Diário Oficial
MUNICÍPIO DE MIRASSOL

www.mirassol.sp.gov.br / www.imprensaoficialmunicipal.com.br/mirassol

Publicação Oficial da Prefeitura de Mirassol, conforme Lei Municipal n. 4.095, de 21 de dezembro de 2017

SUMÁRIO

Poder Executivo 2

Outros Atos 2

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL

CNPJ 46.612.032/0001-49

Praça Dr. Anísio José Moreira, nº 2.290, Centro

CEP 15130-065

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

DIVISÃO DE COMUNICAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Telefone: (17) 3243-8120

E-mail: dca@mirassol.sp.gov.br

Site: www.mirassol.sp.gov.br

www.imprensaoficialmunicipal.com.br/mirassol

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de Mirassol poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.mirassol.sp.gov.br

Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/mirassol

As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Mirassol, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, de forma gratuita, é coordenado pelo Departamento de Administração - Divisão de Comunicações Administrativas, sendo este o meio de publicação oficial.

PODER EXECUTIVO

Outros Atos

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Saúde da Mulher

Mirassol, 2024

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
Saúde da Mulher

PREFEITO
Edson Antonio Ermenegildo

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Frank Hulder de Oliveira

CHEFE DE DIVISÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
Ailton Paulo Ramos

ELABORAÇÃO
Camilla da Silva Nunes Santiquio - Enfermeira
Glaucia Cerqueira Simone do Carmo Salvione- Enfermeira
Juliana Tonin Recco da Rocha- Enfermeira
Michel de Souza Vinagre – Médico Ginecologista
Rosana Aparecida daSilva Gonzalez- Enfermeira

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERO.....5
   1.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....6

2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....11
   2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....13
   2.2 SÍFILIS.....13
   2.3 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE.....18

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....21
   3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....23
   3.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....28

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER DURANTE O PRÉ-NATAL.....32
   4.1 FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ E PRÉ NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....33
   4.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM.....34
      4.2.1 PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ NATAL.....34
      4.2.2 CONSULTAS SUSEQUENTES.....44
   4.3 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES 53
   4.4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....57
   4.5 PRÉ NATAL DO(S) PARCEIRO(S).....58
   4.6 PUERPÉRIO.....59

5. ANEXOS
   5.1 ANEXO 1 – FICHA DE PRÉ NATAL.....61
   5.2 ANEXO 2 – MODELO SOAP PARA CONSULTA DE PRÉ NATAL.....66
   5.3 ANEXO 3 - ORIENTAÇÕES AS GESTANTES.....68
   5.4 ANEXO 4 – MODELO SOAP PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO.....71

REFERENCIAS

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Para que a Atenção Básica – AB possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fur população reconheça que as unidades básicas de saúde podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população.

O Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária – Saúde da Mulher visa facilitar o acesso de uasuárias aos serviços de saúde e ampliar a resolutividade das equipes de saúde. O presente documento 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.

O presente trabalho é fruto da iniciativa dos profissionais da Secretária Municipal de Saúde, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem e nortear as ações dos profissionais de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Introdução

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos doPapiloma vírus humano (HPV) (chamados de tipos oncogênicos) (INCA, 2019).

Sabe-se que o câncer de colo uterino é a quarta forma de neoplasia mais frequente no mundo na população feminina. No Brasil, ele ocupa o terceiro lugar, sendo responsável pela morte de 6.385 mulheres em 2017, assumindo a quartaposição no número de mortes ocasionadas por câncer em pessoas do sexo feminino (INCA, 2019).

Em todo o mundo, estima-se que o número de casos de câncer de colo uterino chegue a 527.600 e ocorram 265.000mortes por esta doença. No Brasil, os dados revelam que, anualmente, são diagnosticados 15.590 novos casos, o que representa um risco estimado de incidência de 15,33/100.000 habitantes. Além disso, estima-se que dos casosconfirmados para a doença, 5.160 implicam em mortes (INCA, 2014).

Tendo em vista que o câncer cervical é uma doença totalmente previsível e, em muitos casos, insidiosa, as ações derastreamento são primordiais para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero. O enfermeiro tempapel fundamental para a consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino, poisé um dos responsáveis pela realização deste durante as consultas ginecológicas que realiza.

Atribuições do enfermeiro durante o rastreamento de câncer de colo de útero (na assistência, nos grupos educativose em domicílio) (BRASIL, 2013):

- Realizar consulta de enfermagem e registrar sistematicamente os dados coletados;
- Solicitar exames de acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde/Inca;
- Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas;
- Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, conforme protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou normas técnicas estabelecidas em protocolos;
- Realizar cuidado paliativo, na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Estimular ações de prevenção dos fatores de risco, encorajando a prática de sexo seguro por meio de abordagem daprevenção combinada (múltiplos parceiros aumentam o risco da doença);
- Monitorar as coberturas de vacinação contra o HPV na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde;
- Incentivar hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo (a doença está diretamente relacionada ao número de cigarros fumados) e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente para todos os membros da equipe;
- Supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem no preparo e esterilização de materiais para assistência à mulher;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a realização da coleta de material para exame dorastreamento do câncer de colo;
- Realizar a coleta do exame citopatológico do colo pelo método de Papanicolaou, atividade privativa do enfermeiro;
- Monitorar população feminina na faixa etária para rastreamento no território;
- Acompanhar fluxos com os laboratórios de referência atentando-se para o prazo dos laudos, a necessidade derecoleta, a inserção nos sistemas de produção e acompanhamento (SISCOLO ou SISCAN);
- Supervisionar equipe na busca de casos avaliados de risco que não comparecerem à Unidade, e realizar visitadomiciliar a usuária quando necessário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Atribuições comuns a Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem durante o rastreamento de câncer de colo de útero (na assistência, nos grupos educativos e em domicílio):

- Participar das ações de prevenção dos fatores de risco;
- Incentivar hábitos de vida mais saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo (a doença está diretamente relacionada aos números de cigarros fumados) e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares;
- Realizar cuidado norteado por um plano assistencial elaborado pelo enfermeiro na Unidade de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame citopatológico;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação em saúde;
- Auxiliar no encaminhamento dos exames (logística da unidade).

Faixa etária para o rastreamento do câncer de colo de útero e das lesões precursoras

Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária.

Idade	Início: 25 anos para mulheres que já tiveram atividade sexual a até 64 anos para mulheres com ao menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos. Historico de histerectomia por causa de malignidade continua realizando anualmente, independente da idade. OBS: histerectomia total por benignidade não precisa realizar o exame
Intervalo entre os exames	Após dois exames negativos com intervalos anuais, o exame deverá ser feito a cada 3 anos. Mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico: realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Fonte: INCA, 2018

Para que seja conferida a cobertura do rastreamento da população definida como alvo e sua efetividade, é necessário que haja uma taxa de cobertura de, no mínimo, 80% da população. Isso pode interferir diretamente na mortalidade por câncer de colo do útero, reduzindo pela metade a ocorrência de óbito por esta causa. (PADILHA; ARAÚJO; SOUZA,2017).

1.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro tem um papel singular no processo de promoção à saúde, prevenção e acompanhamento do câncer de colo uterino, sendo a consulta de enfermagem uma ferramenta importante para adesão a acompanhamento à saúde da mulher.

É necessário que as barreiras entre as mulheres pertencentes às populações vulneráveis como as em situação de rua, privadas de liberdade, população lésbica, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros, *queers* e intersex (LGBTQI+), dentre outras, sejam minimizadas, para que elas tenham um acolhimento integral e resolutivo levando em conta suas particularidades (BRASIL, 2016).

Desta forma, a equipe de enfermagem tem papel fundamental neste atendimento.

Anamnese: entrevista

Na entrevista focada, devemos coletar os dados pessoais, como o nome completo ou nome social, idade, peso, altura, raça/cor, escolaridade, estado civil e ocupação atual.

Com relação aos antecendentes pessoais, se possui alguma doença crônica, ou se já teve algum tipo de câncer, se já fez alguma cirurgia, se faz uso de algum medicamento de uso contínuo, se possui alergias, se a situação vacinal está atualizada, os antecedentes ginecológicos, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, se já teve alguma IST, data da última menstruação, tipo de fluxo, regular ou não, se utiliza algum método contraceptivo,

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

orientação sexual,se tem vida sexual ativa, o tipo de parceria sexual, o número de parceiros nos últimos 12 meses, avaliar se a usuária se encaixa em algum quadro de vulnerabilidade, seja ela por violência psicológica, econômica, física, sexual, emocional, abandono familiar ou do parceiro, se vive em situação de rua, se faz uso de algum tipo de substância química como álcool, drogas ilícitas, tabagismo, qual a queixa dela naquele momento e qual a duração, os antecedentes obstétricos, e familiares.

Entrevista para rastreamento do câncer do colo do útero

Data:_____/___/___Horário:_____

Nome completo:_____

Nome social: _____

Idade: _____ Raça/cor: _____ Estado civil:_____

Escolaridade:_____ Ocupação atual:_____

Coleta de dados

Antecedentes pessoais: (HAS, DM, CA, etc.): _____

Antecedentes ginecológicos: (IST, etc): _____

Antecedentes obstétricos: G_____ PV_____ C___ A___ Gemelaridade ( ) Nulípara ( )

Antecedentes familiares: (HAS, DM, CA, etc.)

Orientação sexual: heterossexual ( ) homossexual ( ) bissexual ( )

Menarca:_____anos Coitarca: anos Atividade sexual: sim ( ) não ( )

Parcerias sexuais: homem ( ) mulher ( ) travesti/transexual ( )

Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:

DUM:_____ MAC: _____ Há quanto tempo? _____

Uso de preservativo? feminino ( ) masculino ( )

Não, por quê? _____ Ciclo menstrual: regular ( ) irregular ( )

Fluxo menstrual/quantidade: pequena ( ) média ( ) grande ( )

Vulnerabilidades:_____

Violências: psicológica ( ) física ( ) econômica ( ) sexual ( ) emocional ( )

Abandono familiar/parceiro ( )

Situação de rua: sim ( ) não ( )

Uso de substâncias químicas: álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) anfetaminas ( ) tabagismo ( ) não ( )

Sim, há quanto tempo?_____ Quantidade/dia: _____

Drogas ilícitas injetáveis ( ) Tempo de uso:_____

Drogas ilícitas inaláveis ( ) Tempo de uso:_____Outros ( ) _____

Cirurgias:_____

Terapia medicamentosa:_____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Alergia:_____

Imunização:_____

Queixas comuns:_____

Carimbo, assinatura

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Exame físico específico:

O exame físico deve focar na investigação de sinais e sintomas que possam ser detectados e tratados precocemente, na própria unidade ou através de encaminhamento a serviços de referência

Exame específico para rastreamento do câncer do colo do útero

- **Exame do abdome:** inspeção e palpação em busca de sinais de peritonite, massas abdominais, sinais doloro-sos;
- **Exame da genitália externa:** inspeção da distribuição dos pelos pubianos, grandes lábios, monte pubiano e períneo; com as mãos enluvadas, separar os grandes lábios e inspecionar clitóris, meato uretral e abertura va-ginal, observando cor da pele, se há ulcerações, nódulos labiais, secreção, prolapso uterino. Observar a área das glândulas de skene
- **Exame vaginal e de colo uterino:** observar características do colo e parede vaginal, presença de secreção ou lesões, conforme descrição na técnica de coleta de exame citopatológico
- **Toque vaginal bi manual:** não deve ser realizado rotineiramente pelo enfermeiro, tendo sua execução res- trita quando houver suspeita de câncer de colo uterino, doença inflamatória pélvica (DIP), sangramentos disfuncionais, presença de massas ou alterações detectadas à palpação de abdome (FLORIANÓPOLIS, 2017). Quando recomendado, deveser realizado após exame especular. Deve-se afastar lábios maiores e menores, introduzindo os dedos médio e indicador no canal vaginal, explorando as paredes vaginais, cérvice e fundo de saco, pesquisando alterações e tumorações. A outra mão é posicionada sobre o baixo ventre da mulher, realizando leve compressão, a fim de delimitar útero para posterior descrição de sua forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. A dor à mobilização do útero pode ser sugestiva de DIP ou endometrite/pelviperitonite;
- **Por fim, avaliar o tônus e a capacidade contrátil da musculatura do assoalho pélvico.**

Exame citopatológico do colo uterino

As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas e podem ser detectadas através da realização periódica do exame citopatológico, principal estratégia de rastreamento utilizada no Brasil, e confirmadas pelacolposcopia e exame histopatológico (INCA,2018).

O exame citopatológico é composto pela citologia cervical associado a outras técnicas, tais como: exame clínico e especular.

Além disso, este exame é dependente do processamento clínico-laboratorial, que envolve a coleta inadequada, preparação defeituosa da lâmina ou em erros de rastreio microscópico e variação na interpretação das amostras coletadas pelos patologistas, que prejudicam as ações de rastreamento na população.

Mulheres idosas e/ou menopausadas que não tem relação sexual ou apresentam atrofia da musculatura está indicado o uso de estriol tópico.

- Estriol creme vaginal – fazer uso de 1 medida via vaginal por 20 noites e após 2 a 3 vezes na semana (dose manutenção)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Plano de cuidados

Encaminhamento 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: 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. • Células endometriais alteradas 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).
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.
Estímulo às ações de prevenção primária	• Oferta de vacinação contra HPV para a população feminina e masculina entre 9 e 14 anos e portadores do vírus HIV independente da idade • 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).
Ações de vigilância em saúde	• Realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso; • Seguimento de casos alterados.
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, espermicidas ou medicamentos vaginais,ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Adequabilidade da amostra

Uma amostra satisfatória deve apresentar células em quantidade representativa dos epitélios presentes em endocérvice e ectocérvice (representativa da JEC), bem distribuídas e fixadas adequadamente.

A amostra insatisfatória tem a avaliação prejudicada por material acelular ou hipocelular e por leitura prejudicada por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular.Devendo ser coletada uma nova amostra em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivouo resultado insatisfatório (INCA, 2016).

Recomendações diante dos resultados de exames normais

Diagnóstico citopatológico	**Conduta inicial**
Dentro dos limites da normalidade Metaplasia escamosa imatura Escamoso Glandular Metaplásico maduro	Seguir rotina de rastreamento citológico.
Reparação	
Inflamação sem identificação doagente; Alterações celulares benignas (reativasou reparativas). **Achados microbiológicos** • *Lactobacillus sp;* • Cocos; • Bacilos supracitoplasmáticos (*Gardnerella / mobiluncus)* • *Candida sp.* • *Actinomyces sp.*	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal ***Actinomyces:*** Bactéria encontrada no trato genital de usuárias de DIU (cerca de 10% a 20%); raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: **não se trata e não se retira o DIU** (Dispositivo Intrauterino).
Achados microbiológicos • *Clamydia sp;* • Efeito citopático compatível comvírus do grupo herpes; • *Trichomonas vaginalis;* • *Gonorreia*	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 microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados: **Herpes Vírus:** recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital conforme capítulo de ISTs; ***Clamydia, Gonococo e Trichomonas:*** Mesmo que sintomatologia ausen te (como na maioria dos casos por *Clamydia* e *Gonococo*) seguir esquema de tratamento de mulher e parceiro, além das orientações e sorologias conforme capítulo de ISTs;
Atrofia com inflamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico;
Indicando radiação	Seguir a rotina de rastreamento citológico; O tratamento radioterápico deve ser mencionado na requisição do exame.
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	Seguir a rotina de rastreamento citológico;

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são consideradas como um agravo para a saúde pública com repercussãoe danos sociais, econômicos e sanitários (MAGALHÃES, *et al.* 2013).

As ISTs são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, protozoários e fungos), sendo transmitidas principalmente pelo contato sexual e mais raramente pela corrente sanguínea. Vale salientar que a transmissão dasISTs pode acontecer da mãe para o feto durante a gravidez, parto ou amamentação (BRASIL, 2019).

A APS tem papel fundamental na prevenção, detecção e controle das ISTs, não somente o tratamento imediato, mas a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de outras ISTs e complicações decorrentes das infecções (BRASIL,2019).

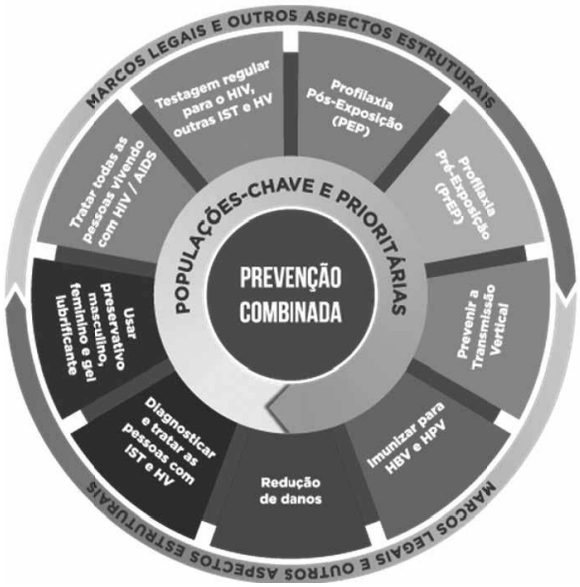
Estratégias e ações para o combate às ISTs

A manutenção de uma IST, assim como sua disseminação e seu surgimento depende de um conjunto de fatores, como: a eficácia da transmissão; as taxas de variação de parceria sexual, aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais; duração da infecção, qualidade da rede de saúde e acesso aos serviços (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, destacam-se também as denominadas "populações prioritárias" referentes aos segmentos com vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais (PCDT, 2015).

As estratégias e ações para o combate às ISTs são guiadas pelo conceito de prevenção combinada, a qual preconiza uma oferta conjugada e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, centrada na necessidade e concordância de cada pessoa (Cuidado centrado na pessoa) (BRASIL, 2018).

A prevenção combinada abrange o uso de preservativo masculino e feminino, uso de gel lubrificante, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs, testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, profilaxia pós-exposição (PEP)e pré-exposição (PrEP) ao HIV, imunização para HPV e hepatite B, prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B, tratamento antirretroviral para todas as PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS), redução de danos, entre outros. (São Paulo, 2017). Cabe ainda ressaltar a importância da prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que incluem a anticoncepção de emergência, a administração de medicações profiláticas às ISTs e a assistência psicossocial, entre outros (BRASIL, 2012).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Destaca-se, nesse contexto, o papel da equipe de enfermagem, que é imprescindível nesta área da APS, não somentena triagem através dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais (Cofen, 2016), mas também fundamental para a redução da transmissão vertical, durante a consulta de enfermagem realizada pelo enfermeiro (Brasil, 1986). A políticanacional da Atenção Básica (PNAB) é clara quando estabelece que o enfermeiro tenha como atribuição:

> *"Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar examescomplementares, prescrevermedicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelogestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão(BRASIL, 2017).*

ATRIBUIÇÔES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Atribuições do enfermeiro

- Organizar, planejar e supervisionar ações para diagnóstico, tratamento, acompanhamento, monitoração eprevenção de IST na APS;
- Realizar aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações daassistência;
- Participar do estabelecimento de parcerias com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde para continuidade do cuidado;
- Oportunizar o diagnóstico precoce das ISTs na realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B eC e emissão de laudo dos testes realizados pelo mesmo e/ou por técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Realizar aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- Realizar a solicitação de exame para confirmação de diagnóstico, encaminhamentos, agendamentos e eventosque necessitem de sua supervisão ou orientação;
- Realizar prescrição de tratamento adequado das IST aos usuários;
- Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais dos usuários com esses agravos;
- Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao usuário com IST, levando em conta o contexto pessoal,familiar e social em que a doença se desenvolve;
- Realizar encaminhamento dos casos que não competem à Atenção Primária à Saúde, realizando acompanhamento conjunto;
- Realizar no contexto da equipe ações de prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV;
- Promover ações para adesão das gestantes e parceiro e oferecer o teste para sífilis, para hepatite B e para oHIV, a todas as gestantes da área de abrangência da unidade, realizando aconselhamento pré e pós-teste;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.

Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem

- Realizar a coleta de sangue para encaminhamento ao laboratório de referência na medida em que a unidadeesteja organizada para essa atividade;
- Organizar e acondicionar o material coletado para envio ao laboratório de referência;
- Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico;
- Participar das ações de vigilância epidemiológica pertinentes a cada caso;
- Realizar testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites virais sob a supervisão do enfermeiro, encaminhandoprontamente os usuários com resultado reagente;
- Realizar vacinação contra hepatites B e A e HPV, seguindo normas do programa nacional de imunização ecalendário vacinal;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- Participar da busca ativa de novos casos;
- Registrar o procedimento, as orientações e os cuidados realizados em prontuário finalizando com assinaturae carimbo;
- Contribuir e participar de atividades de educação permanente;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível da sua qualificação;
- Orientar os usuários na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem ou médicas;
- Participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo.

2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Anamnese

O uso da abordagem centrada na pessoa e de habilidades na comunicação para este momento tanto na abordagem dos portadores de ISTs como com seus(suas) parceiros(as) é fundamental, pois deve focar no aconselhamento comoferecimento de testes rápidos para HIV, hepatites B e C e sífilis, assim como na percepção dos indivíduos sobre a necessidade do cuidado e proteção não somente individual, mas de seus(suas) parceiros(as), prevenindo assim natransmissão e reincidência da IST, estimulando a adesão ao tratamento. Além disto, é fundamental que se discuta aexistência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, também suscetíveis a graves complicações.

É fundamental seguir os princípios básicos do método de comunicação das parcerias sexuais: a confidencialidade, a ausência de coerção, a proteção contra discriminação e a legalidade da ação, devendo ser voluntária a comunicaçãoàs parcerias sexuais pelo caso índice e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento[2] .

Em situações nas quais o caso índice se recusar a fazer a comunicação às parcerias ou impedir que o profissional de saúde o faça, ou ainda havendo risco à saúde da parceria e/ou outros (como um concepto), em último caso, esgotadas todas as possibilidades, esta poderá ser feita pelo profissional de saúde. A decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com os princípios éticos (Brasil, 2015).

A comunicação por busca ativa só ocorrerá quando se esgotarem todos os recursos disponíveis. As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser priorizadas para busca ativa. (Brasil, 2019).

Exames solicitados pelo enfermeiro para ISTs

Testes rápidos preferencialmente
• Sorologia HIV;
• Sorologia hepatite B;
• Sorologia hepatite C;
• Sorologia sífilis

2.2 SÍFILIS

A sífilis é causada por infecção bacteriana cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*. É transmitida principalmentepelo contato sexual, sendo que muitos permanecem assintomáticos. Na ocorrência de sintomas, estes são pouco percebidos ou valorizados, dificultando o tratamento e aumentando o risco da transmissão aos parceiros sexuais.

A ausência do tratamento pode colaborar com formas mais graves desta infecção, comprometendo diversos órgãos e sistemas, sobretudo, o nervoso e o cardiovascular.

Em gestantes, a transmissão transplacentária ao feto pode chegar a 80%, podendo ocorrer também durante o partovaginal se existir lesão. O acometimento fetal varia pelo tempo que ele foi exposto, podendo evoluir para parto prematuro, morte intrauterina ou neonatal. (Brasil, 2019)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Classificação clínica da sífilis, manifestações clínicas de sífilis adquirida.

Sífilis recente (até dois anos de evolução)		
	Incubação	**Manifestações clínicas/evolução**
Primária	De 10 a 90 dias (médiade três semanas)	Início com lesão primária única e indolor, evoluin-do em alguns casos para múltiplas lesões, podem estar acompanhadas de **linfadenopatia regional.** A lesão tem borda definida e regular, base endurecida e fundo limpo, **(cancro duro)** rica emtreponemas, com duração de três a oito semanas e desaparece independente do tratamento, desse modo o indivíduo supõe estar curado.
Secundária	De 6 semanas até 6 meses após cica-trização da lesão inicial (podendo se estender por até 2 anos)	Lesões cutaneomucosas, (roséola, placas muco- sas, sifílides papulosas, sifílides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) com erupção macular eritematosa dis-creta principalmente em tronco e raiz dos mem- bros, progride para pápulas eritematosas acasta- nhadas na região plantar e palmar, linfadenopatiageneralizada. Quadros neurológicos, oculares, hepáticos e sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia são comuns. Os sinais e sintomas desaparecem em algumas semanas, independente do tratamento trazendo errônea interpretação de cura.
Latente recente		Assintomática, a maior parte dos diagnósticosocorre por meio de exames laboratoriais. Tem evolução de até dois anos podendo apresen-tar lesões características de secundária (25% doscasos).
Sífilis tardia (mais de dois anos de evolução)		
Latente tardia	Assintomática, os diagnósticos ocorrem após dois anos da infecção inicial e por meio deexames laboratoriais.	
Terciária	Entre 2 e 40 anos da infecção inicial (15 a 25%) dos casos não tratados.Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-ar-ticulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente daporção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, *tabes dorsalis* e quadros demenciaiscomo o da paralisia geral.	

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS

Os testes para sífilis podem ser utilizados para triagem de pessoas assintomáticas ou para diagnóstico em pessoas sintomáticas, nas quais a anamnese e o exame físico devem ser cuidadosos.

Testes diretos

O diagnóstico é realizado por meio de exames diretos, pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras da lesão. Tendo em vista que o Brasil vive uma epidemia de sífilis, é recomendado que toda erupção cutânea sem causa determinada seja investigada com teste para sífilis, preferencialmente teste rápido (BRASIL, 2019).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Testes **imunológicos**

Treponêmicos: São testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum.* São os primeiros a se tornar reagentes e em 85% dos casos permanecerão reagentes por toda a vida do indivíduo mesmo que este realize tratamento, por isso não são indicados para monitorar a resposta ao tratamento.

São inúmeros tipos de testes: Testes rápidos (fácil execução e podem ser realizados na consulta) que utilizamprincipalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP); Hemaglutinação (TPHA); aglutinação de partículas (TPPA); micro-hemaglutinação (MHA); imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e os ensaios imunoenzimáticos (ELISA e CMIA).

Não treponêmicos: Detectam anticorpos não específicos para o antígeno do *T. pallidum*, por meio da diluição em fator dois da amostra, até que não haja mais reatividade do teste. São expressos em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.), utilizados como diagnóstico e também para monitorar a resposta ao tratamento e controle da cura. A queda dos títulos índica sucesso no tratamento. São utilizados o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (do inglês *Rapid Plama Reagin*) e USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*).Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta.

Treponêmico (1º teste)	**Não treponêmico (2° teste)**	**Possíveis interpretações**	**Conduta**
Reagente	Reagente	Diagnóstico de sífilis: Classificação do estágio clínico a ser definido de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: Caso tenha tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Reagente	Não reagente	Neste caso deve ser realizado um terceiro teste treponêmico diferente do primeiro. **Reagente:** diagnóstico desífilis ou cicatriz sorológica. **Não reagente:** considera- se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. **Indisponibilidade de outro teste treponêmico:**avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica ou excluído o diagnóstico de sífilis, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Não reagente	Não realizar teste comple- mentar se o primeiro testefor **não reagente** e não houver suspeita clínica de sífilis primária. EXCETO EM GESTANTES	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta em 30 dias. Nos casos em que o diagnóstico de sífilis seja o mais provável devido a clínica do paciente, o tratamento deve ser instituído.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Tratamento de sífilis

A medicação de escolha para o tratamento da sífilis é a benzilpenicilina benzatina (por via intramuscular, região ventroglútea, preferencialmente). O esquema terapêutico alternativo é o uso de doxiciclina via oral. A penicilina éa única droga com eficácia documentada na gestação (gestante com alergia comprovada deve ser encaminhada paracentro de referência, para dessensibilização).

Qualquer tratamento diferente realizado na gestação é considerado tratamento inadequado; logo, o recém-nascidoserá notificado como sífilis congênita.

Compete à equipe multiprofissional garantir o tratamento adequado, bem como anotação em caderneta da gestantee prontuário de Pré-Natal, assim será evitado que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a vinculação mãe-bebê.

É preconizado teste rápido de sífilis na primeira consulta de Pré-Natal. Na ocorrência de resultado reagente, deverão tanto gestante quanto seu parceiro sexual ser tratados concomitantemente, mesmo sem a realização do teste não treponêmico. Há evidências de que os benefícios ultrapassam o custo e o risco do tratamento.

É importante destacar que, devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico)para as seguintes situações independentemente dos sinais e sintomas:

- Gestantes;
- Vítima de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento;
- Pessoas com sinais e/ou sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A seguir temos o quadro de tratamento da sífilis de acordo com a classificação clínica:

Tratamento e monitoramento de sífilis

Estadiamento	Esquema terapêutico	Seguimento com teste não treponêmico
Sífilis primária	Benzilpenicilina benzatina;4,8 milhões UI – IM (**dose total**); Em dose (1,2 milhão UI em cada glúteo), repetida após 1 semana	Trimestral; (Gestante mensal).
Sífilis secundária e latente recente (menos de 1 ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina;4,8 milhões UI – IM (**dose total**); Em dose (1,2 milhão UI em cada glúteo), repetida após 1 semana	Trimestral; (Gestante mensal).
Sífilis latente tardia, terciária ou evolução com tempo indeterminado ou desconhecido	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI; IM (**dose total**); 1x/semana por 3 semanas;(1,2 milhão em cada gluteo).	Trimestral; (Gestante mensal).

Fonte: Adaptado DCCI/SVS/MS - PCDT (2019)

Prescrição pelo enfermeiro e administração do tratamento pela equipe de enfermagem.

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara, 0,002% (BRASIL, 2015b).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Em nota técnica (Cofen/CTLN Nº 03/2017), o Cofen deixa claro que:

1. A penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das UnidadesBásicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem.

2. Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais, distrito federal ou em rotina aprovadapela instituição de saúde.

3. A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzantina por profissionais de enfermagem.

Portanto, o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica, desde que haja o suporte para o atendimento de urgência para eventuais situações que podem ocorrer com quaisquer medicações e/ou vacinas.

Monitoramento

O controle deve ser feito com coletas trimestrais pelo período de um ano, sendo que em gestantes o teste não treponêmico deve ser realizado mensalmente, até o nascimento e até um ano após o nascimento, trimestralmente.

Segundo o protocolo PCDT 2019 (protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas), utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda de titulação em 2 diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em 2 diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

Quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, mais rápida será a diminuição dos anticorpos circulantes e consequentes negativação e estabilização dos testes não treponêmicos.

Critérios de retratamento

Após tratamento adequado, se não ocorrer diminuição da titulação em 2 diluições no intervalo de 6 meses (sífilisrecente, primária e secundária) ou não ocorrer diminuição da titulação em 2 diluições no intervalo de 12 meses (sífilis tardia), deve-se retratar.

Outro critério de retratamento é o aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4para 1:16) ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliarqueda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

2.3 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

2.4 Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite

Causa	Agente etiológico	Manifestações clínicas	Tratamento medicamentoso	Gestantes e nutrizes	Observações
Candidíase vulvovaginal	*Candida albicans* (mais frequente); *Candida spp.*	Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo uterino; • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; • Edema de vulva; • Dispareunia de introito; • Disúria. • Ardência Período de incubação: 2 a 5 dias.	A 1ª escolha é a via vaginal: • Miconazol creme a 2% - um aplicador (5g) à noite, via vaginal ao deitar-se, por 7 noites; **ou** A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistentes ao tratamento tópico: • Fluconazol, 150 mg, VO, dose única	Miconazol creme a 2% um aplicador (5g) à noite, via vaginal, ao deitar-se, por 7 dias; Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação.	**Orientar medidas higiênicas:** • Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • Evitar calças apertadas; • Retirar roupa íntima para dormir; • É comum durante a gestação, apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Vaginose bacteriana	*Gardnerella vaginalis;* *Mobiluncus spp.;* *Bacteroides spp.;* *Mycoplasma hominis;* *Peptococcus* e outros anaeróbios.	• Secreção vaginal acinzentada, cremosa, odor fétido, mais acentuada após o coito e durante o período menstrual; • Dispareunia. Sem sintomas inflamatórios	**1ª ESCOLHA** **Via intravaginal:** Metronidazol, gel vaginal 100 mg/g, 1 aplicador (5g), 1x dia, por 7 dias. **Via oral:** Metronidazol, 250mg, VO, 2 a cada 12 horas por 7 dias;	Metronidazol gel vaginal 100mg/, à noite ao deitar-se, por 7dias.	**Orientar medi-das higiênicas:** • Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vagi-nal); • Evitar calças apertadas; • Retirar roupa íntima para dormir. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Tricomoníase	*Tricomonas vaginalis*	Secreção vaginal, espumosa, amarelo esverdeada efétida; • Queimação e prurido vulvovaginal intenso; • Sinusiorragia (sangramento relacionado a atividade sexual); • Dispareunia; • Edema vulvar; • Disúria pouco frequente; • Eritema vaginal; • Colo uterino com petéquias e em "framboesa". Período de incubação: 5 a 28 dias.	Metronidazol, 2g, VO, dose única; **ou** Metronidazol, de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrizes): Metronidazol,2g, VO, dose única; **Evitar tratamento de dose unica em gestantes** **ou** Metronidazol, de 250 mg, 2 cp, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	Orientar quantoao efeito antabuse - não fazer uso de bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento. Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais. Manter o tratamento durante a menstruação. As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico - **obrigatoriamente**

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Introdução

A sexualidade faz parte de todo ciclo vital do ser humano, por isso é importante conhecer o seu significado para enten-der os diferentes aspectos de comportamentos encontrados, visto que a sexualidade está inserida na história e cultura das pessoas. Na história da sexualidade, não se pode descartar sua relação com a saúde, principalmente nas questões das IST (infecções sexualmente transmissíveis), e com o planejamento familiar. (RAPATÃO, 2015)

No Brasil, o conceito de "direitos reprodutivos" começou a ser formulado a partir da reflexão das mulheres e passou a ser empregado no início dos anos 1980. Em 1994, o conceito foi consagrado através da conferência internacional sobre população e desenvolvimento (CIPD) que foi realizada na cidade do Cairo, no Egito, e que enfatizou os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010; LEMOS,2014).

Nesta mesma conferência, foi definido o conceito de saúde sexual:

> *"A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segurada, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais.A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações". (BRASIL, 2010, p.15)*

Já o conceito "direitos sexuais", tem uma história contemporânea, originada nos movimentos de gays e lésbicas emfavor das chamadas sexualidades alternativas, e abrangendo fundamentalmente o exercício da vivência da sexualida- de, da livre escolha de parcerias e práticas sexuais sem constrangimento ou discriminação (LEMOS, 2014). Os direitossexuais e reprodutivos foram reafirmados e avançaram como Direitos Humanos a partir de acordos internacionais firmados na IV conferência mundial sobre a mulher, realizada em 1995 em Pequim (XAVIER, ROSATO, 2016).

As ações de planejamento familiar relacionadas à preconcepção e métodos de contracepção foram asseguradas no Brasil através da Lei n° 9.263 de 1996, que trata dos direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 1996).

O efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem de forma plena a saúde sexual e reprodutiva e que têm na APS uma das suas ações prioritárias.

Segundo o Ministério da Saúde:

> *[...] isso exige uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade, lembrando que, no contexto atual, as famílias assumem diferentesconformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos. (2013, p. 09).*

Dessa forma, o profissional de enfermagem deve estar instrumentalizado para o atendimento e promoção da saúdenas questões da saúde sexual e reprodutiva, visto que ainda permanecem grandes tabus que envolvem a temática,incluindo a necessidade de maior ênfase na formação de profissionais.

Atribuições da equipe de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva

No trabalho da enfermagem na APS, as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos — gravidez não planejada, aborto, infertilidade, planejamento reprodutivo e violência — necessitam que desafios sejam superados, uma vez que a compreensão da sexualidade está marcada por preconceitos e tabus dificultando a superação de barreiras relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

As intervenções relacionadas à saúde sexual e reprodutiva devem cumprir as normas relativas à qualidade

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

da atenção, baseada nas evidências científicas e prestar-se de forma respeitosa e positiva. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem da APS esteja instrumentalizada para captar e atender às demandas da população de mulheres, jovens e homens sob sua responsabilidade.

Atribuições do enfermeiro

- Proporcionar condições que favoreçam o estabelecimento de vínculo com o usuário;
- Qualificar e sensibilizar os profissionais envolvidos no atendimento, reforçando o conceito amplo da sexualidade, incluindo a diversidade da população que é atendida na APS, construindo conceitos e desconstruindo preconceitos;
- Realizar visita domiciliar ou consulta de enfermagem, atentando-se para o levantamento do histórico de enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem na saúde sexual com a escuta qualificada;
- Identificar grupos de risco, abuso de substâncias químicas, álcool e tabagismo;
- Pesquisar e identificar comorbidades existentes (hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, etc.);
- Encaminhar para grupos de apoio, psicólogo, assistente social, serviços secundários para o tratamento de álcoole drogas – garantindo acesso com encaminhamento realizo pelo enfermeiro, sem a necessidade do encaminhamento feito pelo médico.
- Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a prevenção das mesmas. Orientar e oferecer preservativos (tanto masculino, quanto feminino);
- Realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima, qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados;
- Ofertar, indicar, prescrever e realizar exames de rastreamento de câncer de mama, útero, colo de útero, conforme idade e recomendação do ministério da saúde;
- Ofertar e realizar testes rápidos diagnósticos, observando comportamento de risco e vulnerabilidade;
- Monitorar e avaliar a aderência ao tratamento de pacientes já diagnosticados com HIV, sífilis e hepatites virais;
- Realizar e orientar quanto às atitudes para redução de danos, ofertando insumos e condições disponíveis no município, podendo encaminhar aos programas existentes dentro da rede de saúde;
- Aconselhamento reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos, incentivando a participação na decisão indivi dual ou do casal, caso essa seja a escolha;
- Verificar indícios de violência ou sofrimento psíquico, orientando e encaminhando aos serviços de apoio (serviço social), assim como o tipo e as condições de moradia e sustento;
- Identificar a existência do desejo de adotar ou ter filhos, indicando exames necessários e encaminhando ao serviço social para melhor orientação e, caso necessário, encaminhar para o serviço de reprodução assistida;
- Acompanhar o processo de preconcepção e Pré-Natal;
- Envolver a família no cuidado e atenção à saúde, formando pontos de apoio familiar, quando expresso esse desejo.

