



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – 1ª Revisão

SAÚDE DA MULHER NOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA

2025

1

PIÊN



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIÊN

Organização e elaboração do protocolo

Vanessa Raut Ferreira Müller Costa – Enfermeira

Apoio técnico e revisão do protocolo

Juliete Vitoria Knopik Rosembach - Enfermeira

Emannuele de Oliveira Fraga - Médica

Gabriela Tambosi - Farmacêutica

Andreia Simone da Cruz - Enfermeira

Georgia Luciana de Oliveira - Enfermeira

Adriana Nery Eugenio – Enfermeira

Patricia Moreira Icker - Enfermeira

Suzane Cristofolini de Oliveira - Enfermeira

Apoio técnico da gestão

Tatiane Cubas Ribas Malchovski – Diretora de Saúde

Secretária municipal de saúde

Mayara Aparecida Almeida Grosskopf

Prefeito municipal

Maicon Grosskopf



SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 5 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 6 |
| 3. OBJETIVOS | 7 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 7 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 7 |
| 4. SAÚDE DA MULHER | 8 |
| 4.1 QUEIXAS GINECOLÓGICAS | 8 |
| 4.2. INFECÇÃO URINÁRIA | 13 |
| 4.3 DISMENORREIA | 15 |
| 4.4 RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO | 15 |
| 4.6 PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO | 23 |
| 4.6.1 Pré-concepção | 23 |
| 4.6.2 Métodos contraceptivos | 25 |
| 4.6.3 Inserção de DIU com cobre Tcu 380A pelo profissional enfermeiro | 31 |
| 4.6.4 Implante subdérmico de etonogestrel – IMPLANON NXT ® | 35 |
| 5. GESTAÇÃO E PUERPÉRIO | 39 |
| 5.1 FLUXO DA GESTANTE | 39 |
| 5.2 TERMO DE COMPROMISSO AO PRÉ-NATAL SEGURO | 41 |
| 5.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE | 42 |
| 5.4 EXAMES NA GESTAÇÃO | 45 |
| 5.5 PERIODICIDADE DAS CONSULTAS | 47 |
| 5.6 CONSULTAS SUBSEQUENTES | 48 |
| 5.7 CARTEIRA DA GESTANTE | 50 |
| 5.8 CONDUTAS MEDICAMENTOSAS NA GESTAÇÃO | 50 |
| 5.9 SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO | 52 |
| 5.10 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO | 53 |
| 5.11 CONDUTAS MEDICAMENTOSAS NO PUERPÉRIO | 54 |
| 6. CLIMATÉRIO / MENOPAUSA | 55 |
| 7. SÍFILIS | 57 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |



| | |
|---------------------------------------|-----------|
| ANEXO I | 65 |
| ANEXO II..... | 66 |
| ANEXO III..... | 67 |
| ANEXO IV | 68 |
| ANEXO V | 69 |
| REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO..... | 70 |



1. APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal porta de entrada e o espaço privilegiado para a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade da atenção. Nesse contexto, o protagonismo da Enfermagem revela-se como um dos pilares fundamentais para a consolidação dos princípios do SUS, uma vez que a categoria profissional está inserida de forma estratégica em todos os níveis da rede assistencial, com ênfase na APS.

O município de Piên, comprometido com a qualificação da atenção à saúde da mulher, reconhece a importância da atuação autônoma, ética e resolutiva do enfermeiro, especialmente no enfrentamento das vulnerabilidades que incidem sobre a saúde feminina ao longo dos diversos ciclos de vida. Este protocolo de enfermagem visa estabelecer diretrizes clínicas e operacionais baseadas em evidências científicas e na legislação vigente, promovendo a padronização das condutas e a segurança do cuidado.



2. JUSTIFICATIVA

A complexidade das demandas em saúde da mulher e a crescente valorização da autonomia técnica da Enfermagem exigem a adoção de instrumentos normativos que respaldem e qualifiquem a prática assistencial. A ausência de protocolos atualizados pode comprometer a efetividade da atenção prestada, gerar insegurança profissional e limitar o alcance das ações de cuidado.

Diante desse cenário, torna-se imperativo o desenvolvimento de protocolos clínico-assistenciais que orientem a prática do enfermeiro, respeitando os limites ético-legais da profissão, mas também potencializando sua atuação no âmbito da prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento de agravos. Esta iniciativa alinha-se aos compromissos assumidos pela gestão municipal com a saúde pública de qualidade, equânime e centrada nas necessidades dos usuários.



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Instituir diretrizes técnico-assistenciais para a atuação da Enfermagem na atenção à saúde da mulher nos diversos ciclos de vida, com foco na padronização de condutas, promoção da autonomia profissional e garantia da qualidade e segurança do cuidado prestado no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Piên.

3.2 Objetivos específicos

- Proporcionar suporte ético, legal e científico à tomada de decisão clínica dos profissionais de enfermagem;
- Promover o cuidado integral e humanizado à saúde da mulher, respeitando suas especificidades biológicas, sociais e culturais;
- Padronizar fluxos e condutas assistenciais no atendimento à mulher em diferentes fases da vida (puberdade, idade fértil, climatério e senescência);
- Fortalecer a resolutividade dos serviços de APS por meio de ações baseadas em evidências e alinhadas às políticas públicas de saúde da mulher;
- Fomentar a valorização da Enfermagem enquanto profissão estratégica e essencial no cuidado em saúde.



4. SAÚDE DA MULHER

4.1 Queixas ginecológicas

Uma das queixas mais comuns relatadas nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Por vezes, esse sinal, pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites.

As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores como: o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

Os quadros de colpites ou cervicites, de maneira análoga, constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal. Também, é importante avaliar nesses casos, sinais de alerta que podem indicar condições mais graves, como a doença inflamatória pélvica e infecções no ciclo gravídico-puerperal.

Entrevista

O levantamento de dados é importante para orientar as condutas do enfermeiro frente às queixas ginecológicas, devendo este profissional sempre perguntar sobre:

- ✓ Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor;
- ✓ Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após a relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- ✓ Antecedentes clínicos/ginecológicos;
- ✓ Data da última menstruação;
- ✓ Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- ✓ Abortamento ou parto recente;
- ✓ Fatores de risco para infecção cervical: uso regular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (IST's);
- ✓ Período de início de sintomas;



- ✓ Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente);
- ✓ Orientação sexual e de gênero;
- ✓ Método contraceptivo em uso;
- ✓ Alergia a medicamentos;
- ✓ Procedimentos uroginecológicos já realizados e data de realização (colposcopia, conização, cauterização etc.);
- ✓ Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se público-alvo).

Exame físico

O exame físico detalhado é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional.

- ✓ Exame dos genitais externos;
- ✓ Exame de linfonodos inguinais;
- ✓ Exame especular: observar características do colo, sinais de cervicites (presença de mucopus, dor a mobilização do colo), trofismo da mucosa e presença de corpo estranho;
- ✓ Prolapsos genitais.

Quadro 1 - Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites

| Causa identificada | Sinais e sintomas | Plano de cuidados / Conduta enfermeiro |
|--|---|---|
| Mucorreia (fisiológica) | - Muco claro e límpido. <u>Testes de apoio e diagnóstico:</u> ➔ pH: 4,0 e 4,5 | Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais. |
| Vaginose citolítica (crescimento excessivo de <i>lactobacillus</i> ou citólise de Döderlein) | - Prurido vaginal; - Queimação vaginal; - Dispareunia; - Disúria terminal; - Corrimento branco abundante (piora na fase lútea). <u>Testes de apoio e diagnóstico:</u> ➔ pH: entre 3,5 e 4,5 | Orientar banho de assento com bicabornato (4 xícaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2 vezes por semana, a cada 2 semanas. |



| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <p>Candidíase vulvovaginal</p> | <p>- Secreção vaginal branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo do útero; - Sem odor; - Prurido vaginal intenso; - Edema de vulva; - Hiperemia de mucosa; - Dispareunia de introito.</p> <p><u>Testes de apoio e diagnóstico:</u> ➔ pH: < 4,5 ➔ Testes das aminas negativo</p> | <p>Orientar medidas higiênicas: uso de roupas íntimas de algodão, evitar calças apertadas e retirar roupa íntima para dormir.</p> <p><u>Tratamento medicamentoso:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Miconazol creme 2% - aplicação à noite (5g), ao deitar-se por 7 dias; ou- Clotrimazol creme a 1% - aplicação à noite (5g), ao deitar-se, por 7 dias; ou óvulos 100mg – uma aplicação à noite, ao deitar-se, dose única; ou- Tiaconazol creme 6% - aplicação (5g) à noite, por 7 dias; ou à noite, óvulos 300mg - uma aplicação à noite, ao deitar-se, dose única; ou- Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se por 14 dias. <p>A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistente ao tratamento tópico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fluconazol 150mg, via oral, dose única; ou- Itraconazol 200mg, via oral, a cada 12 horas por 1 dia. <p><u>Candidíase recorrente:</u></p> <p>A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em 1 ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais – reforçar medidas higiênicas, investigar doenças imunossupressoras.</p> <p><u>Tratamento medicamentoso – candidíase recorrente:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Flunonazol 150mg, via oral, 1 vez por semana, por 6 meses; ou- Itraconazol 400mg, via oral, 1 vez por mês, por 6 meses; ou- Cetoconazol 100mg, via oral, 1 vez ao dia, por 6 meses. <p>- Caso persista: Encaminhar para ser avaliada na média complexidade, pois, muitas vezes, o quadro é sugestivo de candidíase de repetição, mas se trata de outras doenças que cursam com prurido vulvar.</p> <p><u>Tratamento candidíase gestantes / nutrízes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Miconazol creme a 2% - aplicação a noite (5g), ao deitar-se por 7 dias; ou- Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se por 14 dias; ou- Clotrimazol creme a 1% também é uma opção para as gestantes e nutrízes. <p><u>Outras observações:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tratar parceiro somente se for sintomático. Nos demais casos não traz benefícios. |
|---------------------------------------|---|--|



| | | |
|--|--|---|
| <p>Vaginose bacteriana - <i>Gardnerella vaginalis</i> - <i>Mobiluncus sp</i> - <i>Bacteroides sp</i> - <i>Mycoplasma hominis</i> - <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios</p> | <p>- Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. - Sem sintomas inflamatórios.</p> <p><u>Testes de apoio e diagnóstico:</u> ➔ pH: superior a 4,5 ➔ Teste das aminas positivo</p> | <ul style="list-style-type: none">• Sempre avaliar sinais e sintomas <p><u>Tratamento medicamentoso:</u> - Metronidazol 500mg, via oral, a cada 12 horas, por 7 dias; ou - Metronidazol gel vaginal 100mg/g, 1 aplicação ao dia (5g), por 5 dias; ou - Clindamicina creme 2%, 1 aplicação (5g), uma vez por dia, por 7 dias; ou</p> <p><u>Tratamento alternativo:</u> - Clindamicina 300mg, via oral, a cada 12 horas, por 7 dias; ou - Clindamicina 100mg, via intravaginal, 1 vez por dia, por 3 dias; ou - Metronidazol gel a 0,75%, uma aplicação (5g), uma vez ao dia, por 5 dias.</p> <p><u>Tratamento medicamentoso gestantes / nutrizes:</u> - Metronidazol 250mg, via oral, a cada 8 horas, por 7 dias; ou - Metronidazol 500mg, via oral, a cada 12 horas, por 7 dias; ou - Clindamicina 300mg, via oral, a cada 12 horas, por 7 dias; ou - Clindamicina 100mg óvulos, uma vez por dia, por 3 dias; ou - Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicação (5g), uma vez por dia, por 5 dias.</p> <p><u>Observações:</u> - O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. - Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento. - Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.</p> |
| <p>Tricomoniase <i>Trichomonas vaginalis</i></p> | <p>- Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. - Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”, disúria (menos frequente)</p> <p><u>Testes de apoio e diagnóstico:</u> ➔ pH: > 4,5 ➔ Teste das aminas negativo ou fracamente positivo</p> | <p>- Fornecer informações sobre IST's e sua prevenção. - Ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B.</p> <p><u>Tratamento medicamentoso:</u> - Metronidazol 2g, via oral, dose única; ou - Metronidazol de 500mg, via oral, a cada 12 horas, por 7 dias; ou - Metronidazol, de 250mg, via oral, a cada 8 horas, por 7 dias; ou - Secnidazol 2g, via oral, dose única; ou - Tinidazol 2g, via oral, dose única.</p> |



