2.1 Ausência de menstruação, descartada gestação

Fluxograma 3 - Ausência de menstruação, descartada gestação



1.2.2 Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial

Fluxograma 4 – Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial

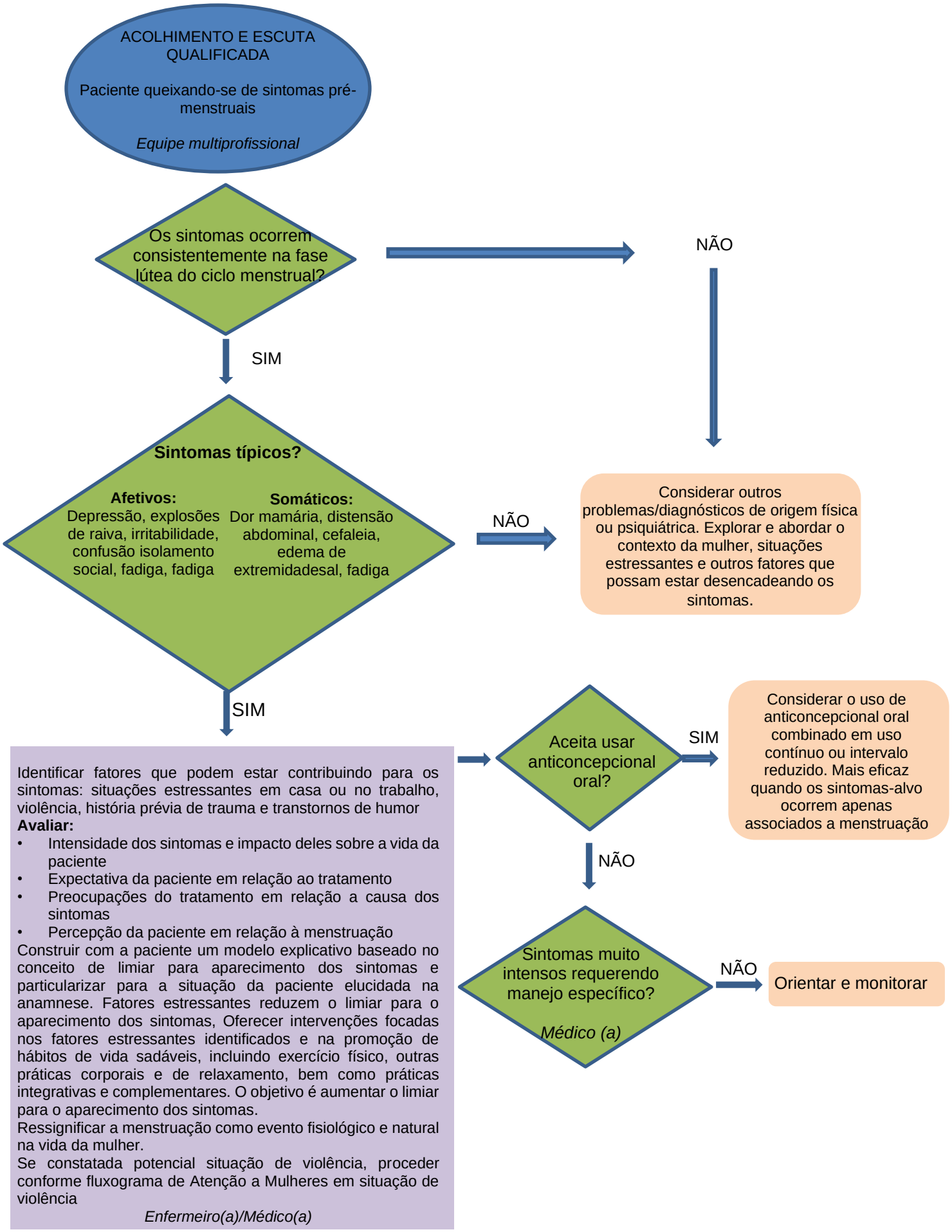


Notas:
* Acetato de medroxiprogesterona, 5 a 10 mg/dia, durante 5 a 10 dias, por via oral. Se houver sangramento entre 3 e 10 dias após o término da medicação, isso indica que a paciente tem secreção estrogênica adequada e não apresenta obstrução do trato genital. Portanto, o hipogonadismo é normogonadotrófico e a alteração é apenas na pulsatilidade.
** Etinilestradiol, 30 ug, + levonorgestrel por 21 dias. Se não houver sangramento após o término da medicação, isso sugere fortemente obstrução do trato genital.
*** Acne, pele oleosa, calvície de padrão masculino, hirsutismo.
Observação: geralmente se sugere observar por seis meses antes de se iniciar esse fluxograma diagnóstico. Pode-se antecipar a aplicação do fluxograma se história prévia de amenorreia ou de sangramento uterino irregular.

Quadro 6 - Atraso menstrual e amenorréias

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Amenorréia devido ao uso de anticoncepcionais	Há controvérsia em relação à associação de anticoncepcionais orais com amenorréia, porém se sugere suspender o uso caso esta ocorra. O acetato de medroxiprogesterona de depósito causa amenorreia na maioria das mulheres após seis meses de uso. Essa amenorreia é reversível após a suspensão da medroxiprogesterona.	Deve-se considerar suspender temporariamente o anticoncepcional. A menstruação geralmente retorna após dois meses da cessação do uso do anticoncepcional oral, mas pode ser necessário esperar até seis meses para que isso ocorra. Após a interrupção do uso da medroxiprogesterona de depósito, pode ser necessário até um ano para retorno da menstruação. Deve-se oferecer outro método contraceptivo para evitar gestação indesejada.
Amenorréia hipotalâmica	Associada a estresse situacional, exercício físico excessivo, perda de peso ou doença concomitante. No teste da progesterona, geralmente, há sangramento após o término da medicação. Entretanto, em casos mais graves, o hipoestrogenismo pode ser tão acentuado que não há sangramento após o teste da progesterona. Diagnóstico diferencial principal com síndrome dos ovários policísticos, feito pela ausência de manifestações androgênicas. Quando não há sangramento após o teste da progesterona, é preciso descartar doença neoplásica do sistema nervoso central por exame de imagem antes de fazer o diagnóstico de amenorréia hipotalâmica.	Oferecer apoio psicossocial focado no estresse situacional e na melhoria da capacidade de resolução de problemas pode ser suficiente nos casos leves. Se necessário, solicitar apoio do matriciamento em saúde mental. Casos mais graves, especialmente se envolverem transtornos alimentares, são mais bem manejados por equipe especializada multidisciplinar.
Síndrome dos ovários policísticos	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/ obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário.	Orientar perda de peso. O exercício físico é especialmente importante, trazendo benefícios mesmo se não houver perda de peso. Se houver plano de engravidar, ver o capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo. Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado de acordo com critérios de elegibilidade. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p.ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento delas.
Falência ovariana	Correlacionar com outros sintomas compatíveis com hipoestrogenismo, como fogachos e perda da lubrificação vaginal. O FSH costuma estar aumentado e o estradiol, diminuído; entretanto a dosagem desses hormônios nem sempre é adequada para avaliar falência ovariana, pois pode haver variação nos níveis hormonais de um mês para o outro.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados à falência ovariana. Se idade < 40 anos, encaminhar para ginecologista ou endocrinologista para avaliar menopausa precoce. Caso contrário, ver protocolo de Climatério.
Hiperprolactinemia	Suspeitar se história de amenorreia ou ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada se > 40 ng/ml. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de Descarga Papilar.	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.
Hipotireoidismo	Pesquisar sintomas de hipotireoidismo. Diagnosticado por TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.	Reposição de levotiroxina.
Neoplasia de ovário ou adrenal	Início súbito de amenorreia, virilização e hirsutismo. Atentar para sinais sistêmicos como perda ponderal, aumento de volume abdominal, entre outros.	Encaminhar para avaliação especializada com urgência, conforme fluxo local.
Tumores do sistema nervoso central	O mais comum é o prolactinoma, que pode ser suspeitado pela elevação da prolactina. Outras causas são tumores hipofisários secretores de hormônios, craniofaringioma, germinoma, hamartoma, teratomas e carcinomas metastáticos.	Para seu diagnóstico, deve-se solicitar tomografia computadorizada ou ressonância magnética, geralmente em nível secundário ou terciário.
Fator uterino (obstrução do trato genital)	A causa mais comum é a síndrome de Asherman, caracterizada por sinéquias decorrentes de curetagem, cirurgia ou infecção uterina. Pode também ser causada por estenose cervical. Uma forma de confirmar a obstrução do trato genital é realizando o teste do estrogênio + progesterona.	Encaminhar para ginecologista para avaliação.

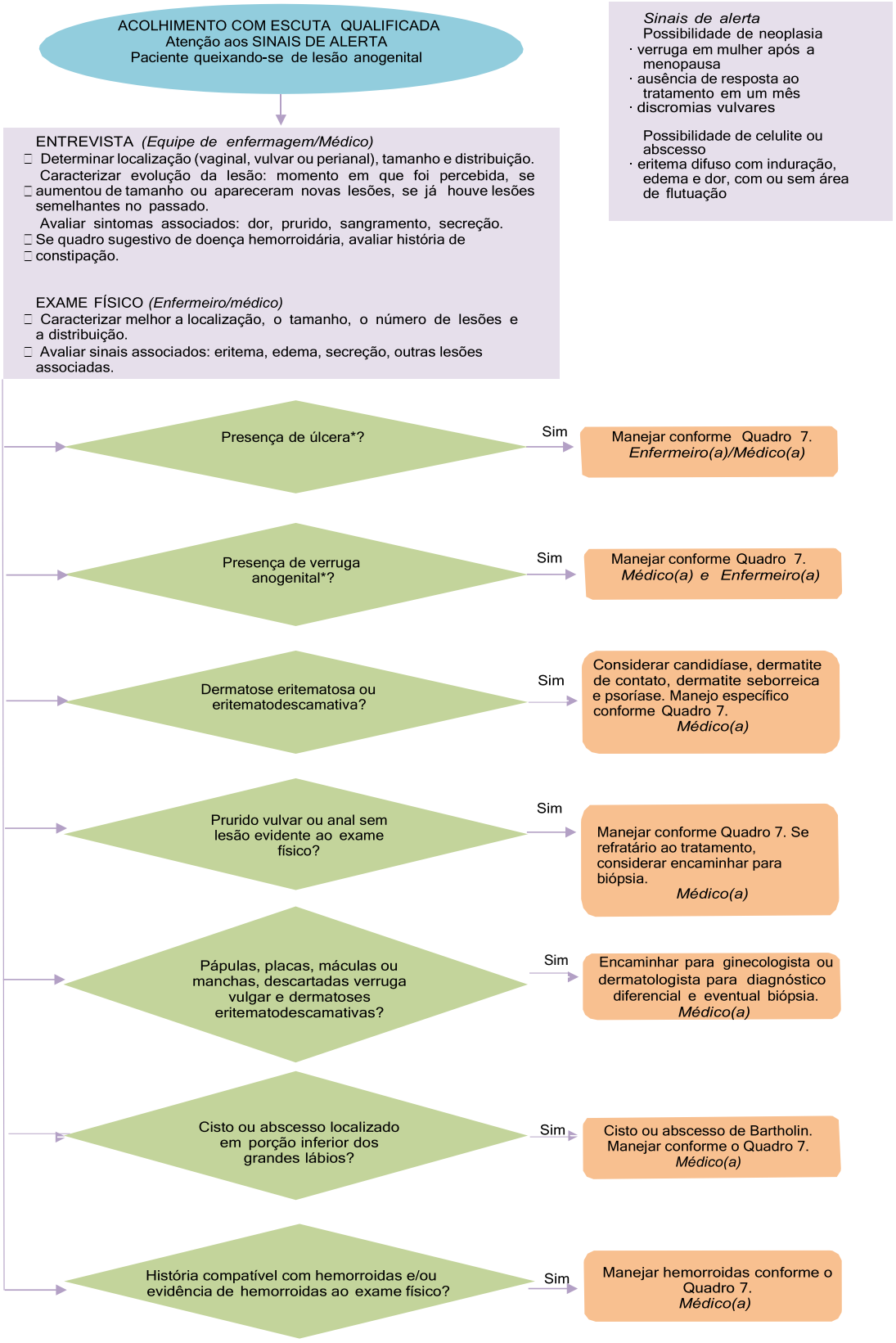
Fluxograma 5 - Sintomas pré-menstruais



2 LESÃO ANOGENITAL

2.1 Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital

Fluxograma 6 - Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital



Quadro 7 – Avaliação inicial da queixa de lesão anogenital

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Úlcera genital	Se paciente sexualmente ativa, considerar as principais causas de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Considerar diagnósticos diferenciais com outras doenças ulcerativas infecciosas e não infecciosas. Coletar material para microscopia (Gram e Giemsa) e campo escuro, sempre que laboratório disponível. Tratar conforme agente etiológico identificado (ver colunas *O que fazer* e *Quem faz*). Se laboratório não disponível, tratar conforme história clínica e exame físico (ver colunas *O que fazer* e *Quem faz*): • se história de vesículas dolorosas e/ou visualização de parede rota de vesícula, tratar herpes genital; • se não for caso evidente de herpes simples, tratar empiricamente como sífilis primária e cancro mole (cancroide); • se úlcera com mais de quatro semanas, tratar sífilis, cancro mole e donovanose; • se úlcera persistente ou irresponsiva ao tratamento, encaminhar para biópsia.	Orientações gerais: fornecer informações sobre as ISTs e sua prevenção, ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B; ofertar preservativos e gel lubrificante; ofertar vacinação contra hepatite B.	Equipe multiprofissional
		Orientar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado (disponível no SAE/CTA); notificar o caso; convocar e tratar parcerias sexuais.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
		Se úlcera sintomática, podem ser necessários analgesia e cuidados locais, com compressas frias, analgésicos ou anti-inflamatórios tópicos ou orais e banhos perineais.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
		Herpes simples: primeira infecção pode se beneficiar de tratamento com aciclovir, 400 mg, 3x/dia (ou 200mg 5x/dia), por 7 dias. Em casos recorrentes, pode ser necessário tratamento com aciclovir, 400 mg, 3x/dia, por 5 dias, a partir do início dos pródromos. Se seis ou mais episódios por ano, considerar tratamento supressivo contínuo, com aciclovir, 400 mg, 2x/dia (realizar controle laboratorial de funções renal e hepática). Gestantes: tratar o primeiro episódio, em qualquer idade gestacional, conforme o tratamento das primoinfecções.	Médico(a)
		Sífilis: realizar teste rápido para sífilis, solicitar VDRL e tratar com penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única para fase primária e 7,2 milhões para sífilis secundária, terciária recente e terciária tardia. Alternativa exclusiva para alérgicos graves (exceto para gestantes): Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 dias. Na impossibilidade de definir a fase clínica ou em caso de dúvida tratar com 7,2 milhões. Tratar as parcerias sexuais e realizar a notificação epidemiológica.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
		Cancro mole (cancroide): tratamento em dose única com azitromicina 1g, VO, OU ceftriaxona 250mg, IM (disponível na Farmácia Central).	Médico(a)
		Donovanose: tratar até o desaparecimento das lesões, por, no mínimo, 21 dias com azitromicina 1g, VO, 1x/semana, OU sulfametoxazol/trimetoprim 800/160mg, VO, 2x/ dia	Médico(a)

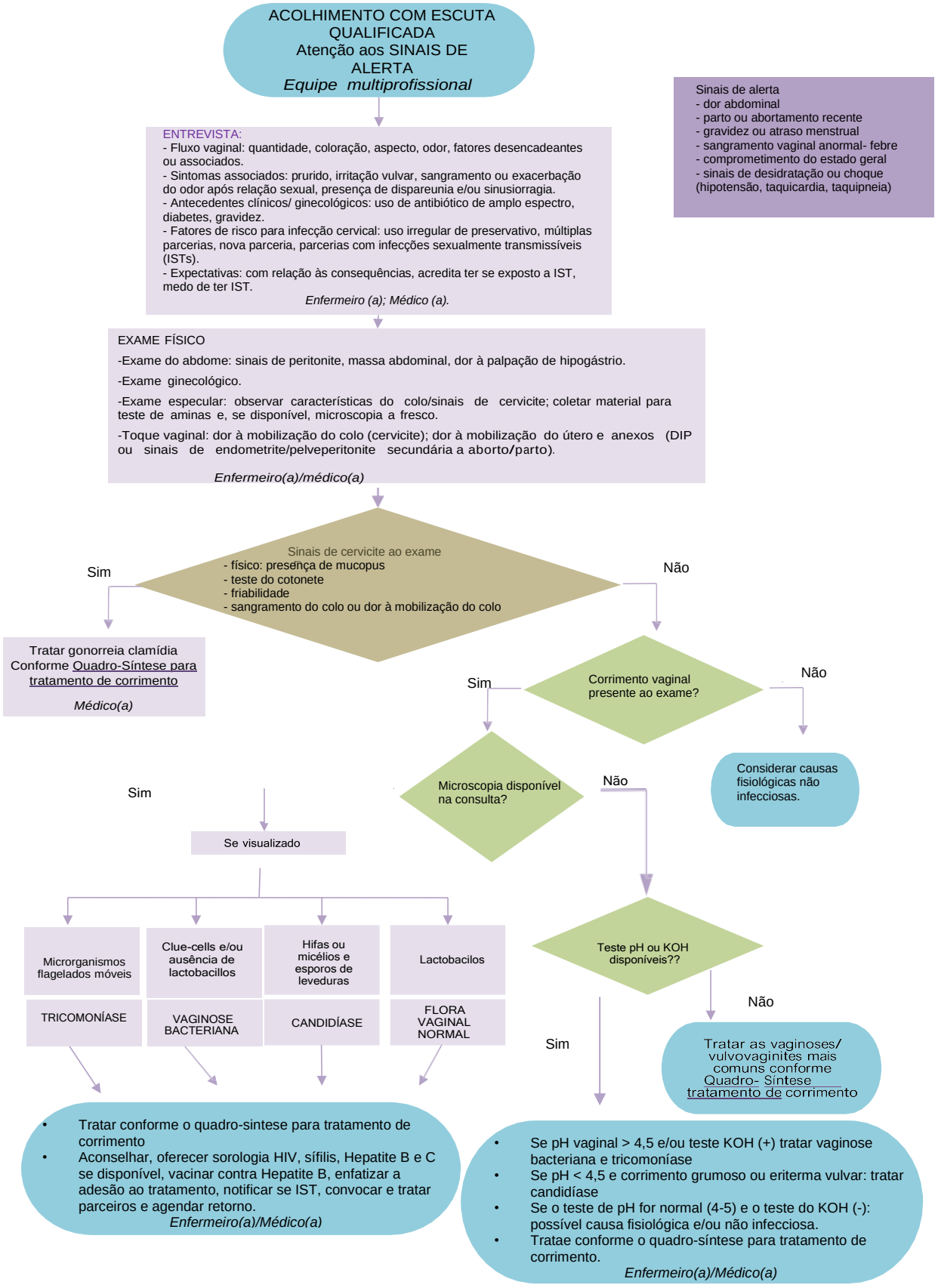
Verruga anogenital	As lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e/ou colo. Mais comum em pacientes jovens. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.	Referenciar em casos especiais: gestantes, crianças, imunossuprimidos, doença disseminada ou verrugas de grande volume. Se lesão única ou poucas lesões, especialmente se assintomáticas, considerar apenas observar a evolução. Uma opção terapêutica viável no SAE via SISREG é aplicar nos condilomas ácido tricloroacético a 80%- 90% em solução alcoólica, em pequena quantidade, com cotonete, *microbrush* ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Se refratário ao tratamento com ácido tricloroacético, reencaminhar para ginecologista.	Médico(a) e Enfermeiro(a)
Dermatose eritematosa ou eritematodescamativa	Considerar candidíase, dermatite de contato, dermatite seborreica e psoríase. Na presença de candidíase, frequentemente, há corrimento branco e grumoso e intenso prurido, e o eritema é mais intenso. Em caso de dermatite seborreica ou de psoríase, geralmente há lesões em outras localizações. Na dermatite de contato, frequentemente, mas nem sempre, o desencadeante é evidente.	Para tratamento da candidíase vulvovaginal, ver fluxograma de corrimento vaginal. A dermatite de contato responde ao uso de corticoide tópico, à remoção do agente causal e aos cuidados gerais descritos no Quadro-Síntese (3.2). Tratamento da dermatite seborreica e da psoríase está fora do escopo deste protocolo.	Médico(a)
Máculas, manchas, pápulas em placas, de diferentes colorações, com ou sem atrofia	Descartadas verruga vulgar e as dermatoses eritematodescamativas listadas no item anterior, o diagnóstico diferencial é extenso, destacando-se líquen plano, líquen escleroso e as neoplasias intraepiteliais vulvares.	Encaminhar ao dermatologista ou ao ginecologista para diagnóstico diferencial e eventual biópsia. O líquen plano e o líquen escleroso se beneficiam de acompanhamento especializado a longo prazo.	Médico(a)
Cisto e abscesso de Bartholin	A glândula de Bartholin está localizada no terço interior dos grandes lábios. Quando seu ducto é obstruído, forma-se um cisto, geralmente assintomático, podendo eventualmente se manifestar como desconforto ou mesmo dor ao sentar ou nas relações sexuais. O cisto pode se complicar com abscesso, que se manifesta como massa quente, dolorida à palpação, flutuante. A dor costuma ser intensa, podendo ser limitante para as atividades	Se assintomático ou com sintomas leves, orientar quanto à benignidade do quadro e observar, tratando os sintomas com banhos de assento e analgésicos simples. Se cisto de Bartholin sintomático, encaminhar ao ginecologista para cirurgia de marsupialização. Em caso de abscesso, está indicada a drenagem ou aspiração, a critério clínico, que pode ser feita na US. Usar antibióticos apenas se suspeita de IST, presença de abscesso ou em caso de recorrência.	Médico(a)
Prurido vulvar ou anal sem lesão evidente ao exame físico	O prurido vulvar ou anal tem etiologia multifatorial. As causas podem ser infecciosas, alérgicas, traumáticas, neoplásicas, associadas a doenças dermatológicas, entre outros. No prurido vulvar, um fator frequentemente associado são alterações hormonais. Muitas vezes, não é identificada causa evidente.	Deve-se realizar anamnese e exame físico cuidadosos para identificar uma causa passível de manejo específico. Orientações gerais de higiene e de remoção de agentes que podem causar prurido devem ser enfatizadas.	Médico(a)

Hemorroidas	É o ingurgitamento e extravasamento de plexos vasculares na submucosa do canal anal. Os principais fatores de risco são constipação, esforço evacuatório prolongado e gestação. Se proximal à linha pectínea, a hemorroida é denominada interna; se distal, externa; se ambos estiverem presentes, é denominada mista. As hemorroidas internas não costumam ser dolorosas, geralmente se manifestando clinicamente por sangramento e/ou prolapso, quando se exteriorizam. A hemorroida externa se apresenta como nódulo palpável distal à linha pectínea. Na hemorroida externa, o principal motivo de consulta é quando ocorre a formação de trombo, que se manifesta com dor intensa e nódulo doloroso de coloração azulada.	Casos leves de hemorroida interna respondem bem à dieta rica em fibras e líquido e redução do esforço evacuatório. Devem-se estimular banhos de assento pelo menos 3x/dia e desestimular o uso de papel higiênico. Em casos de sangramento em pacientes acima dos 50 anos, considerar encaminhar para investigação de câncer de cólon e reto. Em caso de trombo hemorroidário, pode-se fazer manejo expectante com analgesia ou encaminhar a paciente para serviço de emergência.	Médico(a)

3 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES

3.1 Corrimento vaginal e cervicites

Fluxograma 7 - Corrimento vaginal e cervicites



3.2- Quadro-síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR				
	Agente Etiológico	**Características Clínicas**	**Teste de Apoio Diagnóstico**	**Orientações**	**Tratamento** *(Médico/Enfermeiro)*	**Observações**
Mucorreia	Fisiológico	No exame especular mostra ausência de inflamação vaginal e muco claro e límpido	Microscopia com coloração de gram sem alterações	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais	######	######
Vaginose citolítica	Síndrome de crescimento excessivo do Lactobacillus	Prurido vaginal, queimação, dispareunia, disúria terminal, corrimento branco abundante	Microscopia com coloração de gram: aumento no número de lactobacilos e escassez de leucócitos. Evidência de citólise.	Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x/semana, a cada 2 semanas.	######	#######
Candidíase vulvovaginal	Candida spp	Secreção branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo; sem odor, prurido vaginal intenso, edema de vulva, hiperemia de mucosa	Microscopia com coloração de gram: hifas ou micelos e esporos de leveduras. Leucócitos frequentes.	Medidas higiênicas: Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar ventilação e diminuir a umidade vaginal), evitar calças apertadas, retirar roupa íntima para dormir.	Miconazol creme a 2% - um aplicador à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU Clotrimazol creme a 1%- um aplicador a noite, ao deitar-se por 7 dias; Nistatina 100.000UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias	Casos resistentes: Fluconazol, 150mg, VO, dose única. Casos recorrentes (4 ou +/ano): Fluconazol 150mg, 1x semana por 6 meses OU Cetoconazol, 100mg, 1x dia, por 6 meses.
Vaginose bacteriana	Gardnerella, mobiluncus, Bacteroides, Mycoplasma hominis, Peptococcus e outos anaeróbios	Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito. Sem sintomas inflamatórios	Microscopia com coloração de gram: Clue cellsLeucócitos escassos; corrimento homogêneo e fino.		Via oral: Metronidazol, 250mg, a cada 8hs, por 7 dias; OU Metronidazol 500mg, 12/12h, 7 dias; Via vaginal: Metronidazol gel, 1 aplicador a noite, por 5 dias	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quando o efeito antabuse - não fazer uso de álcool antes, durante e após o tratamento.

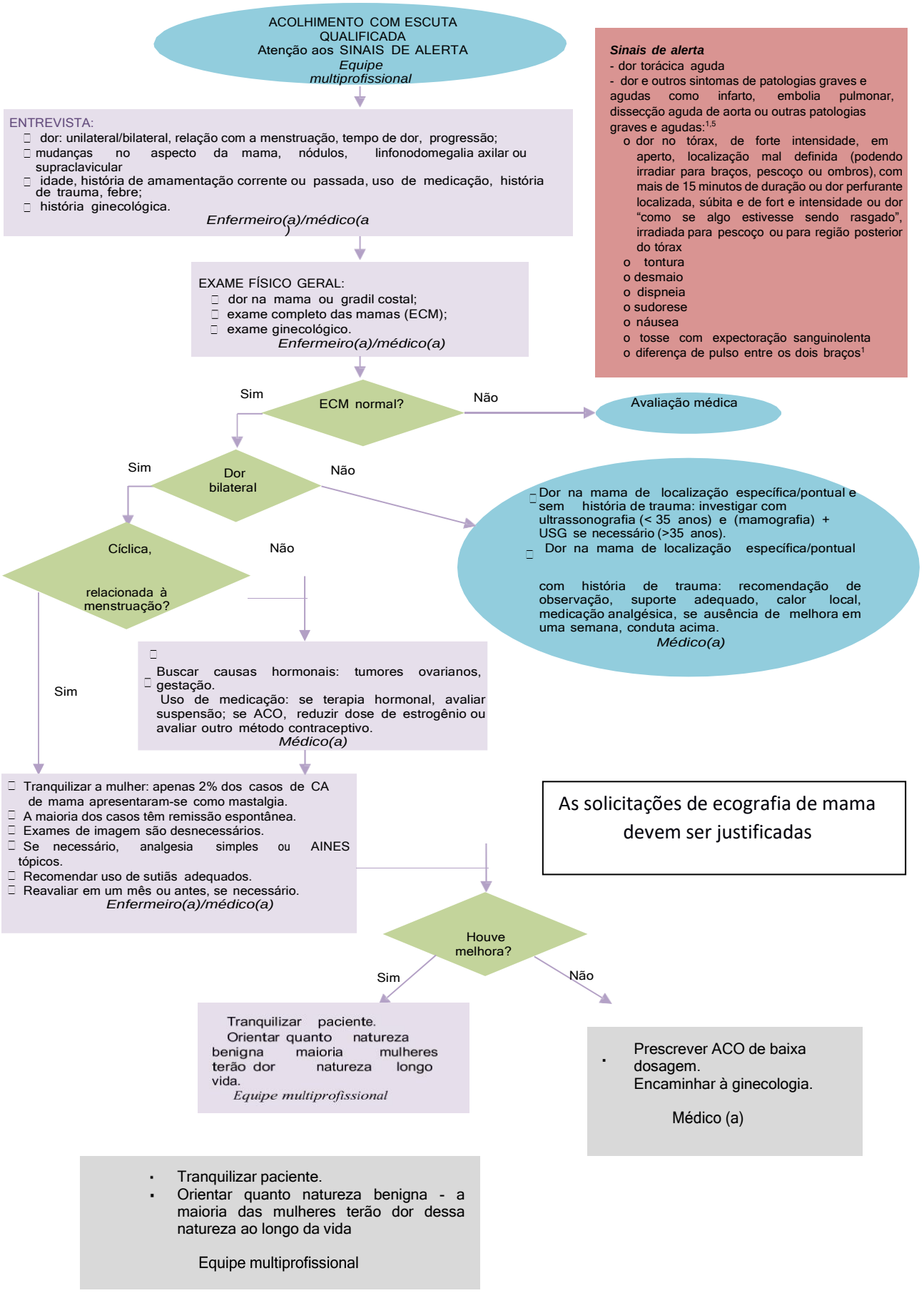
Tricomoníase	Trichomonas TRATAR PARCEIROS	Amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. Prurido intenso, edema de vulva, colo com petéquias e em framboesa.	Na microscopia com coloração de gram: leucócitos abundantes.	Fornecer informações sobre as IST e sua prevenção. Ofertar testes para HIV, Sífilis, hepatite B e hepatite C. Ofertar preservativos e gel lubrificante. Ofertar vacinação para hepatite B e HPV. Convocar e tratar parcerias sexuais. Notificação das IST a vigilância epidemiológica. Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para HIV quando indicado.	Metronidazol, 2g, via oral, dose única; OU Metronidazol, 250mg, via oral, 8/8hs, por 7 dias; OU Metronidazol, 500 mg, via oral, 12/12h por 7 dias	Orientar quando o efeito antabuse – não fazer uso de álcool antes, durante e após o tratamento. TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única. Atenção: 50% dos casos são assintomáticos.
Gonorréia	Neisseria gonorrhoeae TRATAR PARCEIROS	Podem ser assintomáticas em 70 a 80% dos casos; As queixas frequentes nos casos sintomáticos são: corrimento, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria; Achados no exame físico: sangramento ao toque, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino	Devido ao grande número de mulheres assintomáticas e a baixa sensibilidade das manifestações clínicas nas cervicites, "na ausência de laboratório, a principal estratégia de manejo das cervicites por clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais de homens portadores de uretrite. O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por Chlamydia deve ser feito por biologia molecular. Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder a **cultura** em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.		Primeira escolha: Ceftriaxona, 500mg, IM, dose única; **(exclusivo prescrição médica)** • *Para prescrição do tratamento é necessário o CID 10 A54.* • *NOTIFICAÇÃO epidemiológica*	TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. Devido a possibilidade de coinfecção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos. 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	Chlamydia trachomatis TRATAR PARCEIROS				**Exclusivo Prescrição Médica** Primeira escolha: Azitromicina, 1 g, VO, dose única; Segunda escolha: Amoxicilina, 500mg, VO, 8/8hs, 7 dias.	

- Para o exame de microscopia com coloração de gram, proceder a coleta da secreção vaginal com espátula de aires em lâmina de vidro; encaminhar para laboratório com a solicitação médica ou de enfermagem no mesmo dia da coleta.
- Para o exame de cultura de secreção vaginal, proceder coleta com cotonete estéril em meio de transporte; pode ser encaminhado ao laboratório no dia seguinte, juntamente com a solicitação médica ou de enfermagem. Este exame está indicado apenas na suspeita clínica de infecção gonocócica.
- Para o exame de pesquisa de *Streptococcus* do grupo B, proceder coleta com cotonete estéril da região vaginal e anal e encaminhar em meio de transporte Stuart. Este exame é indicado para pacientes gestantes no terceiro trimestre de gestação, de 34 a 37 semanas.
- Coleta da amostra: swab vaginal: não utilizar espéculo, coletar amostra da vagina inferior, introduzindo o swab por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal. Não é recomendada coleta de endocervix e fundo de saco. Swab retal: introduzir outro swab no reto, por cerca de 4 cm e fazer movimentos giratórios por toda circunferência do reto. Os dois swabs devem ser colocados no mesmo meio de transporte.