Atribuições comuns de técnico e auxiliar de enfermagem na área:

- Verificar e cadastrar o nome social quando esse for solicitado;
- Acolher o paciente que procura o serviço, procurando identificar a queixa e transmití-la ao enfermeiro e equipe de saúde;
- Realizar a busca ativa, em parceria com o agente comunitário de saúde (quando houver), daqueles pacientes que não tem contato com o serviço, procurando estabelecer o vínculo e confiança para facilitar o acesso;
- Verificar a situação vacinal atual e encaminhar à sala de vacina, caso haja necessidade;
- Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e sua prevenção. Orientar e oferecer preservativos(tanto masculino, quanto feminino).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

O papel da enfermagem na saúde sexual e reprodutiva

Para a plena efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário reconhecer as necessidades em saúde repro- dutiva. Isso pode ser feito por meio de uma pergunta-chave a ser feita a todas as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade) em todos os momentos de contato com o serviço de saúde: "Você gostaria de engravidar no próximo ano?".

Caso a resposta seja "não", identifica-se a necessidade por contracepção e a mulher/casal deve ser direcionada(o) às ações de aconselhamento contraceptivo e disponibilização de métodos contraceptivos.

Caso a resposta seja "sim", a mulher/casal deve ser direcionada(o) às ações de cuidado pré-concepcional. Caso a mulher/casal não saiba(m) responder ou não tenha(m) certeza do que querem, deve haver uma conversa franca sobre o que esperam em relação a sua reprodução num período futuro mais curto ou devem ser direcionados para um cuidado que mescle ações de contracepção com ações de cuidado pré-concepcional (BELLANCA ET AL. 2013; HALL ET AL.2015).

Dessa forma, será possível integrar as ações de planejamento reprodutivo com as de preparo para engravidar.

A enfermagem tem papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Isso porque os profissionais de enfermagem podem possibilitar acesso à informação e aos diferentes métodos contraceptivos, diminuindo amedicalização quando possível.

No Brasil, temos alto índice de morbimortalidade materna e neonatal decorrente de gestações não planejadas e abortos ilegais. Uma das formas de diminuir esses índices é investir na ampliação do acesso aos métodos contraceptivos.Dessa forma, o ministério da saúde tem ampliado em suas políticas públicas a atuação do enfermeiro nessa área.

Com base no cuidado centrado na pessoa, o enfermeiro promove o aconselhamento reprodutivo, com escuta e vínculo com o objetivo de promover os direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, fornece informações para o autoconhecimento do corpo e escolha de métodos conceptivos ou contraceptivos.

A depender da decisão da mulher e/ou casal, o enfermeiro tem total autonomia para conduzir todo o processo de planejamento reprodutivo, como no caso dos métodos de barreira (preservativos masculino e feminino) e método não hormonal, como o Dispositivo intrauterino

Dessa forma, podemos dizer que o enfermeiro pode atuar em três pilares:

- Educação em saúde;
- Aconselhamento reprodutivo – Prescrição de ácido fólico/metilfolato
- Implementação e avaliação do método (a depender da escolha da mulher).

Ainda de acordo com o parecer Cofen n° 278/2017, este conclui que não existe impedimento legal para que o enfermeiro realize consulta de enfermagem no âmbito do planejamento familiar, com indicação, inserção e retirada de DIU,desde que este profissional seja devidamente treinado para execução desta técnica.

3.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A consulta de enfermagem é parte fundamental na saúde sexual e reprodutiva. Por se tratar de um tema de foro íntimo e pessoal, é muito importante que o enfermeiro estabeleça vínculo e mantenha um ambiente acolhedor.

Na consulta de enfermagem, devemos contemplar:

Anamense - entrevista

- Idade;
- Procedência (urbana ou rural);
- Escolaridade
- Estado civil;
- Religião;
- Idade da primeira relação sexual;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- Motivo da consulta (aconselhamento reprodutivo, necessidade de métodos contraceptivos, desejo de engravidar)/ queixas (dispareunia, baixa lubrificação vaginal, dificuldade de orgasmo, falta de desejo, vaginismo, etc.);
- Conhecimento do corpo feminino e dos órgãos sexuais;
- Religião e sexualidade;
- Vida sexual atual;
- Data da última menstruação (orientar para que sempre anote; esta atitude facilita o cálculo da idade gestacional);
- Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidasquanto à sexualidade e à saúde reprodutiva;
- Identificação de dificuldades quanto às relações sexuais ou de disfunção sexual;
- Identificação da data da última coleta da citologia oncótica e mamografia;
- Realizar a entrevista com acolhimento e escuta, com cuidado centrado na pessoa, uma vez que a sexualidade é algopessoal e íntimo para mulheres/casais.

Exame físico específico

- Sinais vitais;
- Dados antropométricos (peso e altura);
- Atenção para desnutrição, sobrepeso ou obesidade e/ou alterações dos dados vitais;
- Exame de mamas
- Exame ginecológico e realização da citologia oncótica caso seja necessário.

Escolha de métodos contraceptivos- Mulheres com necessidade de contracepção

Em caso de reconhecimento da necessidade por contracepção, o(a) enfermeiro(a), durante a consulta de enfermagem, poderá subsidiar a mulher/casal na escolha do método anticoncepcional considerando, em primeiro lugar, suas intenções reprodutivas e suas escolhas contraceptivas, respeitando as contra indicações relativas e absolutas de cada método e os critérios clínicos de elegibilidade.

Na consulta de enfermagem, é importante associar o histórico e a preferência individual com um adequado levantamento de riscos cardiovasculares e comorbidades, patologias crônicas, uso de medicações, dentre outras. Aescolha do método está condicionada aos critérios de elegibilidade estipuladas pela OMS. O enfermeiro, atuando em equipe multiprofissional, é fundamental no processo de informações de cada método e da escolha adequada àsnecessidades de cada mulher.

A atenção em anticoncepção é norteada pela oferta de informações, de aconselhamento, visando à integralidade e longitudinalidade do cuidado com a apresentação de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, num contexto de escolha livre e informada.

É imprescindível oferecer todas as opções de métodos contraceptivos nos serviços de saúde, respeitando as preferências da mulher / casal, que devem se basear:

- Efeitos Adversos;
- Facilidade de uso para a mulher/casal;
- Reversibilidade;
- Proteção contra ISTs / HIV;
- Fatores individuais: fase da vida, condições econômicas, clínicas, padrão de comportamento sexual, desejosreprodutivos, fatores religiosos e culturais e sentimentos como medo, dúvidas e vergonha

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Quadro 7: Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

Categoria	Avaliação clínica	Pode ser usado?	Quem pode prescrever?
Categoria 1	Pode ser usado em quaisquer circunstâncias.	Sim	Médico / Enfermeiro
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	Sim	Médico/ Enfermeiro
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 (uso inaceitável).	Não	

FONTE: OMS, 2018. Adaptado a partir de Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, p. 161.2016

Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) do ponto de vista clínico para cada pessoa. Segue a lista com as recomendações dos métodos disponíveis no SUS:

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Critérios de Elegibilidade de contraceptivos por condição clínica

Condição atual	Contracep-tivo oral*	Anticoncepcional injetável		Mini pílula	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 utili-zado pela dupla proteção, entre eles vírus Zika)
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 ne-cessário paraa segurança do método o acompanha-mento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 80-89 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS>180 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

História atual de TEP/TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (Prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método)3 (Manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método)3 (Manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos **ou** com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	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 (manutençãodo 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 anti-convulsivantes**	3	2	1	3	1	

FONTE: Adaptado OMS (2010).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Legenda:

A – O DIU de cobre é categoria 2.

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 demedroxiprogesterona 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, desdeque 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 (usuáriadesenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras ISTs que não as listadas na letra.

Notas:

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

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

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

Ministério da Saúde, procurando ampliar a oferta de métodos contraceptivos, incluiu doses de contracepção de emergência (normatizada desde 1996) na aquisição federal de medicamentos. Objetivou-se ampliar seu fornecimento em todas as situações de risco de gravidez, além da prescrição para casos de violência sexual, que já ocorre desde 2002. Nesta política foi incluída também, a atenção à saúde do adolescente.

O Enfermeiro como integrante da Equipe de Saúde, participa das várias etapas do Programa Integral à Saúde da Mulher (Planejamento Familiar) e Adolescente, podendo dessa forma realizar prescrição e aconselhamento do contraceptivo de emergência, baseado na Lei nº 7.498/86 A rt. 11, Inciso II, Alínea “c”, no Decreto nº 94.406/87 e na sistematização da assistência de Enfermagem. É indispensável que se tenha capacitação técnica e que os procedimentos sejam executados conforme protocolo institucional, garantindo o acesso a todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada.

Qualquer mulher pode usar a contracepção de emergência desde que não esteja grávida. Deve ser usada apenas em situações de emergência, como por exemplo: estupro; ruptura de preservativo ou diafragma; expulsão do DIU; esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestogênio; relação sexual no período fértil em casais usuários de abstinência periódica (ritmo, Billings entre outros).

Anticoncepção de Emergência (AE)		
Levonorgestrel – DIA D	0,75mg/comprimido	2 cp VO – dose única

3.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A gestação não planejada ou não desejada é um constante desafio durante os atendimentos nos serviços de saúde.

A alta proporção de mulheres que usam métodos contraceptivos no país e a taxa de gravidez não desejada continuaelevada e inúmeros aspectos podem contribuir para isto como a inadequação da oferta dos insumos contraceptivosnos serviços de Atenção Básica à saúde, ações educativas e de aconselhamento em contracepção pouco eficazes, ou até mesmo ausentes; e a falta de definição de fluxos e protocolos para atender às necessidades

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

contraceptivas de mulheres,homens e casais (BORGES, 2017).

Desta forma, este protocolo se propõe a nortear uma assistência de enfermagem sistemática e eficiente no intuito de informar e incentivar os usuários de forma livre e esclarecida na escolha dos métodos contraceptivos e, sobretudo,promover a redução dos impactos ocasionados pela gravidez não desejada.

No que se refere aos métodos contraceptivos, estes podem ser classificados da seguinte forma:

Temporários e reversíveis

a) Hormonais

- Orais: combinados, monofásicos, bifásicos, trifásicos e minipílulas;
- Injetáveis: mensais e trimestrais;
- Implantes subcutâneos;
- Percutâneos: adesivos;
- Vaginais: anel;
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU);
- DIU com levonorgestrel.

b) Barreira

- Feminino: diafragma, espermicida, preservativo feminino, DIU de cobre;
- Masculino: preservativo masculino.

c) Comportamentais ou naturais

- Tabela ou calendário (Ogino-Knaus);
- Curva térmica ou basal de temperatura;
- Sintotérmico;
- Bilings (mucocervical)
- Coito interrompido.

Definitivos e irreversíveis (esterilização)

- Feminino: Laqueadura tubária;
- Masculino: Vasectomia.

A Dupla proteção é a prevenção simultânea da gravidez e das ISTs, inclusive o HIV / Aids. Este método é o uso do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional.

Anticoncepção na adolescência

Prevenir as ISTs, HIV / Aids e a gravidez não desejada é fundamental, uma vez que a coitarca (primeira relação sexual)entre adolescentes e jovens está ocorrendo cada vez mais cedo. Desta forma, proporcionar o conhecimento e o acesso aos métodos disponíveis para este público é fundamental.

O preservativo masculino ou feminino deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, assim como é recomendado para outras faixas etárias.

Métodos indicados na adolescência

- As pílulas combinadas;
- Injeção mensal;
- Injeção trimestral . 18 anos
- Dispositivo intrauterino (DIU);

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- Anticoncepção de emergência (AE).

Métodos com indicação relativa na adolescência (BRASIL, 2013)

- Minipílula e injeção trimestral para menores de 18 anos pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea;
- Tabela;
- Muco cervical;
- Temperatura basal;
- Métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

Considerando a vulnerabilidade do adolescente, a enfermagem tem importante papel na orientação sobre o não abandono do preservativo e na utilização da AE, enfatizando as possíveis consequências.

A Lei nº 9.263, de 1996, que regulamenta o parágrafo 7° do art. 226 da Constituição Federal, determina que os direitossexuais e reprodutivos é parte integrante do conjunto de ações em uma visão holística e integral à saúde. Acrescenta-se que o adolescente tem direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticonceptivos, segundo os artigos 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Anticoncepção no pós-parto e pós-aborto

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, a livre demanda, com amenorreia, está associada à taxa baixíssima de gravidez (0,5 a 2%), porém este "efeito contraceptivo" deixa de ser eficaz quando ocorre a menstruação e quando o leite materno deixa de ser o único alimento oferecido ao lactente. A enfermagem deve encorajar a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses.

Alternativas anticoncepcionais devem ser oferecidas às mulheres que não amamentam de forma exclusiva, ou não confiam apenas no método da amenorreia da lactação (LAM) como método anticoncepcional.

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, considerar:

- O tempo pós-parto;
- A frequência das mamadas;
- O retorno ou não da menstruação;
- Os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente;
- Ofertar o preservativo masculino ou feminino com ênfase na prevenção da transmissão do HIV e outras ISTs.

Métodos Anticoncepcionais no Pós-parto: INICIAR APÓS 42 DIAS PÓS PARTO

Métodos que **podem** ser usados por mulheres que estejam amamentando	• Minipílula (seu uso deve ser iniciado 6 semanas após o parto); • Injetável trimestral (seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto); • DIU; • Diafragma; • Métodos comportamentais (após retorno de ciclo menstrual regular).
Métodos que **não podem** ser usados por mulheres que estejam amamentando	• Pílulas combinadas; • Injetável mensal.

FONTE: Elaborado pelas autoras a partir BRASIL, 2013; BRASIL 2016.

Para a esterilização, a legislação federal permite a laqueadura/vasectomia para pessoas com . 21 anos, com ou sem filhos e imediatamento após o parto. Não é necessário conscentimento do conjuge.

Em situação de pós-abortamento, as orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, se for o desejo da mulher, a

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

anticoncepção deve ser iniciada também de imediato, ainda que relate não desejar, tão logo, ter relações sexuais (BRASIL, 2013). Em situações onde foras realiazadas curetagem pós abortamento, recomenda-se anticoncepção de 1 ano.

Os injetáveis (mensal ou trimestral) podem ser administrados entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER DURANTE O PRÉ-NATAL

Introdução

A gestação é determinada por um conjunto de alterações dinâmicas biopsicossociais, que devem ser interpretadas como um fenômeno biológico/fisiológico que requer um acompanhamento qualificado. Neste sentido, ressaltamos a importância da realização do Pré-Natal com papel fundamental na prevenção, detecção e intervenção das situações de risco tanto para a mãe quanto para o feto. Quanto melhor a qualidade dos serviços oferecidos, maior o impacto sobre a saúde materno-infantil e, portanto, menor a morbimortalidade nessas populações (ROCHA; ANDRADE, 2017; DOKU, NEUPANE, 2017).

Em razão da alta taxa de morbimortalidade materno e infantil, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria n° 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, que engloba ações para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurandoo direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gravidez, parto, puerpério e ao nascimento seguro,assim como crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, ressaltamos a importância da atuação da equipe de enfermagem, considerando ser o profissional com potencial e competência para atender estas gestantes na singularidade de sua família, contexto social e cultural, atuando na especificidade do serviço.

Atribuições da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o Pré-Natal do Enfermeiro:

As consultas de Pré-Natal devem ser intercaladas entre médico e enfermeiros, mas de acordo com o Ministério daSaúde, o Pré-Natal de risco habitual pode ser acompanhado inteiramente pelo profissional enfermeiro (BRASIL, 2012; 2016), o que também é garantido pela Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e reforçado pelaPortaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017) que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Atribuições do Enfermeiro no Pré-Natal de risco habitual

- Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, esclarecer suas dúvidas,medos ou angústias;
- Orientar a gestante e família sobre a importância do acompanhamento Pré-Natal e rotina das consultas;
- Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Realizar consulta de Pré-Natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta médica;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo de assistência Pré-Natal;
- Realizar testes rápidos: Sífilis, HIV, hepatites B e C (sendo este último realizado apenas em situações de vulne-rabilidades);
- Prescrever medicamentos padronizados para o Pré-Natal, além dos medicamentos padronizados para o tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo prescrição de penicilina para tratamento de sífilis congênita, de acordo com o presente protocolo;
- Orientar e realizar a vacinação das gestantes contra tétano, difteria e coqueluche (dTpa), hepatite B e influenza;
- Encaminhar a gestante para atendimento odontológico e médico;
- Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista ou assistente social, de acordo com anecessidade (equipe multiprofissional);
- Identificar gestantes com fator de risco e encaminhá-las para consulta médica.
- Realizar exame físico geral e obstétrico;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
- Orientar as gestantes 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;

Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, orientando e sanando todas as dúvidas (aleitamento materno, planejamento familiar entre outras).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Atribuições comuns dos técnicos e auxiliares de enfermagem no Pré-Natal de risco habitual

• Orientar as gestantes e familiares sobre a importância do Pré-Natal, aleitamento materno e vacinação;

• Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no Sistema de Informação vigente, fornecendo o cartão dagestante devidamente preenchido;

• Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;

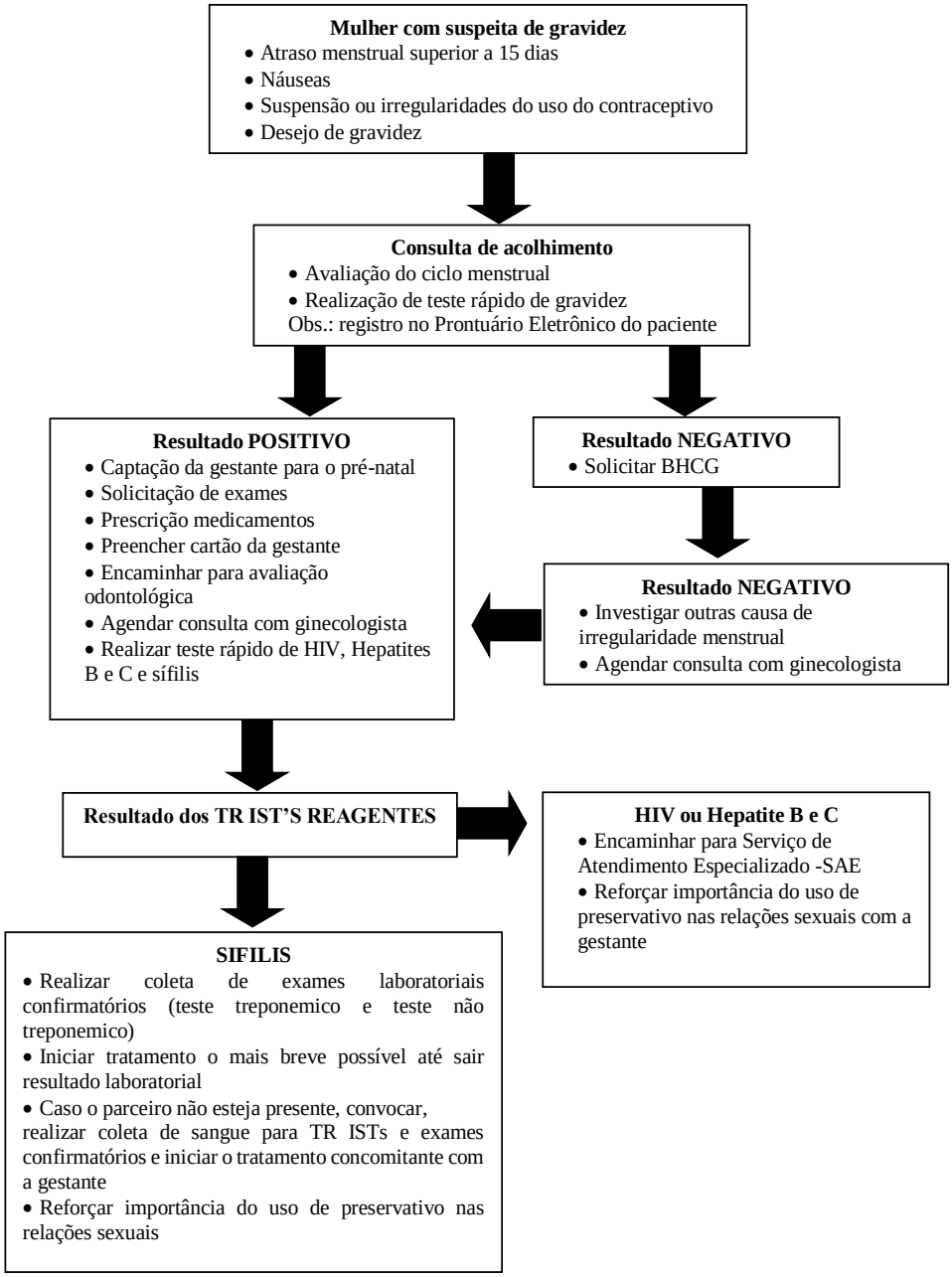
• Verificar o peso e a pressão arterial quando solicitado e anotar os dados no Cartão da Gestante;

Aplicar vacinas conforme calendário de vacinação da gestante vigente

• Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);

Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, para acompanhar o processo de aleitamento materno e orientar companheiro(a) sobre planejamento familiar.

