



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

SAÚDE DA MULHER

**Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes
ciclos de vida**

Florianópolis, dezembro de 2016

Versão 2

(atualizado em dezembro de 2020)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3

SAÚDE DA MULHER

**Acolhimento às demandas da mulher nos
diferentes ciclos de vida**

Prefeito

Gean Marques Loureiro

Vice-Prefeito

João Batista Nunes

Secretário de Saúde

Carlos Alberto Justo da Silva

Secretário Adjunto

Sandro Jose Andretti

Diretor de Atenção à Saúde

Tiago Barra Vidal

Diretor de Atenção Primária

João Paulo Mello da Silveira

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

Elizimara Ferreira Siqueira

Autores

Alessandra de Quadra Esmeraldino
Ana Carolina Severino Da Silva
Ana Cristina Magalhães FernandesBáfica
Ana Maria Bim Gomes
Anna Carolina Ribeiro Lopes Rodrigues
Carla Sousa Guedelha
Caren Cristina Della Méa Fonseca
Carmen Ruggi Bonfim Santoro
Cilene Fernandes Soares
EdlaZwiener González
Fernanda De Conto
Fernanda Paese
Gisele Magnabosco
Guilherme MortariBelaver
Ingrid Valeria Veronez
João Marcos Emerenciano
Izabel Cristina MartendalConrat
JadsonJovaert Mota Kreis
Julia Maria de Souza

Juliana Cipriano Braga Silva
Karina Mendes Garcia
Laura Denize Reboa Castillo Lacerda
Leila B. B. de A. Ferrreira
Lucas Alexandre Pedebos
Lucilene Maria Schmitz
Milena Pereira
Missouri Helena Bizarro Komatu Paixão
Natália Pereira Kretzschar
Noélia Fernandes de Oliveira
Priscilla Cibele Tramontina
Renata Da Rosa TurattiFetzner
Solange Alberti Andrzejewski
Stella MarisPfitzenreuter
Tatiana Vieira Fraga
Vinicius Paim Brasil



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA - Coren/SC Gestão 2018/2020

Presidente

Helga Regina Bresciani

Conselheira Secretária

Daniella Farinella Jora

Conselheira Tesoureira

Alessandra Junkes Coutinho

Conselheiros Titulares

Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82888

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9406

Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29525

Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58205

Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510

Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183306

Míssia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139423

Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575913

Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586762

Conselheiros Suplentes

Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201279

Dayane Carla Borille – Coren/SC 86248

Jerry Schmitz – Coren/SC 80977

Lais Concellos – Coren/SC 75136

Ediane Bergamin – Coren/SC 148765

Daniela Maçaneiro – Coren/SC 119636

Felipe da Rosa Pedro – Coren/SC 680401

Vilmar Wanderet – Coren/SC 319008

APRESENTAÇÃO

A saúde da mulher é uma temática estruturante da atenção primária no Brasil desde seu início, ainda antes da construção da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Inicialmente focada apenas nas questões de saúde reprodutiva, foi expandida na tentativa de abarcar a integralidade pretendida para o SUS.

Por ser uma área temática bastante antiga no SUS, possui um grande conjunto de publicações, incluindo o primeiro protocolo deste município com ampliação das ações do enfermeiro, publicado em 2010. O presente documento não é uma atualização ou releitura do protocolo anterior, mas um novo documento focado no processo de trabalho do enfermeiro.

Da mesma maneira que nos protocolos anteriores, os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas evidências mais recentes. Nos casos de divergência entre este protocolo e o PACK-SMS/BMJ sobre as atribuições do enfermeiro, o que estiver escrito na versão mais atualizada do presente protocolo (sempre disponível no site da SMS) será o considerado oficialmente.