4 PROBLEMAS NA MAMA

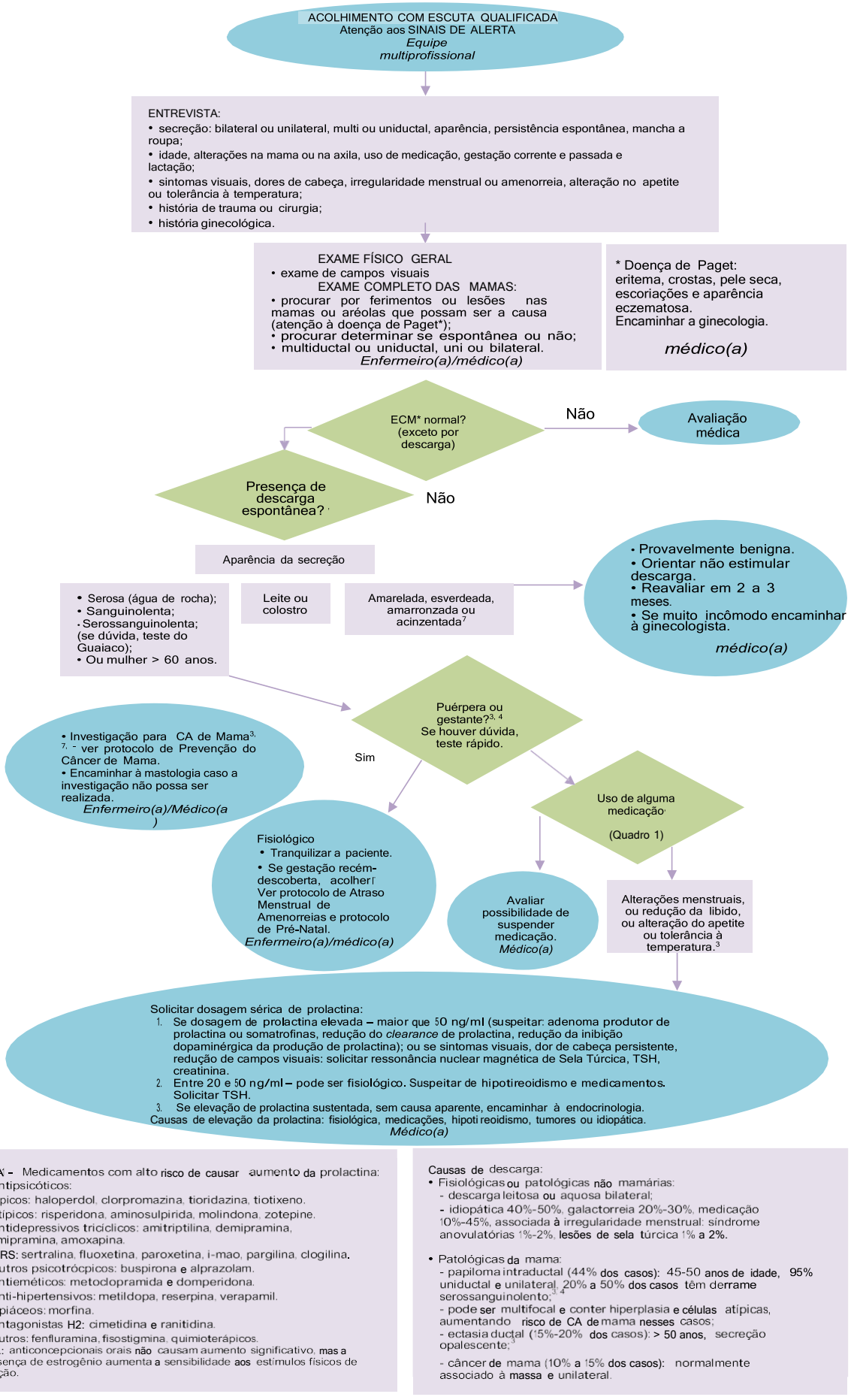
4.1 Mastalgia

Fluxograma 8 - Mastalgia



4.2 Descarga papilar

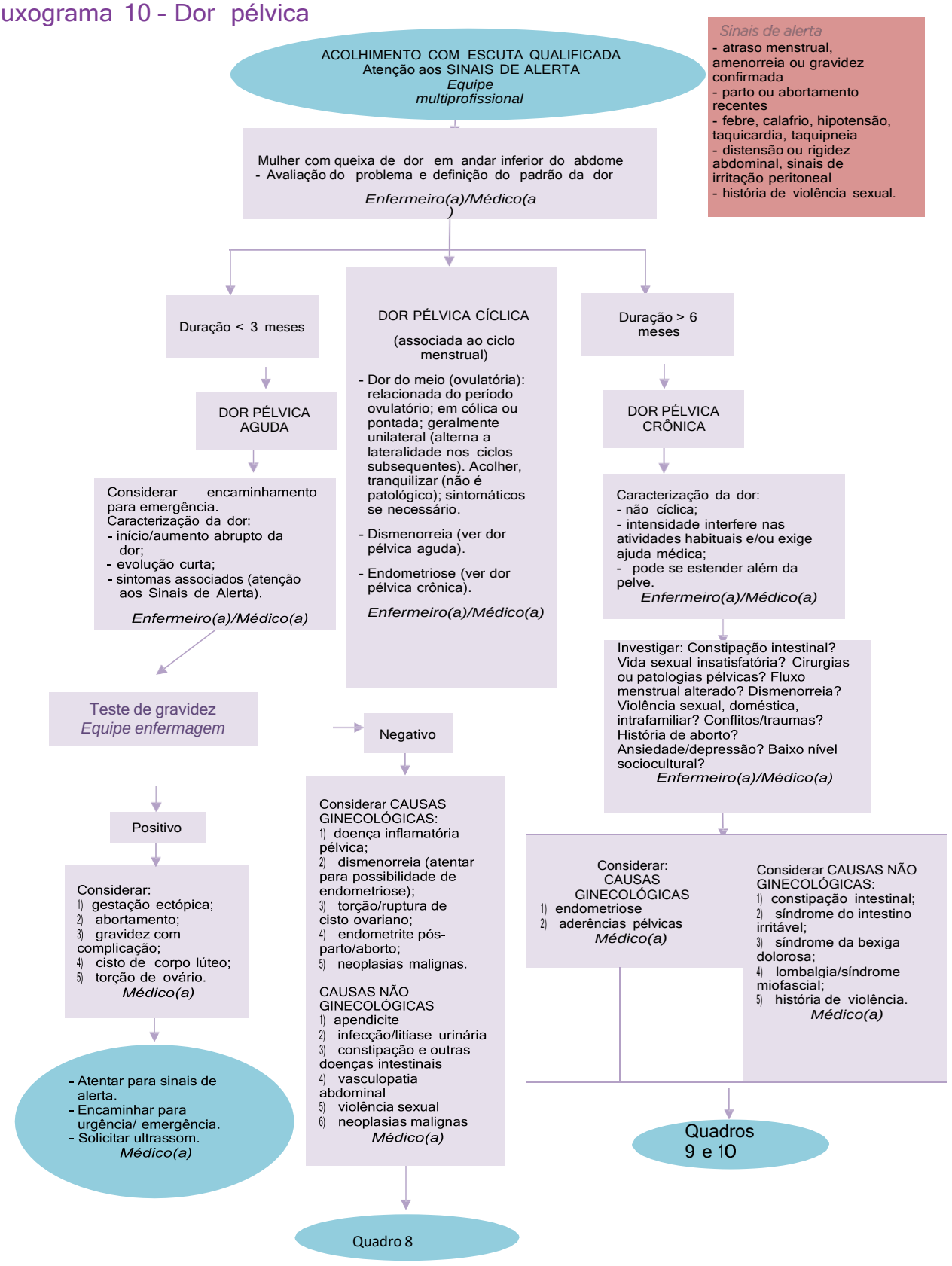
Fluxograma 9 - Descarga papilar



5 DOR PÉLVICA

5.1 Dor pélvica: aguda, crônica e cíclica

Fluxograma 10 - Dor pélvica



Quadro 8 – Dor pélvica aguda: como identificar e como manejar as principais causas ginecológicas e não ginecológicas

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas ginecológicas	Doença inflamatória pélvica	**Critérios diagnósticos** (três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado): **Critérios maiores**: - dor no hipogástrio; - dor à palpação dos anexos; - dor à mobilização de colo uterino. **Critérios menores**: - temperatura axilar > 37,5ºC ou temperatura oral > 38,3ºC; - conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; - massa pélvica; - mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; - leucocitose em sangue periférico; - proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; - comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas. **Critérios elaborados**: - evidência histopatológica de endometrite - presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem - laparoscopia com evidência de DIP Outros sintomas: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (*spotting*), dispareunia, descarga vaginal.	O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado imediatamente para evitar sequelas ao aparelho reprodutor. - Receitas com CID 10 N73; - Casos leves: ESQUEMA: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comp, 1x por semana, por 2 semanas + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias + Ceftriaxona 500 mg. - Repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos. - Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal); febre > 37,5º C; gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial – encaminhar para referência hospitalar. - Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno. - DIU não precisa ser removido (caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Oferecer métodos contraceptivos alternativos). - As duchas vaginais não estão recomendadas. Exames complementares: - oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B; - hemograma, proteína C reativa, VHS; - bacterioscopia (vaginose bacteriana), cultura de material da endocérvice (clamídia e gonococo); - teste de gravidez (diferenciar de gestação ectópica); - ultrassom transvaginal para avaliar suspeita de abscesso tubo ovariano.	Médico(a)

	Dismenorreia	Cólica menstrual (em alguns casos, intensa, com repercussão gastrintestinal). - Caráter cíclico.	Estilo de vida saudável, atividade física regular; - Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) - ibuprofeno 600mg ou diclofenaco* 50 mg, de 8/8 horas; piroxican* 20 mg ou nimesulida* 100 mg de 12/12 horas; - Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: escopolamina 10 mg, de 6/6 horas; dipirona ou paracetamol 500 mg 6/6 horas.	Enfermeiro/ Médico(a)
	Torção/ ruptur de cisto ovariano	Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Atentar para sinais de alerta.	Encaminhar para serviço de urgência/emergência; - Provável quadro cirúrgico; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, ultrassom transvaginal.	Médico(a)
	Endometrite pós-parto/ aborto	Sangramento e/ou corrimento com odor fétido - Comprometimento do estado geral - atentar para sinais de alerta.	Encaminhar para hospital de referência - provável internação para antibioticoterapia venosa; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, Ultrassom transvaginal para avaliar presença de restos ovulares ou placentários.	Médico(a)
Causas não ginecológicas	Apendicite	- Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Dor iniciada em região epigástrica/ periumbilical e evolui para dor localizada em fossa ilíaca direita. - Alteração de ritmo intestinal; náuseas/vômitos - Comprometimento do estado geral, febre.	- Encaminhar para serviço de referência em urgência e emergência.	Médico (a)
	Infecção/ litíase urinária	- Disúria, polaciúria, poliúria. - Hematúria. - Dor lombar associada. - Comprometimento do estado geral.	- Hidratação, sintomáticos; - Antibioticoterapia. Exames complementares: - Hemograma, EAS, urocultura, considerar encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na presença de hematúria	Médico - Ver fluxograma 14
	Constipação intestinal e outras doenças intesujh tinais	- Ritmo intestinal não diário, fezes ressecadas. - Presença de muco ou sangue nas fezes. - Diarreia, náuseas, vômitos. - Febre, desidratação.	- Constipação - dieta rica em fibras, aumentar ingestão de líquidos, atividade física regular; - Diarreia aguda: hidratação e sintomáticos; - Encaminhar ao serviço de urgência e emergência se houver suspeita de doenças inflamatórias intestinais; - Considerar avaliação clínica para exames pertinentes.	Enfermeiro/ Médico
	Vasculopatia abdominal	Quadros agudos, com dor intensa e grande comprometimento do estado geral (ex.: aneurisma de aorta abdominal, trombose/ isquemia mesentérica).	Encaminhar à Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Médico

* Medicamentos não disponíveis pelo SUS no município de Ponta Grossa

Quadro 9 – Dor pélvica crônica: como identificar e como manejar as principais causas

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas Ginecológicas	Endometriose	- Piora cíclica da dor, principalmente no período perimenstrual. - História de infertilidade. - História familiar de endometriose. - Dor irradiada para região lombossacra ou ânus. - Alterações intestinais cíclicas (diarreia e/ou constipação, mudança na consistência das fezes no período perimenstrual). - Sangramento cíclico nas fezes e na urina.	Anti-inflamatórios não hormonais (crises de dor): *piroxicam, 20-40 mg por dia; *nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou* diclofenaco, 50 mg de 8/8 horas – iniciar 2 a 3 dias antes da menstruação e *piroxican 20 mg ou *nimesulida 100 mg de 12/12 horas. - Supressão da menstruação: anticoncepcional combinado oral (etiniestradiol, 30 mcg + levonorgestrel, 150 mcg) – uso contínuo, sem pausa entre as cartelas; anticoncepcional injetável com progestágeno isolado mensal ou trimestral; ou noretisterona (progestágeno) oral – 10 mg/dia contínuo.- Ver Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. - Ultrassom transvaginal com ou sem preparo intestinal; ultrassom de parede abdominal se houver suspeita de endometrioma.	Médico(a)
	Aderências pélvicas	Dor à palpação e distensão dos anexos, agravada com atividade física e obstipação. - Ao toque vaginal, há redução de mobilidade uterina. - Antecedente de infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura).	Ver Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica. - Não há exames de imagem que fechem diagnóstico.	Médico(a)
Causas não ginecológicas	Constipação intestinal	Ver quadro 8 – Dor pélvica aguda		
	Síndrome do intestino irritável	Desconforto abdominal ou dor pélvica por pelo menos 12 semanas (não necessariamente consecutivas) nos últimos 12 meses, que apresenta pelo menos dois dos três aspectos: alívio com defecação; aparecimento associado com mudanças na frequência de evacuação; aparecimento associado com mudanças na forma e consistência das fezes.	- Alimentação saudável, rica em fibras e líquidos. - Abordagem ampla – identificação de fatores desencadeantes. - Controle dos sintomas: dor, diarreia, constipação. - Ver Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica.	Médico(a)
	Síndrome da bexiga dolorosa	Dor, pressão ou desconforto pélvico associados com urgência e aumento da frequência diurna e noturna, na ausência de infecção urinária comprovada ou alguma outra doença vesical óbvia	- Analgésicos: dipirona ou paracetamol 500 mg até de 6 em 6 horas. - Ver Quadro 3: considerações gerais sobre dor pélvica crônica. - Considerar encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento (UPA); - De acordo com o quadro clinico global, excluir outras causas de dor pélvica.	Médico(a)
	Lombalgia/ síndrome miofascial	Dor muscular, com caráter motor. - Identificação de pontos-gatilho.	- Anti-inflamatórios não hormonais por até 5 a 7 dias (*piroxicam, 20-40 mg por dia; *nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou *diclofenaco 50 mg de 8/8 horas), analgésicos (dipirona ou paracetamol, 500mg de 6/6 horas), acupuntura, fisioterapia.	Enfermeiro/ Médico
	Violência	Ver capítulo 7		Equipe multiprofissional

* Medicamentos não disponíveis pelo SUS no município de Ponta Grossa

Quadro 10 – Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica

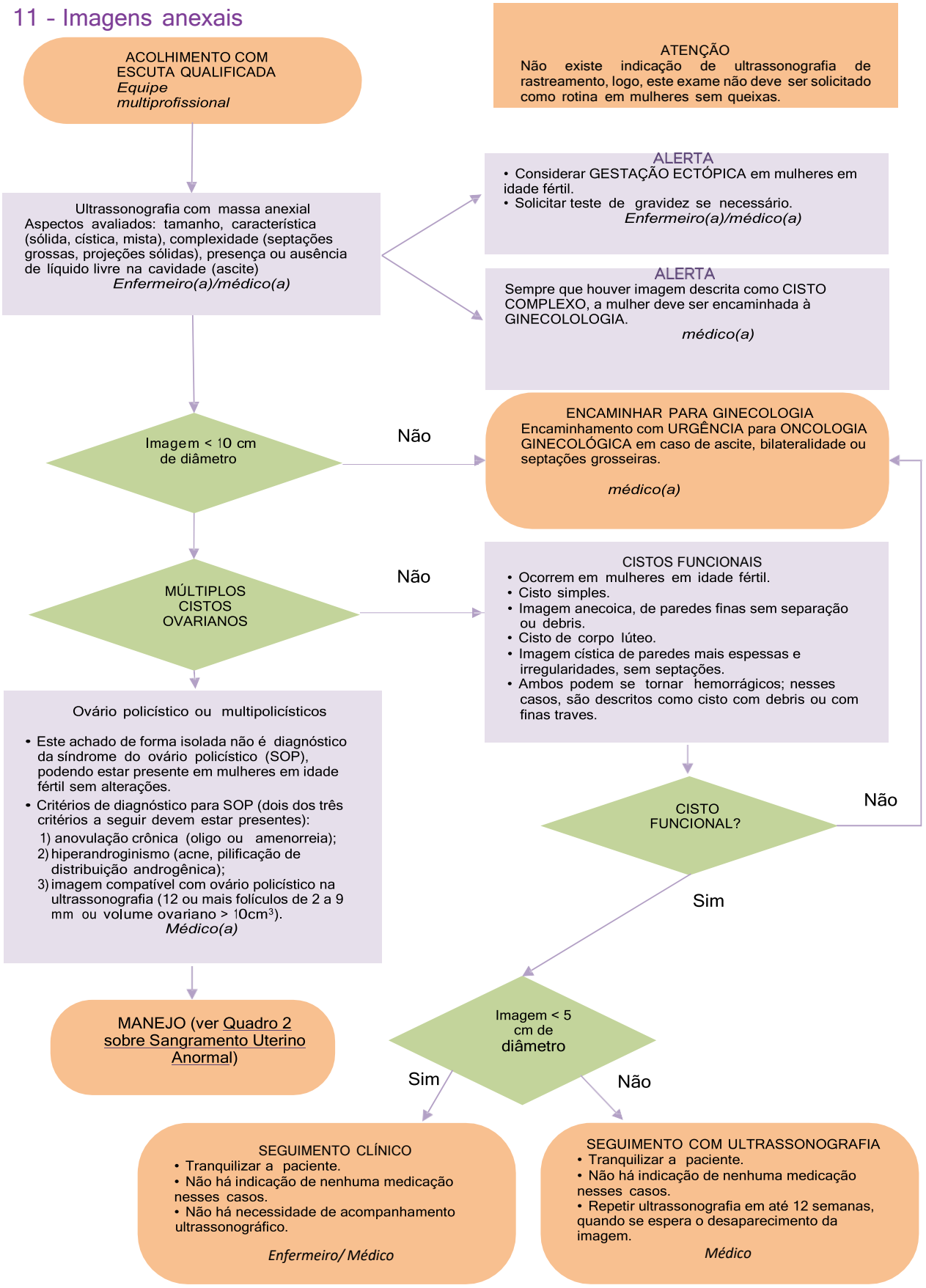
- Atenção para possíveis fatores causais, desencadeantes ou de agravamento: • situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual (que podem ser crônicas e estar camufladas – ver capítulo 7); • vida sexual insatisfatória, anorgasmia (inclusive relações sexuais consentidas por convenções sociais, tabus,crenças); • relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro; • situações de vulnerabilidade social e emocional (por exemplo, dependência econômica e/ou afetiva); • traumas familiares (mortes precoces, trágicas e de difícil elaboração de luto).
- Estimular atividade física e de lazer.
- Dieta com fibras.
- Psicoterapia: indicada em função de questões familiares, existenciais, ansiedade e depressão presentes em grande número de mulheres com DPC, terapia cognitivo-comportamental, constelação familiar, terapia comunitária, terapia breve focal (a melhor psicoterapia é aquela da qual a paciente está disposta a participar).
- **Práticas integrativas e complementares**: tratamento não farmacológico com fitoterapia, homeopatia, acupuntura e eletroestimulação transcutânea pode ser útil para algumas mulheres.
- Laparoscopia (segunda linha, quando as outras intervenções terapêuticas falharam): • Indicada em cerca de 18% de pacientes com dor pélvica crônica. • Casuísticas de laparoscopia em mulheres com dor pélvica crônica: 1/3 pelve normal, 1/3 endometriose e 1/3 aderências pélvicas. • Em 1/3 dos casos, diagnostica a endometriose que não é tratada só com cirurgia (exceto com a retirada de ambos os ovários, que são importantes na função endócrina – idade reprodutiva), visto que muitas lesões são microscópicas e nem são visibilizadas à laparoscopia. • A lise de aderências pélvicas (outro 1/3 dos casos) não modifica o prognóstico em relação à DPC.
- Antidepressivos: • **Tricíclicos**: amitriptilina – 25-50 mg/noite, quando se identifica um componente emocional e/ou conflituoso com parceiro ou familiares ou quando não tem causa aparente (evitar em pacientes com sobrepeso e/ou com obstipação crônica relevante). • **Inibidores da recaptação de serotonina**: fluoxetina – 20 mg/dia, para mulheres com tendência depressiva, ansiosas, com conflitos familiares. Indicados em pacientes com sobrepeso e obstipadas crônicas
- Em casos refratários a outras condutas, utiliza-se: • **Anticonvulsivantes**: (*gabapentina – 300 mg, 2-3x dia; carbamazepina – 200 mg, 2x dia, *pregabalina – 75-150 mg/dia). Utilizados quando se suspeita de dor neuropática ou dor sem causa aparente. • **Opioide** (*codeína –15-30 mg/dose a cada 4-6h;* tramadol – 50 mg a cada 4-6h ou 100 mg a cada 8-12h). Uso eventual e com cautela em mulheres com dor reagudizada.

* Medicamentos não disponíveis pelo SUS no município de Ponta Grossa

6 AVALIAÇÃO DE ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA

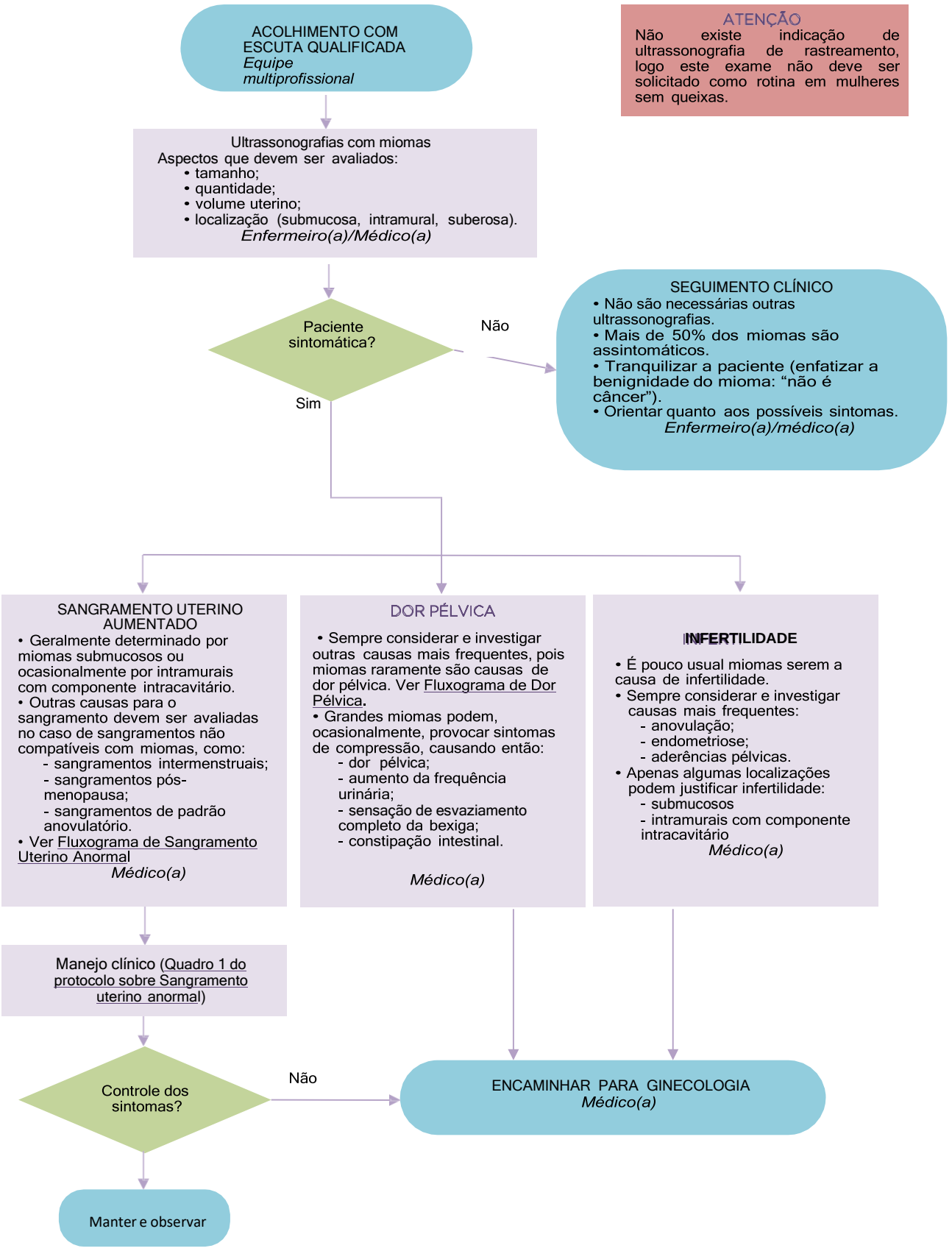
6.1 Imagens anexais[1,2,3] Fluxograma

11 - Imagens anexais



6.2 Miomas

Fluxograma 12 - Miomas



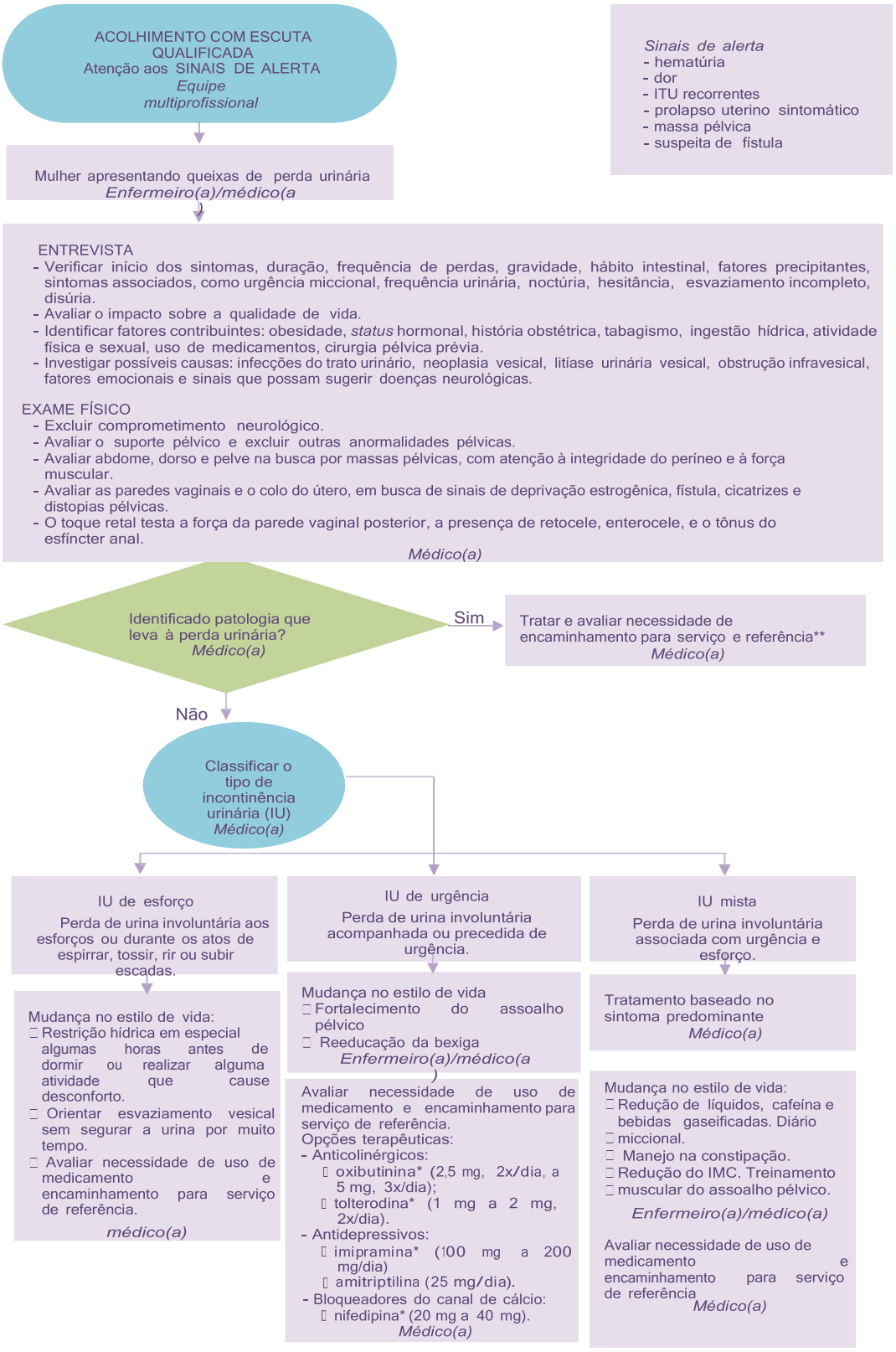
6.3 Outros achados frequentes

ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL NA PÓS-MENOPAUSA • Na pós-menopausa, consideram-se espessuras endometriais ≥ 5 mm aumentadas e devem ser encaminhadas à GINECOLOGIA para investigação de patologias endometriais, como câncer de endométrio e hiperplasia endometrial. *médico(a)*
CISTO DE NABOTH • Imagem cística adjacente ao canal endometrial. Representa o bloqueio da drenagem de uma glândula endocervical e o consequente acúmulo de secreção mucoide. Não tem significado clínico. • Tranquilizar a paciente. *Enfermeiro(a)/médico(a)*
LÍQUIDO LIVRE EM FUNDO DE SACO POSTERIOR • Este achado é normal em mulheres assintomáticas e pode ser observado em todas as fases do ciclo menstrual, ocorrendo mais frequentemente no período perimenstrual e periovulatório. • Sua ocorrência de forma isolada não apresenta significado clínico. *Médico(a)*

7 QUEIXAS URINÁRIAS

7.1 Perda urinária

Fluxograma 13 - Perda urinária

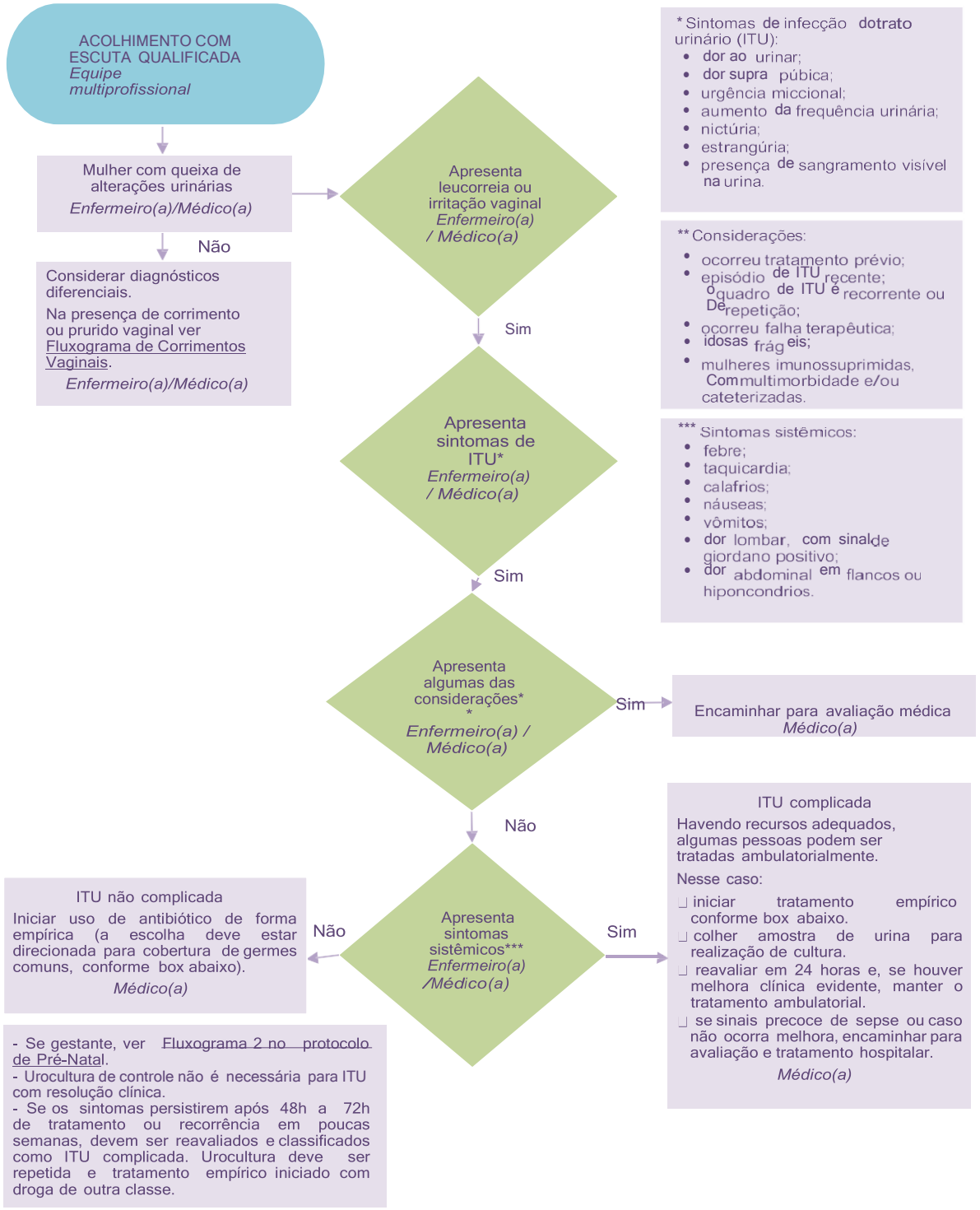


** Situações que indicam referenciamento para:
- Ginecologia: prolapso genital associado; outras doenças ginecológicas associadas (miomatose, endometriose, cisto de ovário); incontinência de estresse resistente ao tratamento conservador.
- Urologia: hematúria persistente (na ausência de infecção ou dismorfismo eritrocitário); alteração anatômica de vias urinárias; incontinência urinária explicada por cálculo renal.
- Neurologia: suspeita de doença do sistema nervoso central.

* Medicamentos NÃO disponíveis pelo SUS em Ponta Grossa.

7.2 Dor e aumento da frequência

Fluxograma 14 - Queixas urinárias



Antibióticos de escolha no tratamento da ITU não complicada

Agentes de primeira linha:

- Sulfametoxazol + Trimetropina (800mg + 160mg), 01 cp de 12/12h por 3 dias;
- Nitrofurantoína (100 mg), 01 cp.de 6/6h por 5 a 7 dias.