4.1 FLUXOGRAMA - DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ E PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

4.2 ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL

Consulta de enfermagem no Pré-Natal

A atenção ao Pré-Natal tem como objetivo acolher a mulher e seus familiares desde o início da gestação, de formahumanizada, garantindo o acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção, assegurando o nascimento de uma criança saudável e garantindo o bem-estar da mãe e da criança (BRASIL, 2006).

As consultas de Pré-Natal poderão ser realizadas na Unidade Básica de Saúde ou durante visita domiciliária, intercalada entre médico e enfermeiro, garantindo, no mínimo, seis consultas até o final da gestação (BRASIL, 2016).

A consulta de Pré-Natal deve ser efetiva, representando uma oportunidade inadiável de classificar riscos e adotarcondutas adequadas. Deve ser composta pelo processo de enfermagem, por meio de suas etapas: histórico de enfermagem, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral e específico, dos diversos sistemas, incluindo exame ginecológico e mamário. Após esse levantamento, devem ser elencados os diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções e avaliação por meio dos retornos programados (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Todo atendimento deverá ser documentado no prontuário eletronico da usuaria.

4.2.1 Primeira consulta de enfermagem

Durante o primeiro atendimento, a equipe de enfermagem tem que estar preparada para lidar com situações como: mulheres que planejam ou não a gravidez; gestantes adolescentes; casais homoafetivos; dentre outras situações.A comunicação terapêutica é fundamental e tem como estratégias ouvir atentamente o que fala a paciente sem interrupções, respeitando pausas e silêncios, não completando frases, ajudando-a a encontrar soluções, dentre outras (BARROS *et al.*, 2015).

Esta abordagem durante a entrevista é fundamental para estabelecer vínculo e relação de confiança entre o profissionalde enfermagem e a mulher gestante e sua família. O Ministério da Saúde orienta algumas questões a serem abordadas durante esta entrevista, a saber:

Anamnese

Investigar	Descrição
Dados de identificação	• Nome; número do cartão nacional de saúde (CNS); idade; cor; naturalidade;procedência; endereço e telefones de contato atuais.
Dados socioeconômicose demográficos.	• Grau de instrução; profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de riscos);estado civil/união; número e idade de dependentes, renda familiar; condi- ções de (não) moradia (tipo e número de cômodos ou situação de rua); con- dições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); distância da residência até a unidade de saúde.
Antecedentes familiares	• Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes Mellitus; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê; • Hipertensão arterial • Pré-eclâmpsia; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST ou HIV/Aids.

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

Antecedentes clínicos	• Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, trombose venosa, alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual oucontínuo (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 hepáti- cas, tireoidopatia, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hansení-ase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, doenças neurológicas, epilepsia, neoplasias, desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade); peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão.
Antecedentes ginecológicose obstétricos e aleitamento materno	• Menarca e ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade); • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino; • História de útero bicorno (anomalia congênita em que o útero é dividido emdois lados, na parte interna), malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica; • Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos consecutivos ou intercalados com filhos vivos ou natimortos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; • Malformações congênitas; • Complicações no puerpério; • Experiência em partos anteriores; • História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce (motivo) e o desejo de amamentar; • Desejo de amamentar.
Saúde sexual	• Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto; • Métodos contraceptivos e desejo de participar do planejamento reprodutivodurante a gestação; • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Saúde bucal	• Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, higiene bucal (quantas vezes ao dia), mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções,pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas.
Uso de substâncias químicas	• Medicamentos, tabagismo, alcoolismo, uso de substâncias psicoativas (tipos, quantidade e frequência de uso).
Gestação atual	
Aceitação da gravidez atual	• Deve ser interrogada e avaliada durante todo o contato na consulta de en- fermagem, os aspectos relacionados à aceitação da gravidez atual tanto pelamulher, quanto pelo(a) parceiro(a) e familiares; • É importante investigar e anotar qual a rede de apoio que a gestante pode contar (companheiro, pais, vizinhos, entre outros).
Dados específicos	• Data da Última Menstruação (DUM) - anotar certeza ou dúvida; • Calcular e anotar Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Hábitos	• Hábitos alimentares, eliminações, medicamentos utilizados, uso de fumo (nºde cigarros ao dia), uso de álcool, ocupação habitual.
Imunização	• Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral (SCR) adminis-trar no puerpério e não durante a gestação, caso haja atraso/desatualização.
Sintomas e queixas	Atentar para: • Náuseas e vômito; obstipação e flatulência; • Sintomas urinários; • Sialorreia; pirose; • Leucorreia (que pode ser fisiológico ou não); • Vertigem; tontura; • Lombalgia; • Mastalgia; • Alterações no padrão do sono; • Dor e edema em MMII; dor pélvica; • Falta de ar e/ou dificuldade para respirar.

Solicitação e interpretação de exames

Laboratotiais

Exames de roti-na/ período de solicitação	**Resultados**	**Condutas**
Tipo sanguíneoe fator RH **(1ª consulta)**	• A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo san-guíneo + **fator Rh positivo;** • A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguí-neo + **fator Rh negativo.**	• Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coom-bs indireto; • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, inde-pendentemente do Rh, realizar exame de Coombsindireto.
Hemoglobina e hematócrito **(1ª consulta)**	Hb > 11g/dL (Ausência de anemia)	**Hemoglobina normal:** • Suplementação profilática com ferro elementar 40mg: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até oterceiro mês após parto); • Atentar para os diagnósticos prévios ou no Pré-Na-tal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco; • Solicitar Protoparasitologico de Fezes – PPF: avaliar a presença de parasitose intestinal e tratá-la.
	Hb entre 8g/dL e 11g/dL (Anemia leve a moderada)	**Anemia leve a moderada:** **Tratamento:** • 160 a 200 mg/dia de sulfato ferroso- ferro elementar, meia hora antes das refeições (dividos antes do café, almoço e do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas; • Tratar e acompanhar hemoglobina após 60 dias.
	Hb < 8g/dL (Anemia grave)	Se anemia grave, encaminhar ao Pré-Natal de alto risco.
Teste de coombs indireto (A partir da 24ª semana de gestação)	• **Coombs indireto positivo:** • Gestante sensibilizada.	• **Coombs indireto positivo:** Referenciar ao alto risco.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

	• **Coombs indireto negativo:** Gestante não sensibilizada.	• **Coombs indireto negativo:** • Repetir exame de 4/4 semanas; Imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e Coombs direto for negativo, apósabortamento, gestação ectópica, gestação mo- lar, sangramento vaginal ou após procedimen- tos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Eletroforese de hemoglobina (para gestan- tes negras com antecedentes familiares de anemia falciforme história de anemia crônica) (1ª consulta)	• 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.	• **Gestantes com traço falciforme:** devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica; • **Gestantes diagnosticadas com doença falciforme:** devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Pré-Natal de alto risco).
(1ª consulta e3º trimestre)	Normal 85 – 90 mg/dl sem fatores de risco.	
	Diagnóstico de DMG: ≥ 92mg/dl	Repetir o exame de glicemia de jejum e se o resulta- do for maior que 92 mg/dl, fechar diagnóstico comoDMG; • Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); • Referenciar o serviço ambulatorial de gestantes dealto risco; • Manter acompanhamento na UBS.
Teste de tolerância à glicose (jejum, 1h e 2h após sobre-carga com glicose 75g anidro) (24ª a 28ª Semana)	**Diagnóstico de DMG:** • Em jejum: ≥92 mg/dl; • Após 1 horas: ≥ 180 mg/dL • Após 2 horas: ≥ 153 mg/dL	• Orientar medidas de prevenção primária (hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular); • Referenciar o serviço ambulatorial de gestantes de alto risco; • Manter acompanhamento na UBS.

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL	• Teste rápido positivo: iniciar tratamento; • VDRL positivo: avaliar titulaçãoe o tratamento.	No caso de positividade: • Recomenda-se a Benzilpenicilina benzatina na dose 4.800.000 UI para mulheres grávidas com sífilis primária, secundária e latente recente, visto que, as evidências sugerem que a terapia adicional é benéfica para estas mulheres; • Já na fase tardia utilizar Benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, IM, 1x/semana (1.200.000 UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7.200.000UI, IM (BRASIL, 2016, p. 36).
Teste rápido (TR) para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II) (1ª consulta e 3º trimestre)	TR não reagente e sorologia negativa	• Manter acompanhamento de rotina do Pré-Natal; • Fazer aconselhamento pré e pós-teste; • Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-serepetir o exame em 30 dias; • Repetir sorologia (ou TR em situações especiais) no3º trimestre.
	TR reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	• Realize o aconselhamento pós-teste; • A gestante deve ser encaminhada para serviço dePré-Natal de alto risco e Serviço de Atendimento Especializado - SAE; • Manter seguimento na Atenção Básica; • Toda gestante infectada pelo HIV deve receber Tera-pia Antirretroviral (TARV) durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV; • As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas anão amamentar; • O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deveser 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 au-toimunes; • 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 possibi-lita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Sorologia para hepatite B (ou teste rápido) (1ª consulta e 3º trimestre)	Reagente	• Realize o aconselhamento pré e pós-teste; • Encaminhe a gestante para o seguimento ao Pré- Natal no serviço de atenção especializada de refe-rência e SAE; • Realize o aconselhamento pós-teste; • Vacine contra hepatite B, caso não tenha esquema completo; • Repita a sorologia no 3º semestre.
	Não reagente	
Sorologia Hepatite B (HBsAg) (1ª consulta e 3º trimestre)	• HBsAg não reagente: normal. • BsAg 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, CR/IST Aids ou ou- tras possibilidades de redes de atenção. HBsAg não reagente: • se esquema vacinal desconhecido ou incomple-to, indicar vacina no 1º trimestre; • Toda gestante HBsAg não reagente deve recebera vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade gestacional.
ToxoplasmoseIgG e IgM (1ª consulta e 3º trimestre)	IgG e IgM reagentes: • avidez de IgG fraca ou gestação >16 semanas: possibilidade de in-fecção na gestação - encaminhar imediatamente para avaliação médica; • avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame; • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – encaminhar imediatamente para avaliação médica; • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame; • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de pre- venção e repetir a cada 3 meses eno momento do parto.	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 passa-das, incluindo embutidos (salame, copa etc.); • Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; seisso 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 entrouem contato com o alimento e todos os utensíliosutilizados; • Não consumir leite e seus derivados crus, não pas-teurizados, 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 etrocá-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.
HTLV 1 e 2 **(1ª consulta)**	Se REAGENTE	• Encaminhar para avaliação clínica/ ginecologica
Vitamina D **(1ª consulta)**	Se < 30 ng/ml	Encaminhar para avaliação clínica/ ginecologica
Ferritina **(1ª consulta)**	Se < 30 ng/ml	• Sulfato ferroso - 160 a 200 mg/dia ferro elementar

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Urina tipo I **(1ª consulta)**	• 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 trêsa cinco hemácias por campo; • Proteinúria: alterado > 10 mg/d; • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	• Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames segui- dos com traços, passar por avaliação médica e, casonecessário, referir ao alto risco; Na presença de traços de proteinúria: • Repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhara gestante ao Pré-Natal de alto risco; • Na presença de traços de proteinúria e hipertensãoe/ou edema: é necessário referir a gestante ao Pré- Natal de alto risco; • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao Pré-Natal de alto risco; • Na presença de pielonefrite, referir imediatamenteà maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco
Urocultura e antibiograma **(1ª consulta)**	• Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colôniaspor ml (UFC/ml); • Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/ml; • Antibiograma: indica os antibi- óticos que podem ser utilizadosno tratamento.	Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes (prescrição médica e de enfermeiros): • Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); • Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7a 10 dias; • Sulfametoxazol 400 + Tipetropina 80mg – 2cp de8/8 horas por 7dias
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas: • Negativo: ausência de parasitos; • Positivo: conforme descrição de parasitos.	• Nenhuma droga antiparasitária é considerada total- mente segura na gestação. • Gestantes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gesta- ção; • 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.
TSH **(1ª consulta)**	1º trimestre : <2,5 uUI/ml	Normal
	Entre 2,5 e 3,9uUI/ml – solicitar TSH, T4 livre e Anti-TPO	
	>4,0 Uui/ml – solicitar TSH + T4 livre	Levotiroxina T4 Livre normal: 1 mcg/Kg por dia T4 Livre abaixo da referência: 1,6 mcg/Kg por dia
	Se ,0,1 uUI/ml – solicitar TSH, T4Livre, Anti-TPO e Anti-TG	Se confirmar, encaminhar para Pré Natal de Alto Risco

Imagem

- Ultrassonografia obstérica

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Prescrição farmacológica durante o Pré-Natal pelo enfermeiro.

Prescrição	Indicação
Paracetamol 500mg- 2cp de 6/6 horas.	Dor lombar Dor pélvica Cefaleia
Hioscina10mg, de 8/8 horas. Risco C.	Cólicas e dor abdominal
Dimenidrato 50 mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6 horas (Não exceder 400 mg/dia). Risco B; Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas.	Náuseas e vômitos
Metildopa 250 mg – 8/8horas + MAPA	Gestante com diagnóstico preexistente de Hipertensão arterial
Profilaxia de pré eclampsia (antes de 16 semanas) CaCo3 500mg + Vitamina D 400UI – 1cp 2x ao dia (nas refeições) – Durante todo período gestacional AAS 100mg – 1cp no jantar – Iniciar após 12 semanas e parar com 36 semanas	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos Gestação múltipla Obesidade (IMC > 30) Hipertensão arterial crônica Diabetes tipo 1 ou 2 Doença renal Doenças autoimunes (ex.: lúpus, síndrome antifosfolípide)
Cimetidina 200mg a cada 12 horas	Pirose e azia
Soro fisiológico nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezesao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas.	Epistaxe ou sangramento nasal
Nistatina solução oral - passar na mucosa oral da criança 1 conta- gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias.Risco B.	Candidíase bucal ou infecção damama por Candidíase.
**Ácido fólico 5mg, dose única diária. Risco A.	Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se plane-ja engravidar até o 12ª semana de gestação
Ferro elementar **Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar, indicadono conhecimento da gravidez até o 3º mês pós-parto; Recomenda-se ingerir a medicação com sucos cítricos, longe das refeições. Risco C/D.	Anemia branda a. Solicitar exame parasitológico de fezes etrate as parasitoses, se presentes; b. Tratar a anemia com sulfato ferroso 200 mg ao dia, 2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 antesdo jantar, uma hora antes das refeições; c. Repetir a dosagem de hemoglobina após 60 dias: Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dosede suplementação (1 drágea ao dia, com 40 mg de ferro elementar). Repita a dosa-gem no 3º trimestre; Se a Hb permanecer em níveis estacionáriosou se diminuir, será necessário referir a ges- tante ao Pré-Natal de alto risco(<8mg/dl)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

a. Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias(evitar após a 36ª semana de gestação). Risco B/D; b. Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias.Risco B; c. Sulfametoxazol 400 + Timetropina 80mg – 2cp de8/8 horas por 7dias	Antibióticos de escolha no tratamento da bac-teriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes. • Repetir urinocultura 7 a 10 dias após otérmino do tratamento; • Verificar se o quadro de infecção urináriaé recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deveráser encaminhada para avaliação e acom-panhamento médico.

Fonte: Elaborado tendo como base: BRASIL, 2016.

**Prescrever sempre na primeira consulta, exceto Acido Fólico se no primeiro atendimento a idade gestacional for > 12 semanas.

Demais prescrições de acordo com a queixa e histórico clínico da gestante.

Condutas gerais

- Interpretar dos dados da anamnese e exame clínico obstétrico
- Orientar sobre alimentação e acompanhamento do ganho de peso gestacional
- Incentivar todas as informações necessárias e espostas as indagações da mulher, companheiro (a) e família
- Orientar sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso
- Referenciar a gestante para atendimento odontológico
- Referenciar a gestante para serviço especializado quando for indicado. Entretanto, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde
- Realizar ações e práticas educativas indivuduais e coletivas
- Agendar consultas subsequentes
- Avaliar situação vacinal da gestante e encaminhar a sala de vacinação se necessário:

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Esquema vacinal para gestante

Vacina/recomendação	Estado vacinal	Dose/intervalo
Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto. Recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a *Bordetella pertussis* ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado (2 meses de vida).	Previamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
Hepatite B. A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.	A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar as 3 doses.	Três doses, com intervalo de 0 - 1 - 6 meses.
Influenza • A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza; • A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação; • Dose única anual.		

Obs.: É CONTRAINDICADO administrar vacinas de virus vivos em gestantes

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

4.2.3 Roteiro das consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes deverão ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamenese atual sucinta: pesquisa das queixas comuns na gestação e dos sinais de inteercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de avaliar risco gestacional e realizar ações mais efetivas
- Exame físico direcionado
- Verificar calendário de vacinação
- Avaliar resultados de exames complementares
- Anotação e revisão do cartão de pré natal e prontuário da gestante

Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.

Controles fetais:

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

Condutas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Faça o agendamento das consultas subsequentes.