Para maiores detalhamentos ou aprofundamentos teóricos sobre os temas aqui abordados, continuamos recomendando livros texto, os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde) ou artigos científicos específicos, muitos desses descritos nas referências deste protocolo.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

Carlos Alberto Justo da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

Helga Regina Bresciani
Presidente do Coren/SC

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE QUADROS | 20 |
| 1 – ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS | 8 |
| 1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites | 8 |
| 1.1.1 – Entrevista | 8 |
| 1.1.2 – Exame Físico | 8 |
| 1.1.3 – Vaginose Citolítica | 14 |
| 1.1.4 – Hipersensibilidade ao plasma seminal | 15 |
| 1.2 – Infecção Urinária | 15 |
| 1.3 – Cólica Menstrual | 19 |
| 1.4 – Dispareunia e Vaginismo | 22 |
| 1.4.1 – Toque Bimanual | 22 |
| 1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin¹ | 23 |
| 1.6 - Incontinência urinária²⁵ | 23 |
| 2 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO | 24 |
| 2.1 – Preconcepção | 24 |
| 2.2 – Métodos Contraceptivos | 24 |
| 2.3 – Contracepção de Emergência | 40 |
| 3 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO | 42 |
| 4 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA | 49 |
| 4.1 – Ações de Rastreamento | 49 |
| 4.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas | 50 |
| 4.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários | 52 |
| 5 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL | 54 |
| 5.1 – Avaliação de Risco no Pré-Natal | 54 |
| 5.2– Roteiro das Consultas | 56 |
| 5.3 – Imunizações: Abordagem Oportunística no Atendimento à Mulher | 62 |
| 5.4 – Exames Laboratoriais no Pré-Natal e Interpretação | 65 |
| 5.5 – Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação | 71 |
| 5.6 – Gestação e Doenças Infectocontagiosas que Possam Interferir na Saúde do Bebê | 81 |

| | |
|--|------------|
| 5.6.1 – Zika | 81 |
| 5.6.2 – Gestação e Varicela/herpes-zoster | 83 |
| 5.7 – Plano de Parto | 83 |
| 5.8 – Atenção à Mulher no Puerpério – Consulta Pós-Natal | 84 |
| 5.9 – Tratamento da anemia no puerpério | 85 |
| 5.9 – Aleitamento Materno | 86 |
| 5.9.1 Técnica de Amamentação | 86 |
| 5.9.2 – Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação | 87 |
| 5.9.3– Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações absolutas e relativas | 87 |
| 5.9.4 – Retirada e armazenamento do leite materno ²⁹ | 87 |
| 5.9.5 – Modificações sobre a lactação normal | 95 |
| 5.10 Pré-natal do parceiro ou pares do mesmo gênero | 96 |
| 6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO | 99 |
| 6.1 - Terapia de Reposição Hormonal(TRH) | 99 |
| 6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa | 101 |
| 6.3 –Contraceção no Climatério | 101 |
| 7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE | 102 |
| 7.1 –Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente | 103 |
| 7.2 – Testagem sorológica para menores de 18 anos | 104 |
| 8 – INFERTILIDADE¹ | 105 |
| REFERÊNCIAS | 107 |
| ANEXO I – TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO | 111 |
| ANEXO II – MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU | 112 |
| ANEXO III– MODELO DE PLANO DE PARTO | 115 |
| ANEXO IV– EVIDÊNCIAS SOBRE A REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA NOS DIFERENTES PERÍODOS DA GESTAÇÃO | 117 |
| ANEXO V – ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MAIS COMUNS EM PUÉRPERAS | 119 |
| ANEXO VI – GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE CONDUTAS | 120 |
| CONTROLE DE ALTERAÇÕES | 121 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites | 12 |
| Quadro 2.1 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos | 25 |
| Quadro 2.2– Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro | 26 |
| Quadro 2.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU) | 28 |
| Quadro 2.4 – Síntese de Outros Métodos Anticoncepcionais Hormonais disponíveis no mercado (não disponibilizados na rede pública)^{1,12,13} | 31 |
| Quadro 2.5– Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental³² | 34 |
| ograma | 39 |
| Quadro 3.1– Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos | 43 |
| Quadro 3.2– Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino | 45 |
| Quadro 4.1 Aprazamento das mamografias de rastreamento²⁵ | 49 |
| Quadro 4.2– Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama | 50 |
| Quadro 4.3 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias | 52 |
| Quadro 5.1 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica | 54 |
| Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação | 57 |
| Quadro 5.3–Exame Clínico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal | 58 |
| Quadro 5.4 – Classificação do edema | 61 |
| Quadro 5.5 – Vacinas Preconizadas para as Mulheres em Idade Fértil | 62 |
| Quadro 5.6–Exames a serem solicitados por padrão no pré-natal, interpretações e condutas | 65 |
| Quadro 5.7–Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação | 71 |
| Quadro 5.8 – Cuidados de enfermagem no período puerperal | 84 |
| Quadro 5.9 – Principais itens a serem observados na mamada | 86 |
| Quadro 5.10. Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação | 89 |