Agentes de segunda linha:

- Preferencialmente, as quinolonas devem ser utilizadas somente na presença de resistência aos agentes de primeira linha.

Médico(a)

Antibióticos de escolha no tratamento da ITU complicada

- *Ciprofloxacino (500mg), 01 cp de 12/12h por 7 a 14 dias (*NÃO disponível pelo SUS em Ponta Grossa);
- *Levofloxacino (750 mg), 01 cp ao dia por 5 a 7 dias (*NÃO disponível pelo SUS em Ponta Grossa);

Nitrofurantoína e Norfloxacino devem ser evitados por apresentarem pouca penetrância tecidual.

Médico(a)

PARTE 3 - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

1 ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

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

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

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. No caso de gravidez decorrente de violência sexual, ver o capítulo Atenção às Mulheres em Situação de Violência, que aborda a interrupção da gestação em mulheres vítimas de violência.

Um grande desafio para as equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa é a redução da mortalidade infantil relacionada a adequada atenção à mulher no Pré Natal, principalmente no tratamento das infecções maternas. Este capítulo traz condutas orientadoras para o enfrentamento desta importante questão.

Estratégias para um Pré Natal de qualidade na Atenção Primária:

- Em todos os atendimentos realizados pela equipe de saúde, deve ser registrada a DUM das mulheres em idade fértil, para que se possa identificar uma gestação precocemente.
- Em todos os casos de atraso menstrual deve-se ofertar o Teste Rápido de Gravidez (TRG) na própria UBS.
- A primeira consulta de Pré Natal deve ser agendada o mais breve possível, sendo o tempo máximo de 10 dias de espera.
- Os Testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites B e C devem ser realizados obrigatoriamente na primeira consulta.
- Em todos os atendimentos da equipe deve ser realizada revisão da carteirinha de gestante, buscando informações e exames que possam não ter sido realizados ou registrados.
- Os gráficos da carteirinha da gestante de IMC, AU e peso fetal, devem ser preenchidos em cada consulta, evidenciando precocemente possíveis desvios.
- Todas as gestantes da área de abrangência da UBS devem ter acompanhamento mensal pelo(a) ACS, mesmo aquelas residentes em áreas descobertas.

1.1 Quadro-síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco

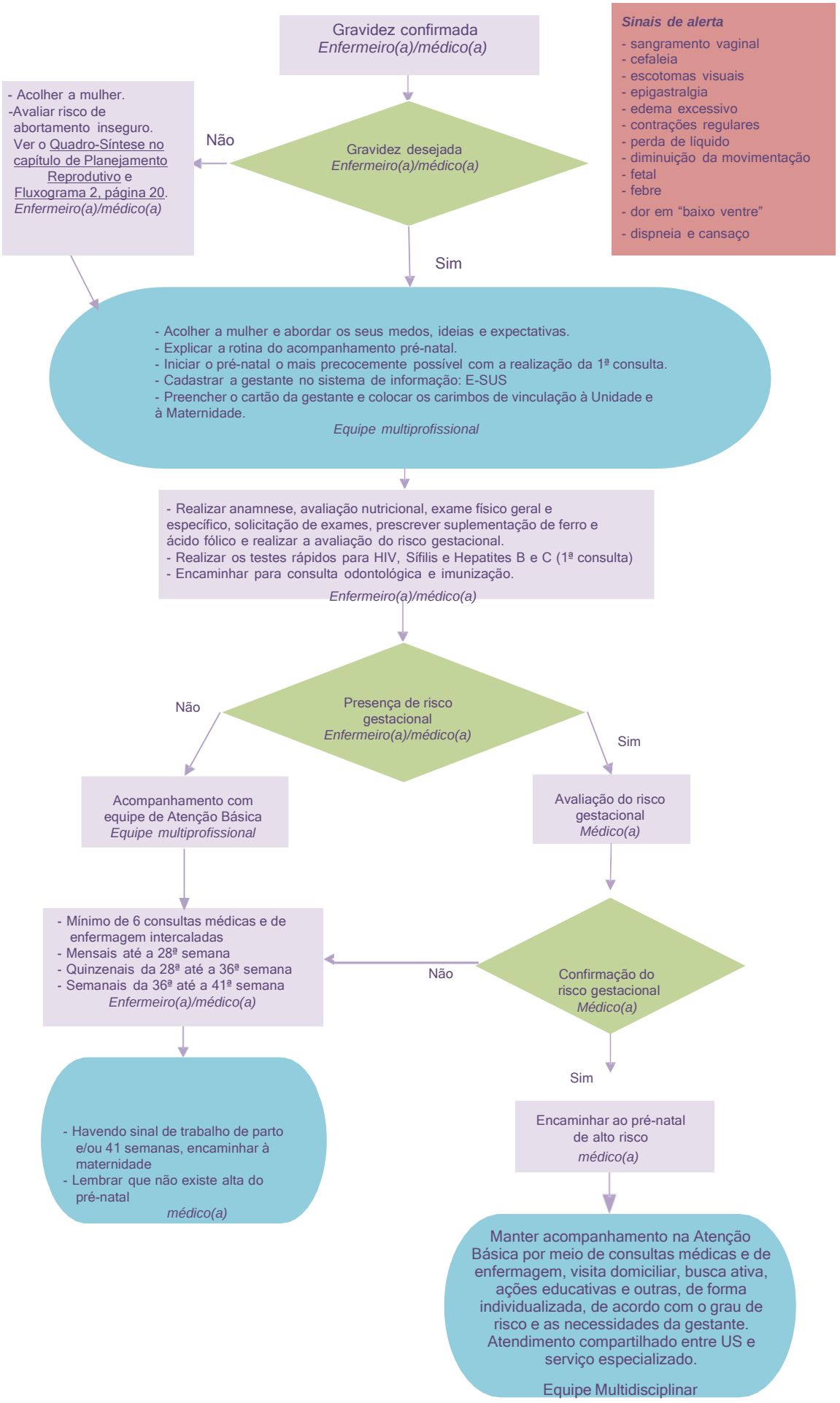
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos do contato da gestante. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe Multiprofissional
Avaliação Global	**Entrevista** (ver Quadro 1): • presença de sintomas e queixas; • planejamento reprodutivo; • rede familiar e social; • condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; • atividade física; • história nutricional; • tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; • álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); • antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno; • saúde sexual; • imunização; • saúde bucal; • antecedentes familiares.	Equipe Multiprofissional
	Exame físico geral e específico gineco-obstétrico (ver Quadro 3): • **atenção** para as alterações da **pressão arterial** • **avaliar** o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do **ganho de peso gestacional** • **atenção** para as alterações na **altura do fundo uterino** **Solicitação de exames, conforme o período gestacional: (coleta de sangue na Unidade de Saúde 24h após abertura da carteirinha de pré natal)** • hemograma; • eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha); • tipagem sanguínea e fator Rh; • Coombs indireto, se fator Rh negativo; • glicemia de jejum; • teste de tolerância à glicose; • urina tipo I; • urocultura e antibiograma; • teste rápido para sífilis; • teste rápido para HIV; • teste rápido para Hepatite B e C • toxoplasmose IgG e IgM; • TSH; • Pesquisa *de Streptococcus* tipo B; • parasitológico de fezes; • ultrassonografia obstétrica. • Citopatológico cervico-vaginal/microflora, quando indicado.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
Plano de Cuidado	**Presença de sinais de alerta na gravidez** (ver Quadro 5): • cefaleia; • contrações regulares; • diminuição da movimentação fetal; • edema excessivo; • epigastralgia; • escotomas visuais; • febre; • perda de líquido; • sangramento vaginal.	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
	Avaliação do risco gestacional (ver Quadro 6): • fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco; • fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de risco intermediário; • fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco; • sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.	
	Cadastramento e preenchimento da Caderneta da Gestante: • preenchimento do cartão da gestante; • preenchimento da ficha de cadastramento em sistema eletrônico de informação já na primeira consulta de pré-natal.	
	Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal: • conforme fluxogramas e quadros específicos; • estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário.	
	Observar a utilização de medicação na gestação (Quadro 9) • Verificar o grau de segurança na gestação e na lactação.	Médico(a)
	Encaminhamento para serviço de referência: • manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica; • solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante;	Médico(a) Equipe Multiprofissi

	• realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS.	onal
	Vinculação com a maternidade de referência e direito a acompanhante no parto • Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto (cf. Lei nº 11.634/2007, da vinculação para o parto). • Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher	Equipe Multiprofissional
	Suplementação de ferro e ácido fólico: • ferro elementar (40 mg/dia); • ácido fólico (400mcg/dia) pelo menos 30 dias antes de engravidar até a 12ªsemanas de gestação;	Enfermeiro (a)/ Médico(a)
	Imunização (Quadro 10): • dT/dTpa; • hepatite B; • influenza; • Covid.	Equipe de Enfermagem
	Busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas: • identificar os motivos para o não comparecimento; • realizar visita domiciliar; • oferecer novo agendamento; • realizar a consulta em domicílio em casos específicos; • Acionar Conselho Tutelar. **Educação em saúde** • Oferecer orientações educativas individuais ou coletivas (que podem ter a participação também do pai/parceiro e da família da gestante) acerca dos temas: **a) Modificações fisiológicas da gestação (conforme trimestre);** **b) Importância do acompanhamento pré-natal;** **c) Cuidados em saúde alimentar e nutricional:4** - Orientar sobre os *Doze passos para alimentação saudável da gestante*, complementando com os *Dez passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças até dois anos* (ver Saiba Mais). - Chamar atenção para a necessidade de vitaminas e minerais (Quadro 11). - Chamar atenção para o consumo de cafeína, álcool e adoçantes (ver Saiba Mais). - Chamar atenção para a segurança alimentar e nutricional (ver Saiba Mais). **d) Sexo na gestação:** - Abordar a possibilidade de mudanças no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, biológicos, conjugais e culturais durante a gravidez. Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê. Só há contraindicação na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as medidas de proteção contra IST indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido. **e) Atividades físicas e práticas corporais na gestação:** - 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 sinas de risco, quando a prática deverá ser suspensa até uma avaliação médica. - As contraindicações absolutas são: o sangramento uterino de qualquer causa, a placentação 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. - Entre as opções disponíveis, o *yoga* e a hidroginástica são atividades bem recomendadas para mulheres grávidas e que não tinham histórico de prática regular de atividade física, pois são atividades de baixo impacto e que podem melhorar a condição cardiorrespiratória. - 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 aorta e a 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 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. **f) Exposição ao tabaco:** - Orientar que há maior risco de partos prematuros, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos com baixo peso e mortes perinatais para gestantes fumantes. - Orientar sobre a abstinência total ou redução do consumo, quando essa não for possível, apoio de familiares e amigos, retirada de cigarros dos ambientes, • participação das atividades de autocuidado apoiado da UBS, estratégias de resolução de problemas e prevenção de uso/recaídas.	Equipe Multiprofissional

	g) Exposição ao álcool e outras drogas: - Alertar sobre os perigos é fundamental, mas não garante mudança radical de comportamento. - As gestantes e as mulheres que planejam engravidar devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool durante os primeiros três meses de gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto.	
	h) Preparo para o parto: - Abordagem nas consultas e em rodas de conversa: • O parto é um momento intenso que marca para sempre a vida da mulher e da criança; • Esclarecer as vantagens do parto normal: rápida recuperação da mulher, menor r isco de complicações, favorecimento do contato pele a pele e o estabelecimento de vinculo entre mãe e recém-nascido, além de facilitar a amamentação na primeira hora de vida; sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações); • processo fisiológico do trabalho de parto; a) Pródromos (pré-parto)/Fase latente: podem durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações costumam variar bastante, pode haver perda do tampão mucoso (às vezes, com rajas de sangue) e sensação dolorosa nas costas. Nessa fase, a mulher pode procurar posições confortáveis, tomar um banho morno, repousar; ainda é cedo para se dirigir ao serviço de saúde. b) Fase ativa: caracterizada pelas contrações rítmicas e regulares, com intervalo de 3 a 5 minutos e duração de cerca de 60 segundos. São essas contrações as responsáveis pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto. Elas podem vir acompanhadas de dor lombar e em baixo ventre. Essa é a fase ideal para se dirigir a um serviço de saúde. c) Transição: período intermediário entre a fase ativa e a dilatação total (10 cm) e o período expulsivo propriamente dito. As contrações costumam ficar mais intensas e podem ocorrer em intervalos menores. Pode ser o período mais desafiador do trabalho de parto, com ocorrência de sensação de exaustão, náuseas e vômitos, entre outros. d) Expulsivo: conforme o bebê desce pelo canal de parto, é comum a sensação de pressão cada vez maior na vagina e no reto, associada aos puxos espontâneos (vontade incontrolável de fazer força). A distensão máxima do períneo, que ocorre quando a cabeça do bebê coroar, pode vir acompanhada de uma sensação de ardência de intensidade variável. e) Expulsão da placenta: acontece, em média, de 5 a 30 minutos depois do nascimento do bebê. As contrações são mais leves e espaçadas. Podem ser necessários procedimentos, algumas vezes desconfortáveis, para acelerar o desprendimento da placenta e evitar hemorragias. • métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto.	
	Alertar para a possibilidade de ocorrência de: • violência institucional: agressões verbais ou físicas, uso de termos que infantilizem ou incapacitem a mulher, privação do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, recusa do primeiro atendimento ao trabalho de parto, transferência para outro estabelecimento sem garantia de vaga e de transporte seguro, exame de toque por mais de um profissional, realizar procedimentos exclusivamente para treinamento de estudantes, entre outros; • práticas inadequadas (contraindicadas pelas evidências científicas mais atuais): **com a mulher**: tricotomia, lavagem intestinal, manobra de Kristeller, realização de episiotomia sem indicação precisa, sem anestesia e sem o consentimento da parturiente, confinar a mulher ao leito ou obrigá-la a permanecer em posição ginecológica ou outra durante o trabalho de parto e parto; **com o recém-nascido**: submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida; restrição do contato pele a pele entre mãe e bebê e da amamentação na primeira hora de vida. **i) preparo para o aleitamento (ver seção sobre Promoção ao aleitamento materno):** - O aleitamento materno deve ser incentivado durante o pré-natal, investigando o desejo na mulher em amamentar e informando-a sobre os benefícios da amamentação para a saúde da criança e materna. - Reconhecer a importância de se iniciar o aleitamento na primeira hora de vida para recém-nascidos saudáveis. - É comum a ocorrência de cólicas durante as mamadas. **j) Direitos sexuais, sociais e trabalhistas na gestação (Quadro 13).** **Cuidados em saúde mental** • As mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. Na suspeita de depressão ou outros transtornos de humor, realizar avaliação médica para diagnóstico e manejo de acordo com a severidade do quadro. **h)Realizar plano de parto:** - Orientar sobre os tipos de parto e as preferências da gestante durante o nascimento do seu bebê; - Na carteira de gestante tem um espaço específico para registrar o plano de parto; - Caso esteja utilizando outro modelo de carteira de gestante, em anexo modelo de plano de parto que pode ser utilizado.	Equipe Multiprofissional
	• **Lei 13758** **-** Orientar no pré-natal a gestante sobre noções básicas de primeiros socorros relacionadas às situações de emergência com bebês recem-nascidos, em especial situações de engasgamento, aspiração de corpo estranho e morte súbita; **-** Realizar o registro da orientação em prontuário eletrônico e carteira de gestante.	

	• **Lei 20127 somente para gestantes de risco habitual:** **-** Orientar a gestante sobre o parto vaginal e cesárea sobre seus respectivos riscos e benefícios (em anexo); **-** Agendar visita na maternidade. A visita pode ser realizada pelas gestantes de risco habitual e intermediário para que ela conheça o local do parto e se sinta familiarizada com o ambiente. O agendamento é realizado à partir de 35 semanas de gestação.	
Cuidados em saúde bucal	• Garantir uma avaliação odontológica por trimestre a todas as gestantes durante o pré-natal. As unidades que não possuem um profissional de odontologia devem agendar atendimento no Centro Municipal da Mulher e preencher o formulário de encaminhamento padrão.	Odontologia

Fluxograma 1 - Pré-Natal na Atenção Básica



Quadro 1 - Entrevista

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	• Náuseas e vômitos; • Obstipação e flatulência; • Sintomas urinários; • Salivação excessiva; • Pirose; • Corrimento (que pode ou não ser fisiológico).	• Tontura; • Dor mamária; • Dor lombar; • Alterações no padrão de sono; • Dor e edema de membros • inferiores; • Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	• Gestação desejada e/ou planejada; • Métodos contraceptivos utilizados.	• Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	• Presença de companheiro; • Rede social utilizada.	• Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; • História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	• Tipo de moradia; • Tipo de saneamento; • Grau de esforço físico; • Renda.	• Estresse e jornada de trabalho; • Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); • Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programa Bolsa família).
Atividade Física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudança	• Tipo de atividade física; • Grau de esforço; • Periodicidade.	• Deslocamento para trabalho ou curso; • Lazer.
História Nutricional	Primeira Consulta	• História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê.	• Peso e altura antes da gestação; • Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira Consulta	• *Status* em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); • Exposição ambiental à fumaça de cigarro.	• Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento (realizar Teste de Fagerstrom).
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)			• Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	• Diabete, hipertensão, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia).	• Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão.
	Primeira consulta	• Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos,	• Malformações congênitas; • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica;

		peso ao nascimento, recémnascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal.	• Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; • Intercorrências no puerpério; • Experiência em partos anteriores.
	Primeira consulta	• Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino.	• História de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.
	Primeira consulta	• História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce.	• Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira Consulta	• Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto.	• Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Imunização	Primeira consulta	• Conferir estado vacinal	
	Primeira consulta	• Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas.	• Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; • Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	Primeira consulta	• Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê.	• Pré-eclâmpsia; • Hipertensão; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST ou HIV/aids.

Quadro 2 - Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?		O QUE FAZER?
Primeira Consulta **2º trimestre** **3º trimestre**	**Pele e mucosas** • Cor; • Lesões; • Hidratação.	• Turgor; • Cloasma; • Tumorações; • Manchas.	• Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	**Exame bucal** Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção	• Dentes; • Língua; • Gengiva; • Palato.	• Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, uma vez em cada trimestre, durante a gestação.
Todas as Consultas	**Dados vitais** Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: • pulso; • frequência respiratória; • Aferição de pressão arterial (PA); • frequência cardíaca; • temperatura axilar.		• Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (**em três** ou mais avaliações de saúde, em **dias diferentes**, com **duas medidas** em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco. • PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500 g semanais, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e encaminhar para o alto risco para avaliação. • Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16a semana, controlar com maior frequência para identificar

		HA. Se assintomática e PA < 140/90 mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. • PA > 160/110 mmHg ou PA > 140/90 mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência à maternidade. • Gestantes com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. • Ver também o Quadro 8 (Atenção às intercorrências do pré-natal) e Fluxograma 12 (O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclampsia).
Primeira Consulta **2º trimestre** **3º trimestre**	**Avaliação nutricional** 1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre, em gestantes com menos de 20 anos). 2) Cálculo do IMC e classificação do estado Nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com a tabela específica. 3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial. 4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas. 5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do Cartão da Gestante, baseado no IMC semanal.	• Baixo peso: - verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros. - orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. • Excesso de peso: - verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores. - Encaminhar para atendimento com nutricionista; • Encaminhar para pré-natal de alto risco: - mudança abrupta na curva de IMC; - IMC =ou > 40.
Primeira Consulta	**Região cervical** • Palpação de tireoide.	• Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	**Mamas** • Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.	• Realizar orientações específicas. • Para as condutas nos achados anormais, ver capítulo de Prevenção do câncer de mama.
Primeira Consulta **2º trimestre** **3º trimestre**	**Tórax** • Avaliação pulmonar. • Avaliação cardíaca.	• Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira Consulta **2º trimestre** **3º trimestre**	**Edema** • Inspeção na face e membros superiores. • Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. • Palpação de membros inferiores (MMII), região Prémaleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. • Observar varizes e sinais flogísticos.	**Resultados** • (-) ou ausente - monitorar rotineiramente. • (+) apenas no tornozelo - observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. • (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão - orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. • (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de

		pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. • Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	**Região inguinal e perineal** • Inspeção de vulva. • Palpação de linfonodos. • Região anal.	• Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
1ª trimestre	**Exame especular**	• Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade (ver o capítulo Prevenção de Câncer de Colo do Útero). • Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante. • Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia. • Exame especular avaliando presença de infecções ginecológicas, condilomas, etc.
3º trimestre (34 a 37 semanas)	**Exame especular + coleta de pesquisa de *streptococcus beta hemolítico B***	
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	**Toque bimanual** • Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade). • Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. • Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia).	• Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	**Abdome** • Palpação abdominal. **Palpação obstétrica** • Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. • Em torno da 36 ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). • Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. • Manobra de Leopold.	**Recomendação** A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.
Todas as consultas, após a 12ª semana de gestação	**Medida da altura uterina** • Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional. • Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.	**Recomendação** • Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. • Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	**Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico** • Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros: ▏ até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino; ▏ 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; ▏ 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; ▏ 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; ▏ 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a	**Recomendação** A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM. Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação (ver Quadro 4).

	sínfise púbica e a cicatriz umbilical; ❑ pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18a e 20a semana em geral); ❑ 20ª semana - o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; ❑ 20ª até 30a semana - relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; ❑ 30ª semana em diante - parâmetro menos fiel. • A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação **Cálculo da idade gestacional**	
Todas as consultas, a partir da 12ª a 16ª semana de gestação	**Ausculta dos batimentos cardiofetais (BCF)** • Audível com uso de sonar doppler a partir da 12ª/16ª semana; • Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20a semana; • Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.	**Recomendação** • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24a semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. • Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.

Quadro 3 - Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco

Coleta de sangue na Unidade de Saúde 24h após abertura da carteirinha de Pré Natal

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemograma	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Hemoglobina > 11g/dl - normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl - anemia leve a moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl - anemia grave. • Plaquetas <150.000 - trombocitopenia	• Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no Fluxograma 6. • Se anemia grave ou trombocitopenia, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina* (Teste da Mãezinha)	1ª consulta Se nunca realizado	• HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme.	• As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. • As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta Se nunca realizado	• A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. • A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo.	• Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	Se fator Rh negativo	• Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. • Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada.	• Coombs indireto positivo: ❑ Referenciar ao alto risco. • Coombs indireto negativo: ❑ repetir exame de 4/4 semanas; ❑ imunoglobulina anti-D pósparto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se *mãe* Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em jejum	1ª consulta 3º trimestre	• Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal.	• Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco: Orientar medidas de prevenção primária (alimentação

		• Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco: reduzir os intervalos de consultas, encaminhar para nutricionista. • Se > 92 e <126 mg/dl: confirmar diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional (DMG). Se > 126mg/dl: diagnóstico de DM franco.	saudável e atividade física regular). • Se > 92mg/dl e <126 mg/dl: orientar medidas de prevenção primária e repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado se mantiver o diagnóstico será de DMG. • Se >126 mg/dl: diagnóstico de DM franco, orientar medidas de prevenção primária. • Se a gestante for insulinodependente encaminhar para o alto risco. Caso seja não-insulinodependente encaminhar para avaliação de risco intermediário.
Teste de tolerância à glicose (deve ser feito em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de DM.	24ª-28ª semanas**	• Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: ❑ em jejum 92 a 125 mg/dl; ❑ após 1 hora = ou >180 mg/dl. ❑ após 2 horas 153 a 199 mg/dl.	• No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir para risco intermediário se não-insulinodependente e para o alto risco de insulinodependente, mantendo o acompanhamento na UBS. • Ver Fluxograma 11.
Urina tipo I	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. • Nitrito positivo: indicação de ITU. • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	• Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente. Na persistência de leucocitúria com urocultura negativa, investigar vaginoses. • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário avaliar a condição clínica e referir a gestante à maternidade ou ao pré-natal de alto risco. • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao prénatal de alto risco. • Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco. • Ver Fluxograma 3.
Urocultura e antibiograma	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	• Ver Fluxograma 3. É necessário que seja coletada a primeira urina da manhã e seja levada pela paciente ou familiar até o laboratório geral Alfredo Berger, acompanhada da requisição do exame. O frasco de coleta deve ser identificado com o nome completo, data de nascimento e a indicação de que se trata de Gestante. A solicitação deve ser cadastrada no sistema Tasy.
Teste rápido para sífilis	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente: solicitar VDRL, verificar titulação para confirmar sífilis.	• Ver Fluxograma 7.
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti- HIV I e II)	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	• Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente: realizar 2º teste rápido de outro laboratório. Se reagente, notificar e encaminhar pra SAE/CTA e alto risco. Se negativo, solicitar sorologia para HIV.	• Ver Fluxograma 13.

Teste Rápido para Hepatite B e C	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	• HBsAg não reagente: normal. • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO).	Fazer aconselhamento pré e pós-teste. • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco e ao SAE/CTA. • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade.
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta Se IgG -: 2º trimestre 3º trimestre	• IgG e IgM reagentes OU • IgM reagente e IgG não reagente: Encaminhar ao Pré Natal de Alto Risco; • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 2º e 3º trimestres. • IgM boderline e IgG não reagente: repetir sorologia em 10 dias, caso persista boderline encaminhar ao pré natal de alto risco. Em casos de IgG reagente, a amostra será enviada ao LACEN para prova de avidez e avaliada pelo obstetra: • Se avidez forte: infecção anterior à gestação – retorna à USF. • Se avidez fraca: infecção recente – mantém no Alto Risco.	• Ver Fluxograma 8. • Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: lavar as mãos ao manipular alimentos; lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pazinha; alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; lavar bem as mãos após o contato com os animais.
TSH	1ª consulta	• 1º Trimestre: 0,1 – 2,5 mIU/L • 2º Trimestre: 0,2 – 3,0 mIU/L • 3º Trimestre: 0,3 – 3,0 mIU/L	Se dosagens superiores as de referencia no período gestacional dosado, solicitar dosagens de T4L.
Pesquisa de *Streptococcus* beta hemolítico do grupo B	3º Trimestre (34 a 37 semanas)	Cultura +: orientar a gestante a informar o resultado na hora do parto. Anotar o resultado na carteirinha. Cultura -: tranquilizar a paciente	Estudos demostraram que o tratamento com antibióticos durante o pré- natal não preveniu a infecção neonatal. **O tratamento deve ser realizado ante-parto.**
Parasitológico de fezes	1º trimestre	• Negativo: ausência de parasitos. • Positivo: conforme descrição de parasitos.	• O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. • Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. • **Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação.** • Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.
Ultrassonografia Obstétrica	1º trimestre 2º trimestre	• Avaliar percentil de peso fetal; • Avaliar má formações genéticas	Caso sejam identificadas anormalidades a gestante deve ser referenciada ao Pré Natal de Alto risco.

Notas: ** Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM.

Quadro 4 – Interpretação de resultados de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E CONDUTAS

1º trimestre	• Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A).
	• Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal.
	• Deve ser utilizada a tabela de Haddlock para avaliação do peso fetal e diagnostico de RCIU
	• Datação da idade gestacional por ultrassonografia:
	  Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores;
	  Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalcular durante a gravidez.
	• Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos:
	  Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falsopositivos e falso-negativos (grau de recomendação B).
	  Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falsopositivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.

2º trimestre	• Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). • Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo. • Deve ser utilizada a tabela de Haddlock para avaliação do peso fetal e diagnostico de RCIU
3º trimestre	• Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). • Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação. • Os achados relacionados com a indicação ou não de cesárea, os quais costumam provocar indicações inadequadas de cesárea, estão descritos no Quadro 12.

A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).
Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

- As solicitações de ecografia obstétrica devem ser realizadas via SISREG, contendo a justificativa.

Quadro 5 - Principais sinais de alerta na gestação

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
• Sangramento vaginal	Anormal em qualquer época da Gravidez	Avaliação médica imediata.
• Cefaleia • Escotomas visuais • Epigastralgia • Edema excessivo	Esses sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia	Avaliação médica e avaliação da PA imediata.
• Contrações regulares • Perda de líquido	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência.
• Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento a maternidade de referência.
• Febre	Pode indicar infecção.	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento a urgência, caso necessário.

Quadro 6 - Estratificação de Risco Gestacional:

RISCO HABITUAL

Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária a Saúde (APS).	Equipe multiprofissional (APS)	Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, inclusive: Características individuais e socioeconômicas: • Obesidade Grau I e Grau II (IMC <40); História reprodutiva anterior: • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); Condições e intercorrências clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Ameaça de aborto; • Hipotireoidismo; • Tabagismo (Fagerstrom < 8 pontos); • Etilismo sem indicativo de dependência (T- ACE < 2 pontos); • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve; • Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penincilina benzantina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congêntita).

RISCO INTERMEDIÁRIO

Atenção Primária a Saúde (APS) E Atenção Ambulatorial	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: Características individuais e condições socioeconômicas e familiares: • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (< 3 anos de estudo); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em

Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)		situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerstrom: 8 a 10 pontos); • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais); História reprodutiva anterior: • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclampsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. Condições e intercorrências clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Diabetes gestacional não-insulinodependente; • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl).

ALTO RISCO

Atenção Primária à Saúde (APS) E Atenção Ambultorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Características individuais e condições socioeconômicas: • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC>40). Condições Clínicas prévias à gestação: • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pré-operatório) e/ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas; • Doença falciforme (exceto traço falciforme); outras hematopatias; • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes; Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS >4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má-formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestção; • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves;

		• Psicose ou depressão grave. História reprodutiva anterior: • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual: • Anemia grave (Hemoglobina <8); • Diabetes gestacional insulinodependente; • Doenças infectocontagiosas: HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses; Sífilis terciária OU resistente a penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; • Doença hemolítica perinatal; • Gestação gemelar; • Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio); • Isoimunização Rh (TIA/Coombs indireto positivo); • Incompetência Istmo-cervical; • Má-formação fetal confirmada; • Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90); • Oligodrâmnio ou polidrâmnio; • Placenta acreta/acretismo placentário; • Placenta prévia (após 22 semanas); • Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10); • Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; • Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); • Tromboembolismo na gestação; • Trombofilias na gestação; • Senescência placentária com comprometimento fetal.

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 quenecessite de internação hospitalar. • Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente). • Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma 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. • Gestantes com 2 ou + cesarianas anteriores: a partir de 39 semanas. • Hipertermia (tax ≥ 37,8 ºC), 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. • Oligodrâmnio. • Óbito fetal.

Importante:

- Gestantes estratificadas como Risco Habitual ou Intermediário podem mudar para Alto Risco, devido à intercorrências clínicas durante a gestação. Por isto é fundamental a Vigilância do Risco Gestacional que deve ser realizado em todas as consultas.

Quadro 7 - Manejo em casos de hipotireoidismo na gestante.

A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 livre para detectar o hipotireoidismo. Se o TSH estiver alterado recomenda-se dosar o T4 livre.

O tratamento para hipotireoidismo é recomendado quando os níveis de TSH são: >2.5 IU/L no 1º trimestre e > 3.0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação.

HIPOTIREOIDISMO		
Diagnóstico	**Orientações medicamentosas**	**Manejo**
Hipotireoidismo com diagnóstico prévio a gestação	Recomenda-se aumento na dosagem de reposição da levotiroxina de 25% a 30%, após o diagnóstico de gestação, dependendo da etiologia do hipotireoidismo e dos níveis de TSH.	Avaliar TSH na primeira consulta de pré-natal. O objetivo do tratamento é obter o eutireoidismo clínico e laboratorial. Recomenda-se monitorar o TSH, dosando a cada 4/6 semanas. Ajuste de doses em incrementos de 25 – 50 mcg. O objetivo é manter o TSH entre 0,4 e 2,5 um/I; Recomenda-se que a levotiroxina seja ingerida em jejum, pelo menos de 30 a 60 minutos antes do café da manhã e com quatro horas de intervalo com medicamentos que interfiram na sua absorção, tais como: ferro, cálcio, alumínio ou produtos derivados de soja.
Hipotireoidismo franco (sintomático) diagnosticado na gestação	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 2mcg/kg/dia.	
Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação	Recomenda-se iniciar com a dose de levotiroxina 1,20mcg/kg/dia.	

Os casos de hipotireoidismo refratários ao tratamento deverão ser encaminhados para avaliação no Alto Risco.

Quadro 8 - Teste de Fargestrom na gestante.

Teste de Fagerstrom	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? • Dentro de 5 minutos (3) • 6 – 30 minutos (2) • 31 – 60 minutos (1) • Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido? (por exemplo, na igreja, no cinema, em biblioteca, e outros.)? • Sim (1) • Não (0)	
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação? • O primeiro da manhã (1) • Outros (0)	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? • Menos de 10 (0) • De 11 a 20 (1) • De 21 a 30 (2) • Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? • Sim (1) • Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? • Sim (1) • Não (0)	
Total de pontos:	

Resultado do Teste de Fagerstrom

Pontos	Muito baixa
0 – 2	Muito Baixa
3 – 4	Baixa
5	Média
6 – 7	Elevada
8 – 10	Muito elevada

Quadro 9 - Teste T - ACE para gestante.