Condutas frente a queixas mais comuns na gestação

É imprescindível que em todas as consultas à gestante, sinais e sintomas, bem como queixas, sejam avaliados periodicamente no decorrer da gestação, sendo propostas condutas que possibilitem um acompanhamento qualificado.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Apresentação das principais queixas durante a gestação e condutas de enfermagem

Alteração	Descrição/ Manifestações	Condutas/ orientações de enfermagem	Medicamentos
Náuseas/ vômitos	Alterações hormonais comuns no primeiro trimestre gestacional, que apresentam de maneira mais intensa pela manhã e durante jejuns prolon-gados; Náuseas e vômitos até cerca de 14 semanas de gestação: quadro de ême- se gravídica e é considera-da normal; A hiperêmese gravídica, forma grave, ocorre em 0,3 a 2% das gestações e caracteriza-se por vômi- tos incoercíveis, desidra- tação, oligúria, perda de peso e distúrbios metabó-licos. Pode ocasionar, noscasos graves, insuficiência hepática, renal e neurológica (Coren-MG, 2017); 10% das gestantes man-têm os enjoos durante períodos mais avançadosda gravidez, podendo durar até o 3º trimestre (BRASIL, 2016)	As condutas e o tratamento devem estar voltados à alimentação e ao apoio emocional, no intuito de se prevenir complicações e proporcio-nar conforto, bem-estar e seguran-ça à gestante. Conduta: • Orientar hábitos de alimen-tação fracionada, evitando longos períodos de jejum; • Orientar alimentos sólidos no primeiro período do dia com mastigações lentas; • Evitar líquidos durante a refei-ção; • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, com pouco carboidrato, orientando o au-mento de consumo de alimen-tos ricos em proteínas; • Orientar o consumo de leite e derivados integrais; • Orientar que as refeições sejam realizadas em ambientes tran-quilos, evitando estresse; • Evitar deitar-se após as refei-ções; • Oferecer encontros educativos relacionados à saúde alimen- tar no período gestacional e puerperal; • Proporcionar apoio emocional,se necessário; • Referenciar o serviço de nutri-ção da rede de saúde, quando houver necessidade.	Antieméticos orais prescritos por médico ou enfermeiro: 1. Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas, VO; 2. Dimenidrato 50 mg + clori-drato de piridoxina 10 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia), VO. Nos casos de hiperêmese gra-vídica[4] que não respondam à terapêutica inicialmente insti- tuída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária - encaminhar a gestante imediatamente para umhospital.
Hemorroidas	Hemorroidas são veias dilatadas e inflamadas no ânus e reto, que podem causar dor, coceira e sangramento anal.	• Mantenha uma alimentação rica em fibras e hidrate-se corretamente. • Não segure a vontade de evacuar. • Use pomadas específicas para hemorroidas (se necessário) • Banhos de assento.	Prescrever Proctyl ou Proctosan Hemorroida externa: aplicar a pomada - uma aplicação a noite até melhora dos sintomas ou se houver piora procurar medico Hemorroida interna - supositorio ou uma bisnaga com aplicador retal – aplicar a noite até melhora dos sintomas ou ou se houver piora procurar medico

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Pirose/azia	Causada pelo refluxo gastresofágico, (mais frequente no 3º trimestre gestacional) e decorre de alterações hormonais, que influenciam em distúrbios na motilidade gástrica. Em situações em que se observa elevação pressórica, deve-se investigar pré-eclâmpsia.	Conduta: • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Orientar elevar a cabeceira da cama ou utilizar travesseiro alto; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces; • Evitar alimentos picantes, condimentados e gordurosos; • Evitar álcool e fumo. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos.	Medicamentos: • Cimetidina 200mg – 12/12h Até remissão dos sintomas • Encaminhar para avaliação clínica caso não tenha melhora do quadro.
Sialorreia	A sialorreia, também conhecida como ptialismoou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez (BRASIL, 2016). Pode estar associada à náusea e causar a perdade líquidos, eletrólitose enzimas (Coren-SC, 2017)	As condutas para salivação excessiva, assim como o recomendado paranáuseas e vômitos, estão voltadas à alimentação e ao apoio emocional, a fim de proporcionar conforto e bem-estar. Conduta: • Proporcionar informações/orientações e explicar que se trata deuma queixa comum no início da gestação; • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; • Orientar deglutir saliva e ingerir.	
Sangramentonas gengivas	A produção de hormônios esteroides pode aumen- tar a vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal	• Encaminhar toda gestante para avaliação odontológica; • Orientar o uso de escova de dente macia e suave; • Uso de fio dental; • Realizar bochechos com soluções antissépticas.	

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Queixas urinárias	Conjunto de sinais e sintomas que envolvem o trato urinário. O aumento da frequência de micções se deve à fisio-logia da gestação onde há a compressão da bexiga pelo útero gravídico, o qual reduz a capacidade volumétrica levando à polaciúria. Em decorrência do au-mento do fluxo renal ao deitar-se, pode ocasionar a nictúria (aumento do ritmo miccional no perío-do de sono); Além da polaciúria e da nictúria, a disúria, urgên- cia miccional, estrangúria (micção lenta e dolorosa), dor retro púbica e supra púbica ou abdominal com ou sem febre podem indi-car uma Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo indispensável a avaliação da presença de sinais de alerta e sintomas sistêmi- cos	• Manter ingesta hídrica; • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Orientar que o sintoma é tran-sitório; • Se nictúria: Reduzir a ingestãode líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; • Evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção. • Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre,encaminhar para consulta commédico	Medicamentos: Antibióticos de escolha no trata-mento de bacteriúria assintomá-tica e ITU não complicada. • Cefalexina 500mg, 01 cápsu-la de 6/6 horas, por 07 a 10 dias – **1ª ESCOLHA** • Nitrofurantoína (100mg) 01 cápsula de 6/6hs, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação); • Sulfametoxazol 400 + timetropina 80mg – 2cp a cada 8 horas Cuidados • Repetir urinocultura 7 a 10 dias após o término do trata-mento; • Verificar se o quadro de infec-ção urinária é recorrente ou de repetição; • Na apresentação de um segundo episódio de bacte-riúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez,a gestante deverá ser enca-minhada para avaliação e acompanhamento médico.
Cólica/dores abdominais	Cólica/dores abdominais	• Avaliar a cólica quanto à locali-zação, frequência e duração; • Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercíciosmonitorados; • Manter repouso; • Avaliar dinâmica uterina; Se persistir, encaminhar para ava-liação médica.	Medicamentos: • Hioscina, 1 cápsula, via oral, 8/8 horas.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Tonturas / vertigens/ fraquezas e desmaios.	Instabilidade hemodinâmica decorrente da vasodilatação e hipotonia vascular em (atividade da progesterona na parede dos vasos que estimulando a diminuição da perfusão periférica pela compressão do útero na circulação de retorno). Estas ocorrências causam diminuição do débito cardíaco, hipotensão arterial e hipóxia cerebral transitória. Outro aspecto associado com as tonturas e vertigens são as hipoglicemias (BRASIL, 2016).	Na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, não requer tera-pêutica medicamentosa. Conduta: • Fazer alimentação fracionada; • Evitar líquidos durante a refeição; • Evitar jejum prolongado; • Evitar deitar-se logo após as refeições; • Orientar ingerir líquido gelado durante a crise, gelo ou ainda uma bolacha seca; • Evitar mudanças bruscas de posição; • Evitar frituras, café, chá mate, chá preto e doces; • Evitar álcool e fumo. • Orientar deitar-se de decúbito lateral esquerdo ou a sentar com a cabeça abaixada e respirar profunda e pausadamente; • Evitar ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; • Evitar vestuário desconfortável e apertado; • Orientar ingesta hídrica adequada; • Orientar atividade física monitorada; • Monitorar e observar a pressão arterial.	
Cefaleia	Comum no primeiro trimestre de gestação devido a alterações hormonais; Atentar para sintomas que podem indicar doen- ças graves como hiperten-são arterial e pré-eclâmp- sia	• Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia(se houver mais de 24 semanasde gestação); • Conversar com a gestante so- bre suas tensões, seus conflitose seus temores; • Repousar em local com pouca luminosidade e boa ventilação; • Orientar exercícios de relaxamento; • Referenciar à consulta médica, se os sintomas persistirem.	Medicamentos: • Paracetamol 500mg – 2cp 6/6 horas; ou (BRASIL,2016)
Obstipação (flatulências)	Ação da progesterona favorece relaxamento da musculatura lisa, diminuindo o peristaltismo (	• Aumentar a ingestão líquida; • Orientar dieta rica em fibra; • Aumentar o consumo de fruta laxativa (ameixas, abacate, mamão, frutas cítricas), verdura crua e cereais integrais; • Evitar alimentos fermentativos (feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras); • Recomendar caminhadas, caso não haja contraindicação; • Com a persistência do quadro pode ser necessário prescriçãode formadores de bolo fecal, como farelo de trigo; • Não se deve prescrever óleos minerais que diminuem absorção de vitaminas; Caso os cuidados não sejam efetivos, encaminhar para avaliação médica.	Medicamentos: • Supositório de glicerina 1xao dia; • Dimeticona 40-80mg de 6/6 horas (caso flatulência); RiscoB. • Tamarine fibras

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Dispneia	Desconforto respiratório pela compressão do músculo diafragma pelo útero gravídico. Sintomas recorrentes na gestação, pelo aumento do volume do útero e compressão pulmonar, podendo ocorrer também por ansiedade. Avaliar sinais de alerta como: tosse, edema, febre, trauma, pneumopatias, sinais de tromboses (BRASIL, 2012, 2016).	• Repouso em decúbito lateral esquerdo; • Realizar ausculta cardiopulmonar; • Monitorar a frequência respiratória; • Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias; • Evitar roupas apertadas; • Elevar a cabeceira da cama; • Deixar o ambiente arejado/ventilado.
Edema	• Fenômeno comum em 25% das gestan- tes, ocorrem principalmente nos membros inferiores, como resultado do peso do útero gravídico sobre grandes vasos, dificultando o retorno venoso, aumentando a retenção de líquidosem espaços tissulares. (LONDRINA, 2017; MOLLART, 2003); • De acordo com Brasil, 2012 é importante entender a diferença entre edema patológi-co e fisiológico: • Edema Fisiológico: não há aumento dos níveis pressóricos ou proteinúria, apenas edema isolado; Edema patológico: aumenta níveis pres-sóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como cefaleia e doresepigástricas, entre outros.	• Elevar membros inferiores acima da linha do coração pelo menos10/15 min. por diversas vezes durante o dia; • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Usar roupas leves, evitando meias elásticas 3/4 ou roupas aperta-das que dificultem o retorno venoso; • Dieta normossódica, aumentando a ingestão de líquidos; • Realizar controle de peso e pressão arterial (BRASIL, 2016). Classificar o edema: • Edema apenas no tornozelo, sem alteração de pressão arterial e peso (+/+++): questione se está relacionado a esforços físicos ouinatividade, calçados apertados ou até mesmo a temperatura e estação do ano; • Edema de membros inferiores, com aumento da pressão arteriale peso (++/+++): orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, avaliar sinais de pré-eclâmpsia e agendar consulta médica; Edema generalizado (face, tronco e membros), se mostrando presente ao despertar, acompanhado ou não de hipertensão ou au-mento de peso: gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada ao serviço de alto risco.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Candidíase	Os principais sintomassão: • Prurido vaginal; • Hiperemia vulvar; • Ardor ou dor à micção; • Corrimento grumoso (coalhada); • Dispareunia de introito.	• Uso de calcinha de algodão e/ou dormir sem as mesmas, a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) 1 vez ao dia, promove o alívio dos sintomas; • Não usar roupas apertadas; • Não usar absorventes diários; • Se persistir sintomas, investigar.	Medicamentos: • Miconazol creme vaginal 2%. Deve ser aplicado na vagina com uso de aplicador próprio.A dose é correspondente a 01 aplicador completamente preenchido com (5g), uma vez ao dia, ao deitar, durante7 dias consecutivos; • Obs.: Usar preferencialmente antifúngico tópico por sete dias (em qualquer idade gestacional; • Não usar tratamento sistêmico.
Vaginose Bacteriana	Desequilíbrio da flora vaginal normal por aumento de bactérias, principalmente anaeróbias (*Gardnerella vaginalis, Bacteróides sp., Mobiluncus sp.*, micoplasmas, peptoestreptococos) em con- junto com a diminuição de lactobacilos acidófilos, predominantes na vagina normal. Caracterizado por corrimento vaginal branco-acinzentado de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes caseoso, com odor fétido	Orientar: • Uso de calcinha de algodão e/ou dormir sem as mesmas, a fim de promover melhor ven-tilação; • Banho de assento com ácido acético (vinagre), 1-2 colheresde sopa em 1 litro de água, 1 vez ao dia, alivia sintomas; • Não usar roupas apertadas; • Verificar diagnóstico diferen- cial entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como infecção sexualmente transmissível (IST), não havendo a necessida-de de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando de convocação dos mesmos.	Medicamentos: Metronidazol creme vaginal100mg/g - 01 aplicador via vaginal ao deitar-se, por 7 dias consecutivos.
Vaginose citolítica	Pode ser confundida com candidíase devido aos sintomas como prurido, queimação, dispareunia, disúria, corrimento esbranquiçado abundan- te. Ocorre pelo aumento dos lactobacillos, tor- nando o pH mais ácido	Orientar: Ducha vaginal ou banho de assento com bicarbonato por 5 a 10 min (4xícaras de água morna para 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio) duas vezes por semana a cada 15 dias.	

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Dor nas mamas	Devido a modificações hormonais da gestação, ocorre o aumento da sensibilidade nas mamase mamilos, sendo neces-sário o preparo da mama para a amamentação, que deve ser iniciado no Pré-Natal, assim como as orientações sobre aleita-mento materno	• Orientar o uso de sutiã confor-tável durante a gestação; • Banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas); • Orientar as vantagens e o ma-nejo na amamentação	Medicamentos: • Paracetamol 1 comprimido (500mg) de 6/6 horas VO;
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas, ocasionadas pela distensão dos tecidos localizadas no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. Costumam aparecer apóso 5º mês de gestação e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento	Orientar: • Ingestão de líquidos, pois a hidratação contribui para elasticidadeda pele; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; • Controlar o ganho de peso; • Atenção: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, que é também con-traindicado na amamentação.	
Câimbra	• Iniciam normalmenteno primeiro trimes- tre, são espasmos musculares involun-tários, súbitos, dolo-rosos, impulsionados pelo estiramento dos músculos compro-metidos, ocorrem especialmente na panturrilha; • Esta ocorrência pode estar relacionada pela diminuição da circulação sanguínea nos músculos, devidoà pressão do útero, estando associada a uma acidose loco regional, ocasionada pela diminuição de cálcio e acréscimo de fósforo na circulação materna	• Aumentar ingesta de alimentos ricos em potássio, cálcio, magnésioe vitamina B1 (banana, melão, tomate); • Reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne verme-lha, etc.); • Massagear músculo contraído; • Evitar o alongamento antes de iniciar atividades físicas, ao acordare ao repousar. • Evitar excesso de atividades físicas; • Uso de compressas mornas no local.	

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Dor lombar	• Ocorrência frequente, tende a se intensifi- car com a evolução da gestação, poden-do irradiar para os membros inferiores (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; CLOSE *et al.*, 2016); • São ocasionadas pela adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal; • É importante dis-tinguir entre dor mecânica (tempo de evolução, relacionadaa movimentos) e/ ou dor inflamatória (presença de febre, mal-estar). (COREN -SC, 2017).	• Orientar correção da postura ao andar, sentar-se ou abaixar- -se; • Os sapatos devem ser baixos (aprox. 3cm) e confortáveis, evitar saltos; • Compressas mornas ajudam a aliviar a dor; • Orientar a manter as ativida- des cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores; • Encaminhar para fisioterapia)e investigação complementar, dependendo da evolução da dor; • No caso de presença de febre e/ou queixas urinárias, ficar atento para a possibilidade de pielonefrite e encaminhar imediatamente a gestante para avaliação médica; (COREN-SC, 2017). • Evidências mostram que ati-vidades físicas acompanhadas podem ser benéficas para ali-viar a dor (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; CLOSE *et al.*, 2016). Porém devem ser evitados excessos; • Recomendar acupuntura e ati-vidades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibi-lidade (BRASIL, 2016).	• Paracetamol 500mg - 2cp 6/6 horas ou Caso não ocorra a melhora dos sintomas em até três dias, enca-minhar para avaliação médica. No período gestacional estão contraindicados os anti-inflama-tórios, devido ao risco de oligo-drâmnio Terceiro trimestre fechamento prematuro ducto arterioso
Ganho pon-deral inade-quado	• O ganho de peso em excesso na gestação é um problema de saúde pública, pois está frequentemente associado a compli-cações maternas e fetais, como diabetese hipertensão mater-na, macrossomias, prematuridade, sendo que problemas nu-tricionais durante a evolução fetal asso- cia-se a alterações de saúde na vida adulta (FONSECA *et al.*, 2014; SATO; FUJI-MORI, 2012).	• Antecipar os retornos programados para monitoramento semanaldo peso (ou mais frequente), pelo maior risco de pré-eclâmpsia; • Recomendar atividade física e controle da alimentação, preferen-cialmente sob orientação de profissionais especializados (educadorfísico, fisioterapeutas, nutricionista). (UNICAMP, 2017); • Evitando ingesta de refrigerantes, doces, gorduras e também de bebidas alcoólicas. (LONDRINA, 2017); • Preencher, no cartão da gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional e proferir as evoluções no prontuário. (COREN-MG, 2017); A gestante deve ser monitorada desde o início da gestação, com avalia-ção do peso inicial (Índice de massa corporal - IMC): • Baixo peso – ganho total deve ser de: 12,5-18,0 kg; • Peso adequado – ganho total= 11,5-16,0 kg; • Sobrepeso – ganho total= 7,0-11,5 kg; • Obesidade – ganho total= 5,0-9,0kg. (CARVALHAES *et al.*, 2013) O ganho ponderal excessivo é resultante também de retenção hídrica, precedido de hipertensão na pré-eclâmpsia, caracterizando-se “sinal dealerta” (UNICAMP, 2017).	

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

4.3 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Diagnosticar e tratar precocemente a sífilis na gestação reduz possibilidade de transmissão vertical e taxas de morbimortalidade materna e perinatal (NUNES *et al.*, 2017). Assim, ao acolher a gestante, logo na primeira consulta, o testerápido imunológico (treponêmico) e o VDRL (não treponêmico) devem ser realizados tanto na gestante, quanto no(a) parceiro(a) (COREN-GO, 2017).

Já no primeiro resultado reagente (positivo), deve-se iniciar imediatamente o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina, medicamento cujos benefícios superam quaisquer riscos, sendo considerado seguro para mãe e para o feto (BRASIL, 2019; COREN-SC, 2017). Além disso, é a única droga com eficácia garantida durante a gestação, evitando a sífilis congênita, esta que está cada vez mais incidente, sendo em média 3,3 casos /1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

No período gestacional, tratamentos não penicilínicos somente devem ser considerados como opção no caso de contraindicações absolutas ao uso da penicilina, sendo necessário um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso(COREN-GO, 2017).

É importante ressaltar que a probabilidade de reação adversa, em especial a anafilaxia, decorrente do uso da penicilinas é rara (0,002%), de acordo com evidências científicas que constam no relatório elaborado pela Comissão Nacionalde Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), cujo nome é "Benzilpenicilina Benzatina para prevenção da SífilisCongênita durante a gravidez" (BRASIL, 2015). Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) emitiu a NotaTécnica n° 03/2017, que reafirma a importância de enfermeiros prescreverem a Benzilpenicilina Benzatina para ostratamentos de sífilis, conforme protocolos institucionais, e com base no estudo realizado pela CONITEC referentea casos raros relacionados a anafilaxia por administração de Penicilina, o Cofen também orienta auxiliares e técnicos administrarem **independente da presença do médico**. Recomendamos que se investigue história de alergias a medica- ções anteriores, dentre outros, e suporte para urgência seja mantido na unidade, caso aconteça, lembrando que casoocorra uma intercorrência com quaisquer medicações, a enfermagem deve se reportar ao médico presente na Unidade de Saúde e componente da equipe multiprofissional. Para os casos nos quais não houver médico, a enfermagem deveráavaliar risco/benefício do procedimento.