| | | |
|--|--|--|
| | | <p><u>Tratamento medicamentoso gestante / nutrízes</u> (independentemente da idade gestacional e nutrízes):</p> <ul style="list-style-type: none">- Metronidazol 2g, via oral, dose única; ou- Metronidazol 250mg, via oral, a cada 8 horas, por 7 dias; ou- Metronidazol de 500mg, via oral, a cada 12 horas por 7 dias. <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientar quanto ao efeito antabuse e uso de álcool com todas as três drogas – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento.- Todos os parceiros devem ser tratados com dose única.- Atenção: 50% dos casos são assintomáticos. |
| <p>Gonorreia <i>Neisseria gonorrhoeae</i></p> | <ul style="list-style-type: none">- As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos.- Nos sintomáticos: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós coito, dispareunia e disúria.- Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. | <p><u>Tratamento medicamentoso:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ciprofloxacina 500mg, via oral, dose única (não recomendado para menores de 18 anos); ou- Ceftriaxona 500mg, intramuscular, dose única. <p><u>Tratamento medicamentoso gestantes / nutrízes:</u></p> <p>Primeira escolha:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ceftriaxona 500mg, intramuscular, dose única. <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none">- Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.- Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.- As principais complicações da cervicites por clamídia e gonorreia, quando não tratadas incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. |
| <p>Clamídia <i>Chlamydia trachomatis</i></p> | <ul style="list-style-type: none">- As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos.- Nos sintomáticos: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós coito, dispareunia e disúria.- Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. | <p><u>Tratamento medicamentoso:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Azitromicina 1g, via oral, dose única; ou- Doxicilina 100mg, via oral, de 12/12h, por 7 a 10 dias. <p><u>Tratamento medicamentoso gestantes / nutrízes:</u></p> <p>Primeira escolha:</p> <ul style="list-style-type: none">- Azitromicina 1g, via oral, dose única ou azitromicina 500mg, via oral, 2 comprimidos, em dose única <p>Segunda escolha:</p> <ul style="list-style-type: none">- Amoxiciclina 500mg, via oral, a cada 8 horas, por 7 dias; ou |



| | | |
|---|--|---|
| | | <p>- Eritromicina estearato 500mg, via oral, a cada 6 horas, por 7 dias; ou</p> <p>- Eritromicina estearato 500mg, via oral, a cada 12 horas, por 14 dias.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none">- Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.- Devido à possibilidade de coinfeção e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.- As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. |
| <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none">• PH vaginal normal: 3,8 e 4,5• Inicialmente a preferência da prescrição de medicamentos será por aqueles que constem na REMUME. Em casos de vulvovaginites, cervicites resistentes ou outros motivos, poderão ser prescritas as demais medicações contidas neste protocolo, porém, durante a consulta, a mulher deverá ser orientada sobre a aquisição da medicação em farmácia privada. | | |
| <p>Exames complementares que poderão ser solicitados pelo enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none">• Swab vaginal – Secreção vaginal/ anal.• Testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C.• Parcial de urina e urocultura.• Clamídia e gonoco por biologia molecular.• Teste de PH vaginal• Teste das aminas | | |

4.2. Infecção urinária

As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas médicas ou de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. A abordagem precoce e a intervenção adequada são fatores preponderantes para se evitar complicações ou mesmo internações desnecessárias.

Entrevista

- ✓ Realizar o acolhimento;
- ✓ Verificar o início dos sintomas, intensidade, frequência, se apresenta leucorreia ou irritação vaginal.



***Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):**

- Dor ao urinar;
- Dor supra púbica;
- Urgência miccional;
- Aumento da frequência urinária;
- Nictúria;
- Estrangúria;
- Presença de sangramento visível na urina.

****Sintomas sistêmicos:**

- Febre;
- Taquicardia;
- Calafrios;
- Náuseas / vômitos;
- Dor lombar;
- Dor abdominal em flancos ou hipocôndrios.

*****Considerações:**

- Ocorreu tratamento prévio;
- Episódio de ITU recente;
- ITU recorrente ou de repetição;
- Ocorreu falha terapêutica;
- Idosas frágeis;
- Mulheres imunossuprimidas com multimorbidade.

Conduta terapêutica

✓ Nos casos de **ITU não complicada em pacientes não gestantes**: Iniciar uso de antibiótico.



Antibióticos de escolha no tratamento de ITU não complicada:

Agentes de primeira linha:

- Sulfametoxazol + trimetropina (800mg + 160mg), 1 cp de 12/12h por 3 dias;
- Nitrofurantoína (100mg), 1 cp, de 6/6h por 5 a 7 dias.

✓ Nos casos de **ITU complicada**: Encaminhar paciente para avaliação e conduta médica.

✓ Considerar pedido de exames: Hemograma, parcial de urina, urocultura e antibiograma.

4.3 Dismenorreia

Cólica menstrual, em alguns casos, intensa, com repercussão gastrointestinal, de caráter cíclico.

Tratamento e plano de cuidado

- Orientar sobre estilo de vida saudável e atividade física regular;
- Anti-inflamatório não hormonais que podem ser iniciados 2 a 3 dias do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) – ibuprofeno 600mg ou diclofenaco sódico 50mg de 8/8h; piroxican 20mg ou nimesulida 100mg de 12/12horas;
- Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário: escopolamina 10mg, de 6/6h; dipirona 500mg ou paracetamol 500mg de 6/6 horas.

4.4 Rastreamento do câncer do colo do útero

O rastreamento do câncer do colo do útero é um processo de identificação de mulheres aparentemente saudáveis que podem estar sob o risco de desenvolver a doença.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico.



O papel da atenção primária em saúde é desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento.

O rastreamento é uma tecnologia da atenção primária e os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres de acordo com os resultados dos exames e garantir seu seguimento.

Público-alvo, recomendações e periodicidade

O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para mulheres que já tiveram ou tem atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado, pois a incidência do câncer invasor do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa e o rastreamento é menos eficiente para detectá-lo. Por outro lado, o início mais precoce representaria um significativo aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que apresentam grande probabilidade de regressão e resultam num aumento significativo de colposcopias e na possibilidade de tratamento, acarretando maior risco de morbidade obstétrica e neonatal associado a uma futura gestação.

Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Para mulheres com mais de 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O achado dessas alterações durante o ciclo gravídico puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal seguindo as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Porém, devido a linha de cuidado materno infantil do Paraná de 2022 não especificar a questão de faixa etária e periodicidade, bem como, conversa com as enfermeiras revisoras do protocolo em reunião dia 12/08/2024, foi decidido que a coleta do exame ficará a critério do profissional que estiver realizando o atendimento.



Mulheres na pós menopausa, devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Em caso de atrofia no resultado do citopatológico, avaliar a necessidade de estrogenização. Lembrando que a estrogenização deve ser suspensa em 48 horas antes da coleta. Mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (Anastrozol, letrozol e exemestano) a terapia com estrogênio está contraindicada.

Estrogenização

- Estrogênios conjugados creme vaginal – aplicar via vaginal toda noite, por 21 dias; ou
- Estriol vaginal – aplicar via vaginal toda noite, por 21 dias.

Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada. Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.

Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero. Considerando os conhecimentos atuais em relação ao papel do HPV na carcinogênese do colo uterino e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual, o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível.

Mulheres imunossuprimidas devem realizar o exame citopatológico após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Adequabilidade da amostra

Na atual nomenclatura citológica brasileira a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória.

Amostra insatisfatória

Amostra cuja leitura esteja prejudicada por motivos de natureza técnica e outras de amostragem acelular.

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço)
- Leitura prejudicada (<75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação contaminantes externos ou intensa superposição celular.



- **Recomendações:** O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Amostra satisfatória

Amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita conclusão diagnóstica.

Podem estar presentes na amostra:

- Células escamosas
- Células glandulares (não inclui epitélio endometrial)
- Células metaplásicas.

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – INCA, 2016 a presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade do colo do útero.

Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com a espátula tipi ponta longa (espátula de Ayre).

Resultado citológico normal, alterações benignas e queixas ginecológicas

- **Resultado citológico dentro dos limites da normalidade no material examinado:** é um diagnóstico completamente normal. Recomendação: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

- **Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas):** A prevalência de NIC II/III em mulheres com alterações celulares benignas é baixa (cerca de 2%).

- **Inflamação sem identificação de agente:** é caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos, ou, ainda, químicos como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Podem-se



observar alterações decorrentes ao uso do DIU. Podem-se observar alterações na presença de exsudato e como o exame citopatológico do colo do útero apresenta evidentes limitações no estudo microbiológico e, assim, tais alterações podem se dever a patógeno não identificado nesse exame. Existem recomendações em outras diretrizes para conduta nos casos de corrimento vaginal e doenças sexualmente transmissíveis. Recomendações: Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz direcionada para tratamento corrimento vaginal, cervicites e doenças sexualmente transmissíveis. Seguir a rotina de rastreamento citológico. O exame citopatológico não deve ser utilizado para diagnóstico dos processos inflamatórios ou infecciosos vaginais.

- **Resultado citológico indicando metaplasia escamosa imatura:** a palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos buscando caracterizar que essa apresentação é considerada como tipo reparativa.

- **Resultado citológico indicando reparação:** decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É geralmente, a fase final do processo inflamatório. Recomendações: seguir a rotina de rastreamento citológico.

- **Resultado indicando atrofia com inflamação:** na ausência de atípias, é um achado fisiológico após a menopausa, o pós-parto e durante a lactação. Recomendações: seguir a rotina de rastreamento citológico.

- **Resultado citológico indicando alterações decorrentes de radiação ou quimioterapia:** esses achados podem ocorrer nos casos de mulheres tratadas por radioterapia e quimioterapia previamente. Recomendação: seguir rotina de rastreamento citológico. A radioterapia ou a quimioterapia devem ser mencionadas na requisição do exame.

- **Achados microbiológicos:** *Lactobacillus sp*; *Cocos*; outros bacilos – são considerados achados normais, pois fazem parte da microbiota normal da vagina. Na ausência de sinais e sintomas, a presença desses microorganismos não caracteriza infecção que necessite tratamento. Recomendações: seguir rotina de rastreamento. A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital anormal, na presença de agentes patogênicos (*Gardnerella mobiluncus sp*; *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp*) deve ser abordada conforme a diretriz específica descrito no Quadro 1.



Quadro 2 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica

| Diagnóstico citopatológico | | Faixa etária | Conduta inicial |
|--|--|--------------------|------------------------------------|
| Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) | Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) | <25 anos | Repetir em 3 anos |
| | | Entre 25 e 29 anos | Repetir a citologia em 12 meses |
| | | ≥30 anos | Repetir a citologia em 6 meses |
| | Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H) | | Encaminhar para colposcopia |
| Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) | Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau | | Encaminhar para colposcopia |
| Células atípicas de origem indefinida (AOI) | Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau | | Encaminhar para colposcopia |
| Lesão de Baixo Grau (LSIL) | | <25 anos | Repetir em 3 anos |
| | | ≥25 anos | Repetir a citopatologia em 6 meses |
| Lesão de Alto Grau (HSIL) | | | Encaminhar para colposcopia |
| Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão | | | Encaminhar para colposcopia |
| Carcinoma escamoso invasor | | | Encaminhar para colposcopia |
| Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor | | | Encaminhar para colposcopia |



4.5 Rastreamento do câncer de mama

O câncer de mama é a forma mais comum de câncer entre mulheres, com impacto substancial globalmente e no Brasil. Vários fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do câncer de mama, incluindo idade avançada, história reprodutiva (como menarca precoce, nuliparidade e primeira gestação após os 30 anos), densidade do tecido mamário elevada, obesidade, urbanização e status socioeconômico mais alto. A presença de histórico familiar da doença também aumenta significativamente o risco, especialmente entre parentes de primeiro grau.

O prognóstico do câncer de mama varia conforme o estágio da doença no momento do diagnóstico. Taxas de sobrevivência em cinco anos são muito elevadas quando o câncer é diagnosticado precocemente. O tratamento pode incluir uma combinação de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal e terapias-alvo, adaptadas às características individuais do tumor e estágio da doença.