TESTE T-ACE

T – ACE	Respostas
T (Tolerance=Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir mais desinibida ou "mais alegre"? (avaliar conforme número de doses-padrão)	Não bebo – 0 ponto Até duas doses – 1 ponto Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed – Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	Não – 0 ponto Sim – 1 ponto
C – (Cut down – Cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	Não – 0 ponto Sim – 1 ponto
E – (Eye opener – Abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se	Não – 0 ponto Sim – 1 ponto

bem ou para se livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)?	
Total de Pontos	

Resultado: 2 ou mais pontos = indicativo de dependência ao álcool

Quadro 10 - Abordagem de queixas frequentes na gestação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Náuseas/ vômitos	Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; Gestações não planejadas.	Ver Fluxograma 2	Ver Fluxograma 2
Queixas urinárias	A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de sintomas sistêmicos.	Ver Fluxograma 3	Ver Fluxograma 3
Dor abdominal/ cólicas	Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de ITU; Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	Ver Fluxograma 4	Ver Fluxograma 4
Edema	No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. Avaliar sempre: A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.	Ver Fluxograma 5	Ver Fluxograma 5

Pirose/ azia	Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez. Avaliar sempre: Sintomas iniciados antes da gravidez; Uso de medicamentos; História pessoal e familiar de úlcera gástrica.	É recomendado: Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto); Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; Evitar álcool e fumo preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Sialorréia	A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.	É recomendado: Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Fraqueza/ tontura	Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.	Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado: Evitar a inatividade; Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos; Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Falta de ar/ dificuldade para respirar	Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Tosse; Edema; História de asma e outas pneumopatias; Sinais ou história de TVP; História de trauma recente; Febre associada.	Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Dor nas mamas (mastalgia)	Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.	Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

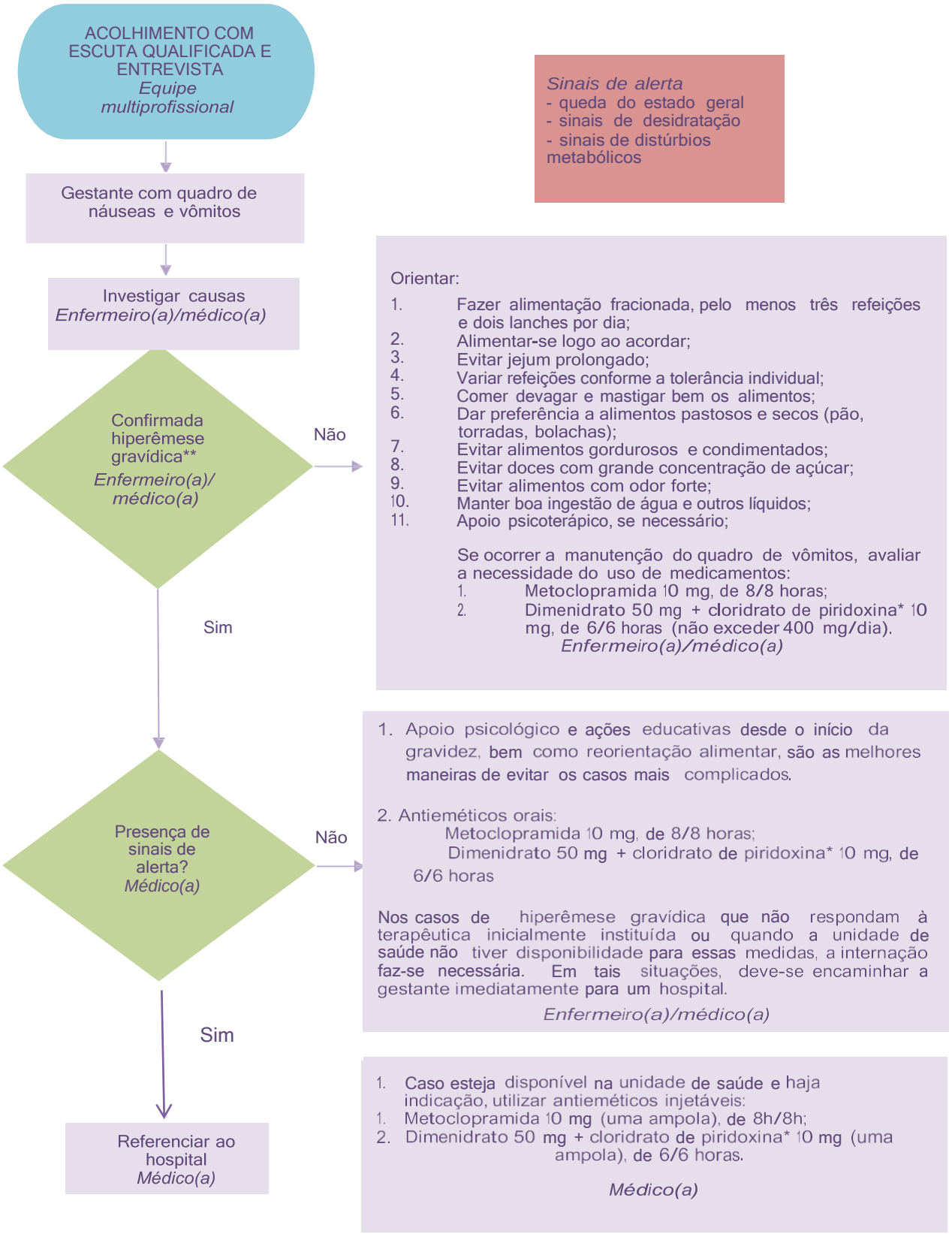
Obstipação/ constipação intestinal/ flatulências	Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.	É recomendado: Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas. Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/ dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja). Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação. Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Dimeticona* (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; Supositório de glicerina*.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Hemorroida	O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós parto. Avaliar sempre sinais de gravidade: Aumento da intensidade da dor; Endurecimento do botão hemorroidário; Sangramento retal.	É recomendado: Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; Banho de assento com água morna; Usar anestésicos tópicos, se necessário; Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Dor Lombar	A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. Avaliar sempre: Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); História de trauma.	Orientar: Corrigir a postura ao se sentar e andar; Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; Recomendar acupuntura; Indicar atividades de alongamento e orientação postural. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Corrimento Vaginal	O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. Avaliar sempre: Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; Consultar o Fluxograma 7 do capítulo 1.	Orientar: O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal (ver avaliação e tratamento no Quadro-Síntese do capítulo 1).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Cefaléia	É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: Sinais de cefaleia secundária; Sintomas antes da gravidez; Diagnóstico prévio de enxaqueca; Uso de medicamentos.	Orientar: Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Varizes	Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: Dor contínua ou ao final do dia; Presença de sinais flogísticos; Edema persistente.	Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas: Mudar de posição com maior frequência; Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores; Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8. Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Câimbras	Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: Uso de medicamentos; Presença de varizes; Fadiga muscular por uso excessivo.	Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado: Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas; Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.	É recomendado: Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção; Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico. Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, também contraindicado na amamentação.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Pigmentação/ cloasma gravídico	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.	Geralmente estas hipercromias desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. É recomendado: Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. O uso de ácido azelaico* (despigmentante) é permitido na gestação.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Alterações na movimentação fetal	Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal. A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia. Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto, elas podem revelar comprometimento fetal.	Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. Recomenda-se: Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de "mobilograma" diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Sangramento na gengiva	Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.	Recomenda-se: Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; Orientar a realização de massagem na gengiva; Realizar bochechos com soluções antissépticas. Agendar atendimento odontológico sempre que possível.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Epistaxe e congestão nasal	Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista o Unidade de Pronto Atendimento.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

* Medicamentos não disponíveis pelo SUS em Ponta Grossa

Atenção às intercorrências do Pré Natal

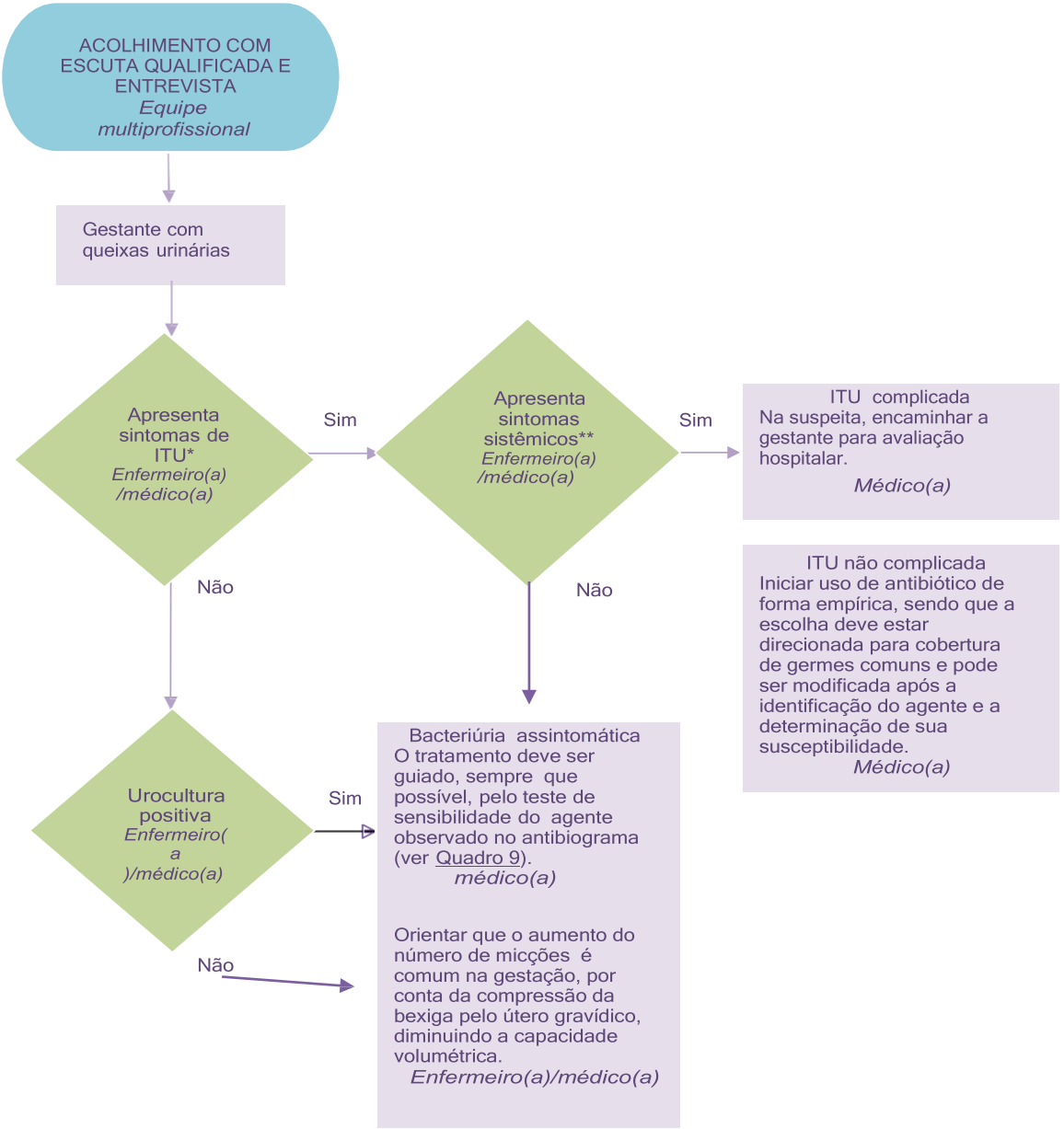
Fluxograma 2 - O que fazer nos quadros de náusea e vômitos



** 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).

* Medicamentos não disponível pelo SUS em Ponta Grossa

Fluxograma 3 - O que fazer nas queixas urinárias[2, 7]



Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Fosfomicina trometamol 3g, dose única (dissolver em 50 a 75 ml água, ingerir com estômago vazio). DOSE OBSERVADA, ou seja, realizada pela equipe de enfermagem.Tratar sempre baseado no resultado do antibiograma.
- Demais fármacos: baseado no antibiograma.

médico(a)

- **Repetir urinocultura sete a dez dias após o termino do tratamento.**
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Na apresentação do terceiro episódio de ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliaçãono Pré Natal de Alto Risco (com confirmação na urocultura).
- Fornecer orientações referentes à coleta da urinocultura
- Se queixas vaginais associadas (corrimento, prurido, leucorreia, irritação vaginal), consultar fluxograma 7 página 31

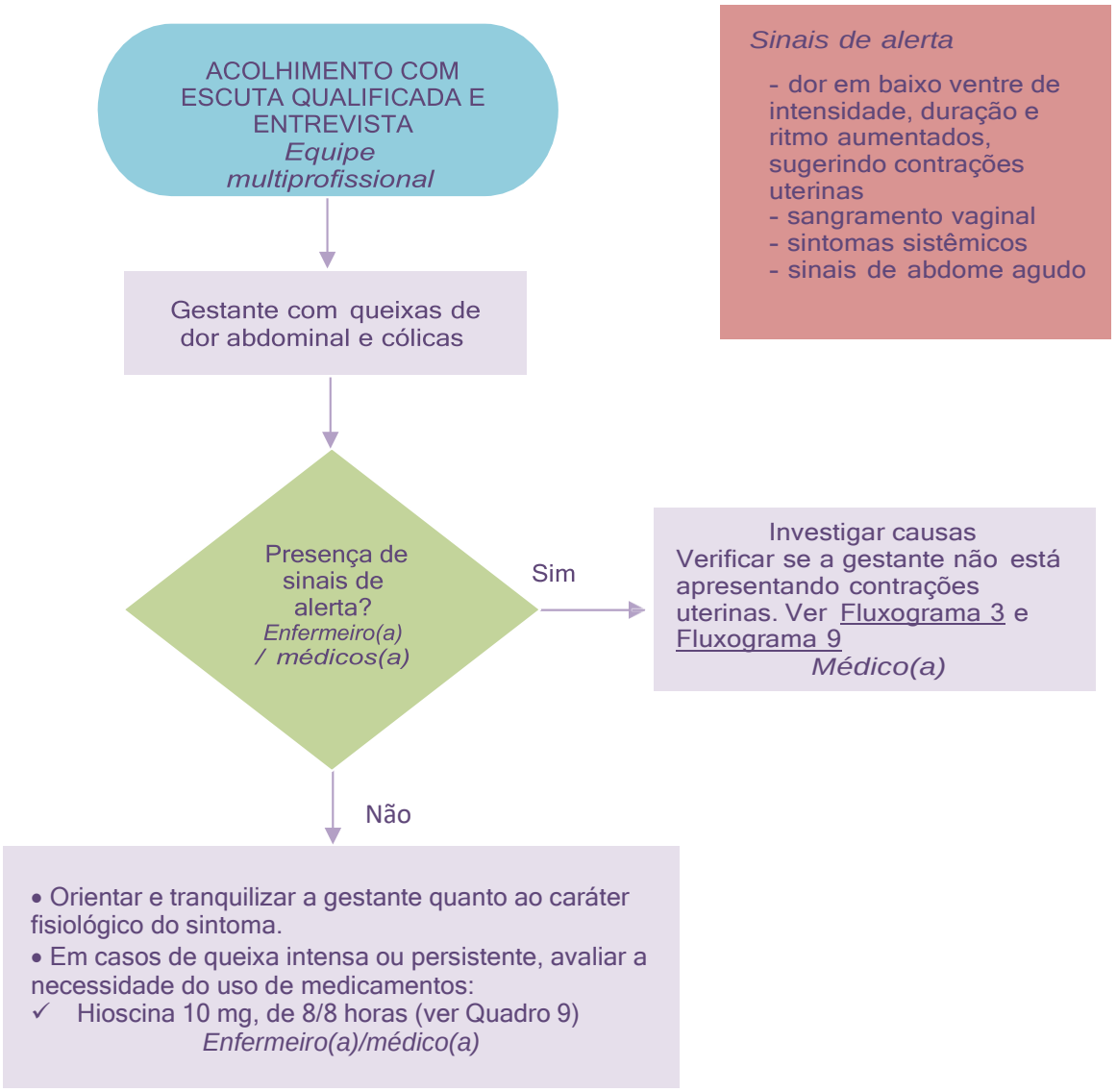
Sintomas de infecção do trato urinário(ITU):

- Dor ao urinar;
- Dor suprapúbica; urgência miccional;
- Aumento da frequência urinária;nictúria; estrangúria;
- Presença de sangramento visível na urina.

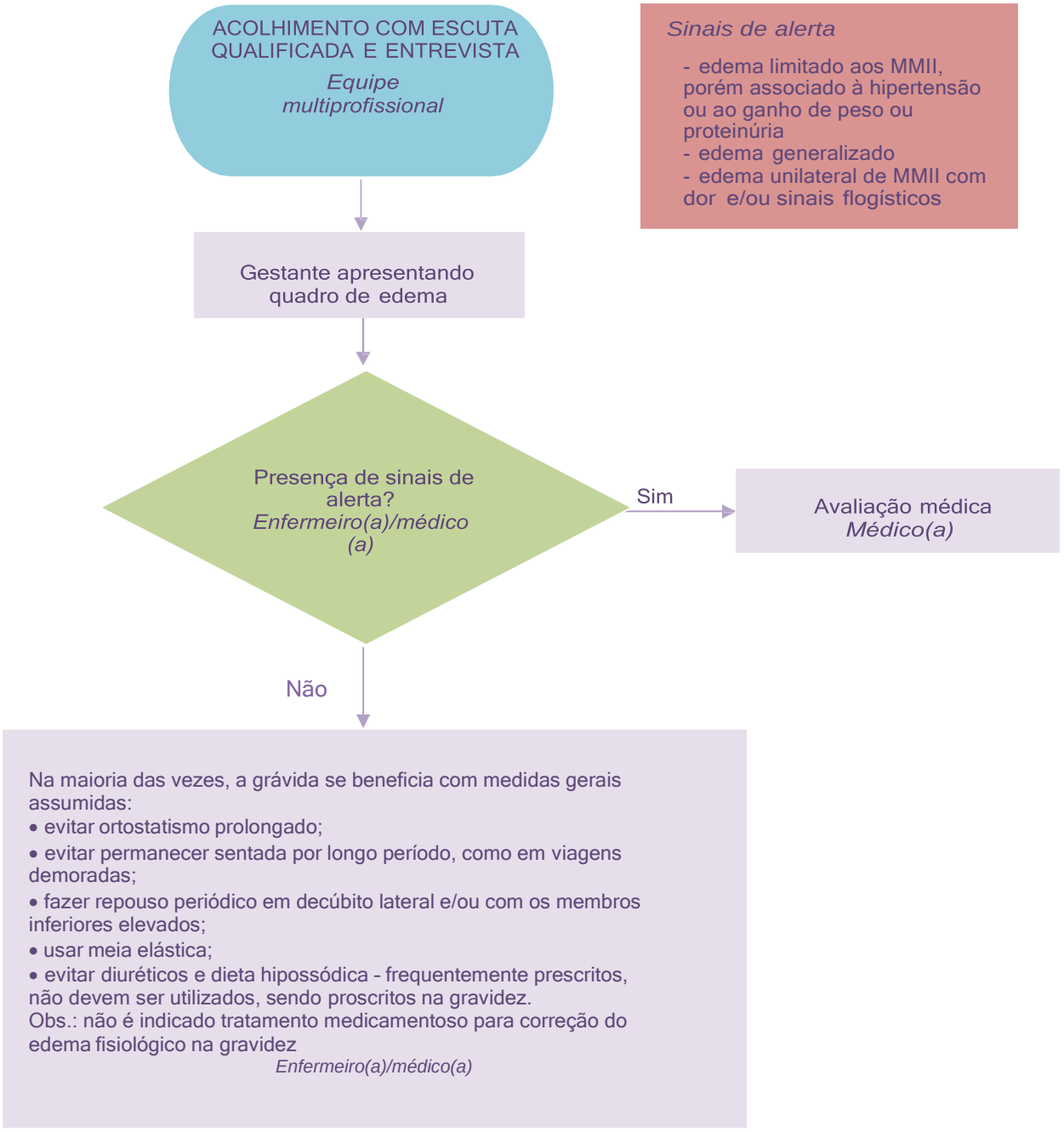
Sintomas sistêmicos:

- Febre;
- Taquicardia;
- Calafrios;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Lombar, com sinal de giordano positivo;
- Dor abdominal.

Fluxograma 4 - O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas



Fluxograma 5 - O que fazer nos quadros de edema[2, 7]



Quadro 11 - Atenção às intercorrências do pré-natal

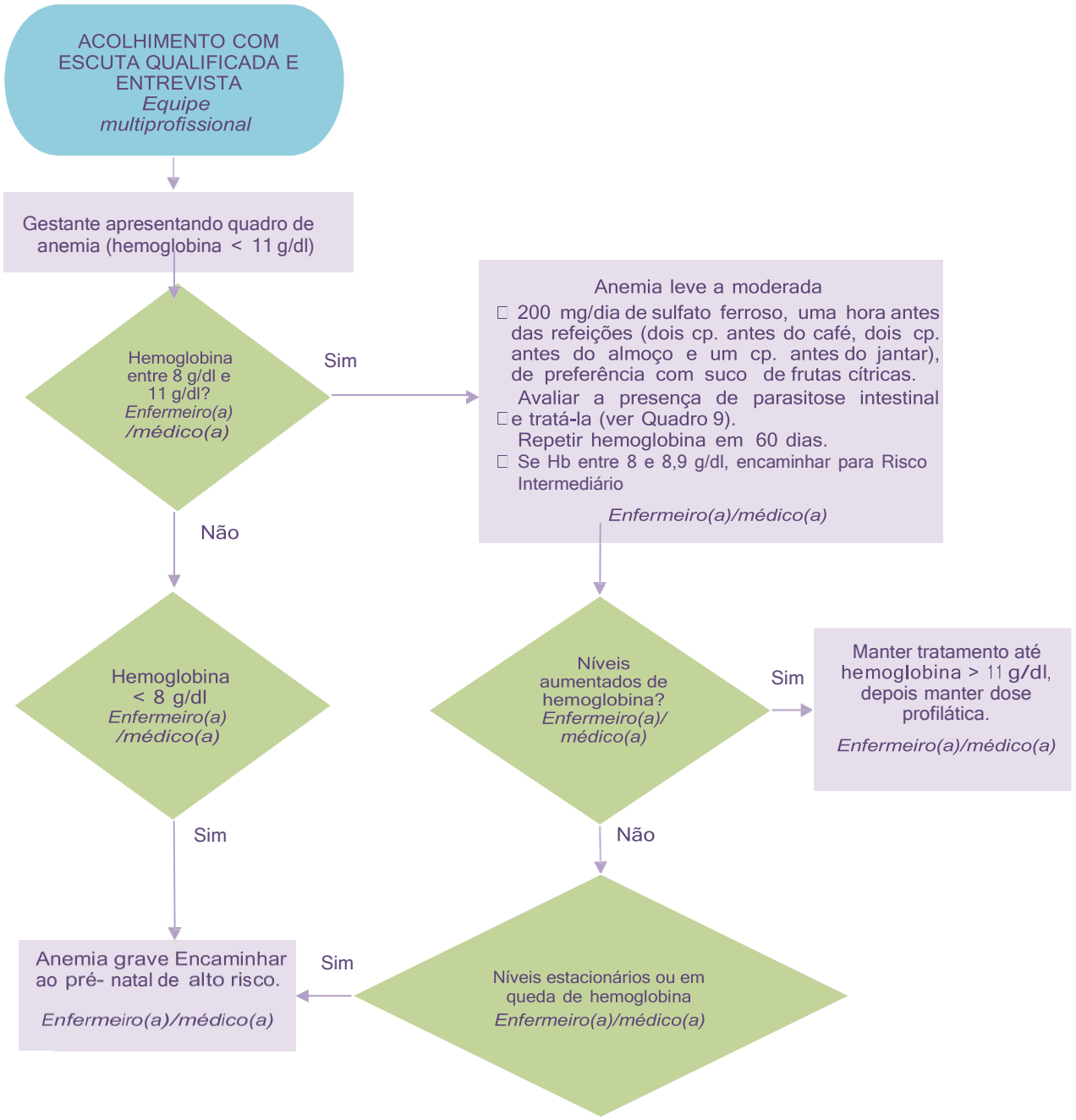
INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Abortamento	▯ Sinais de alerta para abortamento. ▯ Atraso menstrual. ▯ Sangramento vaginal. ▯ Presença de cólicas no hipogástrio. ▯ Realização de exame especular e toque vaginal. ▯ Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. ▯ Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não). ▯ Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico. ▯ Realização de exame ultrassonográfico, se possível. ▯ Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo. ▯ Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. ▯ Para o diagnóstico de aborto retido: presença de concepto morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio. • No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.	• Na ameaça de aborto: ▯ Administrar, por tempo limitado, antiespasmóticos (hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); ▯ Recomendar abstinência sexual; ▯ Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; ▯ Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. • No abortamento inevitável e aborto retido: ▯ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica • No abortamento infectado: ▯ Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; ▯ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.	Médico(a)
Gravidez ectópica	• *Características*: ▯ História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; ▯ Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; ▯ USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. • **Sinais de alerta:** sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.	• Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica.	Médico(a)
Outras causas de sangramento	• **Doença trofoblástica gestacional** *Características*: ▯ Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico); ▯ A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); ▯ Não há presença de batimentos	• Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.	

	cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas); ❑ A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos; ❑ A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque; ❑ A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.		
	• **Descolamento corioamniótico** *Características*: ❑ Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; ❑ A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. *Realização de exame ultrassonográfico* ❑ Visualização do descolamento corioamniótico.	• Recomendações: ❑ Recomendar abstinência sexual; ❑ Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS. • Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.	
Descolamento prematuro da placenta (DPP)	*Características*: ❑ Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; ❑ Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer "sangramento oculto" quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); ❑ Causa importante de sangramento no 3º trimestre. *Realização do exame obstétrico*: ❑ Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (contrações muito frequentes [> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; ❑ Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; ❑ Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; ❑ Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.	• Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.	Enfermeiro(a) médico(a)
Placenta prévia	*Características*: ❑ Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. *Realização do exame obstétrico*: ❑ Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; ❑ Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; ❑ O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. *Realização de exame ultrassonográfico, se possível*:	• Referenciar a gestante para o alto risco.	Enfermeiro(a) médico(a)

	❑ Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; ❑ Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo.		
Trabalho de parto prematuro (TPP)	*Características*: ❑ O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; ❑ Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; ❑ Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 3 e solicitar urina tipo I e urocultura; ❑ Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base.	• Solicitar avaliação especializada, quando possível. • O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.	Enfermeiro(a) médico(a)
Anemia	*Fatores de risco para anemia na gestação*: ❑ Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; ❑ Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão; ❑ Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); ❑ Infecções de longo prazo; ❑ Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme. *Características*: ❑ A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro; ❑ Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros.	Ver Fluxograma 6	Ver Fluxograma 6
Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia	*Hipertensão arterial*: ❑ Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas; ❑ As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto. *Pré-eclâmpsia*: ❑ Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. *Eclâmpsia*:	• Na hipertensão arterial: ❑ A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia); ❑ Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC),como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas; ❑ Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal. • Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA),	Enfermeiro(a) médico(a)

	❑ Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.	como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos. • Na pré-eclâmpsia: ❑ Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco. • Na eclâmpsia: ❑ Referenciar à urgência obstétrica. • Ver Fluxograma 12.	
***Diabetes mellitus* Gestacional**	❑ Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.	Ver Fluxograma 11.	Ver Fluxograma 11
IST	*Características*: ❑ As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; ❑ Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.	• Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação (ver capítulo 1, sobre Queixas mais comuns).	Enfermeiro(a) médico(a)
Alterações do líquido amniótico	• Polidrâmnio; • Oligoidrâmnio; • Amniorrexe prematura; • Ver Fluxograma 10.	Ver Fluxograma 10.	Ver Fluxograma 10
Gestação prolongada ou pós-datismo	• *Características*: ❑ Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontrasse entre 40 e 42 semanas; ❑ Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.	• Encaminhar a gestante com IG > 41 para a maternidade de referência para outros testes de vitalidade fetal. • Monitorar a gestante até a internação para o parto.	Enfermeiro(a) médico(a)
Gestante que não adere ao programa de Pré Natal	Paciente que não comparece as consultas ou não realiza os exames solicitados por mais de 2 meses	• Realizar busca ativa através de visita domiciliar; • Fazer contato telefônico; •Acionar Conselho Tutelar; Registrar em prontuário e na carteirinha da gestante todas as buscas realizadas	Equipe Multiprofissional

Fluxograma 6 - O que fazer na anemia gestacional



A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

- Sulfato ferroso: um comprimido de 120 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido ao dia (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- Tratamento: quatro a seis comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

Manter a prescrição de ferro 40mg até o terceiro mês pós-parto/aborto.

Fluxograma 7 - O que fazer nos quadros de sífilis

ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA E ENTREVISTA
Equipe multiprofissional

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

Teste rápido positivo
Enfermeiro(a) /médico(a)

Não →

- Se teste negativo, orientar sobre IST e repetir teste rápido a cada trimestre da gestação.

Testar as parcerias sexuais ao menos 1 vez durante o pré natal, preferencialmente no 3º trimestre.

Enfermeiro(a)/médico(a)

Sim ↓

Histórico de tratamento anterior? Solicitar VDRL

Enfermeiro(a)/médico(a)

Não →

- no da primeira

Se sífilis primária:

- Penicilina benzatina, dose única de 2.400.000UI IM (1.200.000 UI em cada glúteo)+ VDRL mensal.

Se sífilis recente ou tardia (latente, secundária, terciária ou duração ignorada):

- Penicilina benzatina, dose total de 7.200.000 UI, sendo 2.400.000 UI 1 vez por semana, por 3 semanas, IM (1.200.000UI em cada glúteo) + VDRL mensal.

Se gestante com HIV, em qualquer fase clínica da sífilis:

- Penicilina benzatina, dose total de 7.200.000 UI, sendo 2.400.000 UI 1 vez por semana, por 3 semanas, IM (1.200.000UI em cada glúteo) + VDRL mensal.
- Parcerias sexuais de gestantes com sífilis devem ser tratados com dose plena (7.200.000UI), independente do resultado do teste. A administração da primeira dose de penicilina obrigatoriamente deve ser deve ser antes da última dose da gestante. Caso ocorra o contato sexual sem tratamento do parceiro, a gestante será considerada inadequadamente tratada e deverá receber o esquema pleno novamente (7.200.000UI).
- Acompanhar a gestante com VDRL mensal e parceiro com VDRL trimestral no primeiro ano.

Sim ↓

VDRL positivo com titulação ativa?
Enfermeiro(a) /médico(a)

Sim →

Não ↓

- Cicatriz sorológica;
- Acompanhar com VDRL mensal e, se este apresentar elevação na titulagem, a gestante e seu(s) parceiro(s) devem ser imediatamente tratados

Enfermeiro/Médico(a)

- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para a maternidade de referência, para que se realize a dessensibilização (entrar em contato com a coordenação de APS). A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.
- Analisar o histórico alérgico (uso de amoxicilina, reação anafilática, edema de glote, choque, etc)
- As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos (1:1, 1:2, 1:4) por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis.

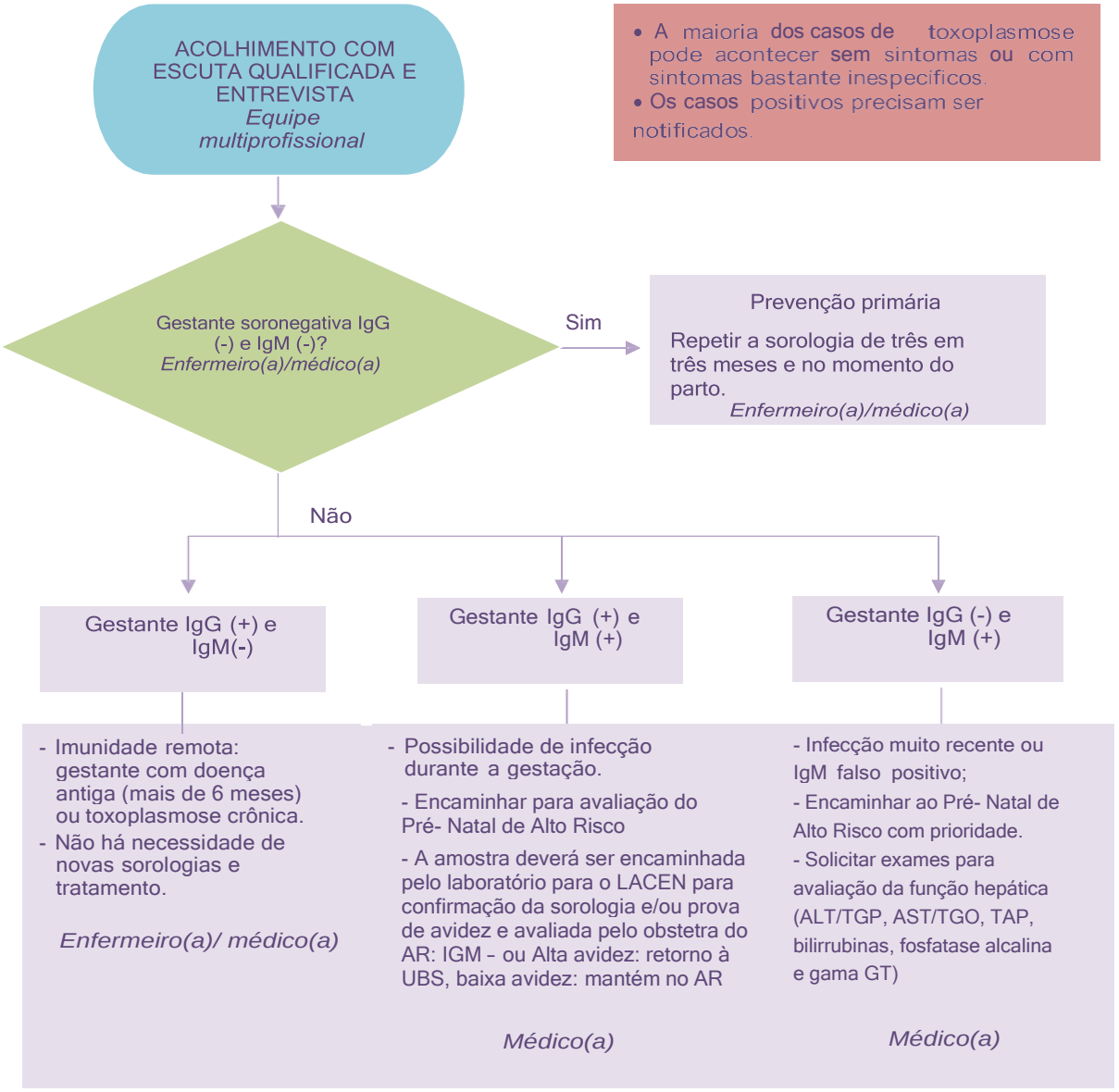
Se Teste Rápido + e VDRL – sem história prévia de tratamento, tratar conforme fase clínica da doença em pacientes NÃO gestantes e com dose plena (7,2 milhões) em gestantes e seus parceiros;

Pacientes com elevação de titulagem após tratamento completo, investigar: falha terapêutica (pode ocorrer em 14% dos casos), reinfecção ou neurossífilis, caso necessário encaminhar para Infectologia.