Abaixo apresentamos as recomendações para o tratamento da sífilis na gestante e no(a) parceiro(a).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Tratamento da sífilis na gestante e no(a) parceiro(a).

Estágios	Esquema terapêutico
Sífilis primária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via Intra Muscular (IM), 1,2 milhão UI em cada glúteo, repetindo a mesma dose após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões.
Sífilis recente, secundária e latente	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via Intra Muscular (IM), 1,2 milhão UI em cada glúteo, repetindo a mesma dose após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões; O Estado de São Paulo utiliza o Guia de Bolso e o tratamento está baseado na deliberação do estado CIB 67 de 26/0/2017, que remete a Nota Informativa Conjunta, n° 001/2017/AB/CRT-PE -DST/AIDS/SES.
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.
Tratamento alternativo	Cefttriaxona 1g IV ou IM 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias e encaminhar para dessensibilização
Parcerias com teste negativo	Dose profilática de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via Intra Muscular (IM), em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Obs: o tratamento do parceiro somente será prescrito se ele estiver presente na consulta. A receita feita pelo enfermeiro prescrito tem validade interna somente (na UBS/Unidade do SUS).
Parcerias positivas	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.
Cuidados durante o tratamento	
1. Intervalo entre as doses deve ser de 7 dias para completar o tratamento. **No entanto, caso esse intervalo ultra-passe 1 dia, o esquema deve ser reiniciado** (WHO, 2016); 2. Exames (teste não treponêmico) devem ser repetidos mensalmente até a cura; 3. Realizar devido controle de acompanhamento (sistema, fichas, prontuário) do tratamento da gestante e no(a) parceiro(a), alimentando os dados no cartão de Pré-Natal e orientando em relação ao seguimento; 4. Ao término do tratamento da gestante, indica-se a realização de VDRL mensal, para controle de cura e investigação de reinfecção; 5. A elevação dos títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: VDRL de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado justifica um novo tratamento; 6. O tratamento da gestante e do parceiro(a) sexual deve ser iniciado preferencialmente até a 20ª semana de gestação; 7. Recomenda-se realizar VDRL no(a) parceiro(a) infectado(a) trimestralmente, com sua presença em consulta; 8. Lembrar que a sífilis é de uma doença de notificação compulsória, segundo Portaria de Consolidação n° 4 de 28 de setembro de 2017 do MS.	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2019 e COREN-GO, 2017

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição clínica que deve ser detectada precocemente e acompanhada a fim de evitar complicações ao binômio. Pode ser definida como um desajuste no metabolismo de carboidratos, resul-tando em hiperglicemia, que é identificada pela primeira vez na gestação, podendo permanecer ou não após o nasci- mento (MENSAH; VAN ROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2019; SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*,

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

2018).

Tem uma estimativa de prevalência de aproximadamente 15% a nível mundial, a qual tende a aumentar conside- ravelmente pelo crescente número de obesidade e sobrepeso em mulheres com idade reprodutiva (MENSAH; VANROOYEN; TEN HAM-BALOYI, 2019). No Brasil, Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência é de 7,6% em mulheres com mais de 20 anos (COREN-PB, 2015).

A DMG deve ser acompanhada de perto pela equipe de saúde, devido aos riscos ocasionados pela hiperglicemia, sendo uma das possibilidades o aumento da incidência de pré-eclâmpsia, polidrâmnio, aumento das taxas de cesarianas (SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018), também a diabetes e a intolerância a carboidratos após a gestação. Na criança, os efeitos da hiperglicemia podem ser graves: são comuns alterações resultantes como macrossomias que podem dificultar o parto causando distócia, bem como após o nascimento, com ocorrências de hipoglicemia, icterícia, além da policetemia e a hipocalcemias decorrentes de sofrimento respiratório (BRASIL, 2012).

Os fatores de risco para DMG são: idade materna superior a 35 anos; obesidade ou ganho ponderal excessivo na gravi-dez atual; multiparidade; abortamentos repetidos; excesso de gordura corporal com disposição central; baixa estatura (menor que 1,5m); polidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia em gravidez atual; história familiar de diabetes; história de diabetes em gestações anteriores; síndromes de ovários policísticos; doença cardiovascular aterosclerótica; e usode medicamentos hiperglicemiantes. (BRASIL, 2017; COREN-PB, 2015; SÁNCHEZ-LECHUGA *et al.*, 2018).

Cuidados e Orientações gerais à gestante com DMG.

- Não abandonar o tratamento, mas sim seguí-lo à risca realizando os exames e o monitoramento durante o Pré-Natal e no pós-parto;
- Na maioria dos casos, frente aos cuidados e monitoramento adequado, a gestação e parto transcorrem sem complicações;
- Podem ser utilizados adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação;
- Adoção de estilo de vida saudável, com alimentação equilibrada;
- Para prevenir hiperglicemia, hipoglicemia ou cetose, a dieta deve ser fracionada em pequenas porções a cada 3horas durante o dia;
- Prática regular de atividade física – Gestantes sedentárias podem ser orientadas a praticar caminhadas regulares de aproximadamente 20 minutos por dia. As que já se exercitavam regularmente podem manter suas atividades, evitando exercícios de alto impacto (como pular corda, correr, body jump etc.);
- Atividades físicas não devem ser realizados se houver suspeita de diminuição da movimentação fetal (<10MFs/24 horas) e se a glicemia capilar estiver < de 70 mg/dl ou ≥ de 250 mg/dl;
- Evitar o uso de álcool. Abandono do tabagismo;
- Algumas mulheres (de 10% a 20%) necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária. A insulina de ação prolongada, embora tenha se mostrado segura em alguns relatos de casos, não dispõe deevidências suficientes para sua indicação – Gestante deverá fazer acompanhanto compartilhado com a referencia para Pré natal de alto risco
- Atentar aos cuidados para evitar hipoglicemia, principalmente nas gestantes que fazem uso de insulina;
- A insulina deve ser administrada no abdome ou membros menos exercitados (o exercício pode aumentar a sensibilidade muscular à absorção de insulina). Informar que o pico de ação da insulina não deve coincidir como horário da atividade, diminuindo o risco de hipoglicemia;
- Orientar sinais de alerta para sintomas de hipoglicemia. Sugerir que carregue consigo fonte de glicose rápida para ser utilizada em eventual hipoglicemia (ex.: suco adoçado e balas);
- Acompanhar e orientar o tratamento farmacológico (caso tenha sido prescrito);
- A conduta obstétrica de uso de corticosteroides para maturação pulmonar fetal não é contraindicada, mas deve-se administrá-los de forma concomitante ao monitoramento intensivo da glicemia e aos ajustes da dosede insulina.

É importante ressaltar que após o parto o acompanhamento da mulher pela unidade de saúde deve continuar, bemcomo o monitoramento glicêmico e orientações pertinentes para cada situação. Realizar Teste de

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

tolerância a glicose (curva) após o puerpério.

SÍNDROME HIPERTENSIVA DA GESTAÇÃO (SHG)

As Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG) é considerada um grave problema de saúde pública, devido à capacida- de de morbimortalidade materna e perinatal. Afeta cerca de 10% das gestações no mundo, podendo causar acidente vascular cerebral (AVC), nascimento prematuro ou de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, entre outros (DUTRA *et al*., 2018).

Na SHG, a pressão arterial sistêmica (PAS) atinge ou ultrapassa 140X90 mmHg, podendo ser classificada de diferentes modos (hipertensão gestacional, hipertensão crônica, hipertensão crônica associada com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, de acordo com a caracterização presente no quadro abaixo. Possuem prevalências elevadas no Brasil, as quais mudam de acordo com alguns fatores como idade, raça, obesidade e sobrepeso, associação com diabetes e doenças renais (DU- TRA *et al*., 2018; ZANATELLI *et al*., 2016).

Para acompanhamento, faz-se necessário o diagnóstico diferencial realizado pelo médico, entre a hipertensão queantecede a gestação e a hipertensão gestacional, esta que é caracterizada pelo aumento da pressão arterial após 20semanas de gestação, podendo voltar aos valores normais após 12 semanas do parto (ZANATELLI *et al*., 2016). Quan-do a gestante procura tardiamente o serviço de saúde para iniciar o Pré-Natal (após a 20ª semana), este diagnósticodiferencial é dificultado. A gravidez pode induzir ao aumento da pressão em mulheres normotensas ou agravar hiper- tensão preexistente (BRASIL, 2012)

O diagnóstico é feito pelo monitoramento dos níveis pressóricos, além de uma anamnese completa para investigação de fatores de risco, bem como da classifi- cação da SHG, a qual vai nortear as condutas
Atentar para as mulheres negras, as quais possuem maior predisposição para elevação da PA.

Classificação da SHG e condutas

Classificação da síndrome hipertensiva da gestação e condutas		
Tipo	**Descrição**	**Conduta**
Hipertensão crônica	Estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de 12 semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houverdano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.	• Encaminhar para o serviço de acompanhamento da gestação de alto risco; • A unidade de origem deve continuar monitorando a gestante,quanto ao comparecimento nas consultas de alto risco, seja pela programação da ida da gestante à unidade, seja pela visita domiciliária.
Hipertensão gestacional	Aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA senormaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, elaé denominada como “crônica”. É um diagnóstico basicamente retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia.	

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Pré-eclâmpsia	Aparecimento de hipertensão e proteinú- ria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, espe-cífica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e re-dução da perfusão. O edema atualmente nãofaz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompa- nhe o quadro clínico;	Indicação de tratamento hospitalar / serviço de alto risco
Pré-eclâmpsia associada à HAS crônica	É definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em ges- tantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas	
Eclâmpsia	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012, pag. 179.

Orientações importantes

- Repouso em decúbito lateral esquerdo por, pelo menos, duas horas durante o dia, pode ajudar;
- Para gestantes com hipertensão crônica sugere-se a dieta hipossódica (< 2,4g/dia);
- Controle da PAS, orientações quanto aos sintomas de elevação da mesma como distúrbios visuais, cefaleia persis- tente, náuseas e/ou vômitos, dor abdominal;
- Retorno com maior frequência até iniciar o acompanhamento no serviço de alto risco;
- Se o paciente utilizava diuréticos por cardiopatia ou nefropatia, o indicado é a furosemida. Se usava diurético por HAS, é necessária a adequação para anti-hipertensivo adequado à gestação (são indicados metildopa, sendo a doseinicial de 750mg, podendo aumentar, se necessário até 2,0g/dia e betabloqueadores podem ser usados se necessário);
- A PA deve ser mantida entre 90 a 100mmHg, pois níveis inferiores a estes podem comprometer a oxigenação placentária;
- As gestantes com SHG devem ser orientadas a buscar uma unidade hospitalar no caso de emergências hiperten-sivas como: PA diastólica > 110mmHg (mantida após repouso) acompanhada ou não de cefaleia, dor precordial, vertigens, vômitos.

4.4 **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

A adolescência é considerada uma fase de transformações físicas, emocionais e psicológicas, configurando-se um perí-odo de descobertas e consequentes vulnerabilidades, devido a comportamentos de risco, como uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, possibilitando infecções e gestações indesejadas (BURATTO *et al.*, 2019).

Os problemas sociais acarretados a adolescentes pela ocorrência de uma gravidez inesperada podem trazer prejuízos, uma vez que são impedidos de concretizar planos, de obter formação profissional e melhores condições de vida, assu- mindo a responsabilidade de pais, sem estrutura emocional, financeira, tendo que cuidar de um filho inesperadamente (UNICAMP, 2017).

Nesse contexto, é considerado adolescente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o jovem com idade entre 10 e 19 anos, e para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), considera-se a faixa etária entre 12 e 18 anos

(BRASIL, 2012). Neste sentido, seguimos a orientação de ambas as instituições entendendo a adolescência entre 10 a 19 anos.

O acompanhamento Pré-Natal da gestante adolescente de baixo risco é realizado pela unidade de saúde, com consul- tas intercaladas entre médico e enfermeiro, considerando os mesmos atendimentos prestados às gestantes de maioridade, porém destacando-se algumas particularidades.

Particularidades do atendimento Pré-Natal à gestante adolescente.

Particularidades do atendimento Pré-Natal à gestante adolescente.
• O acolhimento da adolescente é realizado pela equipe, podendo ela estar sozinha, acompanhada dos pais, namorado(a) ou amigos; • A consulta de enfermagem se inicia logo após seu consentimento, tendo o direito de recusá-la; • A atenção a qualquer sintoma clínico, ou queixa deve ser redobrada, avaliando os fatores emocionais e nutricionais; • Deve-se encorajar a participação dos familiares, respeitando a decisão pelo atendimento individual; • Assegurar o sigilo das informações passadas durante a consulta; • Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e auxilie no acompanhamento; • A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o seu direito à saúde; • Orientar quanto ao uso de preservativo, evitando as ISTs / Aids e também quanto ao uso de álcool e outras drogas e os malefícios que podem causar ao feto; • Referenciar a gestante a outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas de acordo com a disponibilidade e necessidade; • A gestante adolescente somente deve ser referenciada ao serviço de atendimento de alto risco no caso de intercorrências (conforme condutas de referenciamento para as demais gestantes); • Articular apoio com o conselho tutelar do município e promotoria da infância e juventude, caso sejam necessárias intervenções sobre a ausência e comprometimento com a assistência Pré-Natal ou outros problemas, buscando respaldo.

FONTE: Elaborado, tendo como base BRASIL, 2012; UNICAMP, 2017

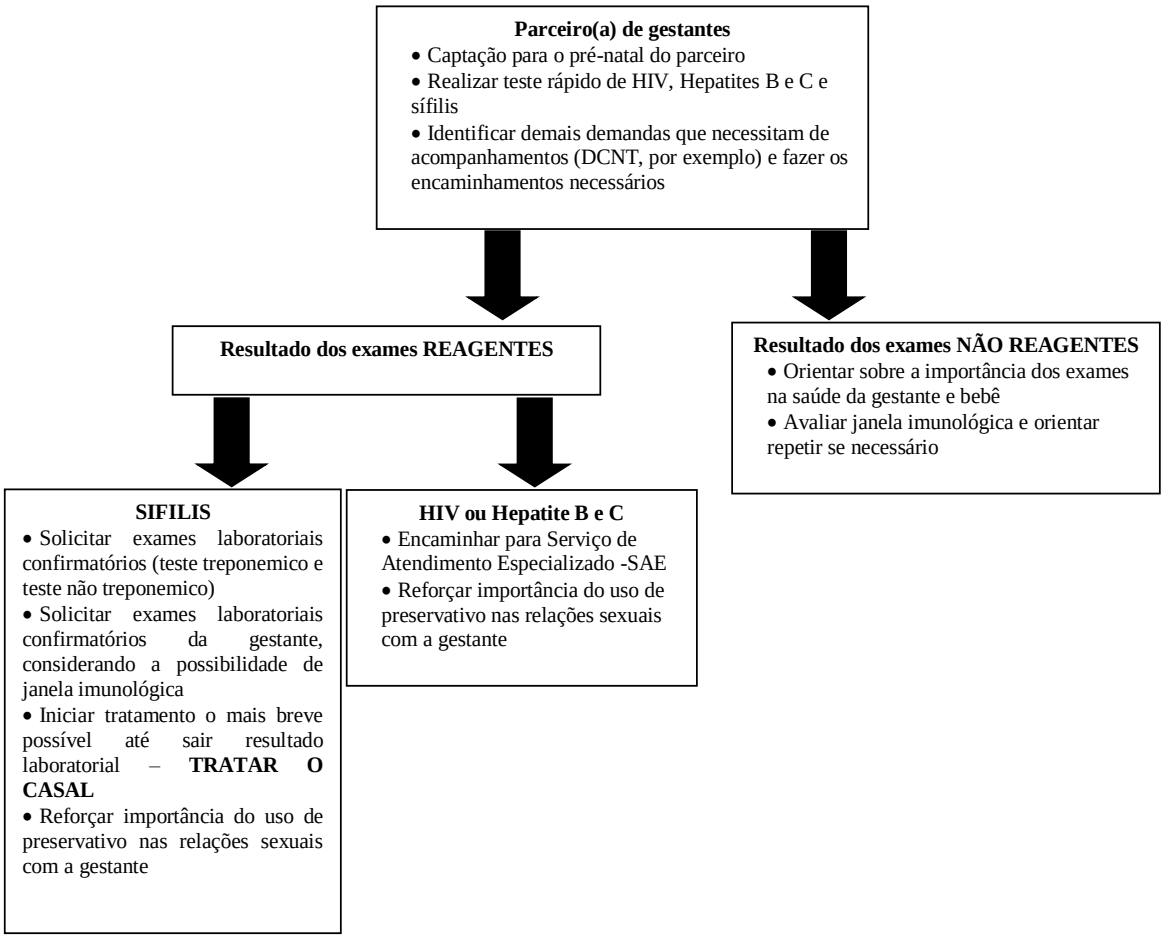
4.5 PRÉ-NATAL DOS(AS) PARCEIROS(AS)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27de agosto de 2009, propôs o Pré-Natal do parceiro ou Pré-Natal do homem, entendendo ser um momento de inclusão do tema da paternidade e cuidado, com ações voltadas ao planejamento reprodutivo como uma estratégia essencialpara qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde,comunidade e dos usuários nos serviços ofertados, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos, entre a gestante e ocompanheiro bem como entre o homem e o filho (BRASIL, 2009).

Em 2017, através da portaria nº 1.474, foram incluídos e alterados procedimentos na tabela de procedimentos, me-dicamentos, órteses/próteses e materiais do SUS, frente à necessidade de incorporar o Pré-Natal do parceiro, a fimde possibilitar a identificação da quantidade de homens que realizam o procedimento e assim observar a efetividadeda estratégia. Desta maneira, foram incluídos códigos e procedimentos, a fim de inserir as respectivas avaliações dasaúde dos parceiros, os quais preconizam solicitação de exames preventivos e de rotina, testes rápidos, atualização de vacinas, orientação sobre gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direito do(a) parceiro(a) (BRASIL, 2017).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Fluxograma: Pré-Natal dos(as) parceiros(as) na Atenção Primária



Este atendimento/acolhimento deve ser realizado o mais precocemente possível, se possível junto com a primeira consulta de pré-natal da gestante.

Relação de exames que deverão ser solicitados:

- Anti- HIV;
- HBsAg;
- VDRL;
- Anti-HCV;

4.6 PUEPÉRIO

Assistência ao puerpério

O puerpério tem início logo após a expulsão total da placenta e das membranas e tem duração de cerca de seis semanas.

Fases do puerpério:

- Puerpério imediato: inicia logo após a saída da placenta e dura aproximadamente 2 horas.
- Puerpério mediato: até o 10º dia regressão das modificações dos órgãos genitais primeiro atendimento de enfermagem: consulta de enfermagem na Unidade de Saúde ou por meio de Visita Domiciliar.
- Puerpério Tardio: a partir do 10º dia até o reinicio dos ciclos menstruais em mulheres que não estão lactando. Para aquelas que mantêm a lactação, o período pode variar de 6 a 8 semanas.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

4.6.1 Roteiro para consulta de puerpério

*Deverá ser realizada o mais precocemente possível.