Quadro 5.11– Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno _____ 93

Quadro 5.12 – Consulta Pré-natal de Enfermagem do parceiro ou pares do mesmo gênero _____ 97

Quadro 6.1 – Contra-indicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) _____ 100

Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo _____ 100



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

LISTA DE FLUXOGRAMAS

| | |
|---|-----------|
| <i>Fluxograma 1.1 – Corrimento Vaginal ou cervicites</i> | <u>10</u> |
| <i>Fluxograma 1.2 – Infecção urinária</i> | <u>16</u> |
| <i>Fluxograma 1.3– Cólica menstrual</i> | <u>20</u> |
| <i>Fluxograma 4.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários</i> | <u>51</u> |

1 – ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

1.1 – Corrimento Vaginal, VulvovaginiteseCervicites^{1,8}

Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas 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, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

De maneira análoga, os quadros de colpites ou cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal. Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta (no final desta página) que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos.

1.1.1 – Entrevista¹

O levantamento de alguns 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, fatores desencadeantes ou associados;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro;
- Data da última menstruação;
- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- Abortamento ou partos recentes;
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Período de início dos sintomas;
- Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente);
- Orientação sexual e de gênero;
- Método contraceptivo em uso;
- Procedimento uroginecológicos já realizados e quando (colposcopia, conização, cauterização etc);
- Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se população alvo).

1.1.2 – Exame Físico^{1,8}

O exame físico detalhado, incluindo o toque bimanual quando indicado, 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. Sugere-se, portanto:

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos. Se queixa de dispareunia e/ou vulvodínia/vestibulodínia associada(s), utilizar o teste do cotonete¹;
- Exame de linfonodos inguinais;
- Exame especular: observar características do colo, sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo), trofismo da mucosa e presença de corpo estranho;
- Prolapsos genitais: discutir com fisioterapeuta do NASF. Encaminhar/discutir com MFC para outras condutas;
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

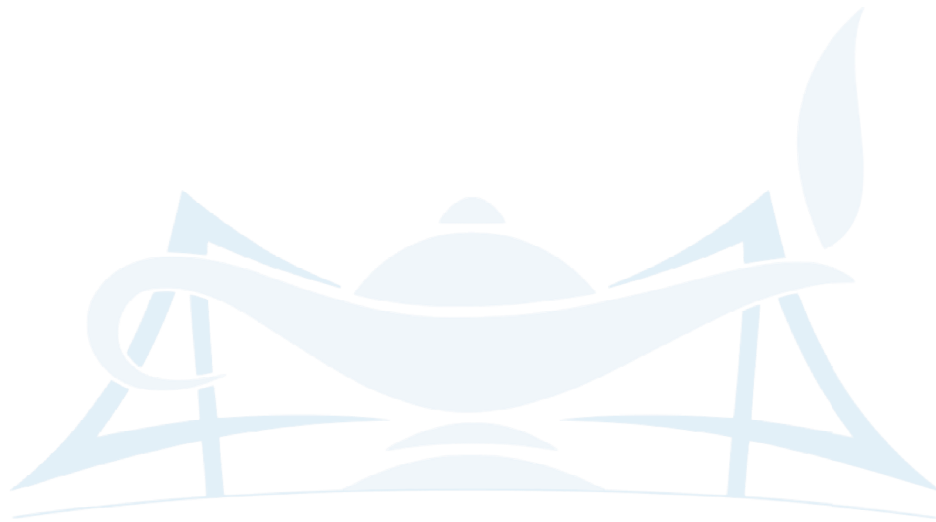
Após a entrevista e exame físico, realizados durante a consulta de enfermagem, é importante atentar para presença de alguns **sinais de alerta** que, se presentes, deverão ser avaliados conjuntamente com o MFC (médico de família e comunidade) em interconsulta:

- Dor e/ou defesa abdominal;
- Irregularidades do ciclo/sangramento vaginal anormal;
- Febre;
- Comprometimento do estado geral;
- Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia);
- Aumento de linfonodos regionais.