- Anotar na carteirinha da gestante o preenchimento da notificação epidemiológica.

- Após a dose terapêutica incicial na doença recente poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, que é a exarcebação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia a droga.
- - se refratário ao tratamento (VDRL estável acima de 1:4 ou em ascenção), encaminhar com carta de referência e contra referência para infectologista do SAE

Fluxograma 8 - O que fazer nos quadros de toxoplasmose

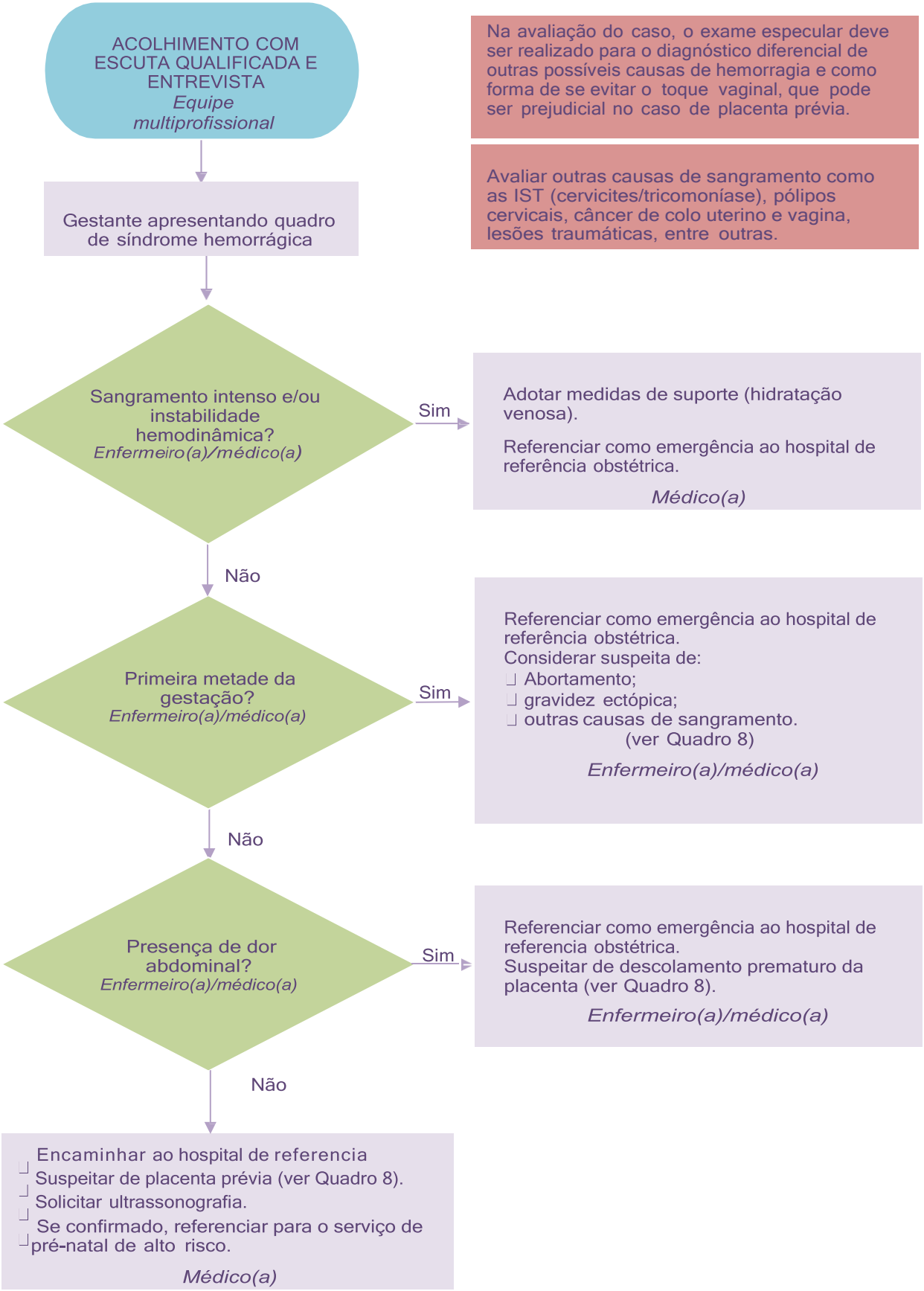


Orientações para Prevenção Primária:

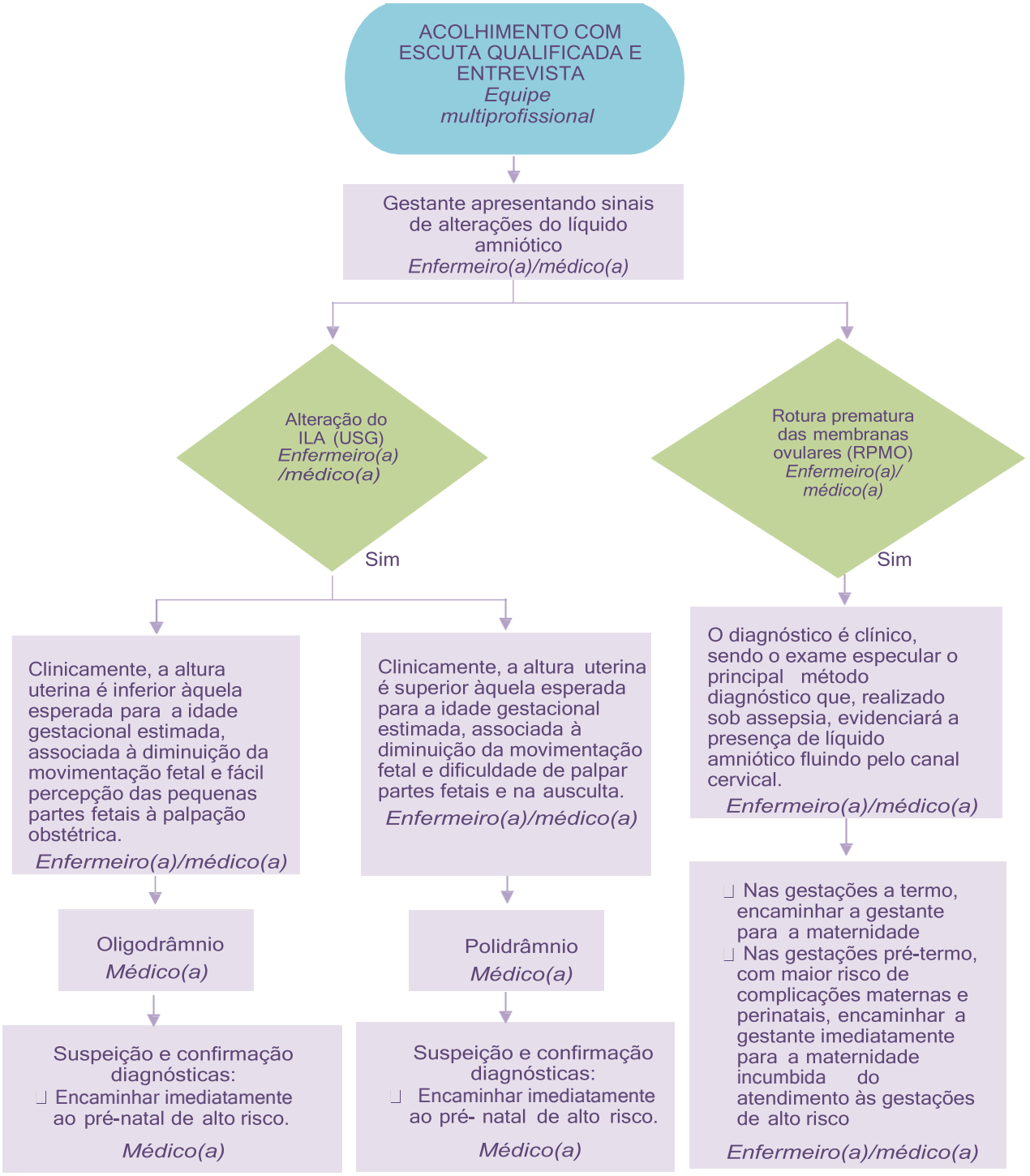
- A transmissão da toxoplasmose se dá por ingestão materna de oocistos em alimentos contaminados (carnes mal passadas, vegetais) ou em locais onde eventualmente possa haver fezes de felinos (terra, areia), que são os únicos hospedeiros selvagens definitivos de T. gondii.
- A prevenção deve ser orientada por meio da correta higiene de frutas, verduras e legumes e o consumo de carnes inspecionadas, bem assadas ou cozidas;
- A gestante deve ser orientada a não fazer refeições em locais suspeitos ou que não se tenha certeza quanto a higiene e procedência dos alimentos.

Equipe Multiprofissional

Fluxograma 9 - O que fazer nas síndromes hemorrágicas



Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico[2,7]

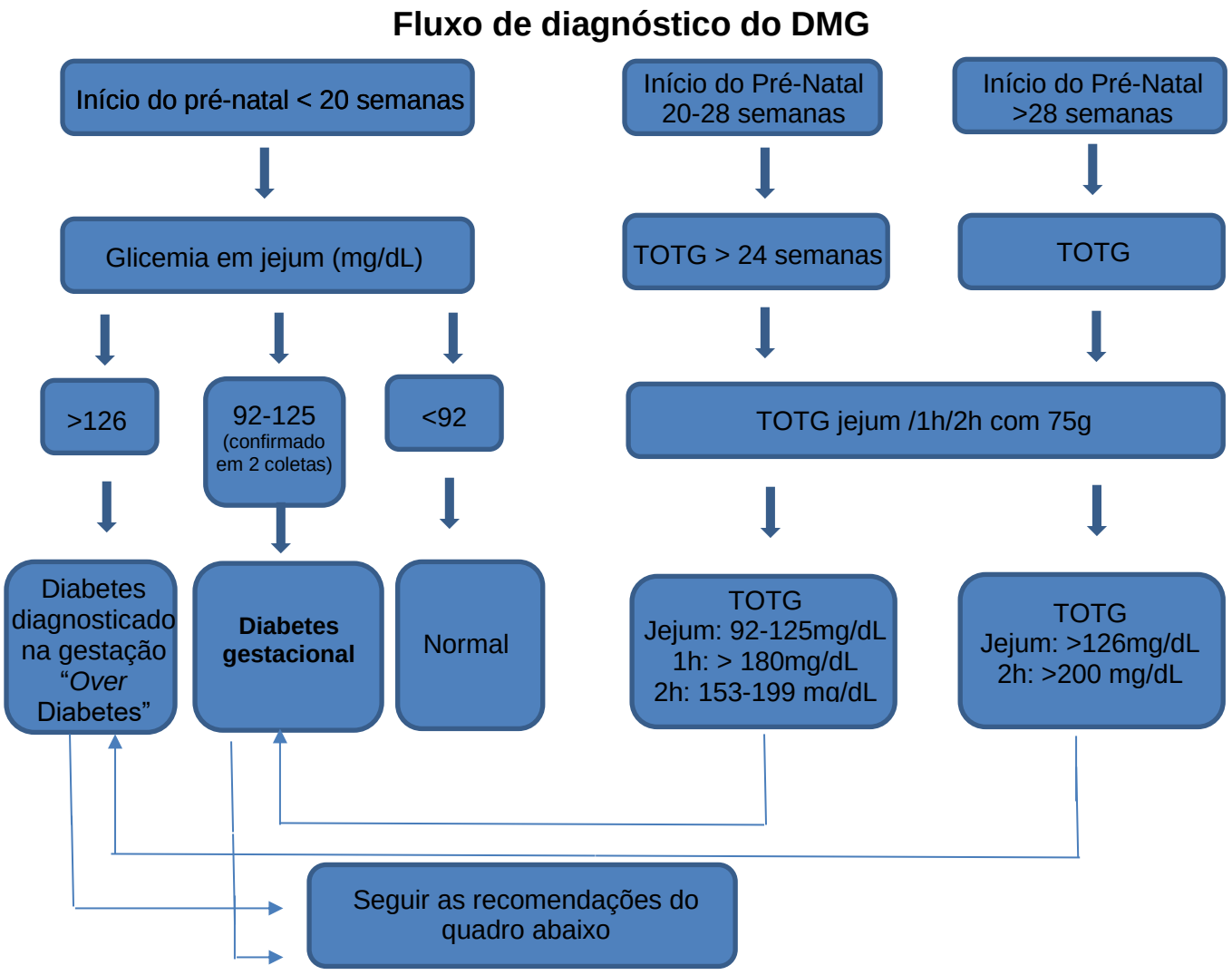


❑ No diagnóstico diferencial da RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e doconteúdo vaginal excessivo. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno,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

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

❑ Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais. Casos de exame ecográfico ❑demonstrando ILA < que 5,0 cm devem ser encaminhadas para avaliação na maternidade.

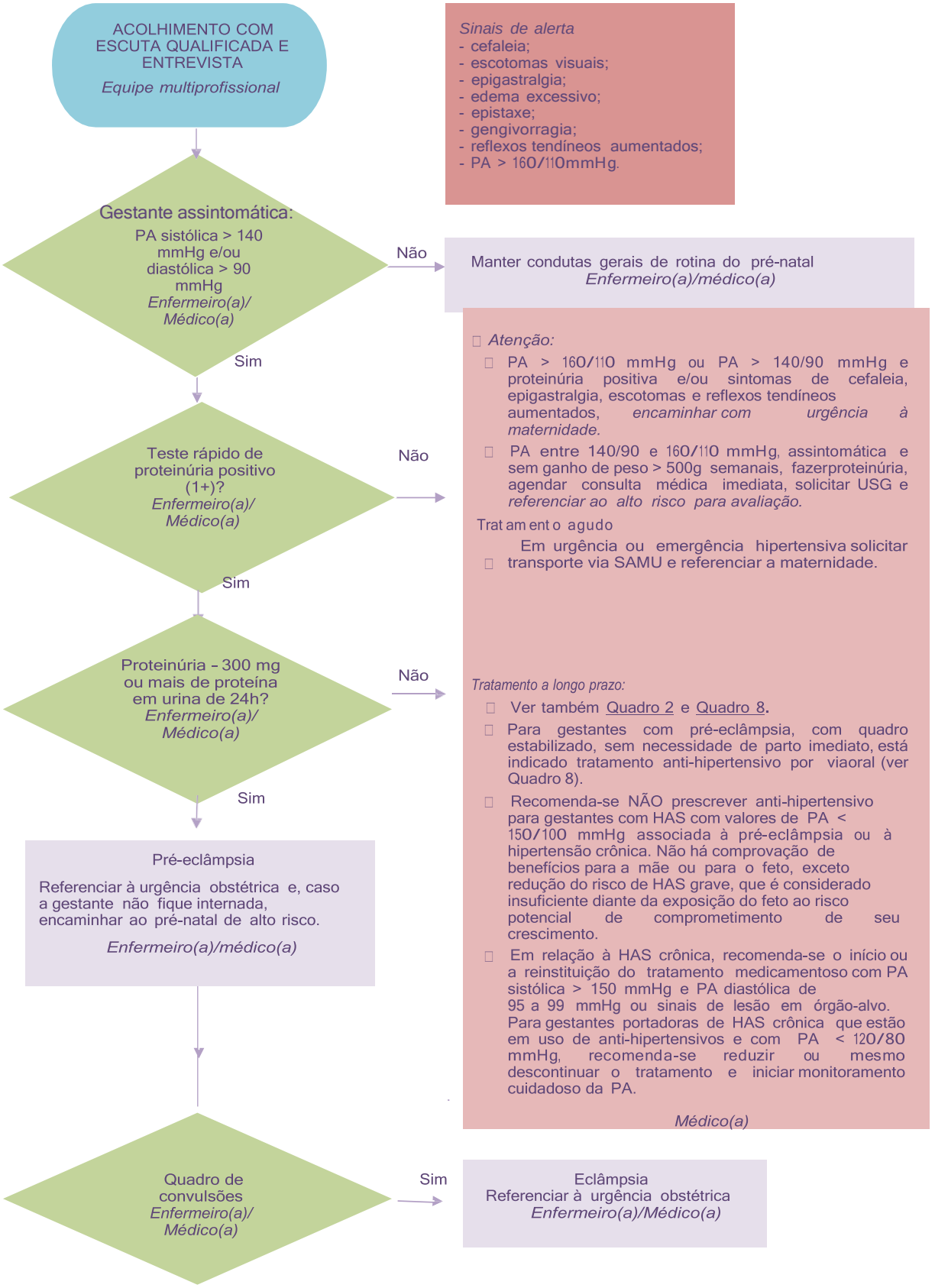
Fluxograma 11 - O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)



Recomendações

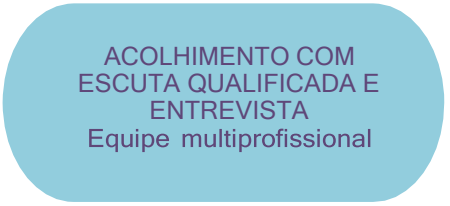
- Aumentar a frequência das consultas para a cada 15 dias a partir da vigésima semana;
- Solicitar ultrassonografia obstétrica morfológica no primeiro e segundo trimestre;
- Se houver suspeita de restrição do crescimento intrauterino, solicitar ultrassonografia obstétrica com doppler;
- As metas recomendadas para o controle glicêmico são glicemia no jejum < 95 mg/dL, 1 h pósprandial < 140 mg/dL e 2 h pós-prandial <120 mg/dL. Deve-se manter jejum acima de 70 mg/dL e pós-prandiais não inferiores a 100 mg/dL;
- Encaminhar a gestante para consulta com nutricionista e endocrinologista via SISREG;
- Nos casos de insucesso do tratamento com as medidas não farmacológicas, iniciar tratamento medicamentoso. A dose inicial de insulina, que é o padrão ouro, deve ser em torno de 0,5U/kg com ajustes individualizados para cada caso;
- Se necessária insulinização, encaminhar paciente ao alto risco;
- O uso de metformina e outros antidiabéticos orais é *off label*, sendo contra indicado o uso rotineiro na gestação;
- O método ideal de controle glicêmico é a medida da glicemia capilar realizada pela própria gestante inicialmente com 6 pontos (jejum, pós-café, antes do almoço, antes do jantar e pós-jantar) e, após reavaliação pode alterar para 4 pontos (jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar).
- Para receber o glicosímetro, deve ter a solicitação médica e anexo o exame de duas glicemias alteradas ou TOTG. A devolução do glicosímetro deve ocorrer na ação do quinto dia;
- No pós-parto, solicitar TOTG após 6 semanas para rastreio de diabetes mellitus 2, considerando que até 22% das gestantes com DMG evoluem para DM2 no pós-parto.

Fluxograma 12 - O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia



- Ver também Quadros 2 e 8 para detalhamento do diagnóstico e manejo das síndromes hipertensivas.
- As gestantes negras requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra.
- Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for > 150/100 mmHg.

Fluxograma 13 - O que fazer nos resultados de sorologia do HIV



Sim

- A gestante deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco e Serviço de Infectologia (SAE).
- Manter seguimento na Atenção Básica.
- Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.
- Testar todos os parceiros sexuais.

Enfermeiro(a)/médico(a)

Não

- Manter acompanhamento de rotina do pré-natal.
- Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias.
- Repetir TR a cada trimestre.
- Testar as parcerias sexuais ao menos 1 vez durante o pré- natal, preferencialmente no 3º trimestre.

Enfermeiro(a)/médico(a)

- O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2).
- Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.
- Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.
- Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e atentar para a prevenção de transmissão vertical. Para mais informações, ver o capítulo Planejamento Reprodutivo.
- O TR se destina a todas as gestantes.
- As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar (para mais informações, ver seção sobre Promoção do aleitamento materno).

Quadro 12 - Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Aciclovir	• Herpes simples	Comprimido 200mg	200-400 mg, 5x/dia (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência)	C	B
Ácido acetilsalicílico	• Lúpus eritematoso sistêmico • Síndrome antifosfolípide	Comprimido (100 mg e 500 mg)	• 500 mg, 1-4x/ dia (antipirético e analgésico) • 100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia)	C/D	C
Ácido fólico	• Prevenção de defeitos do tubo neural • Anemia • Anemia megaloblástica	• Gotas 0,2mg/ml	400mcg (40 gotas), dose única diária • 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 o final da gestação.	A	A
Ácido folínico	• 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
Alfa-metildopa	• Hipertensão arterial	Comprimido (250 mg)	750-2.000 mg/dia (na preconcepção, na gestação e puerpério)	B	B
Amoxicilina	Antibioticoterapia	• Cápsula (500 mg) • Pó para suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 8/8 horas (de 7 a 10 dias)	B	B
Ampicilina	• Infecção urinária • Infecções RN • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Endocardite bacteriana	• Comprimido (500 mg) • Pó para solução injetável (500-1.000 mg)	500 mg, 6/6 horas (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias)	A	A
Azitromicina	Antibioticoterapia	Comprimido (500 mg)	• 500 mg, dose única diária (por 3 dias) • 1,5-2 g em dose única	C	B
Carbamazepina	• Epilepsia	• Comprimido (200 mg) • Xarope (20 mg/ml)	200-400 mg, dose única diária	D	B
Cefalexina	• Infecção urinária • Bacteriúria	• Cápsula (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 6/6 horas (por 7 dias)	B	B
Ceftriaxona	• 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
Diazepam	• Depressão	• Comprimido (2 e 5 mg) • Solução injetável (5 mg/ml)	2-10 mg, 2-4x/dia	D	B
Dipirona	• Analgésico; • Antitérmico.	• Comprimido (500 mg) • Solução oral (500 mg/ml) • Solução injetável (500 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B	B

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Espiramicina	• Infecção fetal por toxoplasmose	Comprimido (500mg)	3 g/dia (até o término da gravidez)	B	B
Fenitoína	• Epilepsia	Comprimido (100mg)	100 mg, 3x/dia	D	B
Fenobarbital	• Epilepsia	• Comprimido (100 mg) • Solução oral - gotas (40 mg/ml) • Solução injetável (100 mg/ml)	100-200 mg, dose única diária	D	D
Furosemida	• Diurético	• Comprimido (25 e 40 mg) • Solução injetável (10 mg/ml)	20-80 mg, dose única diária	D	D
Gentamicina	• Abortamento infectado • Infecção puerperal • Corioamnionite • Septicemia	• Solução injetável (10 e 40 mg/ml) • Solução injetável (50 e 250 mg/ml)	240 ml/dia (EV ou IM) (de 7 a 10 dias)	D	B
Hidróxido de alumínio	• Pirose	• Comprimido mastigável (200 mg) • Suspensão oral (35,6 mg + 37 mg/ml)	300-600 mg, 4-6x/dia	C	B
Hioscina/ Butilescopolamina	• Cólicas	Comprimido (10 mg)	10-20 mg, 3-5x/dia	B	D
Insulina humana NPH e regular	• Diabetes	Solução injetável (100 UI/ml)	• NPH: 0,5 UI/kg/dia • Regular: 0,4 UI/kg/dia Adaptar segundo critério médico.	B	B
Metoclopramida	• Hiperêmese	• Comprimido (10 mg) • Solução oral (4mg/ml) • Solução injetável (5 mg/ml)	10 mg, 3x/dia (VO, IM ou EV)	B	B
Metronidazol	• 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
Nitrofurantoína	• Infeção urinária	• Comprimido (100 mg) • Suspensão oral (5 mg/ml)	100 mg, 6/6 horas (por 10 dias)	B/D	D
Paracetamol	• Analgésico • Antitérmico	• Comprimido (500 mg) • Solução oral (100 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B/D	B
Penicilina Benzatina	• Sífilis	Pó para solução injetável (600.000 e 1.200.000 UI)	Até 2.400.000 UI (IM) com intervalo de uma semana	B	B
Pirimetamina	• 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
Propranolol	• Hipertensão arterial • Hipertireoidismo	Comprimido (40 e 80 mg/ml)	20-80 mg/dia	C/D	B
Rifampicina	• Hanseníase • Tuberculose	Cápsula (300 mg)	600 mg, dose única diária	C	B
Sulfadiazina	• Toxoplasmose • Feto infectado	Comprimido (500mg)	500-1.000 mg, 6/6 horas	B/D	D
Sulfametoxazol + trimetoprim	• 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
Ferro elementar	• Anemia	• Comprimido (40 mg) • Solução oral (25 mg/ml	40 mg ferro elementar, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto)	C/D	B

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.

Quadro 13 - Imunização: recomendações de rotina no pré-natal

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	• Esquema vacinal desconhecido • Não vacinada	Três doses	• 3 doses com intervalo de 60 dias entre elas, sendo 2 doses com dT e uma com dTpa. • A dose de dTpa deve ser após a 20ª 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
	• Esquema incompleto	Completar esquema	• Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa entre a 20ª semana de gestação e 45 dias de puerpério	
	• Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	• Administrar uma dose de dTpa entre a 20ª semana de gestação e 45 dias de puerpério	
Hepatite B	• Esquema vacinal desconhecido • Não vacinada	Três doses	• 1ª dose (qualquer idade gestacional) • 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	• Em qualquer Período gestacional	2 doses + reforço se >18 anos	**Idade entre 12 a 17 anos** • Pfizer Devem se vacinar com a segunda dose 21 dias após a aplicação da primeira. Reforço não é indicado. **Acima de 18 anos** • Pfizer: 1º dose (qualquer idade gestacional) 2º dose: (21 dias após a primeira dose) • Coronavac: 1º dose (qualquer idade gestacional) 2º dose (após 25 dias da primeira) • Reforço: aplicação do imunizante da Pfizer 5 meses após a 2ª dose.	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério

Quadro 14 – Vitaminas e minerais, suas funções, fontes e recomendações durante o período gestacional

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Ferro	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).

Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular	• Vegetais folhosos verdes • Frutas cítricas • Alimentos integrais • Legumes • Bife de fígado	• Consumir regularmente alimentos que contenham 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.
Cálcio	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.
Vitamina A	Prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna	• Leite • Fígado • Gema de ovo • Vegetais folhosos verdes (espinafre, couve, beldroega, bertalha e mostarda) • Vegetais amarelos (abóbora e cenoura) • Frutas amarelo alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui) • Óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi)	• 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).
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	• Atum • Sardinha • Gema de ovos • Óleo de peixe • Salmão e fígado	• A exposição solar regular da pele atinge as recomendações. • Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária.
Vitamina C	Estimula melhor a Absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna	• Furtas (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 *in natura*, 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.

Quadro 15 - Preparo para o parto

INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA	
• Prolapso de cordão - com dilatação não completa • Descolamento da placenta fora do período expulsivo (DPP) • Placenta prévia parcial ou total • Ruptura de vasa prévia	• Apresentação córmica (situação transversa) • Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto • As urgências devem ser encaminhadas imediatamente à emergência obstétrica
NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA	
• Gestante adolescente • Presença de quadro de anemia • Baixa estatura materna • Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto • Macrossomia • Ameaça de parto prematuro • Amniorrexe prematura • Cesárea anterior • Circular de cordão umbilical • Diabetes gestacional	• Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm • Trabalho de parto prematuro • Pressão arterial alta ou baixa • Grau da placenta • Polidrâmnio ou oligodrâmnio • Infecção urinária • Presença de grumos no líquido amniótico • Gravidez prolongada • Falta de dilatação antes do trabalho de parto
SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA	
• Apresentação pélvica • HIV/aids	• Duas ou mais cesáreas anteriores
SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA	
• Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto) • Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora)	• Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais

CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	
• Lavagem intestinal • Episiotomia • Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê)	• Soro com ocitocina • Raspagem dos pelos pubianos • Jejum • Imobilização durante o trabalho de parto • Romper a bolsa das águas
CESÁREA	**PARTO NORMAL**
• Para a mãe: Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia; Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos; Maior risco de complicações na próxima gravidez. • Para o bebê: Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado; Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta; Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.	• Para a mãe: Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto; Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento; Processo fisiológico, natural; Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil. • Para o bebê: Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe; 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.

Quadro 16 – A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas

DIREITO À SAÚDE Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS
• Carteira 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. • 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. - 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 (sistema privado) ou 180 dias (sistema público) 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. • 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 à 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 - PRÉ NATAL DO PARCEIRO O pré Natal do pai do bebê ou parceiro da mãe, é um direito e deve ser estimulado. Deve incluir: • Avaliação de saúde: anamnese, exame físico; • Exames: Fator RH, testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites, glicemia, colesterol, eletroforese de hemoglibina (quando a mãe apresenta traço falciforme). • Orientações: IST's, alimentação saudável, riscos do tabagismo, alcoolismo e drogadição, aleitamento materno, parto e trabalho de parto. • Imunizações • O pai/parceiro deve ser incentivado a participar de todas as consultas possíveis. O pai tem direito a acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

1.2 - Mudança de Domicílio

- A gestante que muda de endereço durante o acompanhamento Pré-natal para área de abrangência de outra unidade, tem o direito de optar onde irá continuar o acompanhamento.
- Quando a gestante faz opção por manter o acompanhamento na unidade de início por já possuir vínculo com a equipe, deve ser atualizado o endereço da paciente nos sistemas de informação e prontuário e seguir o pré-natal normalmente; Caso a gestante falte nas consultas, fazer contato telefônico com a mesma e com o enfermeiro da unidade de abrangência do novo endereço para solicitar busca ativa pelo ACS, registrando tudo no prontuário;
- Quando a gestante opta por mudar de unidade, a equipe da unidade de início deve atualizar o endereço da paciente nos sistemas de informação e fazer contato com o enfermeiro da nova unidade que irá atender a paciente, informando a mudança da mesma, seu novo endereço e condições de saúde dela e do bebê. Encaminhar via malote, cópia do prontuário de pré-natal e orientar a paciente a solicitar transferência do prontuário original via protocolo na praça de atendimento da Prefeitura;
- A equipe da unidade de saúde que irá receber a gestante deve acolhê-la, assim como sua família, avaliar carteirinha de pré natal porém sem trocar os carimbos da maternidade e da unidade de saúde. Proceder os atendimentos previstos neste protocolo, registrando na carteirinha e no prontuário. Caso necessite de informações adicionais, realizar contato telefônico com a equipe da unidade anterior.
- Gestantes que procedem de outros municípios ou do sistema privado, utilizar a mesma carteirinha de pré natal por conter registros dos atendimentos anteriores, inserir os carimbos da unidade de saúde e da maternidade de referência, realizar o cadastro no e-sus e revisar os exames realizados e solicitar os faltantes.

2 A SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

- O estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem Íntima relação com a saúde geral da gestante, podendo influenciar diretamente na saúde geral e bucal do bebê;
- A gravidez é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê;
- Durante o período de gestação, pode ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante que podem levar ao surgimento de problemas bucais, como:
- Aumento da acidez bucal
- Alterações hormonais e aumento da vascularização gengival:
- Náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva ou sialorréia
- Mudança nos hábitos alimentares
- Diminuição dos cuidados com a higiene bucal

  -São três as limitações que envolvem a prática do tratamento odontológico em pacientes grávidas:

  A Impossibilidade de atendimentos prolongados, especialmente com a gestante em posição de decúbito dorsal; Atenção a prescrição de medicamentos (principalmente antiflamatórios); e Cuidados na utilização da radiografia.

2.1 A DOENÇA PERIODONTAL NA GRAVIDEZ:

- Mudanças fisiológicas na concentração de hormônio sexual feminino durante a gravidez, ciclo menstrual, puberdade, menopausa ou durante o uso de contraceptivos orais, influenciam na inflamação do tecido gengival;
- Estas mudanças podem causar dilatação dos capilares gengivais, permeabilidade e exsudato gengival, explicando o aumento da tendência de sangramento gengival durante a gestação;
- Várias evidências comprovaram a relação entre doenças periodontais e o nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros
- Periodontites na gestação, possibilita prematuridade de 34 semanas e peso inferior a 2.500 gramas no nascimento e o agravamento da condição periodontal pode se constituir em fator de risco de pré-eclâmpsia;
- A influência da doença periodontal em partos de baixo peso ocorreria através de mecanismos indiretos envolvendo os mediadores inflamatórios, ou mecanismos diretos de ataques de bactérias no amniom;
- Estima-se que metade dos partos prematuros, sem fatores de risco estabelecidos, podemestar associados a doença periodontal;
- É indispensável a participação das gestantes em ações programadas de saúde bucal das Unidades de Saúde, pois, através de atividades educativas de promoção de saúde, elas podem desenvolver hábitos, que além das intervenções clínicas necessárias, ajudam a manter a saúde gengival durante a gravidez e evitam o desenvolvimento de problemas periodontais;

3 ATENÇÃO À MULHER NO 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 dura, em média (visto que o término é imprevisto), seis semanas após este, 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 influenciem 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 imprevisto).

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 AB antes no momento da alta da maternidade; *ii)* realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta para as **ações do 5º dia** (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco); e *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.

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. Deve ser realizado o atendimento também das mulheres e famílias que sofreram **óbito perinatal**, realizando as **ações do 5º dia** com a mãe e oferecendo apoio integral a família.