- Identificar tipo de parto e seus consequentes cuidados;
- Identificar dúvidas e ansiedades da puérpera;
- Realização de exame físico;
- Avaliar SSVV;
- Avaliar coloração das mucosas;
- Avaliar função intestinal e urinária;
- Avaliar presença de dor;
- Avaliação de lóquios: coloração, quantidade, odor, etc.
- Avaliar ferida cirúrgica: aspecto, presença de sinais flogísticos, dor local, etc.;
- Avaliar involução uterina;
- Avaliar mamas e sinais de “boa pega”;
- Avaliar situação vacinal;
- Orientar planejamento familiar;
- Orientação de cuidados com as mamas saudáveis ou com fissuras;
- Estimular aleitamento materno exclusivo até 6º mês;
- Agendar consulta médica para 40 dias.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Anexo 1. Ficha Clínica de Pré Natal

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA CLÍNICA DE PRE-NATAL

Data: ____/____/_____ Prontuário: _____

Nome: _____ Profissão: _____

Endereço:_____

Cidade: _____UF: _____ CEP: _____Telefone: _____

Idade: _____

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Ens. Fundamental ☐ Ens. Médio ☐ Superior

Estado Civil/União: ☐ Casada ☐ Solteira(sem união estável) ☐ Solteira (com união estável)

Outra: _____

Cor/Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática

Natural: _____

Antecedentes

AF: ☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ Gemelidade ☐ Malformação

Outros: _____

AP: ☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ Cir. Pélvica ☐ Cardiopatia ☐ I.T.U ☐ Malformação

Outros: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestação: _____ Parto: _____ Abortos: _____ Ectópicas: _____ Gemelares: _____

Abortamentos:_____ Espontâneos: _____ Provocados: _____ Com curetagem: _____

Partos: Vaginais: _____ Césareos: _____

Nascidos vivos: _____ Nascidos Mortos: _____

Filhos vivos atuais: _____ Óbtos 1ªsemana: _____ Óbtos após 1ªsemana:_____

Causa do óbito: _____

Peso RN: <2500 g _____ 2500-4000 g _____ >4000 g _____

Data da última gestação _____/_____ (Mês/Ano)

Amamentação: ☐ S ☐ N Duração: _____ Causa insucesso: _____

Intercorrências em gestações anteriores: _____

Gestação Atual

DUM _____/_____/_____ DPP _____/_____/_____ Dúvida: ☐ S ☐ N

Grupo sangüineo : ☐ Rh+ ☐ Rh- Sensibilizada ☐ S ☐ N

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Vacinação anti-tetânica: ☐ S ☐ N Doses prévias: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Última dose > 5 anos: ☐ S ☐ N ☐ Ignorado

Data prevista vacinações: 1ª____/_____/_____ Realizada: ☐ S ☐ N

2ª____/_____/_____ Realizada: ☐ S ☐ N

3ª____/_____/_____ Realizada: ☐ S ☐ N

Fumo: ☐ S ☐ N Quantos/Dia: _____ Álcool: ☐ S ☐ N Frequencia:_____

Intercorrências até 1ª. Consulta: _____

Exame Físico

Peso 1ª consulta: _____ Kg Peso Prévio: _____ Kg Estatura: _____ cm

Ex. clínico: Normal - ☐ S ☐ N Ex. mamas: Normal- ☐ S ☐ N Ex.ginecológico:Normal- ☐ S ☐ N

Achados alterados nos exames realizados: _____

Evolução da Gravidez

Consulta nº	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Data										
IG (semanas)										
Peso										
PA										
Altura uterina										
Apresentação fetal										
MF										
BCF										
Edema										
Assinatura										

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Exames Laboratoriais

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipo sanguineo						
Hb/Ht						
Glicemia de jejum						
TOTG 50g						
VDRL						
HBsAg						
Toxoplasmose IgG						
Toxoplasmose IgM						
Rubéola IgG						
Urina I						
Urocultura						
Papanicolaou						
Outros						

Ultra-Sonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	Outros

Observações:

_____

Intercorrências/Conduta

Data:_____

Data:_____

Data:_____

Data:_____

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Sistematização da assistência de enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem

( ) Comportamento de busca a saúde percebido (gravidez) evidenciado por desejo expresso, observado maior controle sobre as práticas de saúde e buscar de um nível mais elevado de saúde.

( ) Dor aguda relacionada a agentes biológicos e psicológicos evidenciada por verbalização, gestos protetores, comportamento expressivo.

( ) Medo relacionado ao parto e complicações na gestação.

( ) Risco de infecção relacionado a conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, defesas primárias inadequada.

( ) Intolerância a atividade percebida (gestante) relacionada com desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio evidenciado por verbalização de fadiga, fraqueza, desconforto e dispnéia de esforço.

( ) Incontinência urinária por pressão relacionada com pressão abdominal devido ao útero gravídico por relato de urgência urinária e frequência urinária a intervalos menores que normalidades.

( ) Constipação intestinal relacionada com mobilidade diminuída do trato gastrintestinal secundária a gravidez e atividade física insuficiente evidenciada por verbalização de mudanças no padrão intestinal, dor e frequência diminuída.

( ) Conhecimento deficiente relacionada a falta de acesso e a falta de conhecimento adequados evidenciados por verbalização de dúvidas, falta de conhecimento sobre assuntos diversos e comportamento inadequado.

( ) Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporal relacionada a ingestão de alimentos em excesso e peso acima da linha de base do início da gestação e disfunção dos padrões alimentares.

( ) Nutrição desequilibrada: menos que a necessidade corporal relacionada a incapacidade para ingerir ou absorver nutrientes devido a fatores biológicos, psicológicos ou econômicos evidenciado por verbalização de consumo de alimentos menos que recomendado no dia.

( ) Déficit para autocuidado relacionado com prejuízos musculoesquelético evidenciado por incapacidade de movimentos.

( ) Alteração de conforto (náuseas/vômitos) relacionado a efeitos das alterações gravídicas.

( ) Processo familiar alterado relacionado à gestação.

( ) Risco de glicemia instável relacionada à gravidez.

( ) Risco de integridade da pele prejudicada relacionada a fatores de desenvolvimento (gestação), fatores imunológicos, mudanças no turgor da pele.

( ) Mucosa oral prejudicada (gestante) relacionada comprometimento imunológico evidenciado por desconforto oral lesões e sangramento.

( ) Hipertensão arterial associada a gravidez (imunogenética).

Outros_____
_____
_____
_____

Prescrição de Enfermagem

( ) Orientada sobre alimentação saudável.

( ) Orientada sobre aumentar a ingestão de líquidos.

( ) Orientada sobre atualização vacinal.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

( ) Orientada quanto a importância do aleitamento materno.
( ) Orientada quanto a sinais de alerta e preparação para o parto.
( ) Orientada quanto a manter repouso.
( ) Orientada quanto aos riscos de manter uso do tabaco/drogas na gravidez.
( ) Orientada quanto a importância do acompanhamento pré-natal e a realizações de exames.
( ) Orientada quanto a preparação das mamas para o aleitamento materno.
( ) Consulta odontológica.
( ) Emergências obstréticas.
( ) Pré-natal do homem.
( ) Pré-natal de risco no HB compartilhado com unidade básica de saúde.
( ) Curso de gestante e benefícios sociais.
( ) Planejamento familiar.
( ) Orientada o uso de repelente.
( ) Orientada o uso de preservativo.
( )_____
( )_____
( )_____
( )_____
( )_____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Anexo 2 - SOAP PRÉ NATAL

SUBJETIVO: (IDENTIFICAÇÃO, ANAMNESE, MOTIVO DA CONSULTA)

IDADE, ESTADO CIVIL
PARIDADE: G _ P _ A _ (ESPECIFICAR OS TIPOS DE PARTOS)
DATA DO ÚLTIMO PARTO (DUP)
HISTÓRICO DE GESTAÇÕES ANTERIORES: DOENÇAS? INTERCORRÊNCIAS? PREMATURIDADE? BAIXO PESO AO NASCER (< 2,5 KG)? MACROSSOMIA (> 4,0 KG)? AMAMENTOU?
DATA (1º DIA) DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO (DUM)
1º USG DD/NN/AA : IG
IDADEGESTACIONAL (IG): CALCULADA PELA DUM SE NÃO TIVER USG OU EMPRE CALCULADA PELO 1º USG
ANTECEDENTES PESSOAIS: DOENÇAS, MEDICAÇÕES, TABAGISMO E OUTROS.
HISTORIA: ABERTURA DE PRÉ NATAL, TROUXE EXAMES? QUEIXAS?

CIAP:
W78 Gravidez
W79 Gravidez não desejada

OBJETIVO: (EXAME FISICO)

BHCG + (/ /)
PA
E RESULTADOS DE EXAMES SE TIVER.

AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA: (DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM)

GESTAÇÃO + _____ OUTROS DIAGNÓSTICOS OBTIDOS PELA ANAMNESE)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- AVALIAÇÃO PSICOLOGICA (ACEITAÇÃO OU NÃO DA GESTAÇÃO)
- NÁUSEA
- VÔMITO
- VERTIGEM POSTURAL (TONTURA)
- PIROSE (AZIA)
- DOR DE CABEÇA
- FLATULÊNCIA LEVE/MODERADA/SEVERA
- CONSTIPAÇÃO
- HEMORROIDA
- CÃIBRAS NAS PERNAS
- CONDIÇÃO FISIOLÓGICA DA PERNA PREJUDICADA (VARIZES)
- DOR LEVE/MODERADA/SEVERA NAS COSTAS (LOMBALGIA)
- MICÇÃO PREJUDICADA (POLACIÚRIA)
- FADIGA
- SONOLÊNCIA
- INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA (CLOASMA GRAVÍDICO)
- CONTRAÇÃO UTERINA LEVE/MODERADA/ANORMAL/EM PROGRESSO

PLANO: (CONDUTA)

SOLICITADO EXAMES LAB + USO.
RECEITA DE ACIDO FÓLICO 5MG E SULFATO FERROSO 40MG 01 CP VO AO DIA.
REALIZADO ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE, COLETADA AMOSTRA DE SANGUE E FEITO TR DE HIV, SÍFILIS E HEP B E C. LAUDO NO PRONTUÁRIO.

ORIENTADA SOBRE:

- A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL,
- ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO,

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL,
- HIDRATAÇÃO,
- USO DE REPELENTES,
- IMUNIZAÇÃO,
- EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS,
- PRÉ-NATAL DO PARCEIRO,
- PLANEJAMNETO FAMILIAR (QDO FOR O CASO).

SIGTAP:
03.01.01.003-0 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ
0214010015 - GLICEMIA CAPILAR (SE NECESSÁRIO)
01.01.04.008-3 - MEDIÇÃO DE PESO
01.01.04.007-5 - MEDIÇÃO DE ALTURA
0101040024 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA
0301100039 – AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
03.01.01.011-0 - CONSULTA DE PRÉ NATAL
02.14.01.007-4 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS
02.14.01.008-2 - TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO
02.14.01.009-0 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C
02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV
02.14.01.004-0 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV EM GESTANTE OU PAI/PARCEIRO
02.14.01.010-4 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV
02.01.02.004-1 - COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL (À CRITÉRIO DO ENFERMEIRO SE GESTANTE VULNERÁVEL)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Anexo 3

ORIENTAÇÕES AS GESTANTES

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher e sua família devem receber informações sobre os seguintes temas:

Importância do pré-natal

Cuidados de higiene

Realização de atividade física

- De acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, a realização de atividade física pode proporcionar benefícios, por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

Nutrição

- Promoção da alimentação saudável (enfoque na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);

Desenvolvimento da gestação;

Modificações corporais e emocionais;

Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;

Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;

Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.

Sinais de alerta

- Sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.

Preparo para o parto

- Planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério. Importância da participação do pai durante a gestação e o parto: O estabelecimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/ GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005;

Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;

Importância das consultas puerperais;

Cuidados com o recém-nascido;

- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

PARTO

Parto normal vs cesariana

Os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando por vários motivos. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfo-pélvica e más apresentações. O procedimento ficou mais seguro com o uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas.

As indicações de cesariana ampliaram-se também com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Atualmente, outras indicações são frequentes, como feto não reativo, apresentação pélvica, gestante HIV positivo, cesárea prévia. Com o aumento do número de cesáreas primárias em pacientes jovens, a repetição também aumenta, o que representa de 15% a 45% do total dos nascimentos.

Indicações obstétricas de parto cesáreo

- Absolutas: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo.
- Relativas: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvice desfavorável à indução do parto, psicopatia.

Os benefícios da cesárea planejada incluem: conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, que, além disso, conta com a vantagem de não passar pela dor do parto. As potenciais desvantagens descritas em estudos observacionais incluem: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal. Uma avaliação sem vieses sobre as vantagens e desvantagens deveria embasar a discussão obstétrica.

Entretanto, em recente revisão de Cochrane, de abril de 2009,9 não foram encontrados estudos controlados e randomizados que avaliassem os riscos e benefícios da cesárea planejada sem uma indicação médica precisa.

Desvantagens e riscos da cesariana

- Período de recuperação mais longo
- Aumento da morbidade materna: um dos maiores estudos sobre o tema mostrou severa morbidade de 27,3 e 9,0/1000 partos para cesárea e parto vaginal respectivamente (OR 3,1, 95% CI 3,0-3,3), risco de parada cardíaca (OR 5,1), hematoma de parede (OR 5,1), histerectomia (OR 3,2), maior infecção puerperal (OR 3,0), complicações anestésicas (OR 2,3), tromboembolismo venoso (OR 2,2) e hemorragia que requer histerectomia (OR 2,1).
- Aumento do risco de problemas respiratórios neonatais: síndrome respiratória e taquipneia transitória são mais comuns em cesáreas do que em partos vaginais e podem determinar hospitalização mais longa. A morbidade respiratória neonatal foi de 35,5/1000 para neonatos de cesárea eletiva (antes de iniciar trabalho de parto), sendo significativamente mais alta do que para neonatos de cesáreas realizadas durante o trabalho de parto (12,2/1000) ou parto vaginal (5,3/1000).
- Problemas respiratórios são mais frequentes após cesárea porque os mecanismos de reabsorção dos fluidos do pulmão sem o trabalho de parto não são ativados e, muitas vezes, ocorrem como resultado de prematuridade iatrogênica.
- Aumento da mortalidade neonatal: as evidências são bastante limitadas. Estudo norteamericano analisou atestados de óbito e mostrou um aumento da mortalidade neonatal pós-cesárea planejada em relação ao parto vaginal planejado, após ajustes para outras variáveis passíveis de criar confusão (OR 1,93, 95% CI 1,67-2,24) (PETITTI et al., 1982).
- Riscos para futuras gestações: riscos para placenta prévia são significativamente mais comuns após uma ou mais cesáreas

A revisão da literatura mostra algumas evidências de alta qualidade para algumas situações e, em outras, com níveis fracos.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Recomendações para a indução do parto com alto nível de evidência:

- Gestação pós-termo (≥ 41 semanas);
- Ruptura prematura de membranas a termo ou próximo ao termo com maturidade fetal;
- Retardo de crescimento intrauterino antes do termo: a indução do parto reduz a morte fetal intrauterina, mas aumenta a taxa de cesárea e as mortes neonatais.

Casos em que as evidências são insuficientes para a indução do parto: Gestantes com diabetes insulino-dependentes, gestação gemelar, macrossomia fetal, oligoidrâmnio, colestase da gestação, doença cardíaca materna e gastrosquise fetal.

Toda gestante deve saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, ou seja, é o que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez.

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz.

Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida.

Deve-se ressaltar que o parto normal é também importante para ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água porventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios.

ANEXO 4 – MODELO SOAP OARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

SUBJETIVO: (IDENTIFICAÇÃO, ANAMNESE, MOTIVO DA CONSULTA)
IDADE, ESTADO CIVIL.
GPA:

1- DUM
METOCO CONTRACEPTIVO SANGRAMENTO PÓS- COITO?
HISTERECTOMIA (SÓ PRECISA COLHER QUEM TIROU POR CÂNCER), SE FOR SUBTOTAL COLHER.

2- SE MENOPAUSA:
COM QUANTOS ANOS?
REPOSIÇÃO HORMONAL OU CREME GAVINAL HORMONAL
SANGRAMENTO PÓS-COITO? SANGRAMENTO PÓS-MENOPAUSA?

CAUTERIZAÇÃO? QUANTOS ANOS?
RADIOTERAPIA? QUANTOS ANOS?

DATA (ANO) ÚLTIMO CO.

3- PACIENTE VEM ATÉ A UNIDADE PARA COLETA DE EXAME PREVENTIVO DE RASTREAMENTO / REPETIÇÃO (ASCUS/BAIXO GRAU) / SEGUIMENTO (PÓS DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO / TRATAMENTO)

CIAP:
A98- MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVO: (EXAME FISICO)
- INSPEÇÃO VULVAR
- ESPECULAR: COLO (ROSEO / HIPOTRÓFICO/ ATRÓFICO / AUSENTE), ORIFICIO EXTERNO DO COLO (OEC): PUNTIFORME / FENDA;
- JEC (-3 A 0 A +3);
- LESÕES APARENTES?
- SINAIS DE IST´S?
- DESCRIÇÃO DE SECREÇÃO E NA RETIRADA DO ESPECULO IR GIRANDO PARA VISUALIZAR POSSIVEIS LESÕES.

AVALIAÇÃO DIAGNOSTICO: (DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM)

EXAME PREVENTIVO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
- MENSTRUAÇÃO ANORMAL / NENHUMA
- COLICA MENSTRUAL ALTA
- MEDO
- VERGONHA
- SEREÇÃO ANORMAL DA VAGINA
- ELIMINAÇÃO EFICAZ DA VAGINA
- DOR (PÉLVICA) / DOR NO ABDOME (BAIXO VENTRE) / DOR NA REGIÃO PUBIANA / REGIÃO VULVAR
- PRURIDO LEVE / MODERADO / SEVERO NA VAGINA
- EDEMA LEVE / MODERADO/SEVERO NA REGIÃO VULVAR
- CANDIDIASE LEVE / MODERADA / SEVERA

PLANO: (CONDUTA)
COLETA DE CO
SOLICITAÇÃO DE EXAMES SE NECESSÁRIO
ORIENTAÇÕES SOBRE:

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- HIGIENE PESSOAL E AUTO CUIDADO,
- AUTO EXAME DE MAMAS,
- ORIENTADA USO DE PRESERVATIVOS,
- ORIENTADA A PROCURAR A UNIDADE EM 2 MESES PARA VER O RESULTADO DO PAPANICOLAU E AGENDAR O GINECOLOGISTA.

SIGTAP:

03.01.04.007-9 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA)
03.01.01.003-0 - CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA 02.01.02.003-3 - COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO

REFERÊNCIAS

Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício

da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 09 jun 1987.

_____. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:10.

_____. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em . Acesso em 13 ago 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2019. 248 p. Disponível em . Acesso em 13 ago 2019

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 253

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN J.M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen n.º 564 de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de novembro de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Protocolo de Enfermagem - Hipertensão, Diabetes e Outros Fatores Associados a Doenças Cardiovasculares. Versão 1. Volume 1. 2017. Disponível em < http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-1. pdf >. Acesso em 12 set 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Protocolo de Enfermagem - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Versão 1. Volume 3. 2016. Disponível em . Acesso em 02 ago 2019. CUNHA, C.L.F.; SOUZA, I.L. (Organizadores). Guia de trabalho para enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: CRV, 2017. 199 à 201 p.