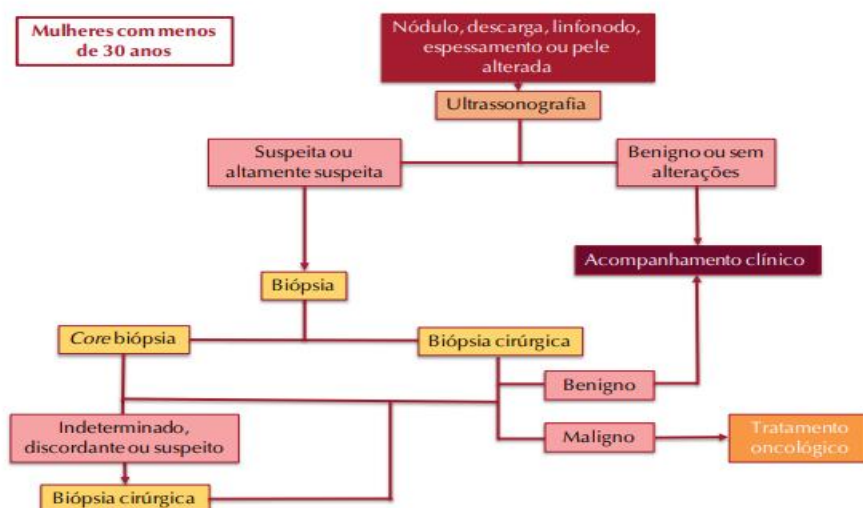
Esses pontos destacam a importância de estratégias abrangentes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz para melhorar os desfechos clínicos e qualidade de vida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

A mamografia de rastreamento é indicada para mulheres de 50 a 69 anos de idade, uma vez a cada dois anos. O exame de rotina é feito periodicamente em mulheres sem queixa específica, com o objetivo de detectar precocemente alguma alteração que possa indicar a possibilidade de alguma doença.

A mamografia e o rastreamento são essenciais para detectar precocemente o câncer de mama, melhorando as chances de tratamento eficaz e de cura. Esses exames permitem identificar alterações nas mamas antes dos sintomas aparecerem, aumentando a possibilidade de intervenções menos invasivas e preservando a qualidade de vida das mulheres. Além disso, o rastreamento regular contribui para a redução da mortalidade, sendo crucial para a saúde mamária e para a prevenção da doença.

Figura 1 - Fluxograma para orientar o cálculo de procedimentos na investigação dos casos suspeitos de câncer de mama em mulheres sintomáticas com menos de 30 anos

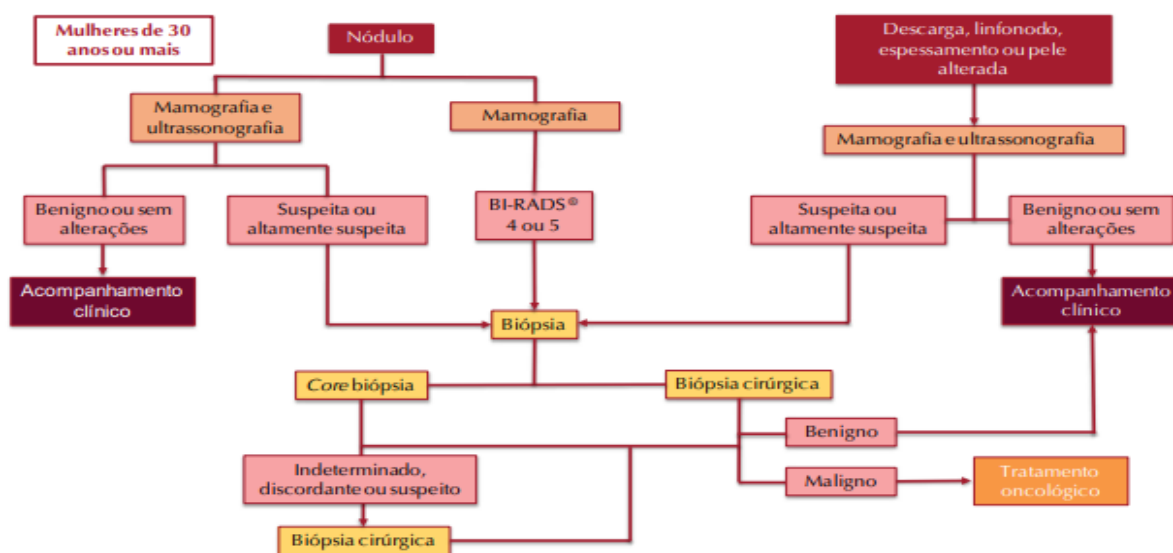
Figura 1 – Fluxograma para orientar o cálculo de procedimentos na investigação dos casos suspeitos de câncer de mama em mulheres sintomáticas com menos de 30 anos



Fonte: elaboração INCA com base em National Comprehensive Cancer Network, 2021.

Figura 2 - Fluxograma para orientar o cálculo de procedimentos na investigação dos casos suspeitos de câncer de mama em mulheres sintomáticas com 30 anos ou mais

Figura 2 – Fluxograma para orientar o cálculo de procedimentos na investigação dos casos suspeitos de câncer de mama em mulheres sintomáticas com 30 anos ou mais



Fonte: elaboração INCA com base em National Comprehensive Cancer Network, 2021.



Quadro 3 - Condutas em relação aos achados na Mamografia

| Resultado de Mamografia (BI-RADS) | Conduta do Enfermeiro |
|-----------------------------------|---|
| 0 – Inconclusivo | Avaliação adicional - Solicitar Ultrassonografia |
| 1- Sem achados | Rotina de rastreamento (a cada 2 anos) |
| 2- Achado benigno | Rotina de rastreamento (a cada 2 anos) |
| 3- Achado provavelmente benigno* | Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando estabilidade da lesão, volta à rotina. Eventualmente, biópsia. |
| 4- Achado suspeito | Biópsia e histopatológico Encaminhar para consulta médica e devido ao tempo de espera para o exame de biópsia e histopatológico, a critério municipal, referenciar para oncologia. |
| 5- Achado altamente suspeito | Biópsia e histopatológico Encaminhar para consulta médica e devido ao tempo de espera para o exame de biópsia e histopatológico, a critério municipal, referenciar para oncologia. |

*Mulheres com resultado categoria BI-RADS® 0 na mamografia de controle, após uma mamografia inicial BI-RADS® 3, também precisam de avaliação adicional por ultrassonografia mamária.

4.6 Planejamento familiar e reprodutivo

Em 1996 foi sancionada a Lei nº 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, com o objetivo de assegurar os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva. É nesse contexto que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar, tanto para pré-concepção quanto para contracepção.

4.6.1 Pré-concepção

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro durante a consulta de enfermagem deve procurar abordar o tema, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento da



concepção, seja através de apoio emocional ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina.

Condutas de enfermagem no período pré-concepcional:

- ✓ Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/progressiva da mulher e se, possível, de seu parceiro;
- ✓ Perguntar sobre a DUM e orientar sobre as formas de identificar o período fértil;
- ✓ Verificar situação do citopatológico, e caso necessário, realizar o mesmo;
- ✓ Realizar os testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C;
- ✓ Proceder para investigação para toxoplasmose, através da solicitação de exame laboratorial e orientar sobre;
- ✓ Avaliar o histórico vacinal para hepatite B, dupla adulto, tríplice viral e febre amarela e em caso de atraso ou ausente, vacinar conforme a Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2024. Em caso de necessidade de vacinação, atentar para aquelas vacinas que orientam evitar a concepção até pelo menos 30 dias;
- ✓ Abordar cessação de uso de tabagismo, álcool e outras drogas antes da gravidez, se necessário;
- ✓ Questionar sobre comorbidades pré-existentes, sobretudo as de caráter crônico e verificar se a patologia está sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- ✓ Orientação nutricional de diminuição do índice de massa corporal para mulheres com sobrepeso e obesidade e estimular hábitos alimentares saudáveis e realização de atividade física;
- ✓ Administração preventiva de **ácido fólico 0,4 mg VO/dia, pelo menos 30 dias antes da concepção**;
- ✓ Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- ✓ Convidar o seu parceiro a realizar os testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar.



4.6.2 Métodos contraceptivos

O enfermeiro deverá auxiliar a paciente na escolha do método anticoncepcional considerando suas particularidades, tais como: idade, doenças associadas, tabagismo, estilo de vida e perfil sociocultural, uma vez que há contraindicações relativas e absolutas para cada método.

Na consulta de enfermagem é importante levantar o histórico gineco-obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular, interrogar comorbidades e medicamentos em uso e investigar possível gestação em curso.

É fundamental elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método.

Quadro 4 – Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

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

Quadro 5 – Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

| CONDIÇÃO ATUAL | ANTICONCEPCIONAL ORAL* | ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL | | MINIPÍLULA | DIU DE COBRE | MÉTODOS DE BARREIRA** |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|------------|--------------|-----------------------|
| | | Combinado (mensal) | Progestágeno (trimestral) | | | |
| Idade entre 14 e 40 anos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 A: 2 | 1 |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--------------|--|
| Idade >= 48 anos | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Gravidez | B | B | C | C | 4 | Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção) |
| Amamentação: menos de 6 semanas do parto | 4 | 4 | 3 | 3 | D: 1 E: 3 | 1 (diáfragma não aplicável se <= 6 semanas pós- parto) |
| Amamentação: 6 semanas 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 |
| Tabagismo: <35 anos | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tabagismo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia. | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia. | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| HAS sem acompanhamento | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS) |
| HAS controlada em acompanhamento | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| HAS + portadora de doença vascular | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| História atual de TEP/TVP | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| História TEP/TVP + uso atual de anticoagulante oral | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 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 (prévia 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 neuropatia) | 3/4 | 3/4 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Enxaqueca sem aura (<35anos) | 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 (>=35anos) | 3(introdução do método) 4(manutenção do método) | 3(introdução do método) 4(manutenção do método) | 2(introdução do método) 3(manutenção do método) | 2(introdução do método) 3(manutenção do método) | 1 | 1 |
| Enxaqueca com aura | 4(manutenção do método) | 4(manutenção do método) | 2(introdução do método) 3(manutenção do método) | 2(introdução do método) 3(manutenção do método) | 1 | 1 |
| Câncer (CA) de mama atual | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | |
| Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | |
| Uso atual de anticonvulsivantes*** | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | |

Fonte: OMS (2010)

Legenda:

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

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

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

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

E – O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e 4 semanas após o parto.

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

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



Notas:

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

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

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

- Menores de 14 anos que buscam método contraceptivo deverão ser encaminhadas para consulta médica.

Quadro 6 – Síntese de métodos anticoncepcionais hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)

| Método | Método disponível na rede municipal e classificação | Como usar Condutas do enfermeiro | Efeitos colaterais / adversos mais comuns |
|--|---|--|---|
| Anticoncepcional oral combinado AOC Hormonal oral | Etinilestradiol / levonogestrel 0,03/0,15 mg | <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do fluxo menstrual. - Manter o uso de preservativo no mínimo 7 dias após início do método. - Não é contraindicado iniciar no meio do ciclo menstrual, mas orientar a paciente que pode provocar alterações menstruais naquele ciclo. - Orientar tomar 1 comprimido diariamente, se possível no mesmo horário. Dar o intervalo de 7 dias e reiniciar nova cartela. - Orientar que a eficácia do método depende da usuária. - Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (IST). <p><u>Em caso de esquecimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar uma pílula assim que notar o esquecimento dela. <p><u>Esqueceu uma ou duas pílulas ou atrasou o início da nova cartela em um ou dois dias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar uma pílula de imediato e tomar uma pílula no horário regular. <p><u>Esqueceu de tomar de tomar três ou mais pílulas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar uma pílula de imediato e utilizar preservativo de apoio por sete dias. - Caso a usuária tenha tido relação sexual nos últimos cinco dias, avaliar necessidade de uso de anticoncepcional de emergência. <p><u>Em caso de vômito ou diarreia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o vômito ocorreu nas primeiras duas horas após tomar AOC, pode | <ul style="list-style-type: none"> - Alterações da menstruação: comum nos 3 primeiros meses; - Náuseas ou tonturas: geralmente a melhora é espontânea; - Alterações do peso; - Alterações de humor: geralmente a melhora é espontânea; - Alterações no desejo sexual, acne e cefaleia comum. |



| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <p>tomar outra pílula assim que possível. Continuar tomando as pílulas normalmente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se estiver vomitando ou com diarreia por mais que dois dias continuar tomando as pílulas normalmente e utilizar uso de preservativo como apoio. | |
| Minipílula Hormonal oral | Noretisterona 0,35mg | <ul style="list-style-type: none">- Ingerir 1 comprimido ao dia, no mesmo horário, sem intervalo entre as cartelas.- É um método de boa eficácia se associado à amamentação (se a amamentação for exclusiva) | <ul style="list-style-type: none">- Dores de cabeça, se dor severa encaminhar para avaliação médica;- Sensibilidade dos seios;- Dor aguda na parte inferior do abdômen: encaminhar para avaliação médica. |
| Anticoncepção injetável (AI) Hormonal Mensal (Combinado) | Enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5 mg | <ul style="list-style-type: none">- Injeção IM a cada 30 dias.- A primeira aplicação (IM) pode começar a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida ou iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo menstrual.- Utilizar preservativo como método de apoio por 7 dias. <p><u>Em caso de atraso:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Até 7 dias: aplicar nova injeção, sem necessidade de teste, avaliação ou método de apoio.- Mais que 7 dias: descartar a possibilidade de gestação, e após, iniciar novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias. | <ul style="list-style-type: none">- Alterações no fluxo menstrual: geralmente nos 3 primeiros meses;- Alterações do peso;- Sensibilidade em mamas: geralmente a melhora é espontânea;- Cefaleia comum ou se dor de cabeça severa encaminhar para avaliação médica. |
| Anticoncepção injetável (AI) Hormonal Trimestral (Progestágeno) | Acetato de medroxiprogesterona 150mg | <ul style="list-style-type: none">- Injeção IM a cada 90 dias.- A primeira aplicação (IM) pode começar a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida ou iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo menstrual.- Utilizar preservativo como método de apoio por 7 dias. <p><u>Em caso de atraso:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Até 14 dias: Aplicar nova injeção.- Mais que 14 dias: descartar a possibilidade de gestação, e após, aplicar a injeção. Orientar a usuária para utilizar método de apoio: preservativo nos primeiros 7 dias após a injeção. | <ul style="list-style-type: none">- Amenorreia;- Alterações do peso;- Sangramento anormal comum nos 3 primeiros meses;- Alterações de humor ou no desejo sexual;- Cefaleia comum ou se dor de cabeça severa encaminhar para avaliação médica. |



| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Dispositivo intrauterino (DIU de Cobre)</p> <p>Método de barreira de longa duração (10 anos)</p> | <p>DIU de Cobre</p> | <ul style="list-style-type: none">- Indicação para toda e qualquer mulher, independente ou adolescente que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção (item 5.3).- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (IST).- Inserção e retirada do DIU pode ser realizada por profissional treinado em capacitação específica, que se divide em momento teórico e prático – não contemplado no treinamento de adesão desse protocolo.- Solicitar Beta HCG ou realizar teste rápido de gravidez a fim de descartar gravidez em curso e assim realizar a inserção.- Realizar exame preventivo caso esteja com rastreamento em atraso e na oportunidade realizar exame especular ginecológico completo e nesse mesmo atendimento orientar sobre todo o procedimento de inserção do DIU.- Solicitar Ultrassonografia transvaginal após inserção do DIU (item 5.3).- Prescrição de analgesia pós inserção do DIU (item 5.3).- Agendar consulta de revisão pós inserção do DIU em 30 a 40 dias.- Orientar procurar atendimento de urgência se apresentar sinais de alarme.- Orientar paciente sobre autocuidado e auto-observação. | <p>- Aumento de fluxo menstrual e cólicas nos 3 primeiros meses de uso (item 3.3).</p> |
| <p>Implante subdérmico</p> <p>Hormonal de longa duração (3 anos)</p> | <p>Etonogestrel 68mg IMPLANON NXT</p> | <ul style="list-style-type: none">- Indicação para mulheres em idade fértil – 14 a 49 anos, que se enquadrem nos critérios descritos no protocolo para inserção de implante anticoncepcional subdérmico COMESP 2023.- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (IST).- Inserção e retirada do Implante subdérmico pode ser realizada por profissional treinado em capacitação específica, que se divide em momento teórico e prático – não contemplado no treinamento de adesão desse protocolo. | <ul style="list-style-type: none">- Cefaleia: tende a desaparecer nas primeiras 6 a 8 semanas- Mastalgia: tende a desaparecer nas primeiras 6 a 8 semanas;- Dor abdominal;- Alterações de humor;- Acne;- Alteração no peso;- Cistos ovariano: tendem a desaparecer em 12 semanas; |



| | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| | | - Solicitar Beta HCG ou realizar teste rápido de gravidez a fim de descartar gravidez e assim realizar a inserção. | - Sangramento irregular. |
|--|--|--|--------------------------|

4.6.3 Inserção de DIU com cobre Tcu 380A pelo profissional enfermeiro

O DIU é um método contraceptivo do grupo dos LARC – Método contraceptivo de longa duração. Pode ser inserido pelo profissional enfermeiro treinado em capacitação específica, que se divide em momento teórico e prático – não contemplado no treinamento de adesão deste protocolo.

Principais características do DIU com cobre:

- Não contém hormônios;
- Altamente efetivo – mais de 99%;
- Melhor custo-benefício;
- Praticidade, não precisa lembrar diariamente de usá-lo;
- Longa ação – até 10 anos;
- Retorno rápido à fertilidade após a retirada;
- Sem efeitos sistêmicos – ação local, intrauterina;
- Não interfere na lactação.

Indicação do DIU com cobre:

- Mulheres que desejam contracepção reversível, de alta eficácia, longa duração e livre de hormônios;
- Mulheres que têm contra-indicações ao estrogênio;
- Mulheres que amamentam;
- Jovens e adolescentes, com aconselhamento de uso concomitante de preservativo;
- Nuligestas.



Observações:

- Não há contraindicação para o uso do DIU com cobre em mulheres com ectopia cervical, história de cesariana ou cistos ovarianos.
- Quanto às mulheres na perimenopausa, inicialmente o DIU é uma boa opção, sobretudo naquelas que têm contraindicações, relativas ou absolutas, à contracepção hormonal combinada como: tabagistas, obesas, hipertensas e diabéticas, pois estes fatores associados levam a maior risco cardiovascular.
- Mulheres que utilizam o DIU com cobre e com menos de 50 anos, recomenda-se retirá-lo dois anos após a última menstruação (menopausa).
- Mulheres com mais de 50 anos, aguarda-se um ano de amenorreia para a sua retirada. Entretanto, não há nenhum problema se, por qualquer razão, a mulher se mantiver com DIU inserido por períodos prolongados após a menopausa.

Contraindicações para o uso do DIU com cobre:

- Anormalidades uterinas como útero bicornu, septado ou intensa estenose cervical;
- Miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial contraindicam o uso do DIU pela dificuldade na inserção e maior risco de expulsão (Miomas que não distorcem a cavidade uterina não são contraindicação ao método);
- Mulheres com hemofilia;
- Não pode ser inserido em vigência de IST (Infecções sexualmente transmissíveis) tais como: clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4. Nas mulheres com sorologia positiva para sífilis (já tratadas) e HIV assintomáticas, não há contraindicação para uso do DIU;
- Presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicites purulenta e tuberculose pélvica. Nas mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP) há pelo menos três meses e adequadamente tratadas, a inserção do DIU pode ser efetuada;
- Mulheres com câncer de colo de útero;
- Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nesses casos.



Efeitos adversos do DIU com cobre:

- Aumento do fluxo menstrual, observado principalmente nos três primeiros meses de uso. Um moderado aumento pode permanecer por períodos mais prolongados para algumas mulheres, cessando imediatamente com a retirada.

- Aumento ou aparecimento transitório de cólicas menstruais, especialmente nos primeiros meses de uso e em mulheres sem filhos.

Observações:

- Tanto o aumento do sangramento quanto das cólicas uterinas pode ser manejado clinicamente. Entretanto, o desejo da mulher ou a persistência ou intensidade de sintomas que se tornem deletérios à saúde poderão indicar a retirada do DIU.

Quando Inserir o DIU com cobre

- O DIU com cobre pode ser inserido em qualquer dia do ciclo menstrual (desde que excluída gravidez), no pós-parto ou pós abortamento imediatos;

- Para mulheres 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 uma consulta antes da inserção do DIU, para avaliação de queixas ginecológicas. Nessa consulta deve ser realizado o exame ginecológico completo (especular e toque bimanual), pois com este cuidado, pode-se avaliar o conteúdo vaginal, posição e volume uterino. Nessa consulta realizamos orientações sobre todo o procedimento de inserção.

- Não há indicação de profilaxia antibiótica para inserção do DIU.

Técnica de Inserção do DIU com cobre

A técnica de inserção do DIU com cobre deverá ser realizada conforme descrição no Manual técnico para profissionais de saúde - DIU com COBRE TCu 380 A do Ministério da Saúde, de 2018.



A inserção do DIU pode ser realizada por enfermeiros previamente capacitados, sendo que o procedimento está regulamentado pela nota técnica nº31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS de 12/05/2023, do Ministério da Saúde.

No caso de inserção do DIU fora do período menstrual, é recomendada a realização do teste rápido de gravidez antes da inserção, como forma de excluir a possibilidade de gestação.

Antes da inserção do DIU explicar para a mulher o termo de consentimento do procedimento e cuidados pós inserção de DIU, inclusive sobre a consulta de seguimento que deverá ocorrer entre 30 e 40 dias após a inserção.

Orientações após inserção do DIU

- Orientar a mulher a procurar atendimento, a qualquer tempo, que em caso de febre, dor pélvica aguda e persistente sangramento vaginal e corrimento vaginal de odor fétido;
- Agendar consulta de revisão entre 30 e 40 dias após a inserção.

Exame a ser solicitado:

- Solicitação de ultrassonografia transvaginal para verificação do posicionamento do DIU.

Conduta terapêutica:

- Em casos de dor, podem ser prescritos analgésicos: diclofenaco sódico 50mg; ou ibuprofeno 600mg de 8/8h por 3 dias; ou butilbrometo de escopolamina 10 mg de 8/8h por 5 dias.

Quadro 7 – Como lidar com problemas relacionados ao DIU

| SITUAÇÃO | O QUE FAZER |
|----------------------|---|
| Cólicas e dor | <p>É comum que a mulher sinta pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente diminui com o tempo.</p> <p>Sugerir as seguintes medicações:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ibuprofeno 600mg, por via oral de 8/8h; ou- Diclofenaco sódico 50mg, por via oral, de 8/8h; ou- Escopolamina 10mg, por via oral, de 8/8h. |



| | |
|--|---|
| | <p>Se as cólicas continuarem e ocorrerem fora da menstruação:</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhá-los;- Se não houver nenhum problema subjacente conversar sobre a possibilidade de retirar o DIU. |
| Expulsão do DIU | <p>Se o DIU sair parcialmente, remova-o. Conversar com a paciente se ela deseja nova inserção do DIU ou outro método contraceptivo. Caso ela queira inserção do DIU, a nova inserção poderá ser feita a qualquer momento desde que descartada a possibilidade de gravidez.</p> <p>Caso suspeite de expulsão total e/ou a usuária não souber se o DIU saiu ou não, encaminhá-la para fazer ultrassonografia transvaginal.</p> |
| Ausência de fios | <p>Perguntar a usuária se viu o DIU sair e quando ela sentiu os fios pela última vez. Perguntar a DUM, se tem algum sintoma de gravidez e se usou algum método de apoio desde que deu pela falta dos fios e se ela usou método de apoio desde que sentiu a falta dos fios.</p> <p>Sempre iniciar com procedimentos menores e seguros e agir com suavidade. Verificar se há fios nas dobras do canal cervical. Se não conseguir localizar os fios no canal cervical ou eles subiram para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar. Excluir a possibilidade de gravidez. Solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal para verificar a presença do DIU e orientar método contraceptivo de apoio.</p> |
| O parceiro sente os fios do DIU durante a relação sexual | <p>- Os fios podem ser cortados para evitar o desconforto, mas os fios não deverão ficar com menos de 3cm para fora do cérvix.</p> |
| Alterações da menstruação. Sangramento vaginal intenso e prolongado | <p>Encaminhar para avaliação médica.</p> |

4.6.4 Implante subdérmico de etonogestrel – IMPLANON NXT®

O Implante subdérmico de etonogestrel – IMPLANON NXT® é um método contraceptivo do grupo dos LARC – Método contraceptivo de longa duração.