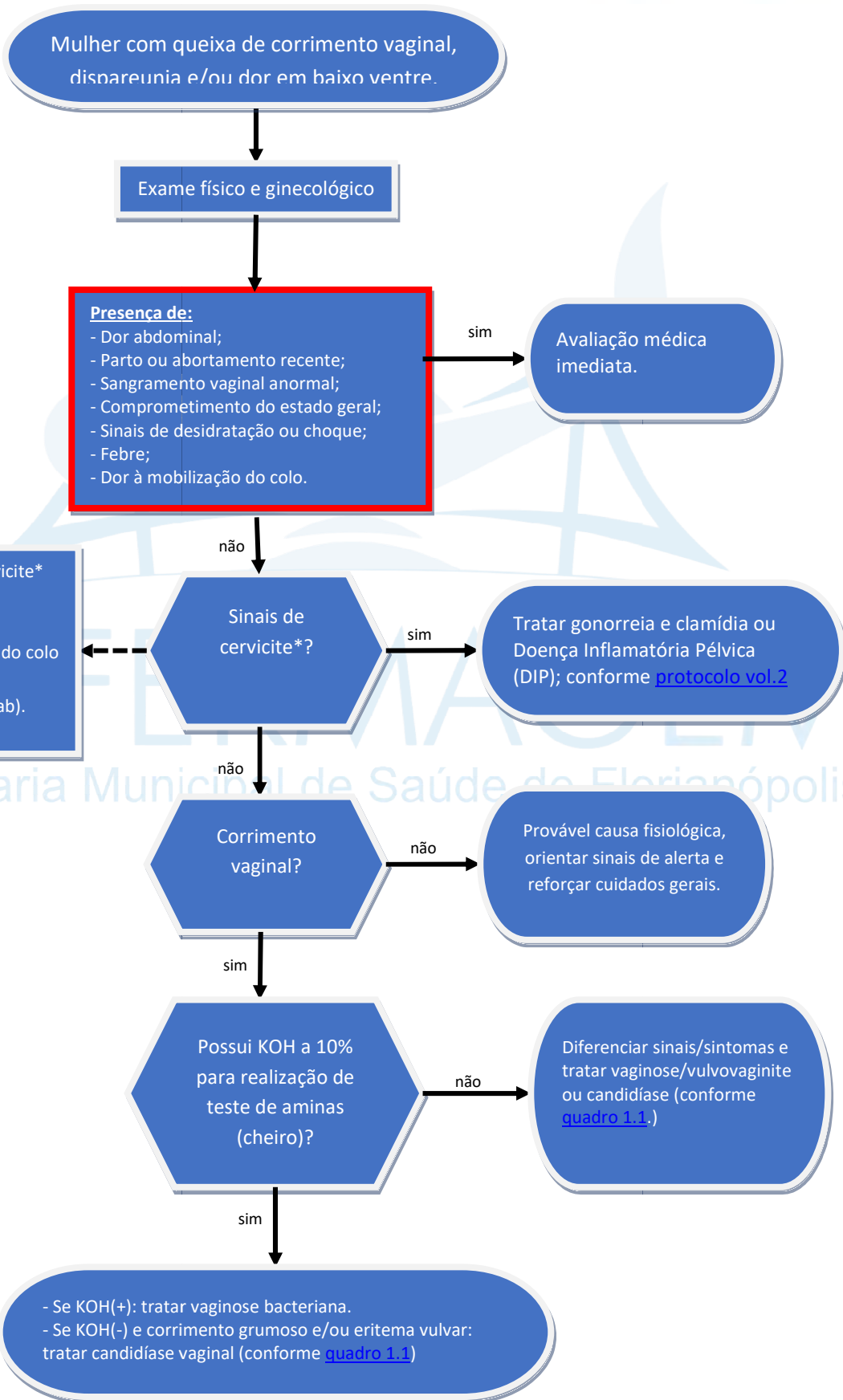
ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

¹A paciente, em posição ginecológica, indica presença/ausência de dor ao toque da genitália externa com um cotonete. O examinador deve tocar levemente a vulva para identificar e registrar áreas dolorosas. O teste deve ser feito no sentido horário, tocando parte interna das coxas, monte de Vênus, grandes lábios, sulco interlabial, pequenos lábios, região periretral/clitoriana, glândula de Bartholin, corpo perineal e vestibulo, bilateralmente²³.