3.1 Quadro-síntese de atenção à mulher no puerpério

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	**Identificação dos motivos de contato.** • Acolher as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades. **Direcionamento para o atendimento e realização** de procedimentos necessários**.**	Equipe multiprofissional
Avaliação global	**Entrevista – puerpério imediato** • Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, uso de vitamina A, informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). • Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). • Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações. • Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória. • Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas. • Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio - Avaliar mamas e mamilo. - Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). - Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível). - Indicar contracepção compatível ao padrão de aleitamento: Se AME: AI trimestral, Noretisterona uso oral ou DIU de cobre.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidado materno	**Abordagem integral – puerpério imediato e tardio** - Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios (ver seção 3, sobre aleitamento materno).	Equipe multiprofissional

	- Orientar cuidados com as mamas (ver seção 3, sobre aleitamento materno) e, se tiver algum trauma mamilar realizar orientação e agendar avaliação para o Consultório de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno. - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada. - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio. - Compartilhar o cuidado – 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. - Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário. - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato. - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo. - No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher. **Orientação exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular** - 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 gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento. • 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 cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrintestinal. 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, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas. - 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). • A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transverso, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal. - 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.	
Plano de cuidado com o recém nascido	**Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio** - Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto ou pós-aborto. - Avaliar uso de medicamentos conforme o Quadro 9 da seção sobre pré-natal. - Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco podem retornar também ao serviço especializado.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades - puerpério imediato e tardio - Em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros), revisar terapêutica medicamentosa (quando houver) e outras condutas relacionadas, com atenção às contraindicações devido ao aleitamento.	Médico(a)
	Cuidados com recém-nascido no puerpério imediato - Orientar sobre imunização e encaminhar para a sala de vacina se necessário;	Equipe multiprofissional

	- Encaminhar o RN para realizar a vacina BCG; - Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, etc); - Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor); - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas; - Orientar cuidado com coto umbilical; - Orientar o banho de sol diário; - Orientar e estimular ao acompanhamento de puericultura.	

4 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

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.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses e até 2 anos de idade, ela seja complementada com a introdução de alimentos sólidos/semissólidos de qualidade e em tempo oportuno. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.

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 no decorrer da mamada. O leite do início da mamada também chamado de anterior, tem alto teor de água e anticorpos. O leite do final da mamada, quando a criança esvazia a mama, é chamado de leite posterior, que é rico em energia e sacia por mais tempo a fome do bebê, aumentando o espaçamento entre as mamadas.

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 esclarecimento sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação e as mudanças no corpo biológico e simbólico. Assim também, nas dificuldades que ela pode enfrentar, bem como as possibilidades de superação – por exemplo, os cuidados com as mamas para evitar a mastite, o manejo para retirada e armazenamento do leite, o uso correto de compressas, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas –, há necessidade de descanso da mulher durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoiá-la neste momento. 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.

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. Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde oriente a mulher sobre como manter a amamentação mesmo após o retorno ao trabalho. Com foco na qualidade e integralidade do cuidado, é importante registrar em prontuário o tipo de alimentação que a criança tem recebido, utilizando-se as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionadas a seguir.

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos).
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite. Se necessário, o cuidado com a amamentação deverá ser compartilhado com os outros pontos da rede de atenção à saúde, como maternidades, bancos de leite, serviços especializados, cabendo à Atenção Básica o acompanhamento e a coordenação do cuidado em rede.

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 24 meses, quando as crianças recebem, além do leite materno, outros alimentos sólidos, semissólidos e líquidos, incluindo outros leites.

Ao longo do pré-natal, os profissionais de Atenção Básica podem promover a sensibilização da gestante, familiares e cuidadores por meio dos **Doze passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos:**

DOZE PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	
Passo 1	“Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses”.
Passo 2	“Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses”.
Passo 3	“Oferecer água própria para o consumo à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas”.
Passo 4	“Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno”.
Passo 5	“Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade”.
Passo 6	“Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança”.
Passo 7	“Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.”.
Passo 8	“Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família”.
Passo 9	“Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição”.
Passo 10	“Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família”.
Passo 11	“Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa”.
Passo 12	“Proteger a criança da publicidade de alimentos”.

4.1 Quadro-síntese de promoção do aleitamento materno

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	**Identificação dos motivos de contato Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários**	Equipe multiprofissional
Avaliação global	**Entrevista** Avaliar: • Expectativas, dificuldades, ideias, conhecimento relacionados ao aleitamento; • Experiência pessoal com a amamentação: se amamentou, por quanto tempo, dificuldades, facilidades, conhecimento sobre a importância da amamentação; • Experiência familiar e da rede social em relação à amamentação; • História clínica: cirurgia mamária (redução de mamas ou implantes mamários), problemas na mama, tipo de parto; • Presença de condições clínicas maternas que necessitem de avaliação quanto à manutenção ou contraindicação do aleitamento materno - ver Quadro 14 (a seguir) e uso de medicamentos, no Quadro 9 da seção de pré-natal; • Aleitamento atual: tipo de aleitamento, frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação do RN, condições das mamas; • Busque identificar risco de abandono da amamentação.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico Avaliação das mamas: • Inspeção estática e dinâmica: identificar visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura, sinais flogísticos e no padrão de circulação venosa; • Palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	**Avaliação do posicionamento e da pega** 1) O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição. 2) A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo. 3) Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama. • Atenção para os sinais que são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama; dor na amamentação. • Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.	Equipe multiprofissional
	Orientar sobre os benefícios do aleitamento materno	Equipe multiprofissional
	Para a mulher: • Fortalece o vínculo afetivo; • Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia; • Contribui para o retorno ao peso normal; • Contribui para o aumento do intervalo entre gestações (contracepção); • Protege contra o câncer de mama.	
	Orientar sobre a amamentação • As mamadas devem ser de livre demanda, ou seja, sem restrição de horário ou duração; • É de suma importância esvaziar a mama antes de oferecer a outra. Na próxima mamada, deve-se iniciar pela mama que não foi oferecida; • Não ofertar chá, água ou outros leites, pois podem causar o desmame precoce; • Alertar sobre as alterações decorrentes de hábitos orais deletérios: uso de chupeta, mamadeira, sucção digital.	Equipe multiprofissional

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Orientar sobre alimentação materna • Acrescentar 500 kcal/dia na alimentação da nutriz com ganho de peso gestacional adequado e 700 kcal/dia para as com ganho inadequado; • O consumo de líquidos, incluindo água, deve ser de, pelo menos, 2 litros ao dia; • Aumentar o consumo de alimentos fonte de proteínas, como: leite, iogurte, queijo, carnes (brancas e vermelhas).	Equipe multiprofissional
	Avaliação e manejo dos problemas relacionados à amamentação • Identificar as principais dificuldades em amamentar, intercorrências e manejar conforme Quadro 15 – Intercorrências ou complicações no aleitamento materno; • Orientar a manutenção ou contraindicação da amamentação conforme condição clínica (Quadro 14) ou por uso de medicamentos (Quadro 9 da seção de pré-natal); • Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitar a autonomia da mulher, após decisão informada), oferecendo informações sobre alternativas seguras de alimentação complementar para o bebê (referenciar para os serviços de assistência social nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários); • Inibição da lactação: - Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); a inibição mecânica da lactação, pelo enfaixamento das mamas, deve ser indicada apenas quando a carbegolina não estiver disponível; - Se já tiver ocorrido a apojadura, ordenhar as mamas; - Prescrição médica de cabergolina: o Inibição da lactação: a dose recomendada é 1 mg (dois comprimidos de 0,5 mg), dose única no primeiro dia pós-parto; - Após a supressão da lactação: a dose recomendada é de 0,25 mg (metade de um comprimido de 0,5 mg), a cada 12 horas, por dois dias (dose total de 1 mg).	Enfermeiro(a), médico (a) e outros profissionais, de acordo com as atribuições do Quadro 15
	Orientações sobre a ordenha do leite para mulheres que retornarão ao trabalho/estudo ou que desejam doar: • Lavar as mãos, realizar a ordenha em recipiente (de preferência com tampa plástica e que tenha sido fervido por 15 minutos), desprezando os primeiros jatos; • Guardar em geladeira por 12 horas, no congelador por 15 dias; caso não tenha estes equipamentos, • Descongelar na geladeira e aquecer em banho-maria.	Equipe multiprofissional
	Orientar sobre o retorno ao trabalho: • Manter a amamentação quando estiver em casa; • Evitar mamadeiras – quando a mãe não estiver, oferecer o leite materno ordenhado no copo ou em colher; • O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura à mãe o direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete seis meses de idade; • Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repousos para a amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período; • A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).	Equipe multiprofissional

- Nos casos de dificuldade de manejo no aleitamento materno e traumas mamilares, as mães podem ser referenciadas aos Consultórios de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno.

Quadro 14 - Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contraindicação do aleitamento materno

CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Infecção por HIV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição	Contraindicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
Tuberculose pulmonar	Permitido	A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia, conforme CAB 23, p. 58.[2]
Doença de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição	Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicado	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga *versus* o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Manter aleitamento materno, com restrição	Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Em tratamento quimioterápico e radioterápico	Contraindicado	

Quadro 15 - Intercorrências ou complicações no aleitamento materno

INTERCORRÊNCIA	MANEJO	QUEM FAZ?
Bebê que não suga ou tem sucção fraca Atentar para o ganho de peso do recém-nascido	• Orientar a ordenha (no mínimo cinco vezes ao dia) para garantir a continuidade da produção do leite. • Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. • Estimule o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole. • Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. • Atenção: crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação.	Equipe multiprofissional
Demora na apojadura ou "descida do leite"	• Estimular a autoconfiança da mãe. • Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê; • Estimular apoio profissional.	Equipe multiprofissional
Mamilos planos ou invertidos	• Promover a confiança para mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor; • Se a mama estiver muito cheia, retirar um pouco de leite para a aréola ficar mais macia antes de colocar o bebê no peito, facilitando a pega.	Equipe multiprofissional
Ingurgitamento mamário ("leite empedrado" – quando há a compressão dos ductos lactíferos, que impede a saída de leite dos alvéolos)	• Ordenha manual antes da mamada; • Massagens delicadas, com movimentos circulares; • Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos; • Uso de sutiã com alças largas e firmes; • Após avaliação do profissional pode ser encaminhada para atendimento nos Consultórios de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno.	Equipe multiprofissional
	• Uso de analgésico: dipirona, 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor. • Paracetamol 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Dor dos mamilos/ fissuras	• Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema. • Variar a posição das mamadas, iniciar a amamentação na mama não machucada ou menos machucada e enxaguar os mamilos com água limpa, pelo menos uma vez por dia, para evitar infecções; • Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante; • Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio; • Após avaliação do profissional médico ou enfermeiro pode ser encaminhada para atendimento nos Consultórios de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno para avaliar possibilidade do uso de laserterapia.	Equipe multiprofissional
Candidíase (monilíase)	• Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifestase por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral. • O tratamento inicial da mãe é tópico, após cada mamada, com nistatina, clotrimazol, miconazol, ou cetoconazol, por 14 dias. • Orientar manter os mamilos secos; • Chupetas são fontes importantes de reinfecção; • Após avaliação do profissional pode ser encaminhada para atendimento nos Consultórios de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno para avaliar possibilidade do uso de laserterapia.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

	• Caso o tratamento seja ineficaz, recomenda-se a prescrição via oral de fluconazol, 150 mg/dia, por 14 a 18 dias, ou cetoconazol, 200 mg/dia, por 10 a 20 dias.	Médico(a)
"Pouco leite"	• Procurar um ambiente mais tranquilo e confortável para amamentar; • Aumentar a frequencia das mamadas; • Oferecer as duas mamas quando for amamentar, deixando o bebê esvaziar primeiro uma para depois oferecer a outra; • Dar tempo para o bebê mamar bastante em um dos peitos antes de trocar para o outro; • Evitar o uso de chupetas e mamadeiras; • Ingerir água em quantidade suficiente para matar a sede, consumir dieta saudável e repousar sempre que possível.	Equipe multiprofissional
Hiperlactação (excesso de leite)	• Evitar retirar leite das mamas antes das mamadas e só fazer isso quando elas estiverem muito cheias, causando desconforto ou se os mamilos estiverem cheios, dificultando a pega do bebê; • Amamentar em apenas uma mama em cada mamada, retirando um pouco de leite da mama não usada, apenas para o conforto da mulher; • Considerar doar o leite em excesso para o Banco de Leite Humano	Equipe multiprofissional

INTERCORRÊNCIA	MANEJO	QUEM FAZ?
Reflexo de ejeção do leite exagerado	• Orientar a ordenha antes de cada mamada. • Estimular a doação de leite materno.	Equipe multiprofissional
Galactocele	• Por tratar de formação cística nos ductos mamários, o tratamento é feito com aspiração, no entanto frequentemente tem que ser extraído cirurgicamente.	Médico(a)
Mastite **Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso**	• Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmento da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana. • A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. • Não suspender o aleitamento. • Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual. • Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada. • Se dor ou febre, orientar dipirona, 500-1.000 mg, VO, 6/6 horas, OU paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Opções terapêuticas (antibioticoterapia): ❑ Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas - 10 dias; ❑ Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas - 10 dias; ❑ Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125 mg), VO, 8/8 horas - 10 dias; ❑ Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas - 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos.	Médico(a)
Abscesso mamário **Dor intensa, febre, mal - estar, calafrios, presença de áreas de flutuação à palpa**	• Reconhecer precocemente os sinais de alerta. • Exige intervenção rápida, geralmente é causada por mastite não tratada ou início tardio do tratamento. • Drenagem cirúrgica. • Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada regularmente (descritos no manejo da mastite infecciosa). • Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia. • Manutenção da amamentação na mama sadia.	Médico(a)

PARTE 4 - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero. Mulheres lésbicas e bissexuais têm direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias reprodutivas, ao aborto legal e à assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério.

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa "ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo". Devem, portanto, ser ofertados a homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes informação, acesso e escolha a métodos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis e não contrários à Lei nº 9.263/1996, além da oferta de outros métodos de regulação da fecundidade e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério.

O planejamento reprodutivo, chamado também de planejamento familiar, designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual. As ações do planejamento reprodutivo ou planejamento familiar são definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996, que também estabelece penalidades e dá outras providências.

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

É importante atentar para as ações de planejamento reprodutivo das mulheres lésbicas e bissexuais. Para esse grupo, o desejo ou o direito à maternidade precisa ser garantido, considerando que técnicas de reprodução assistida como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* estão disponíveis pelo SUS, independentemente do diagnóstico de infertilidade.

É a OMS quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada pessoa (ver quadros 1 e 2). As principais referências para este capítulo foram os documentos da OMS de 2010, 2011 e 2013.

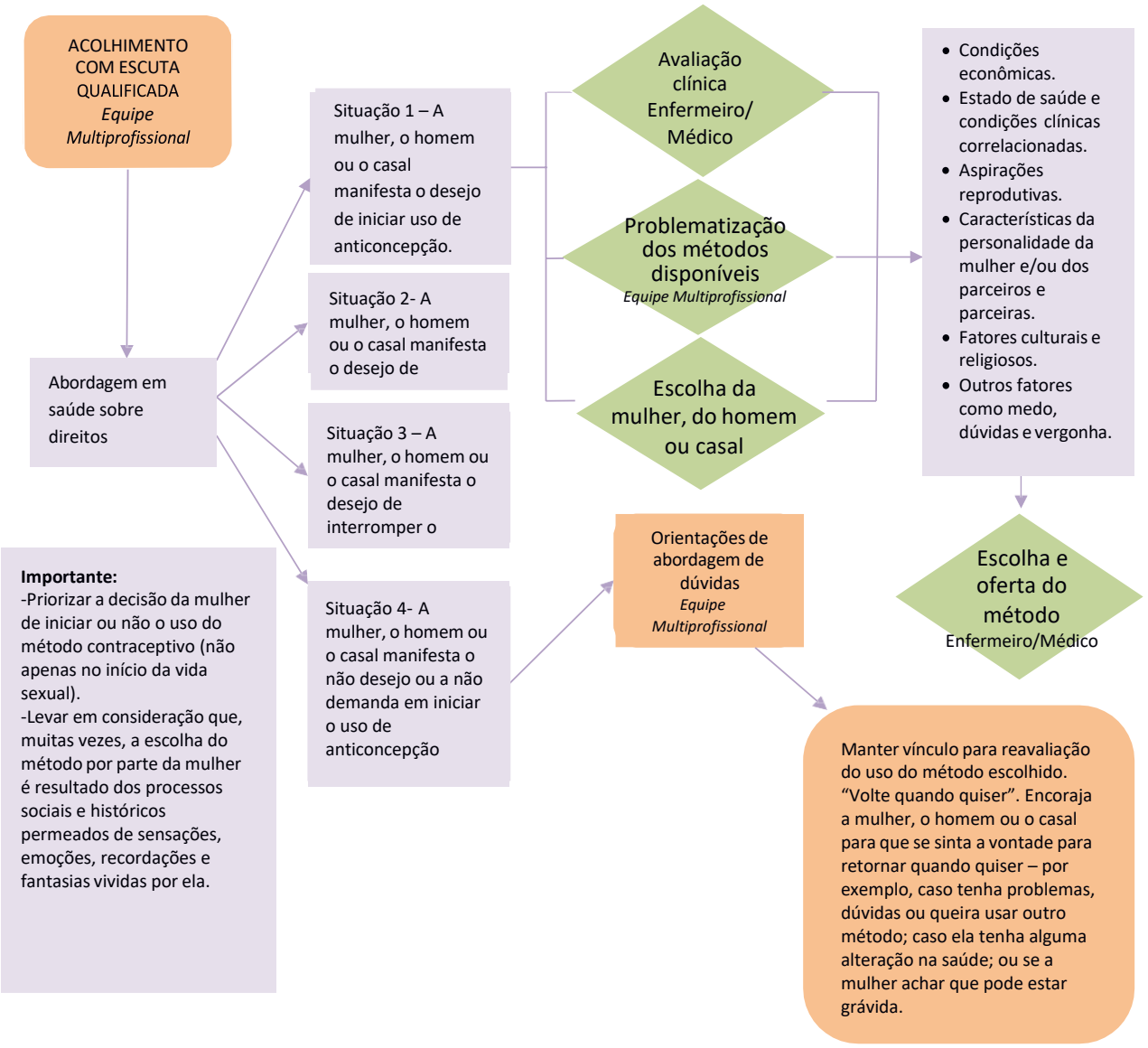
2- QUADRO-SÍNTESE NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	• Identificar os motivos do contato da mulher. • Direcionar para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	**Entrevista:** • Registrar os antecedentes pessoais obstétricos e patológicos (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas) – ver Quadro 2. • Abordar, sempre que pertinente, as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal ou do casal. • Questionar se há medicações em uso. • Investigar presença de dispaurenia e de sangramentos vaginais pós-coito ou anormais, principalmente se há intenção de uso do DIU. • Questionar sobre o desejo de concepção ou anticoncepção por parte da mulher ou do casal. • Indagar sobre o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico: • Realizar se necessário, conforme o método de escolha e os critérios de elegibilidade – ver Quadro 2.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	**Educação em saúde:** • Orientar individual ou coletivamente pessoas em idade fértil (10-49 anos), considerando os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer, além dos aspectos culturais e transgeracionais relacionados à sexualidade e à reprodução. • Orientar acerca de temas importantes como direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais (quadros 2, 3 e 4), papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, riscos implicados em certas práticas sexuais.	Equipe multiprofissional
	Indicação de preservativos: • Orientar sobre o uso e formas de inserção dos preservativos masculinos e femininos. • Orientar sobre sua função como método de barreira e a importância da dupla proteção. • Ofertar preservativos masculinos e femininos para as usuárias e usuários. • Atentar em especial para aquelas(es) desproporcionalmente afetadas(os) pelo HIV/aids: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população transgênera e transexual, pessoas que utilizam substâncias psicoativas injetáveis e população em privação de liberdade.	Equipe multiprofissional
	Abordagem de casais soro discordantes: • Orientar para os cuidados preventivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e sobre as medidas para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. • Acompanhar conjuntamente com o serviço de atenção especializada (SAE).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Escolha do método anticoncepcional: • Orientar sobre os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis na Atenção Básica. • Informar a eficácia de cada método, sua forma de uso e possíveis efeitos adversos. • Orientar sobre suas contraindicações diante de certos antecedentes clínicos e/ou ginecológicos. • Reforçar a importância do retorno para acompanhamento clínico conforme método em uso e disponibilidade da usuária. • Recomendar métodos de acordo com adequação e escolha informada da usuária, considerando fatores individuais e contexto de vida dos usuários(as) no momento da escolha do método.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Escolha do método contraceptivo de emergência: • Informar sobre a forma de uso (ver quadro 5) e indicações (relação sexual sem uso de preservativo ou falha do método em uso. Inclui também a indicação em casos de violência sexual – ver capítulo 7, sobre Atenção às Mulheres em Situação de Violência). • Ofertar o método sempre que necessário, uma vez que é um direito da usuária. Mulheres que mantenham relações sexuais ocasionalmente podem optar pelo contraceptivo de emergência sem que isso lhe acarrete qualquer dificuldade de acesso ao método.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Abordagem de jovens e adolescentes: • Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem em saúde. • Orientar sobre os métodos de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção. • Abordar as necessidades de jovens e adolescentes em educação sexual e	Equipe multiprofissional

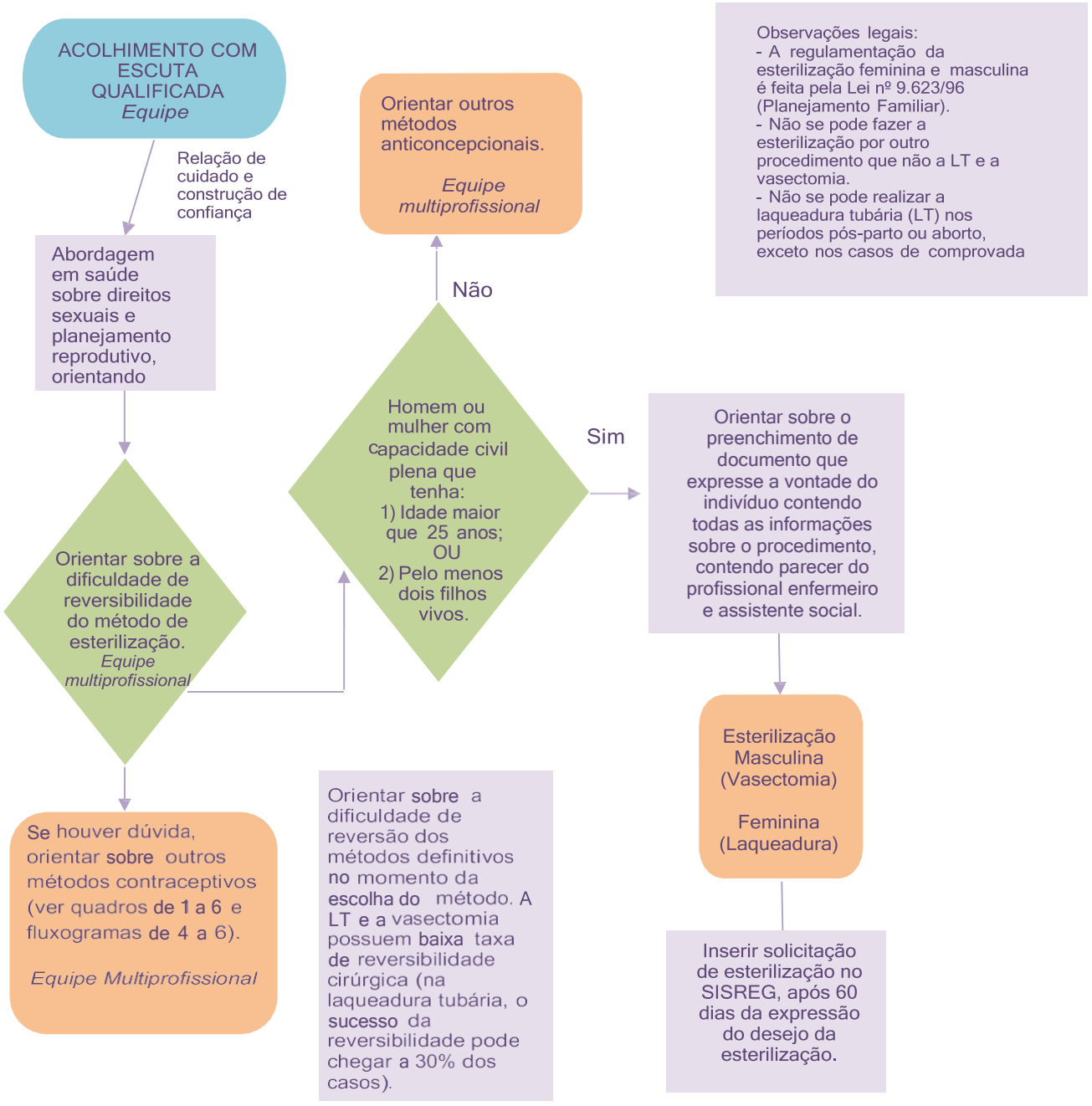
	planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de incapacidade daqueles.	
	Responsabilização da figura masculina na anticoncepção: • Estimular a participação do casal no momento da escolha do método. • Estimular a participação masculina nos demais momentos além da escolha do método, como durante o acompanhamento de pré-natal e na saúde da criança. • Orientar sobre direitos sexuais e reprodutivos para além do controle de natalidade.	
	Abordagem da usuária ou do casal em possibilidade ou confirmação de gravidez indesejada: • Propor planejamento reprodutivo em caso de exame negativo de gravidez com orientação para início de método anticoncepcional. Em caso de confirmação e acompanhamento da gestação, propor métodos para posterior adesão (ver sobre teste de gravidez no capítulo 1, seção 1.2 – Atraso menstrual e amenorreias). • Orientar sobre as consequências e fatores relacionados a um abortamento inseguro: clínicas não equipadas e profissionais não capacitados; método empregado; idade gestacional. • Conversar e orientar acerca dos métodos que colocam a vida da mulher em maior risco: 1) inserção de uma substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero; 2) dilatação e curetagem feitas de forma incorreta por profissional não capacitado; 3) ingestão de preparados caseiros; 4) aplicação de força externa. • Informar e orientar para as **principais consequências de abortamento inseguro** e acionar os demais membros da equipe ou serviços de saúde especializados, quando necessário. **A saber**: óbito materno; hemorragia; septicemia; peritonite; traumatismo do colo do útero e dos órgãos abdominais etc. • Acolher e acompanhar de forma humanizada a mulher com histórico de abortamento.	

3 FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Escolha do método anticoncepcional[1, 6, 7, 8, 9]



Fluxograma 2 - Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos)



Fluxograma 3 - Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez - auxílio à concepção

Fluxograma 4 — Anticoncepcional oral combinado (AOC) e minipílula[1, 6, 7, 8, 9]

AOC e MINI PÍLULA

Quando indicar?

- Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, e se no climatério, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com AOC ou minipílula (ver quadro 2). A anticoncepção oral pode ser fornecida à mulher em qualquer momento para que inicie a ingestão posteriormente. Não há motivo para que isso não seja feito.
- Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso.
- Aquelas infectadas com o HIV, que tenham aids ou estejam em terapia antirretroviral (ARV) podem utilizar os AOC com segurança. Incentive-as a também utilizarem preservativos (dupla proteção).

E se esquecer de tomar o AOC?

1 – Tomar uma pílula assim que se notar o esquecimento dela.
2 — Esqueceu uma ou duas pílulas ou atrasou o início da nova cartela em um ou dois dias? Tomar uma pílula de imediato e tomar a pílula seguinte no horário regular. Nesses casos, o risco de gravidez é muito baixo.
3 — Esqueceu de tomar três ou mais pílulas? Tomar uma pílula de imediato e utilizar outro método contraceptivo de apoio por sete dias. Caso a usuária tenha feito sexo nos últimos cinco dias, avaliar necessidade de uso do anticoncepcional de emergência. Se o esquecimento tiver ocorrido na 3ª semana da cartela, iniciar nova cartela após sete dias.
4 — Vômitos ou diarreia? Se vomitar nas primeiras duas horas após tomar o AOC, pode tomar outra pílula assim que possível. Continuar tomando as pílulas normalmente. Se estiver vomitando ou com diarreia por mais que dois dias, seguir as instruções do tópico 3.

Como utilizar?

AOC: iniciar preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual. Manter o intervalo de sete dias entre as cartelas, no caso do AOC monofásico. Minipílula::ingerir 1 comprimido ao dia sem intervalo entre as cartelas.

Quais os efeitos colaterais/adversos mais comuns?

Alterações da menstruação, náuseas ou tonturas, alterações do peso (AOC), alterações de humor ou no desejo sexual, acne (AOC), cefaleia comum (AOC), dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios, dor aguda na parte inferior do abdômen (minipílula) etc. Ver mais informações no quadro 6.

O que orientar?

- A eficácia do método depende da usuária;
- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (IST);
- AOC: tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário. Iniciar nova cartela no dia certo. Iniciar o AOC no meio do ciclo menstrual não é contraindicado, mas pode provocar alterações menstruais naquele ciclo;
- Minipílula: tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário, sem interrupções. É um método com boa eficácia se associado à amamentação.

Quando começar?

- Se está mudando de método não hormonal: a qualquer momento do mês. Se em uso do DIU, iniciar imediatamente após retirada. Utilizar método de apoio por sete dias;
- Mudança de método hormonal: imediatamente. Se estiver mudando de injetáveis, poderá iniciar quando a injeção de repetição já tiver sido dada;
- Ausência de menstruação (não relacionada ao parto): se não grávida, a qualquer momento. Uso de método de apoio por sete dias;
- Após uso de ACE (anticoncepção de emergência): tomar ou reiniciar uso no dia em que parar de tomar a ACE. Uso de método de apoio por sete dias.

Se após gestação:

- Amamentando de forma exclusiva ou não, com mais de seis semanas do parto: iniciar a minipílula a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por sete dias. Em geral, os AOCs não são usados em mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto que estejam amamentando.
- Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente. Se iniciar nos sete dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida;
- Não amamentando: 1) para início de AOC: pode iniciar o uso de AOC em qualquer momento após o 21º dia do pós-parto, desde que com certeza razoável de que não está grávida; 2) Para início de minipílula: se menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio) - não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.

Fluxograma 5 – Anticoncepção injetável (AI) trimestral e mensal[1, 6, 7, 8, 9]

Quando indicar?
- Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com o AI de escolha.
- Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso.
- Aquelas infectadas com o HIV, que tenham aids ou estejam em terapia antirretroviral (ARV) podem utilizar os AIs com segurança. Incentive-as a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis.

- No caso do AI trimestral: independentemente do atraso, ela deve retornar para a próxima injeção. Se o atraso foi maior do que duas semanas, ela deve abster-se de fazer sexo ou utilizar método de apoio até que receba uma injeção. Poderá tomar pílulas de AHE se o atraso foi maior do que duas semanas e ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos cinco dias. Se o atraso for de mais de duas semanas, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que ela deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas *duas semanas após* o período
em que ela deveria ter tomado sua última injeção); ou *se* ela estiver em amamentação de forma exclusiva ou quase e deu à luz há menos de seis meses. Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção. Se a usuária estiver mais que duas semanas atrasada e não atender aos critérios citados, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.
- No caso do AI mensal: se houver menos de sete dias em atraso, realizar a próxima aplicação sem necessidade de testes, avaliação ou método de apoio. Se atrasar mais de sete dias, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção). Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção. Se a usuária estiver mais que sete dias atrasada e não atender aos critérios acima, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

Como utilizar?
- Se trimestral, a cada três meses (13 semanas). Se mensal, a cada quatro semanas (30 dias);
- O AI trimestral pode ser adiantado ou atrasado em até duas semanas; o AI mensal pode ser adiantado ou atrasado em até 7 dias.

AI TRISMESTRAL e MENSAL

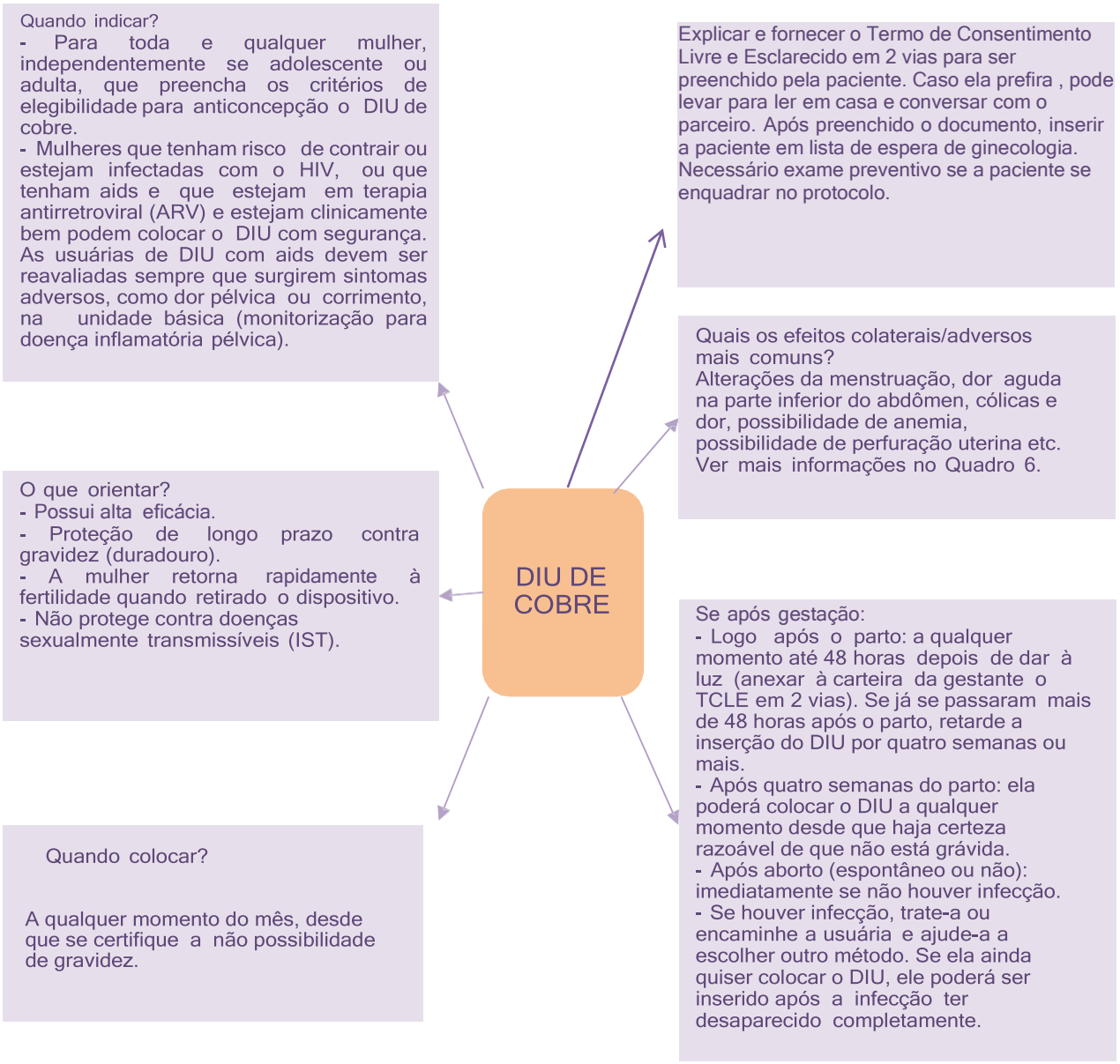
Quais os efeitos colaterais/adversos mais comuns?
Alterações da menstruação, alterações do peso (AI mensal), alterações de humor ou no desejo sexual (AI trimestral), cefaleia comum, dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios (AI mensal) etc. Ver mais informações no Quadro 6.