Características do IMPLANON NXT®

- Medicamento tendo como princípio ativo o Etonogestrel, com nome comercial IMPLANON NXT®;

- Apresentação: implante contraceptivo subdérmico, em forma de bastão, macio e flexível, branco a levemente amarelo ou marrom, com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro, radiopaco, não biodegradável, contendo 68 mg de etonogestrel, disponível em um aplicador



descartável e estéril para uso subdérmico. Detentor do registro Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda Fabricante N. V. Organon Indicação aprovada na ANVISA.

Indicação

Prevenção da gravidez não planejada por mulheres em idade reprodutiva.

Critérios de inclusão para a colocação do Implante Subdérmico – COMESP PR

- Mulheres em idade fértil
- Mulheres em situação de vulnerabilidade social;
- Usuárias de substância psicoativas, cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos seja insatisfatória;
- Moradoras de rua;
- Mulheres privadas de liberdade;
- Trabalhadoras do sexo;
- Adolescentes em situação de vulnerabilidade social cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos seja insatisfatória;
- Distúrbio da saúde mental cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos tenha sido insatisfatória;
- Déficit cognitivo, cuja adesão aos métodos anticoncepcionais oferecidos seja insatisfatória;
- Multíparas com 3 filhos ou mais;
- Puérperas que tiveram gestação de alto risco;
- Mulheres vivendo com o vírus do HIV/AIDS em uso de Dolutegravir;
- Mulheres em uso de Talidomida;
- Mulheres em tratamento para tuberculose;
- Mulheres que não se adaptaram aos demais métodos já oferecidos;
- Mulheres que apresentam contraindicação para outros métodos contraceptivos.

Contraindicações para uso do método

Contraindicações

- Paciente gestante ou com suspeita de gravidez;
- Distúrbio tromboembólico venoso ativo;



- Presença ou história de tumor hepático (benigno ou maligno);
- Presença de doença hepática grave;
- Presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteróide sexual;
- Sangramento vaginal não diagnosticado;
- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente do Implanon NXT®.

Eventos adversos durante o uso de IMPLANON NXT®

- As mulheres ficam suscetíveis a mudanças no padrão de sangramento menstrual que podem incluir alterações na frequência (ausente, menos frequente, mais frequente ou contínua), na intensidade (reduzida ou aumentada) ou na duração do sangramento;

- Infecção vaginal;
- Cefaleia;
- Acne;
- Sensibilidade mamária;
- Aumento de peso;
- Labilidade emocional;
- No local do implante: eritema, hematoma, equimose, dor e edema.

- Recomenda-se uma consulta antes da inserção do IMPLANON NXT®, para avaliação dos critérios de elegibilidade e se a mulher não apresenta contraindicações. Nessa consulta realizar orientações sobre o método, procedimento e efeitos colaterais.

- Não há indicação de profilaxia antibiótica para o procedimento de inserção.

Técnica de Inserção do IMPLANON NXT®

Antes da inserção do IMPLANON NXT® explicar para a mulher o termo de consentimento do procedimento e cuidados pós procedimento.

O IMPLANON NXT® deve ser inserido subdermicamente logo abaixo da pele, na face medial da porção superior do braço não dominante. O local de inserção é sobrejacente ao músculo tríceps a cerca de 8-10 cm do epicôndilo medial do úmero e 3-5 cm posterior (abaixo) ao sulco entre os músculos bíceps e tríceps. Esta localização destina-se a evitar os grandes vasos sanguíneos e nervos que se encontram dentro e ao redor do sulco. O período de inserção depende do histórico de anticoncepção recente da paciente. O implante deve ser palpável para



o médico/enfermeiro e para a usuária logo após a inserção e pode ser mantido por até três anos, com possibilidade de ser retirado a qualquer momento.

A inserção e remoção do IMPLANON NXT® pode ser realizada por médicos e enfermeiros previamente capacitados, de forma ambulatorial, sob anestesia local e consequentemente familiarizados com o aplicador e com as técnicas de execução destes procedimentos. A inserção pelo profissional enfermeiro é embasada no parecer nº 277/2017 do COFEN.

Quadro 8 – Quando inserir o Implante Subdérmico - IMPLANON NXT®

| Situação | Quando iniciar o implante | Recomendações |
|--|--|---|
| Mulheres com ciclos menstruais regulares | Do 1º ao 5º dia do ciclo menstrual Caso procedimento agendado fora desse período menstrual descartar possibilidade de gestação em curso | Recomendar 7 dias de uso de preservativo ou abstinência sexual. |
| Mulheres em amenorreia | A qualquer momento desde que se afaste possibilidade de gestação | Recomendar 7 dias de uso de preservativo ou abstinência sexual. |
| Pós-parto | Lactantes: ≥ 6 semanas. Não-lactantes: imediatamente após o parto. | Recomendar 7 dias de uso de preservativo ou abstinência sexual. |
| Pós-aborto | Imediato ou ≤ 3 semanas. > 3 semanas afastar possibilidade de gestação. | Recomendar 7 dias de uso de preservativo ou abstinência sexual. |
| Após uso de contracepção de emergência | Imediato | Recomendar 7 dias de uso de preservativo ou abstinência sexual. |

Fonte: Protocolo para inserção de implante anticoncepcional subdérmico do COMESP PR

Orientações após inserção

- Orientar paciente que em caso de febre, dor de grande intensidade, falta de ar repentina, dormência em MMSS ou MMII procurar por atendimento de urgência.

- O Implante é removido no máximo 3 anos após a sua inserção, ou antes, se a seu pedido.

- A remoção do implante é um procedimento ambulatorial e é realizado sob anestesia local.

- É assegurada a oferta de novo implante subdérmico na ocasião da retirada, se houver estoque disponível e se a pessoa estiver nos critérios de inserção, ou será oferecido outro método contraceptivo disponível na rede municipal de saúde.

- A remoção do implante subdérmico é realizado nas Unidades Básicas de Saúde pelos profissionais médicos e/ou enfermeiros capacitados.



5. GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

5.1 Fluxo da gestante

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para a confirmação e diagnóstico da gestação.

Para mulheres que procuram a UBS com atraso menstrual existem três formas de diagnóstico da gestação:

| Tempo de atraso menstrual | Indicação de exames |
|--|---|
| Atraso menstrual de até 12 semanas | Teste rápido de gravidez ou Beta HCG plasmático |
| Com mais de 12 semanas de atraso menstrual | Detecção de BCF, podendo dispensar o teste de gravidez, e/ou percepção visual ou táctil de movimentação fetal |
| Acima de 5 semanas | Ultrassonografia (USG) obstétrica |

A captação precoce da gestante (até a 12ª semana de gestação) é muito importante para permitir um acompanhamento de pré-natal adequado, bem como, para a realização do número de consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, permitindo assim a realização dos exames, encaminhamentos quando necessário e vinculação ao hospital conforme estratificação do risco gestacional em tempo oportuno.

A informação da data da última menstruação (DUM) para mulheres em idade fértil durante a triagem para consultas médicas em todas as UBS, além da verificação dos dados vitais e antropométricos é uma maneira de contribuir para a captação precoce de gestantes.

Outra sugestão de captação precoce de gestante, é implementar nas visitas domiciliares por ACS (Agente Comunitário de Saúde) orientações de quais métodos contraceptivos são oferecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Após a confirmação da gravidez a gestante será direcionada para realizar o cadastro e primeira consulta de pré-natal com o enfermeiro(a) da UBS / ESF de referência. Nessa consulta será feito o acolhimento, preenchimento da carteirinha de gestante e anamnese.

De forma sistemática e rotineira a anamnese deve conter: identificação da gestante, histórico da doença atual, queixa principal, antecedentes pessoais, antecedentes familiares,



antecedentes gineco-obstétricos, histórico de contracepção, condições e hábitos de vida, rastreamento de câncer ginecológico e de mama e revisão de sistemas.

Na sequência será feito o cálculo da data provável do parto e da idade gestacional. Ainda na primeira consulta serão realizados os testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C), teste da mãezinha (se necessário), verificação da situação vacinal com aprazamento das vacinas faltantes, estratificação de risco e solicitado os exames do primeiro trimestre.

Será realizado orientações sobre os cuidados na gestação, sobre o pré-natal do parceiro, sobre avaliação odontológica, sobre os atendimentos subsequentes e demais atividades do cronograma de pré-natal.

Por fim, ainda na primeira consulta será determinada a maternidade de referência para o parto e para situações de urgência e emergência durante a gestação, de acordo com a estratificação de risco da gestação.

A estratificação de risco da gestação poderá mudar durante o pré-natal, pois será realizada a cada consulta e a mesma deverá ser atualizada na carteirinha.

Quadro 9 - Conduta Terapêutica na primeira consulta da gestante

Conduta Terapêutica na primeira consulta da gestante

- Prescrever o ácido fólico - solução oral – 0,4mg dose única diária até o final da gestação; ou considerar ácido fólico 5mg – 1 comprimido ao dia até a 12ª semana de gestação em pacientes alto risco (antecedentes de defeitos do tubo neural, Diabetes mellitus, obesidade com IMC > 35, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, cirurgias bariátricas, ressecção ou by-pass intestinal importante. No caso de gestante em uso de anticonvulsivantes com ácido valpróico e carbamazepina, especificamente, nestes casos, está recomendado a suplementação com ácido fólico 5mg/dia durante toda a gestação.

- Prescrever o sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia): 1 comprimido ao dia até o final da gestação e diariamente, até o terceiro mês pós-parto e/ou pós aborto.

Nas mulheres com doença falciforme, não é comum a deficiência de ferro. Portanto, a suplementação rotineira de ferro da gestação deve ser evitada, a menos que a deficiência de ferro seja evidenciada por ferritina sérica baixa.



5. 2 Termo de compromisso ao Pré-Natal Seguro

A assistência em saúde de qualidade é um direito de todo indivíduo, e os serviços de saúde devem oferecer cuidado efetivo, eficiente, seguro e satisfatório. Com base nessa premissa e seguindo o exemplo de outros municípios, foi elaborado o Termo de Compromisso ao Pré-Natal Seguro (modelo anexo V), com o intuito de promover o autocuidado e a corresponsabilização pelo acompanhamento pré-natal, por meio da adesão consciente da gestante, do bebê e da Unidade Básica de Saúde.

Por meio deste documento, a gestante reafirma seu compromisso com os cuidados à própria saúde e à do bebê, comprometendo-se a cumprir todas as etapas previstas no termo, que contemplam integralmente as ações recomendadas durante o pré-natal.

O principal objetivo do termo de compromisso é contribuir para a prevenção das principais causas de mortalidade materna, neonatal e de nascimentos prematuros, frequentemente associadas a complicações como hipertensão, infecções e intercorrências no parto. Além disso, o termo também serve como instrumento de apoio aos profissionais de saúde, auxiliando na garantia da execução das práticas essenciais em tempo oportuno ao longo do período perinatal.

Durante a primeira consulta de vinculação, o profissional de saúde deverá, com postura acolhedora, explicar que o pré-natal é um acompanhamento fundamental para todas as gestantes, tendo como principal finalidade avaliar e promover a saúde materna e fetal durante toda a gestação. Ainda que a gestação seja um processo fisiológico, em determinadas situações ela pode apresentar riscos, tornando essencial o acompanhamento adequado e o cumprimento de todas as etapas previstas:

- Comparecer às consultas agendadas;
- Realizar os exames solicitados;
- Aderir aos tratamentos indicados;
- Comparecer às consultas odontológicas;
- Cumprir o esquema vacinal preconizado;
- Acolher as orientações em saúde fornecidas;
- Esclarecer dúvidas sempre que necessário;
- Estimular a participação ativa da família.

Cada item descrito no termo de compromisso deverá ser checado conjuntamente com a gestante após cada consulta ou procedimento realizado, garantindo o resgate de quaisquer etapas não contempladas em tempo hábil. Após essa verificação, é fundamental que o



profissional replaneje e pactue com a gestante os próximos passos do acompanhamento, com os devidos registros em prontuário eletrônico.

5.3 Estratificação de risco da gestante

A estratificação de risco deve ser realizada em todos os atendimentos, ou seja, na primeira consulta e em as subsequentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco.

As estratificações de risco gestacional de acordo com a Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, 2022:

Quadro 10 – Gestantes de Risco Habitual

| Onde é atendida (Local) | Quem atende? (Profissional) | Quem é (Gestante) |
|---------------------------------|-----------------------------|---|
| Atenção Primária em Saúde (APS) | Equipe APS | <p>Gestantes com características individuais e condições sócio-demográficas favoráveis, inclusive:</p> <p><u>Características individuais e socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ameaça de aborto 1; • Hipotireoidismo 2; • Tabagismo (Fagerström < 8 pontos) 3; • Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE < 2 pontos) 4; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl) • Depressão e ansiedade leve 5; • Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita). |

1. Ameaça de aborto é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o concepto vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência. / 2. Hipotireoidismo: Anexo I. / 3. Teste de Fagerström: Anexo II / 4. Teste de T-ACE: Anexo III / 5. Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada.