**Fluxograma 1.1 – Corrimento Vaginal ou
cervicites**



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites^{1,8,10}

| Causa identificada | Sinais e sintomas principais | Plano de cuidados/Conduta do enfermeiro |
|--------------------|---|--|
| Candidíase | <ul style="list-style-type: none"> • Prurido vulvar • Hiperemia vulvar • Corrimento grumoso • Teste do KOH negativo | <p>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas; • Evitar uso de absorventes diários; • Episódios de repetição devem ser investigados. <p>Tratamento medicamentoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término). ESTE TRATAMENTO É O PRECONIZADO PARA GESTANTES; • Fluconazol 150 mg dose única (NÃO PRESCREVER PARA GESTANTES); • Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg e repetindo a dose após 3 dias e após 6 dias da primeira dose; • Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), investigar DM e HIV e encaminhar a consulta médica. Parcerias de mulheres com infecção recorrente devem ser tratados(as) com Fluconazol 150mg dose única (verificar alergia prévia). <p>Possibilidades terapêuticas naturais³¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaleuca/TeaTree: 1 ou 2 gotas de óleo essencial de melaleuca diluída em 100mL de água - fazer banhos de assento ou lavar delicadamente o interior da vagina com uma seringa de 20ml ou ducha vaginal com essa solução 1x ao dia por 5 dias. Como a melaleuca é um óleo essencial forte, cada mulher sente um efeito diferente e pode adaptar seu uso, diminuindo a quantidade de horas na diluição; • Camomila ou calêndula: fazer infusão com 1 colher de sopa de extrato seco de camomila para 200ml de água. Lavar delicadamente a vagina, internamente, com seringa de 20ml ou ducha ginecológica com essa solução. Também é possível fazer banho de assento com infusão das ervas. Faça um chá concentrado e dilua coado em bacia com água morna, permaneça sentada com a vulva totalmente imersa, por no mínimo 15 minutos. Promove alívio dos sintomas irritativos; |

| | | |
|----------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Bicarbonato de sódio: pode-se fazer banho de assento diluindo 1 colher de sopa de bicarbonato para cada 500ml de água. Pode-se adicionar 10 gotas de óleo essencial de melaleuca a essa mistura. O bicarbonato é básico e por isso alivia os sintomas da candidíase (que é ácida), porém uma quantidade muito grande de bicarbonato pode deixar o pH vaginal básico demais, o que favorece outros desequilíbrios e infecções. Alterações de cheiro e modificação da secreção vaginal podem ocorrer; • Alho: utiliza-se 1 dente de alho sem casca, durante à noite, por 7 noites. O alho não deve ser machucado ao ser descascado e deve ser envolto por uma gaze amarrada com um fio (formato semelhante ao absorvente interno) para que possa ser retirado na manhã seguinte. Se houver muita coceira ou ardência, evitar o alho pois poderá piorar irritaçãoda mucosa; • Babosa: uso intravaginal. Descascar a Aloe Vera, garantindo que toda a casca verde e sua seiva amarelada sejam retiradas (pois são tóxicas). Cortar cubinhos de aproximadamente 2x2 cm, introduzir na vagina à noite como um supositório e retirar o excesso pela manhã, repetir por 7 dias; • Óleo de coco: alivia sintomas de coceira e ajuda a reepitelizar a região (refazer as células que foram descamadas). Passar uma colher de chá de óleo com os dedos após lavar com melaleuca ou bicarbonato; • É importante após cada tratamento repor os lactobacilos da vagina. Isso pode ser feito com iogurte natural por 3-5 noites. Usar uma colher de chá de qualquer iogurte natural sem sabor e sem adição de açúcar e passar por dentro da vagina com o dedo ou aplicador de pomada vaginal. Retirar o excesso no banho pela manhã. A reposição de lactobacillus do intestino pode ser feita com consumo de fermentados como kefir e kombucha ou ainda com cápsulas manipuladas de <i>Lactobacillusacidophilus</i>; • É importante cada mulher observar como seu corpo reage a cada tratamento natural e se ocorrem efeitos colaterais. |
| Vaginose | <ul style="list-style-type: none"> • Corrimento com odor | Medidas não farmacológicas (cuidados de |