FABRI A.C.O.C, ALVES M.S., FAQUIM L.J., Oliveira M.L.L., FREIRE P.V, LOPES F.N. Care in nursing: nurse knowledge of primary health care. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 28] 7(2):474- 80. Available from: FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Climatério. 2010. Disponível em . Acesso em 21 ago 2019.

FEUERSCHUETTE O.H.M., SILVEIRA S.K., FEUERSCHUETTE I., CORRÊA T., GRANDO L., TREPANI A. Candidíase vaginal recorrente: manejo clínico - Recurrent vaginal candidiasis: clinical management/ Uma revisão sistematizada. FEMINA | Fevereiro 2010 | vol 38 | nº 2. Disponível em: . Acesso em 21 ago 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. (Série Enfermagem).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Enfermagem: Saúde da Mulher, Coordenação da Atenção Básica. 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016. (Série Enfermagem).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual Climatério, 2019. Disponível em: . Acesso em 13 ago 2019.

SÃO PAULO – ESTADO. Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo 2018. DOE – Res.SS Nº 68 de 25/09/2018

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

SOARES, R.; VIEIRA-BAPTISTA, P.; TAVARES,S. Vaginose citolítica: uma entidade subdiagnosticada que mimetiza a candidíase vaginal. Acta Obstet Ginecol Port, Coimbra , v. 11, n. 2, p. 106- 112, jun. 2017. Disponível em: . Acesso em 29 jul 2019.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

PROTOCOLO CLÍNICO DE INSERÇÃO DO DIU

Mirassol/ SP – 2024

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

PROTOCOLO CLÍNICO DE INSERÇÃO DO DIU

PREFEITO

Edson Antonio Ermenegildo

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Frank Hulder de Oliveira

CHEFE DE DIVISÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Ailton Paulo Ramos

CHEFE DE DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Mara Cardoso Souto

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Enfª Camilla da Silva Nunes Santiquio

EnfªDélcia Renata Franco Silveira Rodrigues

EnfªGlaucia Cerqueira Simone do CarmoSalvioni

Enfª Juliana ToninRecco da Rocha

Enfª Rosana Aparecida da Silva Gonzalez

Dr Michel de Souza Vinagre

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Apresentação

Os métodos contraceptivos de curta duração são os preferidos da maioria das mulheres na prevenção de gravidez, porém há de se considerar que o seu uso sem o seguimento previsto e orientado pelos profissionais de saúde, aumentam as chances de uma gestação indesejada. Além de que esses métodos apresentam uma maior taxa de falha no seu uso real.

3

Nesta perspectiva, surge a contracepção com a utilização dos Métodos Reversíveis de Longa Duração (LARCs) que são métodos que duram três ou mais anos e apresentam elevada eficácia, pois não dependem da lembrança das mulheres para atingirem o efeito desejado, possibilitando um planejamento reprodutivo de longo prazo para a mulher e/ou casal.

A gravidez não planejada é considerada problema de saúde pública e, mesmo que sua redução esteja associada a uma abordagem multifatorial, a ampliação do acesso aos LARCs contribui para a mudança deste cenário de acordo com as evidências disponíveis. Para a escolha do contraceptivo, o profissional de saúde deve apresentar as informações baseadas em evidências para permitir a livre escolha do método pela mulher.

Neste sentido, vale destacar a importância dos profissionais que atuam junto às unidades da rede municipal de saúde de Mirassol, uma vez que estes desempenham um papel decisivo na escolha do método contraceptivo pelas usuárias e casais através do aconselhamento reprodutivo.

1 Introdução

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

O DIU (Dispositivo Intrauterino) é um método contraceptivo do grupo dos LARCs (LongActingReversibleContraception), sigla em inglês para Método Contraceptivo de Longa Duração. O DIU com cobre, quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar, a gestação, apresentando-se como um método seguro para evitar a longo prazo uma gestação. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura. A ampliação do acesso ao DIU com cobre nas maternidades (pós-parto e pós-abortamento imediatos – inserção em até 10 minutos) é uma estratégia compartilhada e complementar às ações de saúde reprodutiva da Atenção Básica e demais pontos de atenção do sistema de saúde local.

2 Objetivo

Este protocolo tem objetivo prestar assistência em Planejamento Reprodutivo a mulheres em idade fértil do Município de Mirassol para Inserção de DIU. Ampliar acesso àsinformações sobre método contraceptivo DIU. Diminuir a ocorrência de casos de gravidez indesejada e consequente abortos provocados, exercendo grande impacto na morbimortalidade materno infantil. Humanizar o atendimento e a qualificação da atenção em Planejamento Reprodutivo.

3 Características do DIU com cobre

O DIU com cobre TCu 380 é constituído por um pequeno e flexível dispositivo de polietileno em formato de T, revestido com 314 mm2 de cobre na haste vertical e dois anéis de 33 mm2 de cobre em cada haste horizontal.

Principais características do DIU com cobre TCu 380A:

- Não contém hormônios – fato desejável em várias situações;
- Altamente efetivo – mais de 99%;
- Melhor custo-benefício – custo baixo e disponível na rede pública;
- Praticidade – não precisa lembrar diariamente de usá-lo (livre de esquecimentos);
- Longa ação – até 10 anos;
- Retorno rápido à fertilidade – quase que imediato, após a retirada;
- Sem efeitos sistêmicos – ação local, intrauterina;
- Não interfere na lactação;
- Altas taxas de continuidade – as maiores entre os métodos reversíveis;

3.1 Mecanismos de ação

O DIU com cobre age provocando mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

à medida que os íons são liberados na cavidade uterina, levando a uma ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida. O cobre é responsável pelo aumento da produção de prostaglandinas e pela inibição de enzimas endometriais. Tal ação terá efeito tanto nos espermatozóides como nos ovócitos secundários. Provoca também, uma alteração no muco cervical, tornando-o mais espesso. Considera-se que o DIU interfere na motilidade e qualidade espermática, atrapalhando a ascensão dos espermatozóides, desde a vagina até as tubas uterinas, levando também à morte dos mesmos pelo aumento na produção de citocinas citotóxicas com posterior fagocitose.

5

3.2 Critérios

- Ter 01 resultado de exame citopatológico sem alteração nos últimos 03 anos; exceto mulheres com menos de 25 anos.
- Realizar o procedimento no 1 e 2º dia da menstruação.

3.3 Indicações

- Mulheres que desejam contracepção eficaz;
- Mulheres jovens e adolescentes;
- Lactantes
- Nuligestas;
- Pós- parto ou pós-aborto;
- Comorbidades que possam caracterizar contra-indicações aos métodos contendo estrogênios;

3.4 Contraindicações

São contraindicações absolutas do uso do DIU:

- Neoplasias malignas do colo ou corpo do útero;
- Sangramento uterino de causa desconhecida;
- Suspeita de gravidez;
- Doença inflamatória pélvica ativa;
- Malformação uterina congênita;
- Coagulopatias;
- Cervicite aguda;
- Risco ou presença de IST;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- História de doença inflamatória pélvica desde a última gravidez.

3.5 Precauções

6

- Hipermenorréia;
- Anemia;
- Leucorréia;
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Nuliparidade;
- Gravidez ectópica prévia;
- Estenose do canal cervical;
- Doença cardíaca reumática;
- Terapia imunossupressiva;
- Alergia ao cobre.

3.6 Complicações

Sangramento aumentado: é a queixa mais comum nas usuárias de DIU. Aproximadamente 4 a 8% solicitam extração por esta causa. Em geral, ocorre a diminuição do volume com o tempo de uso.

Expulsão: é mais frequente ocorrer nos três primeiros meses de uso, principalmente durante a menstruação; a frequência varia entre 3 a 9% e é influenciada pela técnica de inserção. É mais freqüente em mulheres jovens e nulíparas.

Doença inflamatória pélvica: as usuárias de DIU têm um pequeno aumento no risco de desenvolverem doençainflamatóriapélvica nos primeiros seis meses de uso. Este aumento relaciona-se ao comportamento sexual da usuária e de seu parceiro.

Gravidez: apresentam índices de falha de 1% ou menos.

4 Extração

Deve ficar claro que a mulher tem o direito de solicitar e obter a extração do DIU em qualquer momento seja por causas médicas ou pessoais. Além dos casos em que a paciente solicita a extração, a retirada deverá ser realizá-la nos casos de:

- Gravidez, desde que os fios estejam acessíveis;
- DIP ativa;
- Expulsão parcial;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

- Sangramento excessivo que possa comprometer o estado geral da mulher;
- Vencimento do prazo de validade do DIU.

7

5 Inserção do DIU

O DIU com cobre pode ser inserido por médico ou enfermeiro capacitado em qualquer dia do ciclo menstrual (desde que excluída gravidez, a unidade de saúde pode realizar o teste rápido de gravidez), no pós-parto ou pós abortamento imediatos (até 48h), puerpério com ou sem lactação (4 a 6 semanas pós parto).

Para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo. Recomenda-se exame ginecológico completo (especular e toque bimanual) antes da inserção do DIU com cobre. Com este cuidado, pode-se avaliar o conteúdo vaginal, posição e volume uterino.

Não é obrigatória a solicitação de ultrassonografia transvaginal anteriormente a colocação do DIU, entretanto, deverá ser realizada em casos selecionados como por exemplo, na suspeita de má formação uterina ou investigação de sangramento anormal sem diagnóstico.

NÃO HÁ INDICAÇÃO DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA INSERÇÃO DE DIU.

5.1 Materiais necessários:

- Histerômetro descartável
- Pinça de Pozzi
- Pinça Cheron para antissepsia
- Espéculo descartável
- Tesoura
- Pacote de gaze
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Foco de luz
- DIU
- Lidocaína sem vasoconstritor
- Agulha 40x12
- Cuba rim
- Antisséptico

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

5.2 Procedimento de inserção

- Realizar o procedimento com a presença de alguém da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro)
- Explicar o procedimento à mulher, responder suas perguntas e esclarecer suas dúvidas.
- Ler consentimento informado e colher assinatura (Anexo I)
- Realizar exame pélvico bimanual
- Introduzir o espéculo – após exposição do colo uterino com espéculo realizar anti-sepsia com cloridrato de clorexidina. Isto minimiza as chances de infecção uterina posterior à inserção do DIU.
- Realizar pinçamento do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi, delicadamente.
- Fazer a histerometria.
- Preparação do DIU – proceder com a abertura da embalagem e preparar o DIU de acordo com orientações do fabricante.
- Alojar o DIU no fundo do útero e de acordo com a histerometria, usando o marcador externo como guia.
- Retirarlentamente a cânula do dispositivo, mantendo-o pressionado o gatinho; isto libera as hastes do DIU e o coloca em posição.
- Cortar os fios deixando-os com cerca de 2 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino e retirar materiais.
- Manter a mulher deitada por cerca de 15 minutos após o procedimento pode reduzir o desconforto.
- Registrar o procedimento em prontuário eletrônico

5.3 Orientações pós inserção

- Solicitação de exame **de ultrassonografia transvaginal (USTV) em 30 dias** para retorno
- Orientações sobre o reinicio da vida sexual em 24 a 48h após a inserção do DIU
- Orientações quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais como prática segura, sendo este recomendado como uso rotineiro, porém como garantia de contracepção até a realização do USTV

5.4 Prescrições medicamentosa pós inserção

A prescrição deverá ser realizada pelo médico ou enfermeiro que realizar o procedimento.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Prescrição	Indicação
Escopolamina+dipirona 10+500mg -1 cp de 8/8 h	Cólicas e/ou fluxo menstrual aumentado
Hioscina10 mg - 1 cp de 8/8 horas	Cólicas e/ou fluxo menstrual aumentado
Ibuprofeno 300 mg - 2 cp 8/8H	Cólicas e/ou fluxo menstrual aumentado
Nimesulida 100 mg - 1 cp 12/12h	Cólicas e/ou fluxo menstrual aumentado
Meloxican 15mg - 1 cp ao dia	Cólicas e/ou fluxo menstrual aumentado
Cetoprofeno 100mg – 1 cp VO 12/12h	
Ácido tranexâmico 250mg – 2cp 6/6h – 5 a 7 dias	Sangramento anormal

9

6 Atribuições da Equipe de saúde

O papel dos membros da equipe de saúde nas ações de planejamento reprodutivo referente ao dispositivo intrauterino:

- Aumentar a oferta de métodos anticoncepcionais;
- Orientar sobre métodos contraceptivos de longa duração;
- Incentivar o uso de dispositivo intrauterino.

6.1 Ao atendente compete:

- Recepcionar o paciente na Unidade de Saúde e fazer o cadastro caso necessário;
- Orientar e encaminhar para atendimento com os profissionais responsáveis;

6.2 Ao auxiliar/técnico de enfermagem compete:

- Realizar o atendimento de enfermagem verificando os sinais vitais, ouvindo as intenções ou queixas do paciente e anotando em prontuário, fazendo orientações preliminares,
- Orientar o uso de métodos contraceptivos de longa permanência, sobretudo o DIU;
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário eletrônico.

6.3 Ao enfermeirocompete:

- Realizar a consulta do enfermeiro em planejamento reprodutivo, tanto inicial quanto subseqüentes, à mulher com DIU;
- Realizar ação educativa em planejamento reprodutivo;
- Colher citologia oncótica conforme protocolo municipal vigente;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, em tempo oportuno, tanto para acompanhamento à pré-concepção, como para acompanhamento de uso de método

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

contraceptivo;

• Indicar e orientar o uso de métodos contraceptivos de longa permanência, sobretudo o DIU, informando que haverá a necessidade de assinar um termo de consentimento caso seja essa a escolha e que o mesmo será esclarecido pelo médico no momento da inserção;

• Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário eletrônico;

10

6.4 Ao médico compete:

• Realizar a consulta médica em planejamento reprodutivo, incluindo a anamnese, o exame físico geral, identificando fatores de risco;

• Realizar atividade educativa em planejamento reprodutivo;

• Definir, junto ao paciente, o método a ser utilizado,

• Realizar leitura conjunta com a paciente do termo de consentimento informado, e proceder às assinaturas quando necessário;

• Agendar retorno no prazo estabelecido, em tempo oportuno, tanto para acompanhamento à pré-concepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;

• Indicar e orientar o uso de métodos contraceptivos de longa permanência, sobretudo o DIU;

•Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário eletrônico

7 Fluxograma - inserção de DIU

MULHER COM DESEJO DE INSERÇÃO DE DIU

⇩

CONSULTA ENFERMAGEM PARA ANALISE DE CRITÉRIOS
• Avaliação do último citopatólogico
• Exclusão de possível gravidez - solicitação de BETAHCG 1 dia antes da próxima menstruação e ou teste rápido quando disponível
• Assinatura do termo de ciência / consentimento orientação para levar o documento no dia do procedimento.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo





11

- Incluir paciente em grupo de aplicativo para a mesma sinalizar o 1º dia da menstruação
- Encaminhamento para unidade onde será realizado o procedimento – de acordo com disponibilidade de agenda/material



- Orientações pós inserção do diu,
- Colagem da etiqueta da embalagem do diu no termo de consentimento e anexar o documento no prontuário eletrônico
- Orientar sobre a realização de ultrassom transvaginal em 30 dias.

8 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnica para Profissionais de Saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A. Brasília - DF 2018. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Contracepção reversível de longa ação. Série orientações e recomendações FEBRASGO. v. 3, n.1, nov. São Paulo. 2016.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Machado, R. B. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, nº. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção São Paulo. 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília – DF. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n˚2. Brasília – DF. 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento Familiar Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 40 – 4ªEdição. Brasília-DF 2002.

12

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

Nome_____Idade: _____ANOS

RG:_____CPF:_____

Data: ____/_____/2024

13

Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei que eu, acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensívelsobre todas asimplicações e consequências do implante de dispositivo intra uterino (DIU) não hormonal. Estou ciente dos requisitos médicos para a sua realização. ORIENTAÇÕES: O DIU é um pequeno objeto que será colocado dentro do útero por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento se houver necessidade ou se for desejo da paciente retirá-lo. Como qualquer método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano, este número diminui ao longo do tempo. Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, migração do DIU, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir a saúde e bem estar da usuária. Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Estes sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU como hemorragias, dor intensa, ou febre sem explicação, da paciente deverá se dirigir à Unidade Hospitalar/Emergência e ou onde o DIU foi colocado. Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, as revisõesperiódicas programadas devem ocorrer em UBS (Unidade Básica de Saúde) de referência da paciente. O DIU funciona apenas como anticoncepcional, não prevenindo ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), tendo sido orientada como prevení-las. Declaro que entendi as informações que me foram oferecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão onde constam informaçõessobre o tipo de DIU e o momento de trocá-lo.

( ) ACEITO ( ) NÃO ACEITO

Assinatura e carimbo do profissiona**l** que prestou informações / inseriu o DIU:

_____ _____

Médico Enfermeira

Paciente: _____

ANEXO II – SOAP TRIAGEM INSERÇÃO DE DIU

SUBJETIVO: (IDENTIFICAÇÃO, ANAMNESE, MOTIVO DA CONSULTA)

IDADE, ESTADO CIVIL

PARIDADE: G _ P _ A _ (ESPECIFICAR OS TIPOS DE PARTOS)

DUM

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua D. Pedro II, 2175 – Centro – Mirassol/SP – (17) 3253-9980.
saude@mirassol.sp.gov.br
Estado de São Paulo

MAC (MÉTODO ANTICONCEPCIONAL)
ANTECEDENTES PESSOAIS: DOENÇAS, MEDICAÇÕES, TABAGISMO E OUTROS.

CIAP
W12 CONTRACEPÇÃO INTRA-UTERINA/ DISPOSITIVO INTRAUTERINO/ DIU

14

OBJETIVO: (EXAME FISICO)
BHCG + (/ /)
ÚLTIMO CO:

AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA: (DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM)
ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO A MULHERES EM IDADE FÉRTIL PARA INSERÇÃO DO DIU.
AVALIAÇÃO ELEGIBILIDADE PARA INSERÇÃO DO DIU - ABAIXO DE 25 ANOS NÃO NECESSITA DE PAPANICOLAU, ACIMA DO 25 ANOS 1 PAPANICOLAU SEM ALTERAÇÕES NOS ÚLTIMOS 3 ANOS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
MEDO
RISCO PARA INFECÇÃO
RISCO PARA DOR

PLANO: (CONDUTA)

- ORIENTO SOBRE OS CRITÉRIOS, INDICAÇÕES, REALIZAÇÃO DO BHCG NA UNIDADE 1 DIA ANTES DA MENSTRUAÇÃO, OU ANTES DA INSERÇÃO DE DIU, DURABILIDADE, COMPLICAÇÕES (SANGRAMENTO AUMENTADO, EXPULSÃO, PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO DISPOSITIVO.)

- SOLICITO A ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO E ORIENTO A INCLUSÃO EM GRUPO DE APLICATIVO PARA SINALIZAR O PRIMEIRO DIA DA MENSTRUAÇÃO E SER ENCAMINHADA PARA A UNIDADE ONDE SERÁ REALIZADO O PROCEDIMENTO.

SIGTAP:
03.01.04.007-9 - ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA)
02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