Quadro 11 – Gestantes de Risco Intermediário

| Onde é atendida (Local) | Quem atende? (Profissional) | Quem é (Gestante) |
|-------------------------|-----------------------------|--|
| | | <p>Gestantes que apresentam:</p> <p><u>Características individuais e condições socioeconômicas e</u></p> |



| | | |
|---|--|--|
| Atenção Primária em Saúde (APS) | Equipe APS | <p><u>familiares:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade <15anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudo); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos) 1; • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais) 2; <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior 3; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica prévia estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. <p>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas na gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional não-insulinodependente; • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9 g/dl). |
| e Atenção Ambulatorial Especializada | e Equipe multiprofissional especializada (COMESP) | |

1. Teste de Fagerström: Anexo II. / 2. Teste de T-ACE: Anexo III. / 3. Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).

Quadro 12 – Gestantes Alto Risco

| Onde é atendida (Local) | Quem atende? (Profissional) | Quem é (Gestante) |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|
| Atenção Primária em Saúde (APS) E | Equipe APS E | <p><u>Características individuais e condições socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC≥40). <p><u>Condições clínicas prévias à gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou comorbidades; • Cirurgia uterina prévia, fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doença autoimune (ex: lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas grave comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Doença falciforme (exceto traço falciforme) - Outras hemopatias. • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular |



| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Atenção Ambulatorial Especializada | Equipe multiprofissional Especializada | <p>encefálico, aneurisma e outras);</p> <ul style="list-style-type: none">● Exames de rastreamento oncológico recentes: citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação Bi-Rads ≥ 4● Hipertensão arterial crônica;● Hipertireoidismo;● Histórico de tromboembolismo;● Má formação útero-vaginal;● Nefropatias em tratamento e com repercussão na atuação gestação (ex. Nefrolitíase com repercussão na atual gestação);● Neoplasias;● Pneumopatias descompensadas ou graves;● Psicose ou depressão grave 1; <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none">● Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos);● Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores. <p>Intercorrências clínicas / obstétrica na gestação atual:</p> <ul style="list-style-type: none">● Anemia grave (Hemoglobina <8);● Diabetes gestacional insulino dependente;● Doenças infectocontagiosas:<ul style="list-style-type: none">- HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, hanseníase, citomegalovírus, zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;- Sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;● Doença hemolítica perinatal;● Gestação gemelar;● Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) ou pielonefrite na atual gestação (1 episódio).● Isoimunização Rh (TIA / Coombs indireto positivo);● Incompetência Istmo-cervical;● Má formação fetal confirmada;● Macrossomia fetal (Peso fetal estimada acima do percentil 90)2;● Oligodrâmnio ou polidrâmnio;● Placenta acreta/acretismo placentário;● Placenta prévia (após 22 semanas);● Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)2;● Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia;● Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário);● Tromboembolismo na gestação;● Trombofilia na gestação;● Senescência placentária com comprometimento fetal. |
|------------------------------------|--|--|



1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Especializada / 2. Utilizar Tabela de Hadlock Anexo IV.

5.4 Exames na gestação

Os exames deverão ser solicitados de acordo com a Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, 2022:

| Exames | 1º Trimestre | 2º Trimestre | 3º Trimestre |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Teste rápido de gravidez ou Beta HCG qualitativo | X | | |
| Teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos anti - HIV1 + HIV2(Elisa) | X | X | X |
| Teste rápido para sífilis (teste treponêmico) (Se teste rápido reagente, notificar e solicitar o exame de teste não treponêmico (VDRL) o quanto antes e já iniciar o tratamento. Solicitar o teste não treponêmico (VDRL) após 30 dias do término do tratamento e mensalmente até o parto) | X | X | X |
| Teste não treponêmico de sífilis (VDRL) (Se reagente, notificar e seguir conduta conforme o item 7 desse protocolo. Solicitar o teste não treponêmico após 30 dias do término do tratamento e mensalmente até o parto) | X | X | X |
| Tipagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh) | X | | |



| | | | |
|--|------|-------------------------|-----|
| Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) (COOMBS indireto) (Mensalmente se gestante RH negativo) | X | | |
| Eletroforese de hemoglobina - Teste da mãezinha (Se esse exame foi realizado e devidamente registrado em gestação anterior, considerar esse resultado) | X | | |
| Hemograma completo | X | X | X |
| Urina I (parcial de urina) | X | X | X |
| Cultura de urina (urocultura) | X | X | X |
| Dosagem de glicose | X | | |
| Teste oral de tolerância à glicose | | (entre 24 – 28 semanas) | |
| Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG) (Teste rápido HBsAG) | X | X | X |
| Toxoplasmose (IgG e IgM) | X | X* | X* |
| Teste de avidéz de IgG para toxoplasmose | X** | X** | X** |
| Pesquisa para hormônio tireoestimulante – TSH (Se histórico de endocrinopatia e uso de medicação, solicitar o exame T4) | X*** | | |
| Parasitológico de Fezes | X | | |
| Ultrassonografia obstétrica | X | X | |
| Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora | X | | |



*(se suscetível) IgG de 1º trimestre negativo

**Se IgG e IgM positivos

***se TSH alterado fazer acompanhamento conforme Anexo I

Ainda sobre os exames, conforme a reunião do dia 02/08/2024 do Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil foi alinhado que o pedido de exame de **toxoplasmose** para as gestantes suscetíveis será solicitado da seguinte forma:

- Primeira consulta;
- 24 semanas (junto a solicitação dos exames do segundo trimestre);
- 30 semanas;
- 34 semanas (junto a solicitação dos exames do terceiro trimestre).

Ainda a critério da gestão serão incorporados os seguintes exames:

- Exames laboratoriais: vitamina D, vitamina B12 junto aos exames de primeiro trimestre;
- 10 – 14 semanas: Ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre;
- 20 – 24 semanas: Ultrassonografia morfológica de segundo trimestre;
- 35 semanas: Pesquisa de *Streptococcus agalactiae* grupo B - GBS - Secreção vaginal/anal, Cultura (PMV).

5.5 Periodicidade das consultas

O Ministério da Saúde estabelece o mínimo de 6 consultas de pré-natal. Ainda sendo ideal que a primeira consulta seja realizada o mais precocemente possível ou até 12 semanas de gestação.

A linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, estabelece a periodicidade de consultas de pré-natal / pós-parto da seguinte forma:

| Intervalo de consultas | Idade gestacional |
|------------------------|-----------------------------------|
| Mensais | Até a 28ª semana de gestação |
| Quinzenal | Da 28ª até 36ª semana de gestação |
| Semanais | A partir da 37ª semana |



A primeira consulta puerperal deverá ocorrer de 7 a 10 dias após o parto e a segunda até 30 dias após o parto, preferencialmente associada à consulta de puericultura na UBS de referência.

5.6 Consultas subsequentes

- Realizar anamnese subsequente rememorando eventos pregressos relacionados à saúde, bem como, ouvir e interagir atentamente com a gestante para identificar os acontecimentos referente às condições de saúde atual relatada pela própria paciente.
- Realizar a estratificação de risco da gestante em cada consulta e realizar os encaminhamentos para o serviço especializado sempre que necessário.
- Intercalar as consultas de pré-natal de gestantes de risco habitual entre médico e enfermeiro, permitindo fluidez nas agendas. As consultas poderão ser intercaladas até a 32ª semana de gestação.
- Encaminhar para avaliação médica de pré-natal a gestante que apresentar alguma alteração ou intercorrência durante a consulta de pré-natal com o enfermeiro.
- Realizar avaliação e acompanhamento do estado nutricional da gestante, registrando os dados obtidos no gráfico do IMC na carteirinha e realizar conduta e encaminhamentos sempre que necessário.
- Verificar os resultados de exames, registrá-los no sistema olostech, bem como, registrá-los na carteirinha de gestante e em casos de exames alterados realizar os tratamentos adequados de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
- Registrar no sistema olostech todos os atendimentos realizados, abordando a descrição da consulta, queixas da gestante, conduta adotada, registro de acompanhamentos em serviços clínicos especializados e demais dados que julgar necessário.
- Repassar aos ACS relação de gestantes faltosas para busca ativa.
- Realizar o acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados.
- Realizar a verificação da situação vacinal e aprazamento das vacinas faltantes.
- Agendar a primeira avaliação odontológica da gestante na sua Unidade de Saúde de referência e verificar se está realizando o acompanhamento odontológico conforme orientações da equipe de saúde bucal.



- Orientar a gestante sobre a consulta puerperal (pós-parto) que deverá ser realizada de 7 a 10 dias após o parto, assim como, orientar sobre a primeira consulta do recém-nascido que deverá ser realizada até 5 dias de vida.

Exame físico, gineco-obstétrico e especular

É fundamental o exame físico, gineco-obstétrico e especular (sempre que necessário) durante as consultas de pré-natal.

O exame físico representa um instrumento de grande valia para a assistência, pois permite ao profissional validar os achados da anamnese, identificar problemas, definir diagnósticos, planejar e implementar ações e acompanhar a evolução da paciente.

Exame físico geral:

- Verificação do peso, estatura e IMC;
- Verificação temperatura axilar;
- Aferição da pressão arterial;
- Verificação / Palpação pulso poplíteo e pedial;
- Palpação das panturrilhas;
- Investigação de alteração da pele e mucosas;
- Palpação da tireoide;
- Realizar ausculta cardiopulmonar;
- Examinar abdome;
- Examinar membros inferiores;
- Pesquisar edema (face, tronco e membros).

Exame gineco-obstétrico:

- Examinar mamas;
- Verificar altura uterina (partir da 16ª semana de gestação);
- Auscultar batimentos cardíofetal – BCF (a partir da 12ª semana de gestação);
- Identificar a situação e apresentação fetal (terceiro trimestre gestação);
- Inspeccionar genitália externa.

Exame especular:

- Inspeccionar paredes da vagina, conteúdo vaginal e colo uterino;



- Coleta de material ectocervical para o exame citopatológico do colo de útero (exame preventivo do câncer do colo uterino).

5.7 Carteira da gestante

A carteira de gestante é o principal documento utilizado na assistência de pré-natal, servindo como uma carta de apresentação da paciente à maternidade de referência, assim como, sendo um espelho dos atendimentos, acompanhamentos e condutas realizadas no município.

A padronização das anotações e o preenchimento correto da carteirinha de gestante pela equipe de saúde registrando as informações pessoais, avaliações clínica, hipóteses diagnósticas, tratamentos, fatores de risco, doenças em atividade, intercorrências, resultados de exames, hospitalizações, estratificação de risco e encaminhamentos contribuem para uma avaliação do desenvolvimento da gestação e minimiza falhas de assistência causadas pela falta de informações coletadas durante o pré-natal que são de interesse a todos os pontos de assistência.