Se após gestação:
- **Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI trimestral:** se não houve retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por 7 dias.
- **Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI mensal:** atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê - o que ocorrer primeiro.
- **Após aborto (espontâneo ou não):** imediatamente. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias)
- **Não amamentando:** 1) para AI trimestral, se menos de quatro semanas, iniciar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio); 2) para AI mensal, se menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do 21º do parto; 3) para ambos AI, se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida.
Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

O que orientar?
- Para maior eficácia, é importante aplicar no intervalo correto.
- No caso do AI trimestral, o retorno à fertilidade é gradual, mas pode apresentar alguma demora.
- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (IST).

Quando começar?
- A usuária pode começar o uso a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida. Utilizar método de apoio por sete dias.

Fluxograma 6 - DIU de cobre



A revisão, após inserção do DIU deve ser anual. Para retirada do DIU, a paciente pode agendar o procedimento diretamente na Unidade de Saúde.

4.1.1 Caso a paciente esteja gestante e manifeste o desejo da inserção do DIU, pode ser fornecido o TCLE e anexado na carteirinha de pré natal para avaliação da possibilidade de realizar o procedimento no pós parto imediato na maternidade.

Maiores informações verificar o Protocolo de inserção de DIU na Atenção Primária.

5 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quadro 1 - Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos Contraceptivos

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Quadro 2 - Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade > = 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	#####

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	3/4	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3(manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2(manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4(manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3(manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3(manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	####
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	####
Uso atual de anticonvulsivantes*	3	2	1	3	1	####

Fonte: OMS (2010). Legenda:

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 3 - Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)	Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) - AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Combinado (trifásico) - *Triquilar*	6 drágeas contendo 0,05 mg de levonorgestrel e 0,03 mg de etinilestradiol cada uma; 5 drágeas contendo 0,075 mg de levonorgestrel e 0,04 mg de etinilestradiol cada uma; e 10 drágeas contendo 0,125 mg de levonorgestrel e 0,03 mg de etinilestradiol cada uma.
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Quadro 6 - Como lidar com problemas na contracepção?

SITUAÇÃO	COMUM EM QUAIS MÉTODOS?	O QUE FAZER?
Alterações da menstruação	**AOC** **Minipílula** **Injetável trimestral (progestágeno)** **Injetável mensal (combinado)** **DIU de cobre**	**Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e incomodam a usuária):** é comum sangramento irregular ou a ausência de sangramento em mulheres em uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando; no uso de injetáveis trimestrais, é comum que surja a amenorreia com o tempo). Não são prejudiciais e o sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Garantir que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Se há ausência de sangramento, garantir que ela não está grávida. **Se há suspeita de gravidez, instruir a interromper o método caso se confirme.** **No sangramento irregular em uso de AOC**, orientar o uso correto e de preferência sempre no mesmo horário. Pode-se tentar o uso de AINE para alívio em curto prazo. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol ou, se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Caso se suspeite de que algo esteja errado, considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.
	AOC **Minipílula** **DIU de cobre** **Injetável mensal (combinado)**	**Sangramento vaginal inexplicável (que sugere problema médico não relacionado ao método) ou sangramento intenso ou prolongado:** encaminhar ou avaliar de acordo com o histórico e exame pélvico. Diagnosticar e tratar da maneira apropriada. Ela poderá continuar tomando o anticoncepcional enquanto seu problema estiver sendo avaliado. Se o sangramento é causado por IST ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando o anticoncepcional durante o tratamento.
	Minipílula **Injetável trimestral (progestágeno)** **Injetável mensal (combinado)** **DIU de Cobre**	**Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou duração maior que oito dias):** de modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde a intensidade ou cessa após alguns meses. Para obter modesto alívio de curto prazo, seguir as recomendações para sangramento irregular. Para evitar que ocorra anemia, sugerir suplementação de ferro e dizer que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro. **Se o sintoma persistir ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela**, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método. **Se em uso de injetável de progestágeno**, para obter alívio em curto prazo, avaliar uma das alternativas: 1) AOC, tomando uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar; e 2) 50 µg de etinilestradiol diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar.
Náuseas ou tonturas	**AOC** **Minipílula**	No caso da náusea, sugerir ingerir os comprimidos na hora de dormir ou junto do alimento. Na persistência: considerar soluções localmente disponíveis. Considerar uso estendido e contínuo caso a náusea ocorra após iniciar nova cartela de AOC.
Alterações de peso	**AOC e injetável mensal (combinado)**	Analise a dieta e aconselhe conforme necessidade.
Alterações de humor ou no desejo sexual	**AOC** **Minipílula** **Injetável trimestral (progestágeno)**	Se há alteração do humor na semana em que a mulher não toma o hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questione sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de atendimento. Considerar as soluções localmente disponíveis.
Acne	**AOC**	A acne em geral melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. No caso do AOC, se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC contendo acetato de ciproterona ou drospirenona, se possível e para que tome as pílulas por três meses. Considerar as soluções localmente disponíveis.
Cefaleia comum	**AOC** **Injetável trimestral (progestágeno)** **Injetável mensal (combinado)**	Sugerir um analgésico. Se a cefaleia ocorre na semana em que ficam sem hormônios, considerar uso estendido e contínuo. Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo.
Dores de cabeça com enxaqueca	**AOC e minipílula** **Injetável mensal (combinado)** **Injetável trimestral (progestágeno)**	Com o aparecimento da enxaqueca, com ou sem aura, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc.). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).
Sensibilidade dos seios	**AOC** **Minipílula** **Injetável mensal (combinado)**	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Sugira um analgésico.
Dor aguda na parte inferior do abdômen	**Minipílula** **DIU de cobre** **ACE**	Ficar atento a sinais de gravidez ectópica. Ficar atento a sinais de doença inflamatória pélvica (DIP) e iniciar o tratamento imediatamente se confirmada a hipótese. Realizar exames abdominais e pélvicos. Iniciar o tratamento rapidamente. Não há necessidade de retirar o DIU caso a mulher queira continuar a usá-lo.
Cólicas e dor	**DIU de cobre**	É comum que a mulher sinta um pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente diminui com o tempo.

Dispensação de Contraceptivos na Atenção Básica

• A prescrição deve conter os requisitos básicos a seguir (sempre que possível utilizar formulário padrão de prescrição, encontrado no POP de farmácia): A) Nome completo e legível da paciente; B) Assinatura e carimbo do prescritor habilitado no SUS; C) Data da prescrição; D) Denominação genérica do medicamento; E) Concentração do mesmo; F) Posologia; G) Modo de utilização; H) Carimbo do serviço de origem.
• As receitas terão validade de 12 meses, à partir da sua data de emissão, sendo que a entrega é padronizada para 30 dias de tratamento;
• Após expirar a validade da receita, encaminhar a paciente para consulta médica ou de enfermagem;
• Antes da dispensação, questionar a paciente sobre a adaptação ao contraceptivo, dúvidas e dificuldades ao uso, possibilidade de gestação caso tenham ocorridos falhas. Em caso de dúvidas realizar TRG antes da dispensação.
• Manter arquivado na farmácia da unidade a ficha de controle de Planejamento familiar, anotando as datas das dispensações e assinatura da paciente;
• Na presença de alterações de SSVV, ou queixas da paciente, entregar o medicamento suficiente para 30 dias e agendar consulta médica ou de enfermagem para reavaliação.
• Conferir sempre o POP atualizado de Assistência Farmacêutica.

PARTE 5 - PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Atingir alta cobertura no rastreamento da população definida como alvo é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer decolo do útero. Estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras.

Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço. Um público que exige atenção das equipes de saúde é a mulher com identidade lésbica. Esse grupo de mulheres pode ser vulnerável ao câncer do colo uterino pela crença errônea delas e dos(as) profissionais de saúde na impossibilidade de infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres. Assim, a coleta do exame de prevenção do câncer do colo uterino pode equivocadamente deixar de ser ofertado a elas, com perda da janela de oportunidade para o diagnóstico precoce.

O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade. O detalhamento das recomendações de rastreamento está disposto no quadro-síntese e nos quadros complementares deste capítulo.

Conhecer as indicações de acordo com faixa etária e condições clínicas é importante para qualificar o cuidado e evitar o rastreamento em mulheres fora do preconizado e da periodicidade recomendada, evitando intervenções desnecessárias.

A Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença. É atribuição da Atenção Básica prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológico de colo do útero alterado.

2- QUADRO-SÍNTESE NA PREVENÇAO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta Qualificada	Identificação dos motivos de contato Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno de identificação daquelas não rastreadas e proceder a coleta da colpocitologia).	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista • Idade (ver população-alvo, conforme descrita no plano de cuidados). • Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais, vide Quadro 5 deste capítulo). • Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico (fatores que podem ocasionar prejuízo à leitura da amostra coletada). A presença de espermatozoides na amostra não prejudica sua qualidade, entretanto outros fatores podem prejudicar o diagnóstico. É importante aproveitar a presença da mulher na UBS e realizar o exame preventivo compartilhando com ela os riscos de diagnóstico alterado além de garantir registros em prontuário com a informação do tempo da prática sexual. • Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as IST e, entre elas, a infecção pelo HPV. • Data da última menstruação. • Uso de métodos contraceptivos. • Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais. Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento. No entanto, em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra (para diagnóstico de tratamento dos corrimentos vaginais, ver Fluxograma 7, no capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres). • Dispareunia e sangramentos vaginais pós-coito ou anormais (ver Fluxograma 1, de sangramento anormal, e Fluxograma 7, de corrimentos, no capítulo 1).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Exame físico específico: • Inspeção dos órgãos genitais externos (atentando à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais; para detalhamento das lesões vulvares, vide Fluxograma 6, sobre lesão anogenital - capítulo 1). • Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, lesões vegetantes ou ulceradas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Exame citopatológico do colo do útero • Antes de realizar o exame especular, orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas e reduzir a ansiedade e medo. • Preencher a requisição de exame citopatológico do colo do útero (ficha). • Realização de coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta, conforme padronizado pelo Inca e disposto no Caderno de Atenção Básica nº13.2 • Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação.. - Preferencialmente tratar infecções vaginais antes da coleta, porém deve ser avaliada a oportunidade. • *Na identificação de quaisquer anormalidades durante o procedimento de coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, é imprescindível a avaliação do(a) médico(a).* • Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, com cessação espontânea. • Orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame. • Agendamento do retorno para o resultado.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Exame citopatológico do colo do útero • Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sindrômica (ver capítulo de Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres). Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem. • Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como IST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento (ver capítulo de Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres). • Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada, visto que podem ser manifestações de doença invasora. A citologia, nesses casos, devido à necrose tecidual, pode não identificar a presença de células neoplásicas. • Diante de problemas como ressecamento vaginal, vaginismo, presença de ectopia, cisto de Naboth e pólipo cervical, observar recomendações descritas no Quadro 2 deste capítulo.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	**Consulta de retorno** • Interpretação do resultado do exame citopatológico e conduta (vide Quadros 3, 4 e 5 deste capítulo). • Orientação sobre periodicidade de realização do exame citopatológico: os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame deve ser feito a cada três anos.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

	• O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. • Os exames devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas sem história prévia de lesões préneoplásicas, devem ser interrompidos quando, após esta idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. • As mulheres com história de lesões pré-neoplásicas retornam ao rastreio trienal ao apresentarem dois exames de controle citológicos semestrais normais após tratamento das lesões precursoras na unidade de referência, em lesões de baixo grau. Para lesões de alto grau II ou III deve ser repetido semestralmente por 2 anos e mantido anual até o 5º ano. • Para pacientes imunossuprimidas tratadas de lesões epiteliais de colo de útero (conização, CAF, etc), após acompanhamento habitual das alterações tratadas devem manter seguimento anual com citopatológico por tempo indeterminado. • Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, elas podem ser dispensadas de exames adicionais. • Comunicação da alteração detectada no exame para a mulher e realização de apoio emocional e esclarecimento de suas dúvidas. Abordar, a depender do resultado, sobre a necessidade de acompanhamento por meio de exame citopatológico, colposcopia ou outros procedimentos. É comum a remissão espontânea de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau, identificada na colpocitologia de controle (vide Quadro 5). • Garantia da continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhamento para serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de colo do útero, conforme necessidade.	
	Encaminhamentos para serviços de referência • Realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, estadual e/ ou federal. • Seguir as recomendações dispostas nos quadros 4 e 5. • Encaminhar para a ginecologia/colposcopia: □ Lesão suspeita ao exame especular; □ Resultado de um colpocitológico com: ASC-H; LIE ou SIL de alto grau ou carcinoma *in situ*; □ Resultado de dois colpocitológicos consecutivos com: ASC-US; LIE ou SIL de baixo grau. • Encaminhar para a oncoginecologia: □ Resultado de biópsia de colo com: neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adenocarcinoma); carcinoma microinvasor; displasia cervical grave, LIE alto grau (NIC 2/3). □ Resultado de colpocitologia com: células malignas ou carcinoma invasor; AGC (células glandulares atípicas de significado indeterminado).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Acompanhamento de usuárias pós-exame • Manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na Atenção Básica, quando contrarreferenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento. • Contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas.	Equipe multiprofissional
	Estímulo às ações de prevenção primária • Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 13 anos, sendo o esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses). *Não há evidências suficientes da prevenção primária do câncer propriamente dito, mas sim das lesões precursoras (que podem ou não evoluir para câncer, a depender de diversos fatores), conforme disponível no Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS*. • Orientações sobre o uso de preservativo. • Combate ao tabagismo (o tabagismo é fortemente associado ao desenvolvimento do câncer cervical e ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas).	Equipe multiprofissional
	Ações de vigilância em saúde • Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso. • Seguimento de casos alterados.	Equipe Multiprofissional
	Educação em saúde • Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância. • Orientação individual e coletiva de mulheres sobre aos fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infeção por HPV. • Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero. • Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.	Equipe Multiprofissional

Quadro 1 – Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero diante de situações especiais

SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Sem história de atividade sexual	• Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	• Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. • Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial. • Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.
Climatério e pós-menopausa	• Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenização, conforme o Quadro 4.
Histerectomizadas	• Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. • Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. **Exceção:** se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (**lesão precursora** – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; **câncer invasor** – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. • Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).
Imunossuprimidas	É parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides. • O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.

Quadro 2 – Recomendações diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Ressecamento vaginal ou colpite atrófica	• A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopáusica estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias. • Estes achados são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia (ver Quadro 4). • O tratamento da colpite atrófica pode ser realizado por reposição hormonal oral, por um a três meses a critério médico. Nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada, a paciente deve ser encaminhada ao Serviço Especializado.	Médico(a)
Vaginismo	• A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica. • Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar 118ranquiliza-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia. • Considerar encaminhamento ao ginecologista caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento na atenção especializada ou apoio psicológico especializado, quando necessário.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Ectopia 	• No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Cisto de Naboth 	• É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, sem significado patológico, não demandando intervenções.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Pólipos cervicais 	• São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual. Quando localizados externamente, são facilmente visualizados no momento da realização do exame preventivo. • São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos. • Encaminhar ao ginecologista para avaliação da retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado; sangramento discreto entre as menstruações.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

- Pacientes com ectopias ou alterações de colo ao exame especular assintomáticas, só devem ser encaminhadas à Atenção Especializada com o resultado do citopatológico alterado.

Quadro 3 – Adequabilidade da amostra

SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Amostra insatisfatória para avaliação	É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular. • Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória para avaliação	É aquela com células em quantidade representativa, cuja observação permita conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas.
Esfregaços normais somente com células escamosas	Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre). • Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.

Quadro 4 – Recomendação diante de resultados de exames citopatológicos normais

RESULTADO	O QUE FAZER
Dentro dos limites da normalidade no material examinado	• Seguir a rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas)	• Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo o Fluxograma 7 do capítulo 1, sobre corrimentos vaginais .
Achados microbiológicos: • ***Lactobacillus sp.*** • **Cocos** • **Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/ Mobiluncus*)** • ***Candida sp.***	
Atrofia com inflamação	• Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no Quadro 2 – item tratamento para colpite atrófica.
Indicando radiação	• Seguir a rotina de rastreamento citológico • O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.
Achados microbiológicos: • ***Chlamydia sp.*** • **Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes** • ***Trichomonas vaginalis*** • ***Actinomyces sp.***	• A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microorganismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados. • *Chlamydia, Gonococo* e *Trichomonas:* mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infeção por *Chlamydia* e *Gonococo*), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme Quadro-síntese sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres. • *Actinomyces:* bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante e a decisão pela retirada e tratamento deve ser individualizada. • Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme Quadro-síntese

	sobre corrimentos do capítulo sobre Atenção aos Problemas/Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres.
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	• Seguir a rotina de rastreamento citológico. • Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. *Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.*

Quadro 5 - Recomendação inicial diante de resultados de exames citopatológicos anormais

RESULTADO			O QUE FAZER
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas.	Provavelmente não neoplásica.	• Repetição da citologia em seis meses. □ Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; □ Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para ginecologia.
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhamento para ginecologia. (Médico ou Enfermeiro)
	Em células glandulares.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para ginecologia. (Médico ou Enfermeiro)
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
	De origem indefinida.	Provavelmente não neoplásica.	Encaminhamento para ginecologia. (Médico ou Enfermeiro)
		Não se pode afastar lesão de alto grau.	
Lesão intraepitelial de baixo grau			Repetição da citologia em seis meses: □ Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; □ Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para ginecologia. (Médico ou Enfermeiro)
Lesão intraepitelial de alto grau			Encaminhamento para ginecologia. (Médico ou Enfermeiro)
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor			
Adenocarcinoma *in situ* ou invasor			

PARTE 6 - PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina. O País ainda apresenta falhas na abordagem dessa importante morbidade e seu diagnóstico e tratamento muitas vezes não são realizados em tempo oportuno, gerando menor sobrevida (em cinco anos) das pessoas diagnosticadas, em comparação com países desenvolvidos (50%-60% contra 85%).

Rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce, para reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado, ou seja, viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas. Por sua vez, a propedêutica realizada em indivíduos sintomáticos é chamada investigação e tem por objetivo estabelecer diagnóstico. Apesar de lançarem mão de exames e procedimentos semelhantes em diferentes momentos, não devem ser confundidas entre si.

No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões, embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente. O exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento, devendo ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação.

A Atenção Básica realiza prioritariamente ações de prevenção e detecção precoce e atua, em relação ao câncer de mama, nos seguintes níveis de prevenção:

• 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; realiza rastreamento de forma individualizada, fornecendo informações claras quanto aos benefícios e riscos da ação e compartilhando as decisões com a usuária.

São considerados fatores de risco para câncer de mama: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), história pregressa ou familiar de câncer de mama, uso de álcool, tabaco (o tabaco é um fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos mas merece atenção), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).

Importante destacar a necessidade de facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento aos serviços de saúde. Com esse objetivo, cada localidade deve planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros. Essas estratégias se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente tem mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade.

Quadro 1 - Síntese de prevenção do câncer de mama

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	**Entrevista** • Idade; • Índice de Massa Corporal (IMC); • Antecedentes pessoais obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos); • Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história pregressa e/ou familiar de câncer de mama); • História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional); • Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele (ver capítulo 1, seção 4 - Problemas na mama).	Equipe multiprofissional
	Exame físico específico • Realizar exame clínico das mamas (ECM) para investigação em caso de queixas mamárias. • Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama: nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em "água de rocha", lesão eczematosa da pele, edema mamário com pele em aspecto de "casca de laranja", retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de cuidados	**Exames para rastreamento** • Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade - mamografia a cada dois anos. • Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica. • Pacientes com alto risco para câncer de mama (histórico familiar ou pessoal) o rastreamento deve iniciar aos 35 anos, conforme avaliação médica. Antes dos 35 anos a paciente deve ser encaminhada para avaliação na Atenção Especializada. • Pacientes tratadas de câncer de mama, devem manter seguimento com mamografia anual. • A Ecografia mamária não deve ser utilizada para rastreamento, mas para diagnóstico e a solicitação do exame deve ser justificada.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Consulta pós-rastreamento mamográfico • Recebimento dos laudos • Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento. • Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas. • Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Atividades de Vigilância em Saúde • Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário. • Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento.	Equipe multiprofissional

	• Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.	
	Educação em saúde • Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer. • Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas (*breast awareness*), principais sinais e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento.	Equipe multiprofissional

Quadro 2 - Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendações de conduta

CATEGORIA BIRADS	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	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. • A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, 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%, a depender do grau de suspeição	• Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica. • Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento. • A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	
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.

Quadro 3 - A eficácia do rastreamento populacional por mamografia

Segundo a *US Preventive Services Task Force*, a sensibilidade do rastreamento por mamografia varia de 77% a 95%, dependendo do tamanho e da localização da lesão, densidade das mamas, qualidade dos recursos técnicos e habilidades de interpretação do médico radiologista. Porém, em mamas mais densas, geralmente em mulheres com menos de 50 anos, a sensibilidade cai para valores em torno de 30% a 48%.

O *Canadian Radiographic Breast Screening Study: randomised screening trial* chegou à conclusão de que o *screening* por mamografia **não reduz** a mortalidade por câncer de mama nas faixas etárias de 40-49 anos e de 50-69 anos, após um seguimento de 25 anos de suas 89.835 participantes. Em revisão sistemática de oito estudos randomizados em 2013, incluindo 600.000 mil mulheres entre 39 e 74 anos, Gøetzche conclui que o malefício causado pelo sobrediagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce: de 2.000 mulheres submetidas ao rastreamento por 10 anos, uma vai evitar a morte por câncer de mama, mas 10 mulheres saudáveis serão tratadas desnecessariamente e 200 mulheres experimentarão estresse psicológico por conta de falsos positivos no exame.

Assim, defende que submeter-se ao rastreamento seja uma decisão informada individual e disponibiliza folhetos em diversos idiomas em linguagem acessível para possibilitar a reflexão.

PARTE 7 - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO

1 INTRODUÇÃO

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.4

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 (ver Fluxograma 3, sobre amenorreia, no capítulo 1). A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais.

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 1, 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 abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, 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.

2- QUADRO-SÍNTESE - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	**Entrevista** • Data da última menstruação; • Uso de métodos anticoncepcionais; • Tabagismo e história familiar de câncer de mama; • Última coleta de citopatológico do colo do útero; • Sangramento genital pós-menopausa; • Explorar as queixas (Quadro 1) e outras demandas relacionadas ao ciclo de vida.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral • De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares e cânceres de mama e colo do útero). • Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e circunferência de cintura). • Avaliação de risco cardiovascular.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Exame físico específico • Exame ginecológico orientado para queixas e fatores de risco cardiovascular e quedas no idoso. • Coleta oportunística* de citopatológico de colo uterino, se necessário (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Colo do Útero) • Solicitação oportunística de mamografia se mulher maior de 50 anos (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Mama).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Confirmação do climatério • Definir climatério quando a mulher encontra-se dentro da faixa etária esperada para o período e apresenta: **a)** Queixas sugestivas (vide manifestações transitórias no Quadro 1); e/ou **b)** 12 meses consecutivos de amenorreia. • Nos casos em que há amenorreia e outras irregularidades menstruais, realizar abordagem ampliada considerando outros diagnósticos diferenciais (ver problemas relacionados à menstruação no capítulo 1). • A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Plano de Cuidados	**Abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério**	Enfermeiro(a)/ médico(a)

	• Cuidados não farmacológicos das queixas no climatério (Quadro 2). • Práticas integrativas e complementares, em especial a fitoterapia: □ Alguns fitoterápicos podem auxiliar no alívio dos sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período. □ Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a isoflavona da soja. • Abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene do sono) e à elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida. • Atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. • Orientar anticoncepção no climatério (ver protocolo de Planejamento Reprodutivo). • Realizar ações de prevenção de forma individualizada, em especial, quanto a doenças crônico-degenerativas cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades: □ Não há indicação da realização de exames de rotina no climatério, eles devem ser orientados de forma individualizada, quando necessário. □ Não está indicado o rastreamento universal da osteoporose com realização de densitometria óssea. Para mais informações sobre diagnóstico e tratamento da osteoporose e indicações da densitometria óssea.	e outros profissionais de nível superior de acordo com as atribuições das categorias
	Abordagem farmacológica • Terapias não hormonal e hormonal – em casos selecionados (vide Quadros 4 e 5). • Avaliação de necessidade, indicações, contraindicações absolutas e relativas. • Uso racional de medicamentos. • Acompanhamento clínico periódico das mulheres em uso de terapia farmacológica, sobretudo a hormonal.	Médico(a)
	Educação em saúde Realizar orientação individual e coletiva para as mulheres acerca de: • Ressignificação do climatério: □ Abordar a vivência da mulher nessa fase, do ponto de vista biopsicossocial. Enfatizar que, como nas demais fases da vida, esta também pode ser experimentada de forma saudável, produtiva e feliz. □ Incentivar e promover a troca de experiências entre as mulheres e a realização de atividades prazerosas, de lazer, de trabalho, de aprendizagem, de convivência em grupo, de acordo com os desejos, necessidades e oportunidades das mulheres e coletivos. • Ressignificação dessa fase de vida, que pode ser saudável, produtiva e feliz. • Queixas do climatério (ver Quadro 1). • Exercícios da musculatura perineal. • Alimentação saudável: Estimular a alimentação rica em vitamina D e em cálcio, por meio do consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas (veja Prevenção da Osteoporose, a seguir). • Manutenção do peso normal. • Prática de atividade física: Orientar a prática de 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada/semana (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período. Promover a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvem lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível. • Alterações e medidas de promoção à saúde bucal. • Doenças sexualmente transmissíveis, HIV, hepatites. • Transtornos psicossociais. • Prevenção primária da osteoporose e prevenção de quedas: Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas. □ Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia). □ Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h. A suplementação de cálcio e vitamina D só está recomendada se não houver aporte dietético adequado destes elementos e/ou exposição à luz solar. Recomendar exercícios físicos regulares para fortalecimento muscular e ósseo, melhora do equilíbrio e da flexibilidade. Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína. Avaliar fatores de risco para quedas: ambiência doméstica; uso de psicotrópicos; dosagem de medicamentos anti-hipertensivos, distúrbios visuais e auditivos.	Equipe multiprofissional

Nota: * O *rastreamento oportunístico* é aquele que "ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco".[8] Como o climatério e a menopausa são fases normais da vida, não há um conjunto de procedimentos e exames a serem realizados e o cuidado deve ser orientado às necessidad es das mulheres. No entanto, deve-se aproveitar as oportunidades de contato para revisar a necessidade de ações preventivas, observadas as indicações destas e as características e necessidades das mulheres que buscam cuidado nessa fase.

Quadro 1 - Quais são as queixas associadas ao climatério?

Manifestações transitórias	● **Menstruais:** o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração. ● **Neurogênicas:** ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga. ● **Psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia. **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.
Alterações não transitórias	● **Urogenitais:** mucosa mais delgada, propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional. ● **Metabolismo lipídico:** 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. ● **Metabolismo ósseo:** 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. ● **Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal:** tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide). **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.

Quadro 2 - Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas

Alterações dos ciclos menstruais	● No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos (ver Fluxograma 1 – Sangramento Uterino Anormal). ● 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 AOC para a realização da dosagem do FSH.
Fogachos e suores noturnos	**Atentar para:** ● 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. **Orientar:** ● Dormir em ambiente bem ventilado; ● Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; ● Usar tecidos que deixem a pele "respirar"; ● Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; ● Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; ● Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; ● Praticar atividade física; ● Perder peso, caso haja excesso de peso; ● Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.
Problemas com o sono	**Orientar:** ● Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior. ● Se há 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. ● Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir. ● 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. ● Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno. ● Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis. ● Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde. ● Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer. ● Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos
Sintomas urogenitais	● 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. ● 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 (ver Quadro 5, a seguir, e Quadro 2 do capítulo Prevenção do Câncer de Colo do Útero).
Transtornos psicossociais	● 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. ● Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. 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.

	● **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.
Sexualidade	● 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. ● 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. ● **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 (vide Quadro 5).

Quadro 3 - Abordagem farmacológica - terapia não hormonal

Indicação	● Para mulheres com sintomas vasomotores proeminentes, sem melhora com terapias não farmacológicas.
Opções terapêuticas	Antidepressivos (1ª escolha): *paroxetina 12,5-25 mg/dia (de liberação prolongada) **OU** fluoxetina 20 mg/dia **OU** *venlafaxina 37,5-75 mg/dia **OU** imipramina 25-50 mg/dia. ● Outros: *clonidina 0,1-0,2 mg/dia **OU** metildopa 250-500 mg/dia **OU** propranolol 80 mg/dia **OU** *cinarizina 75 mg/dia **OU** *gabapentina 600 mg/dia.

Obs.: atentar para as indicações, contraindicações, interações medicamentosas e comorbidades que podem ter seu manejo favorecido ou dificultado com o uso de tais medicamentos. Titular a dose e manter a menor dose capaz de melhorar os sintomas.
* Medicamentos NÃO disponíveis pelo SUS em Ponta Grossa.

Quadro 5 - Abordagem farmacológica - terapia hormonal (TH)

Indicação	● Os riscos associados ao uso da TH devem ser criteriosamente avaliados pelo(a) médico(a) assistente, especialmente os cardiovasculares e as neoplasias hormônio-dependentes (vide contraindicações), 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 superem 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 (vide avaliação clínica e acompanhamento longitudinal, a seguir). ● 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 antienvelhecimento 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 (nível de evidência A)**."
Contraindicações à terapia hormonal	● Absolutas: ⌋ câncer de mama; ⌋ câncer de endométrio; ⌋ doença hepática grave; ⌋ sangramento genital não esclarecido; ⌋ história de tromboembolismo agudo e recorrente; ⌋ porfiria. ● Relativas: ⌋ hipertensão arterial não controlada; ⌋ *diabetes mellitus* não controlado;

	❑ endometriose; ❑ miomatose uterina.
Avaliação clínica e acompanhamento longitudinal	● Avaliação inicial: ❑ história clínica e exame físico detalhados, com especial atenção às comorbidades, à pressão arterial e ao exame da mama; ❑ exames laboratoriais não são obrigatórios, embora possam ser importantes para a escolha da via de administração e para a avaliação do risco cardiovascular, especialmente em mulheres com comorbidades. Considerar a solicitação de: hemograma, glicemia, perfil lipídico, função hepática e renal; ❑ outros: mamografia bilateral (solicitar se o último exame tiver sido há mais de um ano), ultrassonografia transvaginal (recomendado para mulheres com sangramento uterino anormal), citopatológico do colo do útero. ● Controle aos dois-três meses: reavaliar aderência e efeitos adversos; observar o padrão de sangramento menstrual, aferição de pressão arterial e peso. ● Controle aos seis meses: reavaliar aderência e efeitos adversos; observar o padrão de sangramento menstrual, aferição de pressão arterial e peso; repetir exames laboratoriais (conforme avaliação do profissional médico responsável). ● Controles anuais: observar padrão de sangramento menstrual (se anormal, referenciar à ginecologia); exame físico com especial atenção à pressão arterial, ao peso e ao exame da mama; repetir exames laboratoriais (a critério médico); mamografia (repetir anualmente enquanto a mulher estiver em uso de terapia hormonal).
Prescrição	● A dose ministrada deve ser a mínima eficaz para melhorar os sintomas, devendo ser interrompida assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios. De forma geral, recomendasse uso da terapia estrogênica **por no máximo cinco anos**, mas a duração deve considerar o risco/benefício individual. ● O estrogênio* pode ser administrado por via oral (estrogênio conjugado ou estradiol), parenteral (estradiol) transdérmico, sob a forma de adesivo ou percutâneo, sob a forma de gel. É importante orientar a escolha da via de administração de acordo com as preferências da mulher, com a indicação da TH e também com as comorbidades: ● Em caso de queixas vulvovaginais e urinárias e sem demais indicações de terapia estrogênica sistêmica, pode-se utilizar estrogênio tópico vaginal: estrogênio conjugado, estriol ou promestiene, sendo que o primeiro apresenta absorção sistêmica significativa e os dois últimos absorção sistêmica desprezível (ver tratamento de ressecamento vaginal no Quadro 2 do capítulo Prevenção do Câncer de Colo do Útero). ● Opções de prescrição: estrogênio conjugado 0,3-0,625 mg **OU** estradiol oral 1-2 mg **OU** estradiol transdérmico* 25-50 mcg **OU** estradiol percutâneo* 0,5-1,5 mg. *Em mulheres com útero, é mandatória a associação com progestágeno* (medroxiprogesterona 2,5 mg/dia **OU** noretindrona 0,1 mg/dia **OU** noretisterona 0,1 mg/dia **OU** drospirenona* 0,25 mg/dia **OU** progesterona micronizada* 100- 200 mg/dia), que pode ser realizado de forma cíclica (12 a 14 dias por ciclo, esquema em que a mulher tem sangramentos vaginais) ou contínua por via oral (esquema em que há ausência de sangramentos vaginais). ● A tibolona* (1,25-2,5 mg/dia) é um esteroide sintético que se comporta em nível uterino como uma TH combinada contínua, porém sem efeito estimulante no tecido mamário (menos risco de câncer de mama), efeito protetor ósseo com redução do risco de fraturas, associado a efeito androgênico; reduz os níveis de triglicerídeos e de HDL.
Efeitos colaterais	● Há risco aumentado de tromboembolismo venoso com uso de estrogênio isolado ou associado à progesterona, sendo esse evento raro em mulheres entre 50 e 59 anos. ● O uso de estrogênio associado à progesterona por 3 a 5 anos aumenta o risco de câncer de mama, sendo o risco mais elevado com o uso de medroxiprogesterona. ● Estrogênio: náuseas, distúrbios gastrointestinais (quando utilizados por via oral), sensibilidade mamária, dor de cabeça, retenção de líquido, edema, provável estímulo a leiomiomas e endometriose. No que se refere aos efeitos colaterais, há variações individuais e até mesmo entre os diferentes compostos estrogênicos. ● Progestágenos: dor nas mamas, cólicas abdominais, alterações de humor, fadiga, depressão, irritabilidade, alterações na pele, ganho de peso, ansiedade e dores generalizadas. Efeitos dependentes da dose e do tipo de progestágeno utilizado.