| | | |
|-------------------|--|---|
| bacteriana | <p>fétido;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrimento acinzentado; • Teste do KOH (teste de Whiff ou teste das aminas) positivo – adicionar duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal; • Atentar para sinais/sintomas de Tricomoníase, que em alguns casos podem ser confundidos (ver Protocolo de Enfermagem vol.2). | <p>enfermagem):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; • Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas; • Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas. • Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando assim convocação dos mesmos. <p>Tratamento medicamentoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol creme (100 mg/g) por 5 noites; OU • Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 7 dias (NÃO INGERIR BEBIDA ALCOÓLICA ATÉ 24 HORAS APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO). <p><u>Gestantes (independentemente da idade gestacional) ou nutrízes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 7 dias (A excreção da droga pode conferir gosto amargo ao leite materno. A maioria dos estudos não relatou efeitos colaterais nos lactentes. No entanto, observar perda de apetite, vômitos e diarreia. Caso ocorram tais efeitos, o aleitamento deverá ser suspenso²⁴). |
|-------------------|--|---|

Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoníase, Donovanose, HPV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorreia, entre outras), consultar volume 2 do Protocolo de Enfermagem (Infecções Sexualmente Transmissíveis) disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>

1.1.3 – Vaginose Citolítica

Trata-se de uma condição facilmente confundida com a candidíase devido à similaridade dos sintomas: prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento branco abundante que piora na fase lútea. Ocorre em função pelo aumento do número de *Lactobacillus* no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5).

Diante do quadro sugestivo desta vaginose, o enfermeiro deverá orientar banho de assento com bicarbonato (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas. Também deverá ser orientada a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.

1.1.4 – Hipersensibilidade ao plasma seminal

Os sinais e sintomas surgem no local que esteve em contato direto com o sêmen, que apresentam hiperemia na pele ou mucosa, sensação intensa de coceira e/ou prurido, edema na região que costumam surgir entre 10 a 30 minutos após a relação e durar por horas ou dias.

Caso haja suspeita de alergia/hipersensibilidade ao plasma seminal do parceiro, oriente a utilização de preservativos ou evitar a ejaculação no interior da vagina.

1.2 – Infecção Urinária^{1,11,12}

As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas, sejam médicas ou de enfermagem, junto às unidades de saúde, sendo a abordagem precoce e a intervenção adequada um fator preponderante para se evitar complicações ou mesmo internações desnecessárias. O quadro principal de manifestação clínica é a disúria, acompanhada de polaciúria, oligúria e urgência urinária.