5.8 Condutas medicamentosas na gestação

Quadro 13 – Condutas medicamentosas na gestação

| Queixa | Conduta | Efeitos adversos | Recomendações |
|----------------------------|--|--|---|
| Prevenção da anemia | <p>Sulfato Ferroso (drágea) – 40mg Prescrever por via oral 40mg/dia até 90 dias após o parto ou pós-aborto. Recomenda-se ingerir 1 hora antes da refeição.</p> <p>Se hemoglobina < 11g/dl > 8 g/dl (anemia leve a moderada): Encaminhamento para avaliação médica para ajuste do tratamento.</p> <p>Se Hemoglobina < 8g/dl (anemia grave): Encaminhamento para avaliação médica para ajuste do tratamento.</p> | Náuseas, mal-estar gástrico, cólicas abdominais, constipação e/ou diarreia, fezes escuras. | Recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A, disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura). Não deve ser ingerido com laticínios, com antiácidos e cálcio. |



| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | Em caso de anemia, a posologia de ferro deve ser ajustada em avaliação médica. |
| Prevenção de malformação do tubo neural | Ácido Fólico (solução oral) Prescrever 0,4 mg – 40 gotas ao dia por via oral até o final da gestação semana de gestação. Prescrever 5mg ao dia, por via oral, até a 12ª semana de gestação para pacientes alto risco (antecedentes de defeitos do tubo neural, DM, IMC, IMC >35, DII polimorfismos genéticos, pós bariátrica, uso de anticonvulsivantes. | Alteração do paladar, perda de apetite, náuseas, distensão abdominal, flatulência, irritabilidade e perturbação do sono. | Orienta-se que a ingestão seja realizada meia hora antes das refeições |
| Prevenção da pré eclâmpsia na gestação | Carbonato de cálcio 1250mg, via oral, 1 comprimido de 12/12h, iniciar a partir da 12ª semana de gestação, manter até o final da gestação. | Raramente pode ocorrer: prurido, urticária, exantema, constipação, náusea, dor abdominal, diarreia e flatulência | Evitar ingesta junto com a suplementação de ferro (pelo menos 2 horas de intervalo), pois este diminui a absorção de cálcio. Melhor absorção se tomado junto as refeições. |
| Pirose e Azia | Hidróxido de Alumínio (suspensão oral 61,5 mg/ml): Prescrever 10 ml por via oral após as refeições e ao deitar-se, evitando o uso por mais de duas semanas. | Constipação intestinal, náuseas, vômitos. | Deve ser usado com cautela em casos de sangramento intestinal, prisão de ventre e presença de hemorroidas. |
| Flatulência e Obstipação intestinal | Simeticona (gotas 75mg/ml): Prescrever 20 gotas a cada 8 horas por via oral. Óleo mineral Prescrever 15ml (1 colher de sopa), por via oral, uma vez ao dia, após a refeição. | Reações indesejáveis pouco prováveis devido à não absorção pelo organismo. | Não devem ser usados por mais de uma semana. Não havendo melhora encaminhar para avaliação médica. |
| Cefaleia | Paracetamol (comprimido 500 mg) Prescrever 500 mg a cada 6 horas por via oral, não excedendo o uso por mais de cinco dias. | Hepatotoxicidade, reações de hipersensibilidade. | Não deve ser utilizado em pacientes com doença no fígado ou rins. |
| Infecção do trato urinário Prescrever o tratamento medicamentoso | *Conforme resultado de exame* - Nitrofurantoína 100mg, um comprimido a cada 6 | Má digestão, gastrite, dor abdominal. | Recomendações de higiene íntima, esvaziamento vesical regular e urinar antes e após relações sexuais |



| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>somente diante da primeira evidência laboratorial de infecção do trato urinário (ITU), confirmada por urocultura positiva acompanhada de antibiograma, ou quando houver o primeiro quadro sintomático de ITU baixa, como cistite.</p> | <p>horas por 10 dias (não recomendado após a 36ª semana de gestação).</p> <p>- Cefalexina 500mg, um comprimido a cada 6 horas por 7 dias.</p> <p>- Amoxicilina/ácido clavulânico 500mg/125mg, um comprimido a cada 12 horas por 7 dias.</p> <p>- Para alívio sintomático, pode ser prescrita analgesia com Paracetamol 500mg a 1g a cada 6 horas.</p> | | <p>são importantes para prevenir infecções recorrentes. Casos de ITU de repetição devem ser discutidos com um médico para considerar o encaminhamento. Solicitar exame de parcial de urina, antibiograma e urocultura, a ser realizado uma semana após o tratamento e retornar em consulta médica para o controle de cura.</p> |
| <p>Náuseas / vômitos</p> | <p>Metoclopramida comprimido 10mg, por via oral, de 8/8h até 5 dias.</p> | <p>Tremores, ansiedade, fadiga, sonolência, diarreia e desequilíbrio postural.</p> | <p>Não prescrever para mulheres menores de 18 anos. No caso de hiperêmese gravídica, encaminhar para avaliação médica.</p> |

5.9 Sinais de alerta na gestação

Quadro 14 - Principais sinais de alerta na gestação

| Sinal de alerta | Interpretação | O que fazer |
|--|---|--|
| Sangramento vaginal | Anormal em qualquer época da gravidez | Encaminhar para avaliação médica imediata e/ou encaminhamento para avaliação médica à urgência hospitalar. |
| Cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia e edema excessivo | Estes sintomas podem sugerir pré-eclâmpsia | Avaliação da pressão arterial (PA) e encaminhar para avaliação médica e/ou encaminhamento para avaliação médica à urgência hospitalar. |
| Contrações regulares e perda de líquido | Sintomas indicativos de início do trabalho de parto | Avaliação médica imediata e encaminhada ao serviço de urgência hospitalar |
| Diminuição da movimentação fetal | Pode indicar sofrimento fetal | Encaminhar para avaliação médica, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento ao serviço de urgência hospitalar. |



| | | |
|-------|-----------------------|---|
| Febre | Pode indicar infecção | Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento à urgência, caso necessário. |
|-------|-----------------------|---|

5.10 Pré-natal do parceiro

Historicamente, o planejamento reprodutivo quanto as ações em saúde voltadas ao momento da gestação, parto e puerpério foram pensadas e direcionadas às mulheres, enfocando o binômio mãe-criança. Como estratégia para contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo dos homens no contexto do planejamento reprodutivo, foi instituído pelo Ministério da Saúde o pré-natal do parceiro.

O envolvimento consciente, em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação, pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis.

Agendar uma consulta de enfermagem específica da parceria sexual, visando compreender os seus antecedentes mórbidos pregressos e familiares, na busca de uma compreensão ampla de sua saúde. Nessa consulta ofertar os testes rápidos, verificar a situação vacinal, realizar orientações sobre a gestação e incentivar a presença da parceria desde o início da gestação, bem como a participação no parto.

Exames a serem solicitados do parceiro pelo Enfermeiro

- Teste rápido de HIV;
- Testes rápidos de hepatite B e hepatite C;
- Teste rápido de sífilis;
- Tipagem sanguínea e fator Rh: solicitar se gestante Rh negativo.

Entregar os resultados individualmente. Resultados alterados devem ser investigados/tratados e notificados de acordo com os protocolos de cada agravo.

O parceiro deve ser orientado que para além da consulta de enfermagem, pode estar realizando consulta médica e a critério desse profissional, outros exames possam ser solicitados.

Deve-se enfatizar o papel da parceria como importante fator de adesão ao tratamento e redução na transmissão vertical.



5.11 Condutas medicamentosas no puerpério

Quadro 15 – Condutas medicamentosas no puerpério

| Queixa | Conduta | Efeitos adversos | Recomendações |
|------------------------------|--|--|--|
| Prevenção de Anemia | Sulfato ferroso 40mg Prescrever por via oral 40mg/dia até 90 dias após o parto ou pós-aborto. Recomenda-se ingerir 1 hora antes da refeição. | Náuseas, mal-estar gástrico, cólicas abdominais, constipação e/ou diarreia, fezes escuras. | Recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A, disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura). Não deve ser ingerido com laticínios, com antiácidos e cálcio. Em caso de anemia, a posologia de ferro deve ser ajustada em avaliação médica. |
| Obstipação intestinal | Óleo mineral Prescrever 15ml (1 colher de sopa), por via oral, uma vez ao dia, após a refeição. | Reações indesejáveis pouco prováveis devido à não absorção pelo organismo. | Não devem ser usados por mais de uma semana. Não havendo melhora realizar avaliação médica. |
| Mastite | <u>Sintomáticos:</u> Paracetamol 500mg Prescrever por via oral, 1 comprimido de 6/6h; ou Ibuprofeno 600mg Prescrever por via oral, 1 comprimido de 8/8 horas. <u>Antibioticoterapia:</u> Cefalexina 500mg por via oral, 1 comprimido de 6/6 horas por 10 dias; ou | Reações alérgicas e hepatotoxicidade (no caso de Paracetamol). | Não deve ser utilizado em pacientes com doença no fígado ou rins. Não suspender o aleitamento materno. Esvaziar as mamas adequadamente. Iniciar a amamentação na mama não afetada. |



| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>Amoxicilina 500mg por via oral, 1 comprimido de 8/8 horas por 10 dias.</p> <p>Agendar retorno presencial na Unidade de Saúde de referência para avaliação em 2-3 dias do início da medicação.</p> | | <p>Não havendo melhora encaminhar para avaliação médica.</p> |
| <p>Fissura Rachadura no mamilo</p> | <p>Lanolina Prescrever por via tópica, nos mamilos após cada mamada</p> | --- | <p>- Como primeira opção orientar após cada mamada, aplicar sobre os mamilos o próprio leite materno e recomendar o uso das rosquinhas; ou</p> <p>- Após cada mamada, secar os mamilos e a região adjacente. Com as mãos limpas aplicar a lanolina sobre o mamilo.</p> |
| <p>Lesões doloridas no períneo sem infecção</p> | <p>Paracetamol 500mg-1000mg, por via oral, de 6/6h.</p> | <p>Reações alérgicas e hepatotoxicidade (no caso de Paracetamol).</p> | <p>Não deve ser utilizado em pacientes com doença no fígado ou rins.</p> <p>Não suspender o aleitamento materno.</p> <p>Não havendo melhora encaminhar para avaliação médica.</p> |

6. CLIMATÉRIO / MENOPAUSA

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, sendo uma fase biológica da vida da mulher. Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas, com intensidades diferentes em caráter transitório ou permanente. As principais manifestações que levam as mulheres a procurarem os serviços de saúde são: irregularidade menstrual; fogachos e suores noturnos e alterações de ordem psicossocial e afetiva. A menopausa caracteriza-se pela



interrupção permanente da menstruação após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos.

Quadro 16 – Medicamentos fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério / menopausa

| Fitoterápico | Indicação | Recomendação | Possíveis efeitos colaterais | Contraindicações |
|---|--|--|---|---|
| Cimicífuga (Cimicifuga racemosa) | Sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos). Melhora da atrofia vaginal. | Extrato padronizado 2,5% de 27-deoxiacteína. Uso: 40 – 80 mg / dia | São muito raros, incluem dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares. | --- |
| Hipérico (Hiperico perforatum) Conhecida por erva de São João | Quadros leves a moderados de depressão não endógena. | Extrato padronizado a 0,3% de hipericinas. Uso: 300 – 900 mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900 mg), dividir em três tomadas diárias. | Irritação gástrica, sensibilização cutânea, fotodermatite, insônia, ansiedade. | Gravidez, lactação. Evitar exposição ao sol. |
| Valeriana (Valeriana officinalis) | Efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia. | Extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos. Uso: 300 – 400 mg/dia, divididos em duas ou três tomadas. | Hipersensibilização aos componentes da fórmula. Devem ser respeitadas as dosagens, pois, em excesso, pode causar cefaleia e agitação. Grandes quantidades podem induzir a sonhos, dispepsia e reações alérgicas cutâneas. | Hipersensibilidade, gestação e lactação. |
| Melissa (Melissa officinalis) | Alívio de ansiedade, insônia e algumas desordens digestivas como | Extrato seco: não menos que 0,5% de óleo volátil contendo citral; não menos que 6% de derivados | Entorpecimento e bradicardia em indivíduos sensíveis. | Gestação, portadores de glaucoma e de hipertireoidismo e hipersensibilidade |



| | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------|
| | cólicas intestinais, flatulência, dispepsia, além de outras indicações principalmente à valeriana. | hidroxicinâmicos totais calculados como ácido rosmarínico. Uso: 80 – 240 mg/dia, em três tomadas. | | aos constituintes da planta. |
|--|--|--|--|------------------------------|

7. SÍFILIS

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e que quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual, contudo, pode ocorrer transmissão vertical para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas. Quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes, eles passam despercebidos ou não valorizados, e podem sem saber, transmitir a infecção as suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A transmissão pode ocorrer na fase primária e secundária da doença.

Na gestação, a sífilis pode causar consequências severas como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.

No Brasil, assim como em outros países, apresenta uma reemergência da doença. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento.

Classificação clínica da sífilis

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e o monitoramento da infecção, sendo:

- Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução;
- Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.



Quadro 17 – Manifestações clínicas de sífilis, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

| ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDAS | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS |
|---|--|
| Primária | Cancro duro (úlceras genitais, geralmente únicas e indolores) Linfonodos regionais |
| Secundária | Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos |
| Latente recente (até um ano de duração) | Assintomática |
| Latente tardia (mais de um ano de duração) | Assintomática |
| Terciária | Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, quadros demenciais como o da paralisia geral |

Importante:

Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com teste para sífilis.

Diagnóstico de sífilis

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre os dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente.

Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido.



Quadro 18 - Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

| | | | |
|----------------------------|------------------------|---|--|
| TESTES IMUNOLÓGICOS | Não treponêmico | VDRL* RPR TRUST USR | Quantificáveis (ex: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento. |
| | Treponêmicos | FTA – Abs ELISA / EQL / CMIA TPHA / TPPA / MHA-TP Teste Rápidos (TR)* | São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. |

*Disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde para solicitação



*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmico e/ou não treponêmico com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfeção.

Quadro 19 - Resultados de testes treponêmico e não treponêmico de sífilis, interpretação e conduta

| PRIMEIRO TESTE | + | TESTE COMPLEMENTAR | POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES | CONDUTA |
|-----------------------------|---|---------------------------------|---|--|
| Teste treponêmico: reagente | + | Teste treponêmico: não reagente | Diagnóstico de sífilis. - Classificação do estágio clínico de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda de titulação em pelo menos duas diluições. | Tratar e realizar monitoramento com teste não treponêmico. Quando confirmado caso de cicatriz |



| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | | sorológica, apenas orientar. |
| Teste treponêmico: reagente | + | Teste treponêmico: não reagente | <p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. - Se não reagente: considera-se falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. - Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. | <p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis apenas orientar.</p> |
| Teste não treponêmico: reagente | + | Teste treponêmico: reagente | <p>Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classificação do estágio clínico de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda de titulação em pelo menos duas diluições.</p> | <p>Tratar e realizar monitoramento com teste não treponêmico. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> |
| Teste não treponêmico: reagente | + | Teste treponêmico: não reagente | <p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. - Se não reagente: considera-se falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. <p>-Cicatriz sorológica: tratamento documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. | <p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis apenas orientar.</p> |
| Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente | + | Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária. | <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente. | <p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.:</p> |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido. |
|--|--|--|--|--|

Tratamento da sífilis

O fármaco de escolha para o tratamento de sífilis é a Benzilpenicilina benzatina, sendo o único medicamento com eficácia documentada durante a gestação.

Diante do cenário epidemiológico atual, recomenda-se o **tratamento imediato** com Benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para os seguintes grupos (independente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- ✓ Gestantes;
- ✓ Vítimas de violência sexual;
- ✓ Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- ✓ Pessoas com sinais / sintomas de sífilis primária ou secundária; e
- ✓ Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

O início do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade da realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

A Benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM), sendo a região ventroglútea a via preferencial.

Quadro 20 – Esquema terapêutico utilizados para sífilis, se acordo com a classificação clínica

| ESTADIAMENTO | ESQUEMA TERAPÊUTICO(a) | SEGUIMENTO |
|--|--|---|
| Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução) | Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) (b) | <u>População não gestante:</u> Teste não treponêmico a cada 3 meses até o 12º mês <u>Gestantes:</u> |



| | | |
|---|---|---|
| | | Teste não treponêmico após 30 dias do tratamento e mensal até o final da gestação. |
| Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano 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 (c) Dose total: 7,2 milhões UI, IM | <u>População não gestante:</u> Teste não treponêmico a cada 3 meses até o 12º mês <u>Gestantes:</u> Teste não treponêmico após 30 dias do tratamento e mensal até o final da gestação. |

Fonte: DCCI/SVS/MS.

- (a) A Benzilpenicilina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.
 (b) Alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose.
 (c) O intervalo entre doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

Importante!

- Para gestantes, o intervalo ideal entre as doses de Benzilpenicilina benzatina é de 7 (sete) dias.
- Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes no 7º dia, é necessário realizar imediatamente busca ativa.
- Em gestantes que apresentarem atraso entre as doses superior a 9 (nove) dias, em qualquer esquema de tratamento prescrito, é necessário repetir o esquema terapêutico completo.
- Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre as doses entre sete e nove dias. Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses deve ser considerado como tratamento inadequado.
- Todas as parcerias sexuais da gestante devem ser testadas
- Todas as parcerias sexuais da gestante devem ser testadas.
- Se a sorologia da parceria for não reagente: devem ser tratados com Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, 1,2 milhão UI em cada glúteo, esquema único.
- Se a sorologia da parceria for reagente: seguir as recomendações de tratamento descritas anteriormente, de acordo com o estágio clínico da infecção.
- O monitoramento mensal das gestantes (através do teste não treponêmico), não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente, descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfeção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais, bem como o referenciamento dessa gestante a obstetrícia de alto risco.
- Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas em ambiente hospitalar.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atualização e implementação deste Protocolo de Enfermagem representa um marco no processo de qualificação do cuidado à saúde da mulher no município de Piên. Mais do que um conjunto de normas, este instrumento configura-se como uma ferramenta de empoderamento profissional, de fortalecimento da APS e de compromisso com a saúde pública de excelência.

Espera-se que sua aplicação cotidiana contribua para a redução das iniquidades em saúde, a ampliação do acesso, a melhoria dos indicadores assistenciais e a consolidação de uma prática de Enfermagem ética, segura, resolutiva e centrada na dignidade humana.



PIÊN
PREFEITURA

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Belo Horizonte, 92
Centro, Piên - PR
83.860-000

(41) 3632-1291

ANEXOS

PIÊN



ANEXO I

HIPOTIROIDISMO

A dosagem do TSH é mais sensível do que o T4 para detectar o hipotireoidismo. Em caso de alteração do TSH deve-se dosar o T4 livre.

O tratamento para hipotireoidismo é recomendado quando os níveis de TSH são: >2,5 IU/L no 1º trimestre e >3,0 IU/L no 2º e 3º trimestre da gestação.

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

Fonte: Gestação de alto RISCO MS, 2012, European Thyroid Association-ETA, 2014. CURITIBA, Rede mãe curitibana vale a vida, 2019.



ANEXO II

TESTE DE FAGERSTROM (TABAGISMO)

Diante de resposta afirmativa para o uso de tabaco pela gestante, o teste de Fagerström deve ser aplicado, ele tem por finalidade aferir o grau de dependência à nicotina. As perguntas devem ser realizadas elencando as pontuações a cada resultado. Ao final, realizar somatória que permitirá avaliar o resultado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a suspensão do uso de tabaco durante toda a gestação.

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

Resultado Teste de Fagerström

| Pontos | Dependência do tabaco |
|--------|-----------------------|
| 0-2 | Muito baixa |
| 3-4 | Baixa |
| 5 | Média |
| 6-7 | Elevada |
| 8-10 | Muito elevada |



ANEXO III

TESTE T-ACE (ETILISMO)

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas e em caso de resposta afirmativa, deve ser aplicado o teste T-ACE que avalia o nível de dependência ao álcool.

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

Resultado: 2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao álcool



ANEXO IV

TABELA DE HADLOCK (REFERÊNCIA DE VALORES – PESOS FETAIS ESTIMADOS)

| Idade gestacional (semanas) | Peso fetal (g) | | | | |
|--------------------------------|----------------|------|------|------|------|
| | Percentil | | | | |
| | 3 | 10 | 50 | 90 | 97 |
| 10 | 26 | 29 | 35 | 41 | 44 |
| 11 | 34 | 37 | 45 | 53 | 56 |
| 12 | 43 | 48 | 58 | 68 | 73 |
| 13 | 55 | 61 | 73 | 85 | 91 |
| 14 | 70 | 77 | 93 | 109 | 116 |
| 15 | 88 | 97 | 117 | 137 | 146 |
| 16 | 110 | 121 | 146 | 171 | 183 |
| 17 | 136 | 150 | 181 | 212 | 226 |
| 18 | 167 | 185 | 223 | 261 | 279 |
| 19 | 205 | 227 | 273 | 319 | 341 |
| 20 | 248 | 275 | 331 | 387 | 414 |
| 21 | 299 | 331 | 399 | 467 | 499 |
| 22 | 359 | 398 | 478 | 559 | 598 |
| 23 | 426 | 471 | 568 | 665 | 710 |
| 24 | 503 | 556 | 670 | 784 | 838 |
| 25 | 589 | 652 | 785 | 918 | 981 |
| 26 | 685 | 758 | 913 | 1068 | 1141 |
| 27 | 791 | 879 | 1055 | 1234 | 1319 |
| 28 | 908 | 1004 | 1210 | 1416 | 1513 |
| 29 | 1034 | 1145 | 1379 | 1613 | 1754 |
| 30 | 1169 | 1294 | 1559 | 1824 | 1949 |
| 31 | 1313 | 1453 | 1751 | 2049 | 2189 |
| 32 | 1465 | 1621 | 1953 | 2285 | 2441 |
| 33 | 1622 | 1794 | 2162 | 2530 | 2703 |
| 34 | 1783 | 1973 | 2377 | 2781 | 2971 |
| 35 | 1946 | 2154 | 2595 | 3036 | 3244 |
| 36 | 2110 | 2335 | 2813 | 3291 | 3516 |
| 37 | 2271 | 2513 | 3028 | 3543 | 3785 |
| 38 | 2427 | 2686 | 3236 | 3786 | 4045 |
| 39 | 2576 | 2851 | 3435 | 4019 | 4294 |
| 40 | 2714 | 3004 | 3619 | 4234 | 4524 |

www.cemmf.com.br

Hadlock FP, Harrist RB, Martinez-Poyer J. In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. Radiology 1991;181:129-33.



ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO – PRÉ-NATAL SEGURO

Eu, _____, declaro, de forma livre e consciente, meu compromisso de amar, cuidar e zelar pela saúde do meu(a) filho(a) durante toda a gestação. Comprometo-me a cumprir todas as etapas do meu acompanhamento pré-natal, ciente de que a ausência em consultas e a não realização dos exames recomendados poderão comprometer tanto a minha saúde quanto a do meu bebê.

O pré-natal é um acompanhamento essencial, oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a todas as gestantes. Seu principal objetivo é avaliar e promover a saúde da mulher e do bebê ao longo da gestação, por meio de consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, atendimentos odontológicos, vacinação e orientações em saúde, assegurando que ambos cheguem ao momento do parto em plenas condições físicas e emocionais. Além disso, o pré-natal contribui para preparar a família para a chegada de um novo membro.

É fundamental não faltar às consultas de pré-natal, aos atendimentos odontológicos, aos exames agendados e aos demais encaminhamentos propostos pela equipe de saúde. Embora a gestação e o nascimento sejam eventos naturais, eles podem, eventualmente, apresentar riscos. Por isso, o acompanhamento regular é imprescindível.

Diante dessas orientações, comprometo-me a:

- Comparecer a todas as consultas e exames agendados;
- Realizar as vacinas recomendadas;
- Seguir os tratamentos e orientações propostas;
- Participar de todos os encaminhamentos necessários;
- Colaborar ativamente com a equipe de saúde.

Assumo, assim, minha corresponsabilidade para tornar este período mais seguro e saudável para mim e para meu bebê, contribuindo para um nascimento tranquilo e protegido.

Piên, ____/____/____

Unidade de Saúde: _____

Assinatura da mãe

Assinatura do Profissional



REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnica para profissionais de Saúde – DIU com cobre T Cu 380 A**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3265, de 1º de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 5/2018 – CGSMU/DAPES/SAS/MS. Realização do procedimento de inserção do DIU de cobre (DIU TCu 380^a) por Enfermeiros (as)**.

COFEN. Conselho Nacional de Enfermagem. **Parecer Nº 17/2010. Parecer sobre a viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento familiar reprodutivo**.

DUNCAN et all. Medicina Ambulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.

Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2024.

COMESP. Consórcio Metropolitano de Serviços do Paraná. **Protocolo para Inserção de Implante Anticoncepcional subdérmico**. 2023.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde – Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização



de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2.ed. ver. atual – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conitec. **Relatório de recomendação do Implante Subdermico de Etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

COFEN. **Parecer de conselheiro federal, nº 277, de 20 de setembro de 2017.** Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-deconselheira-relatora-no-277-2017_59667.html. Acesso em 01/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis, e hepatites virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Pré-natal e puerpério na atenção Primária.** Disponível em: <2 - Pré-natal e puerpério na atenção primária - atualizado em 15 de janeiro de 2025.pdf>. Acesso em 10/04/2025.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica conjunta nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS Prevenção de distúrbios hipertensivos na gestação.**

ANVISA. **Projeto SNGPC para Farmácias e Drogarias.** Guia para geração do padrão de transmissão SNGPC. Disponível em: <https://share.google/OFZ57eNeOUwUEiC9X>. Acesso em 16/09/2025.