* Medicamentos NÃO disponíveis pelo SUS em Ponta Grossa.

PARTE 8 - ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher pode ser definida como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada". Considera-se como violência sexual qualquer forma de atividade sexual não consentida. A violência doméstica/intrafamiliar "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 e/ou psicológica, assim como a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro 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 em relação de poder à outra. 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. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

A violência é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes orientações sexuais, classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças/etnias em relações desiguais de poder. Pode ocorrer desde a infância até a velhice, seja no campo do trabalho, nas dimensões religiosas, culturais e/ou comunitárias, entre outras.

No Brasil e no mundo, a violência que vitima as mulheres se constitui em sério problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. Todo e qualquer ato de violência contra a mulher configura-se como violação de seus direitos, sendo necessário esforço da sociedade para garantir a prevenção e seu efetivo enfrentamento.

No contexto internacional, o Brasil é signatário de dois documentos importantes: o documento final da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (adotada em Belém do Pará, em 1994) e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (adotada em Pequim, em 1995). No contexto nacional, desde 2011, vigoram o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 737, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. De acordo com a política, as ações do Ministério da Saúde para enfrentamento da violência seguem, em especial, as seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; assistência interdisciplinar e intersetorial às vitimas de acidentes e de violências; entre outras. Já em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde(PNSP) foi instituída através da Portaria nº 687, que foi revisada em 2014. A PNPS tem, como um de seus eixos transversais, a cultura da paz e dos direitos humanos.

Do pacto, destacam-se duas leis: *i)* a Lei nº 10.778/2003,6 que estabelece a notificação compulsória em território nacional dos casos de violência contra a mulher que for atendida emserviços de saúde, públicos ou privados; e *ii)* a Lei nº 11.340/2006,7 conhecida como Lei Maria da Penha, que define a violência "doméstica e familiar contra a mulher" como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. A Lei Maria da Penha prevê medidas penais para a contenção da violência e dimensionamento do fenômeno.

Especificamente no setor saúde, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessária. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sobre a saúde física e psicológica, além do abortamento legal se for solicitado pela mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente. Destacam-se como legislação para essa pauta a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às

vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS e a Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde.

A notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada pela Portaria nº 104/2011. Em 2014, essa portaria foi substituída pela Portaria nº 1.271, que estabeleceu também a notificação imediata dos casos de violência sexual em âmbito municipal.

Uma das maneiras de se coibir a violência é tirá-la do silêncio. Entre as mais importantes políticas públicas destacadas pelo movimento feminista brasileiro, está a criação das Delegacias Especiais das Mulheres. Dialogando com as delegacias especiais dentro da rede de proteção às mulheres em situação de violência, figuram as unidades de saúde e a Atenção Básica. Elas ocupam papel importante na luta contra todo e qualquer tipo de violência, que podem influenciar ou causar processos de adoecimento, derivando em questões de saúde pública.

Na Atenção Básica, devem ser desenvolvidas ações de produção do cuidado em saúde que possam garantir os direitos sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo. É fundamental que os profissionais de saúde identifiquem e prestem atendimento integral e humanizado nas situações em que elas têm seus direitos – sexuais e humanos – violados. Vale enfatizar que este nível de atenção enseja acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, estabelece relação mais próxima com a comunidade no território e é dirigido a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica/intrafamiliar e sexual contra a mulher. Por essa razão, neste material, optou-se por abordar a violência doméstica/ intrafamiliar e sexual contra a mulher.

Quando se dá o primeiro contato da usuária que sofreu violência com um serviço de atendimento na Atenção Básica, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários. Por responsabilidade e ética profissional, as perguntas para identificação da violência só devem ser adotadas quando e se o profissional tiver ciência de quais condutas adotar nas situações de violência para evitar revitimização, tanto no que concerne ao pronto-acolhimento das necessidades de saúde da mulher atendida quanto no conhecimento da articulação intersetorial necessária para a produção do cuidado em saúde em cada caso. É importante que sejam descritos em prontuário os dados mais completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico (com registro e classificação de todas as lesões identificadas). O profissional deve estar sensível à dificuldade de a mulher conseguir se expressar verbalmente, o que significa escutar, acolher e observar as expressões da mulher. Também deve atentar ao tempo particular que a mulher pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a relação terapêutica, respeitando seu tempo para tomar decisões sobre seu itinerário terapêutico e para construir conjuntamente seu plano de cuidados, caso ela queira.

Pelo fato de a Atenção Básica estar nos territórios, mais próxima do cotidiano das pessoas, tem papel importante na identificação de situações de violência e, assim, nas primeiras abordagens realizadas com as mulheres, além da promoção do cuidado e do acesso a informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las. Os profissionais precisam conhecer a rede intrasetorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades das redes: Serviços da Atenção Básica, Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros.

IMPORTANTE:
Em 2014, foram publicados importantes normativas sobre serviços de Atenção à Saúde de Mulheres em Situação de Violência, entre as quais destacamos as portarias nº 485 e nº 618 do Ministério da Saúde. Essas portarias tratam da organização, funcionamento e cadastro dos serviços no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
Os serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual podem abranger: *i)* Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual; *ii)* Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual; *iii)* Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual; *iv)* Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual; *v)* Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual; *vi)* Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e *vii)* serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

- As unidades de atenção básica (UBS) e as unidades de Saúde da Família (USF) compõem essa rede e podem se classificar como serviços com ofertas de atendimento a pessoas em situação de violência sexual. Uma das ações das UBS e USF consiste na realização da testagem para IST's.
- Deve-se notificar a violência interpessoal, por notificação compulsória SINAN, encaminhar a mulher ao Hospital Universitário Reginal dos Campos Gerais, pararealização da PPEP e realizar exames periciais (IML) em situações com tempo menor de 72 horas, após a violênicia.
- Orientar a paciente a registrar a ocorrência na Delegacia da Mulher e acionar a Rede de Assistência Social e Segurança pública.

Quadro 1 – Formas de violência contra a mulher (art. 7, Lei Maria da Penha)

TIPOS DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO
Física	Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal. "**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 nos casos em que se notifica a violência extrafamiliar/comunitária) ou ferimentos por arma branca".
Psicológica	Qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação. **"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 a 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".
Sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. **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, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, 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; e 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; forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. **Violência financeira/econômica/patrimonial:** é o ato de violência que implica 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, ainda, 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.
Moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Trabalhamos a violência moral juntamente com a psicológica.

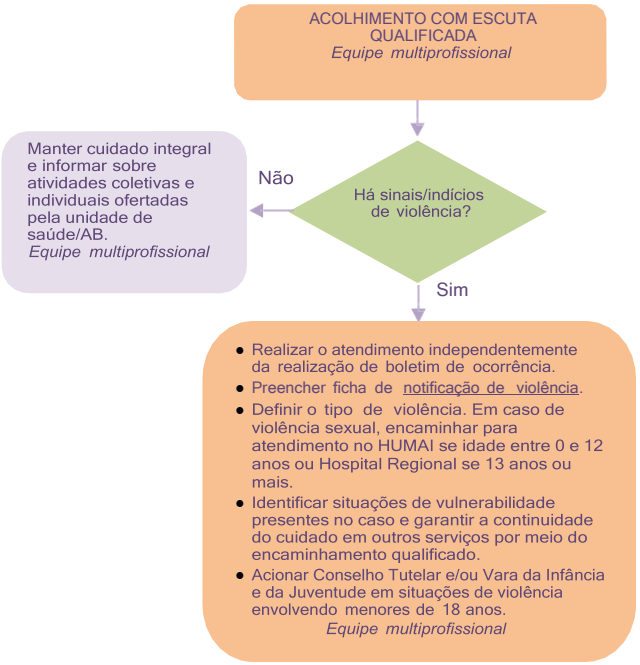
2 QUADRO-SÍNTESE PARA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/FAMILIAR NO ÂMBITO DA AB

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Atendimento humanizado: • Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito. • Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações. Vigilância do profissional com relação à sua própria conduta: • Garantir postura de não vitimização das mulheres e ter consciência crítica dos sentimentos para lidar com emoções como raiva, medo e impotência que podem surgir durante o atendimento das mulheres. • Profissionais com dificuldade de abordar o tema devem optar por abordagens indiretas (sem perguntas diretas). Identificação dos motivos de contato: Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento da mulher. Existem mulheres poliqueixosas, com sintomas e dores que não têm nome. Nesse caso, o profissional deve atentar para possível situação de violência. Para isso, existem propostas de perguntas: - Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)? - Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais? - Você está com problemas no relacionamento familiar? - Já sentiu ou sente medo de alguém? - Você se sente humilhada? - Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa? - Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? Informação prévia à paciente: • Assegurar compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento (acolhimento com escuta qualificada, avaliação global e estabelecimento de plano de cuidados) e a importância das condutas multiprofissionais na rede intra e intersetorial de proteção às mulheres em situação de violência, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento. • Orientar as mulheres sobre a importância de registrar a ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento por parte do profissional de saúde deve ser realizado independentemente da realização de boletim de ocorrência.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	**Entrevista:** • Detectar situação de vulnerabilidade (ver Fluxograma 1). • Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição). • Identificar sinais de alerta de violência: - Transtornos crônicos, vagos (inespecíficos dentro da nosografia médica) e repetitivos; - Início tardio do pré-natal; - Parceiro(a) demasiadamente atento(a), controlador(a) e que reage se for separado(a) da mulher; - Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); - Dor pélvica crônica; - Síndrome do intestino irritável; - Complicações em gestações anteriores, aborto de repetição; - Depressão; - Ansiedade; - Transtorno do estresse pós-traumático; - História de tentativa de suicídio ou ideação suicida; - Lesões físicas que não se explicam como acidentes. • Observar possibilidade de violência entre parceiros íntimos. Vale lembrar que essas situações não são necessariamente verbalizadas pelas mulheres, devido a: sentimento de vergonha ou constrangimento; receio por sua segurança ou pela segurança de seus filhos(as); experiências traumáticas prévias ou expectativa de mudança de comportamento por parte do(a) agressor(a); dependência econômica ou afetiva de parceiro(a); desvalorização ou banalização de seus problemas; e/ou cerceamento da liberdade pelo parceiro(a). • Se houver situação de risco de vida, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral (vide Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes)	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	Exame físico específico: (vide Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes) • Atentar para recusa ou dificuldade no exame ginecológico de rotina (ver capítulo Prevenção do Câncer de Colo do Útero). • Observar se há presença de ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram. • Realizar inspeção detalhada de partes do corpo que podem revelar sinais de violência: troncos, membros (inclusive parte interna das coxas), nádegas, cabeça e pescoço, não se esquecendo das mucosas (inclusive genitais), orelhas, mãos e pés.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidados	**Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas:** Para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que a AB identifique a situação de violência sexual, notifique a violência e encaminhe a paciente ao Hospital UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS para receber a PEEP, e realizar exames periciais (IML) em situações com tempo menor de 72 horas, após a violênicia.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Estabelecimento de plano de segurança para mulheres com risco de vida: • Construir, junto com a mulher em situação de violência, plano de segurança baseado em quatro passos: 1) Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos com algum(a) vizinho(a) em quem possa confiar para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: "Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda". 2) Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher certifique-se de estar em um lugar onde possa fugir e tente não discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas. 3) Orientar que a mulher cogite planejar como fugir de casa em segurança, e o local para onde ela poderia ir nesse caso. 4) Orientar que a mulher se preocupe em escolher um lugar seguro para manter um pacote com cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente. 5) Em situações de emergência: Disque 190 Polícia Militar e 153 Patrulha Maria da Penha; 6) Informar rede de proteção a Mulher existente no Município, Núcleo Maria da Penha-UEPG que oferece atendimento sócio-Jurídico, Delegacia da Mulher e Casa da Mulher, oferece realização de B.O e medidas projetivas e realizam encaminhamento a Casa de acolhimento em situação de violências (Corina Portugal),	Equipe multiprofissional
	Atividade de Vigilância em Saúde: • Preencher a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir da **suspeita** ou da **confirmação** da situação de violência. A ficha de notificação apresenta os seguintes blocos: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, **violência**, **violência sexual**, **dados do(a) provável autor(a) da violência**, **encaminhamento** (ver Fluxograma 1). • Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24h).	Enfermeiro(a)/Médico(a)
	Atenção humanizada na situação de interrupção legal da gestação: • Orientar que o aborto praticado por médico é legal quando é necessário (se não há outro meio de salvar a gestante), em caso de gestação de anencéfalos ou em caso de gravidez resultante de estupro. Deve haver o consentimento da mulher, ou seu representante legal, em relação ao procedimento (conforme o art. 128 do Código Penal). • Esclarecer sobre as ações previstas em caso de abortamento legal, as medidas de alívio da dor, o tempo e os riscos envolvidos no procedimento e a permanência no serviço de abortamento legal. • Orientar que, no serviço de referência, será preenchido o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, e que não é obrigatória a apresentação de boletim de ocorrência ou autorização judicial no âmbito do SUS. • Encaminhar para os serviços de referência para interrupção legal de gestação nos casos previstos em lei. • Monitorar a usuária após o procedimento de abortamento legal, levando em consideração os riscos de intercorrências imediatas (sangramentos, febre, dor pélvica) e intercorrências tardias (infertilidade, sofrimento psíquicos). • Acompanhar e acolher a mulher pós-abortamento e realizar orientação anticoncepcional e concepcional (recuperação da fertilidade pós-abortamento, métodos contraceptivos disponíveis, utilização da anticoncepção hormonal de emergência (AHE), oferta de métodos anticoncepcionais, orientação concepcional).	
	Monitoramento de situações de violência: • Acompanhar o itinerário terapêutico das usuárias (caminhos trilhados na busca por saúde) em situação de violência identificadas na área de abrangência atendidas pelos serviços da Atenção Básica. • Monitorar todos os casos identificados pela equipe ou por notificação levada à unidade por meio da vigilância em saúde (entrada em outros pontos da rede de assistência) e referidos ou não à rede de atendimento às mulheres em situação de violência, a partir da realização de visitas domiciliares ou outras formas de acompanhamento das usuárias (equipes de Saúde da Família, Consultório na Rua).	
	Abordagem de jovens e adolescentes: • Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem ética em saúde. • Abordar as necessidades de jovens e adolescentes sem que haja a obrigação do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em casos de incapacidade daqueles. Vale lembrar que os códigos de ética dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica, bem como o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimam o direito ao acesso à saúde sem a necessidade de acompanhamento de pais ou responsáveis legais.	

	Educação em saúde: • Orientar individual ou coletivamente os usuários da Atenção Básica acerca dos direitos das mulheres, em prol do fortalecimento da cidadania e de uma cultura de valorização da paz. • Oferecer serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, bem como orientações para aquelas que desejam nova gestação, para prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro. • Orientar sobre os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer. . Como campanhas do "Não é Não". • Identificação de canais de denúncia 153 -Patrulha Mria da Penha,; 190 Polícia Militar; Disque 180 Central de Atendimento à Mulher; Informar rede de proteção a Mulher existente no Município, Nucleo Maria da Penha-UEPG ofeerece atendimento sócio Jurídico, Delegacia da Mulher e Casa da Mulher, realização de B.O e medidas projetivas e Casa de acolhimento em situação de violências (Corina Portugal),	
	Coordenação do cuidado: • Mapear e acionar os serviços de referência disponíveis na rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que extrapolem a competência da Atenção Básica (ver seção 3). As unidades de saúde e outros serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas: Segurança pública Patrulha Mariia da Penha ,Delegacia da Mulher, Casa da Mulher, Casa de acolhimento em situação de violências (Corina Portugal), entre outros serviços.	

Fluxograma 1 - Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou violência sexual



Sinais de alerta

- queixas vagas, inexplicáveis ou recorrentes
- distúrbios gastrointestinais
- sofrimento psíquico
- queixa de dores pélvicas e abdominais crônicas
- doenças sexualmente transmissíveis, principalmente em crianças
- prurido ou sangramento vaginal
- evacuação dolorosa ou dor ao urinar
- problemas sexuais e perda de prazer na relação
- vaginismo (espasmos musculares nas paredes vaginais, durante relação sexual)
- presença de doenças pélvicas inflamatórias
- síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids)
- gravidez indesejada ou em menores de 14 anos
- entrada tardia no pré-natal
- parceiro(a) demasiadamente atento(a), controlador(a) e que reage se for separado da mulher
- infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada)
- síndrome do intestino irritável
- complicações em gestações anteriores, aborto de repetição
- transtorno do estresse pós-traumático
- história de tentativa de suicídio ou ideação suicida
- lesões físicas que não se explicam como acidentes

3 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
2.2 Rede de atendimento às mulheres em situação de violência

Atenção Básica
Unidade Básica de Saúde
Estratégia Saúde da Família(ESF)
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (Eacs)
Consultório na Rua
(mulheres em situação de rua)

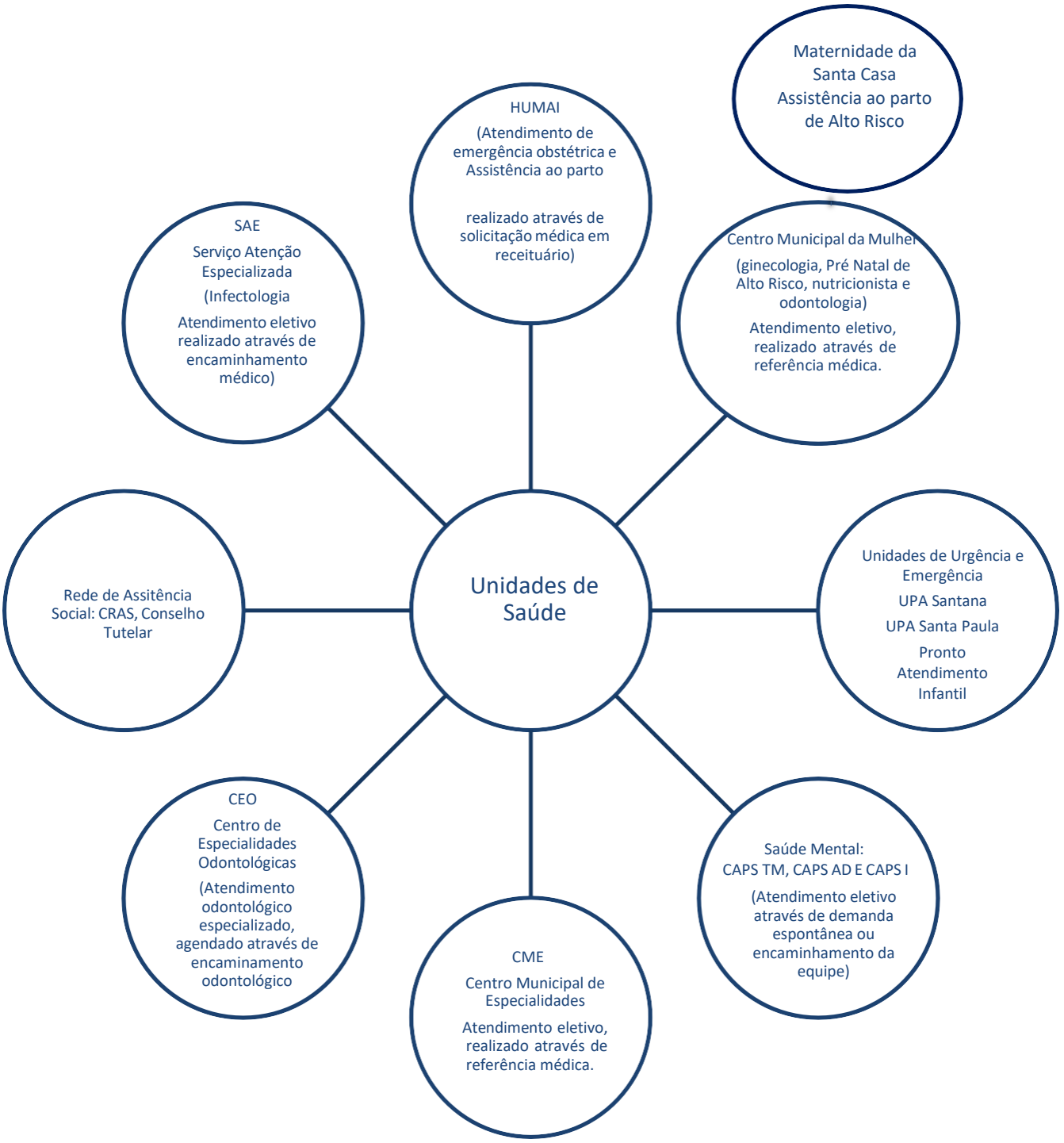
Média e Alta Complexidade
Serviços de Atenção Especializada
Hospitais
Urgência e Emergência
Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h)
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/HIV/Aids)
Caps, Capsi; Caps-AD

Rede Intersetorial
- Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher
- Casa da Mulher Brasileira
- Cras - Centro de Referência de Assistência Social
- Creas - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- Casas de Acolhimento Provisório
- Casas-abrigo
- Deam - Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher
- Delegacia de Polícia
- IML - Instituto Médico Legal
- Ouvidoria da Secretaria de Políticas para as Mulheres
- Disque 100 - Disque Denúncia Nacional de Violência Sexual
- Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar
- Promotoria Especializada do Ministério Público
- Núcleo Especializado de Defensoria Pública
- ONG - Organizações não-governamentais
- Centros de Referência de Atendimento à Mulher em

O termo *Rede de Atendimento* designa um conjunto de ações e serviços intersetoriais (com destaque dos setores da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que "visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento".
Os serviços da rede de saúde compõem a *Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência* e devem esgotar todos os recursos disponíveis para oferecer a Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência desde o acolhimento com escuta qualificada até o monitoramento/seguimento das mulheres na rede de atendimento, fortalecendo a integração entre os serviços que compõem a rede.

ATENDIMENTOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
Ligue 180: é um serviço de atendimento telefônico gratuito que escuta, acolhe e orienta as mulheres em situação de violência durante 24 horas/dia, sete dias por semana, incluindo finais de semana e feriados. O serviço e orienta sobre como acessar a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.
Clique 180: é um aplicativo para celular/tablets que informa sobre os tipos de violência contra mulheres, os locais da cidade mais arriscados para mulheres, como agir em situações de violência, a localização dos serviços da Rede de Atendimento, que tipo de serviço procurar e o acesso ao **Ligue 180** com um clique.
DEAM: as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher acolhem e escutam as denúncias de violência, registram as ocorrências, investigam e reprimem os crimes baseados em gênero, nos termos da *Lei Maria da Penha.*
Norma Técnica sobre a Prevenção e o Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norteia os(as) profissionais de saúde sobre como proceder durante o atendimento a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, independente da sua orientação sexual.
Notificação no SINAN: os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica, intra e extrafamiliar, comunitária ou homofóbica contra mulheres devem ser registrados pelos(as) profissionais de saúde na Ficha de Notificação de Violências Interpessoais/Autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para análise do perfil epidemiológico e tomada de decisões.

9- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PONTA GROSSA:



10 - ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Atribuições Da Equipe De Saúde Da Família (ESF):

Atribuições comuns:

- Monitorar o tratamento de mulheres em idade fértil e gestantes com Sífilis;
- Captação precoce da gestante na área. Toda equipe, com prioridade absoluta para os ACS;
- Orientação da gestante, individual/coletiva, completa a cerca do Pré-Natal;
- Vigilância do Risco Gestacional;
- Realizar consultas subsequentes (no mínimo 07), sempre avaliando risco gestacional e garantindo agenda de retorno Médico e Enfermagem, em consultas intercaladas;
- Acompanhar gestantes, que apresentem intercorrências no pré-natal, e que não constituem critérios para encaminhamento no alto risco;
- Participar de atividades educativas, individual ou coletiva, orientando sobre os programas de saúde para cada faixa etária;
- Aconselhamento vacinal;
- Realizar VD, com objetivo de acompanhar as mulheres e adolescentes, identificar pontualmente fatores de riscos, fazer as orientações e os encaminhamentos necessários;
- Realizar busca ativa de gestantes/parceiros faltosas nas consultas e/ou exames;
- Visita domiciliar para puérperas e recém -nascidos nas primeiras 48 horas após alta hospitalar para agendamento das ações do 5º dia na USF;
- Ações do 5º dia para Mãe e Recém nascido, na primeira semana de vida;
- Realizar notificação epidemiológica de agravos suspeitos ou confirmados;

Atribuições do ACS:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do planejamento familiar, pré-natal, da amamentação, da vacinação, da prevenção do câncer de mama e colo de útero;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação de mulheres em idade fértil e das gestantes desenvolvendo atividades de educação em saúde tanto para as mulheres como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar mulheres em idade fértil para inserção no programa de planejamento familiar;

- Encaminhar mulheres entre 25 a 64 anos para coleta do exame preventivo, conforme orientação do médico ou enfermeiro;
- Encaminhar mulheres entre 50 a 69 anos para realização de mamografia, conforme orientação do médico ou enfermeiro;
- Encaminhar mulheres em idade fértil e atraso menstrual à USF para teste rápido de gravidez;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua **captação precoce** para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar ações educativas de SALA DE ESPERA e/ou grupos de mulheres, adolescentes e gestantes na USF;
- 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.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a mulher para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.
- Busca ativa à todas faltosas as consultas do pré-natal e puerpério, anotando na carteirinha de gestante e no prontuário as visitas;
- Realizar visita domiciliar nas primeiras 48 horas após alta hospitalar, a todas as puérperas e recém nascidos, orientando as **ações do 5º dia** na USF;
- Incentivar e orientar sobre o aleitamento materno exclusivo, a adesão ao calendário de vacinações e controle da puericultura.

Atribuições dos Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do planejamento familiar, pré-natal, da amamentação, da vacinação, da prevenção do câncer de mama e colo de útero;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no prontuário e Cartão da mulher/adolescente/gestante;
- Fornecer e administrar medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para cada programa (Planejamento familiar, Pré- Natal, Adolescentes);
- Aplicar vacinas conforme calendário do Ministério da Saúde;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Administrar Penicilina benzatina para mulheres e seus parceiros, registrar as doses aplicadas em prontuário e na carteirinha de saúde/pré natal;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a paciente apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a mulher para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas, registrando em prontuário e/ou carteirinha de pré natal;
- Realizar visita domiciliar nas primeiras 48 horas após alta hospitalar, a todas as puérperas e recém nascidos, orientando as **ações do 5º dia** na USF;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
- Orientar as mulheres quanto a prevenção do Câncer de Mama e Colo de útero, conforme diretrizes do Ministério da Saúde;
- Realizar as medidas antropométricas e dados vitais, conforme solicitado/necessário.

Atribuições do Enfermeiro na ESF:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do planejamento familiar, pré-natal, da amamentação, da vacinação, da prevenção do câncer de mama e colo de útero;
- Realizar o cadastramento da gestante no e-sus e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a consulta médica;
- Solicitar exames complementares conforme consta neste protocolo;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados conforme o programa (Planejamento familiar, Pré Natal, Prevenção Câncer, Adolescentes) ;
- Orientar a vacinação das mulheres, conforme calendário do Ministério da Saúde;
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica.
- Realizar exame clínico das mamas, coleta para exame citopatológico do colo do útero, bacterioscopia de secreção vaginal, quando indicado;
- Monitorar o tratamento de mulheres e parceiros com Sífilis;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as mulheres e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas, registrando em prontuário e na carteirinha de pré- natal;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.
- Realizar o controle de cura para as gestantes em tratamento de ITU;
- Fazer contato telefônico com o enfermeiro responsável por outra equipe/unidade nos casos de mudança de endereço da gestante, garantindo a continuidade do cuidado;
- Solicitar transporte de emergência para rede hospitalar quando necessário;
- Realizar as Ações do 5º dia na USF para mãe e recém-nascido.
- Solicitar mamografia de rastreamento, conforme diretrizes do Ministério da Saúde;

- Realizar consulta de enfermagem em planejamento familiar, indicando método contraceptivo, conforme protocolo;
- Realizar atendimento de mulheres vítimas de violência, preenchendo ficha de notificação compulsória;
- Realizar consulta de enfermagem à adolescentes, individual, coletiva ou familiar, conforme protocolo;
- Monitorar mulheres com exames sugestivos para malignidade, após encaminhamento para rede especializada.

Atribuições do Médico da USF:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do planejamento familiar, pré-natal, da amamentação, da vacinação, da prevenção do câncer de mama e colo de útero;
- Realizar o cadastramento da gestante no e-sus e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a consulta de enfermagem, consulta de risco intermediário e também consulta de alto risco intercalada com atendimento especializado.
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados conforme o programa (Planejamento familiar, Pré Natal, Prevenção Câncer, Adolescentes) ;
- Monitorar o tratamento de mulheres e parceiros com sífilis;
- Orientar a vacinação conforme calendário do Ministério da Saúde;
- Avaliar e tratar as pacientes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as mulheres para os serviços de urgência/ emergência, quando necessário;
- Orientar as mulheres e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);

- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo;
- Realizar as Ações do 5º dia à puerpera e recém nascido na primeira semana de vida;
- Realizar consulta puerperal até o 42º dia pós parto.
- Solicitar mamografia de rastreamento, conforme diretrizes do Ministério da Saúde;
- Realizar consulta médica em planejamento familiar, indicando método contraceptivo;
- Realizar atendimento de mulheres vítimas de violência, preenchendo ficha de notificação compulsória e encaminhando a paciente para realizar a PEEP;
- Realizar consulta médica à adolescentes, individual, coletiva ou familiar;
- Realizar encaminhamentos para a rede especializada, quando necessário;
- Monitorar mulheres com exames sugestivos para malignidade, após encaminhamento para rede especializada.

Atribuições do cirurgião dentista:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do planejamento familiar, pré-natal, da amamentação, da vacinação, da prevenção do câncer de mama e colo de útero;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de adolescentes, gestantes e mulheres da área de abrangência;
- Orientar/solicitar/realizar testes rápidos;
- Orientar sobre a vacinação conforme calendário do Ministério da Saúde;
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da mulher, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada fase do ciclo de vida;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à paciente e a continuidade do tratamento;

- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada fase do ciclo de vida e encaminhar a mulher para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da mulher e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados em fase da vida;
- Orientar as mulheres e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à mulher e aos seus familiares;
- Orientar as mulheres sobre a periodicidade das consultas odontológicas;
- Realizar visitas domiciliares quando indicado/necessário;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;
- Orientar as mulheres quanto a prevenção do Câncer de Mama e Colo de útero, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

Educação em Saúde:

- Os grupos de gestantes/mulheres/adolescentes são importantes instrumentos para educação em saúde e devem ser estimulados, utilizando diferentes estratégias e abordagens, promovendo troca de informações e experiências com as mulheres e sua família;
- A sala de espera na USF é um momento importante para abordagem de mulheres que não participam dos grupos, assim como seus acompanhantes;
- Estas atividades podem ser desenvolvidas em parceria com a Pastoral da Criança, Conselho local de Saúde, CREAS, etc.

11 – REFERÊNCIAS:

- Paraná. Secretaria da Saúde.Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia - Atenção Materno Infantil: Gestação/ Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. 8. Ed. Curitiba: SESA, 2022.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atanção à Saúde. Saúde da criança: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (versão resumida). Brasília, 2021.

- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Federação Brasileira das Associações de ginecologia e obstetrícia. Sociedade Brasileira de diabetes. Cuidados em diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF:MS, 2021.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Brasília, 2009.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégias. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanificada-manual técnico, 2005.

- Gestação de Alto Risco, Manual Técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5 ª Edição . **2012**. Brasília. Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco - Brasília - DF 2012.

- Ministério da Saúde; Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – Protocolos da Atenção Básica, Saúde das Mulheres. Brasília, 2016.

- Ministério da Saúde – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2016.

- Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2015.

- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde. Assistência ao Pré-Natal, Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher, 2008.

- Governo do Paraná – Secretaria de Saúde/ Mãe Paranaense. Caderno de Atenção ao Pré-Natal – Risco Habitual, 2017.

- Governo do Paraná – Secretaria de Saúde/ Mãe Paranaense. Caderno de Atenção À Saúde da Criança – Aleitamento Materno, 2016.