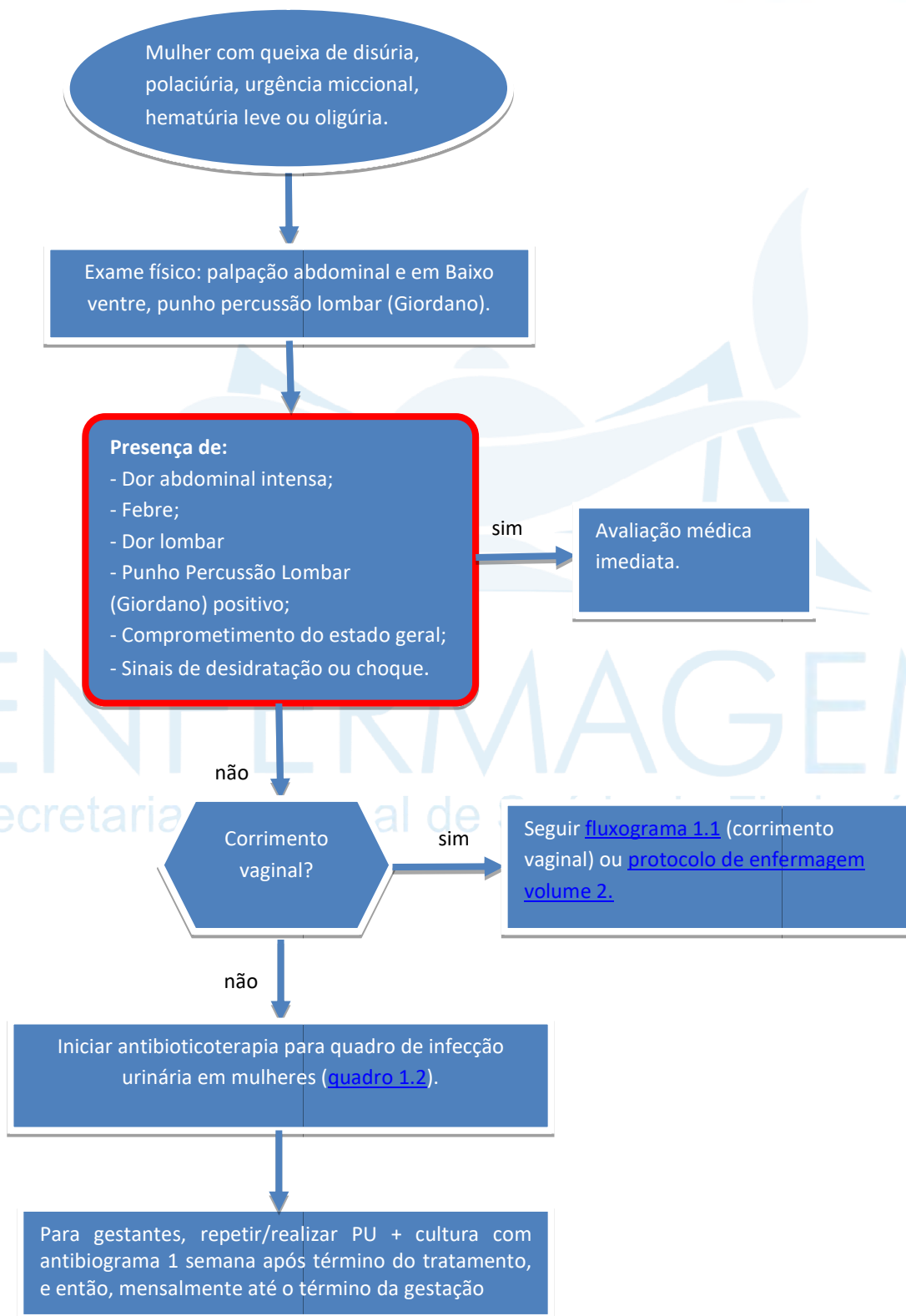
Ver o [fluxograma 1.2](#) abaixo para manejo.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 1.2 – Infecção urinária



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Quadro 1.2 – Tratamento da Dificuldade Urinária em Mulheres^{1,12}

| Tratamento medicamentoso | | Orientações / Cuidados de Enfermagem |
|--------------------------|---|---|
| Não gestante | <ul style="list-style-type: none"> Sulfametoxazol + Trimetropina: <ul style="list-style-type: none"> - 2 comprimidos de 400mg+80mg de 12/12 horas por 3 dias OU - 20ml da solução de 40mg+8mg/ml de 12/12 horas por 3 dias <p>NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO</p> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Nitrofurantoína: <ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimido de 100mg de 6/6 horas por 5 a 7 dias OU - 20ml da solução de 5mg/ml de 6/6 horas por 5 a 7 dias <p>NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO FILHOS MENORES DE 30 DIAS, COM HIPERBILIRRUBINEMIA E/OU DEFICIÊNCIA DE G-6-PD (IDENTIFICADA NO TESTE DO PEZINHO)</p> <p>Se medicamentos anteriores em falta, o(a) enfermeiro(a) poderá prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina: <ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimido de 500mg de 6/6 horas por 7 dias ou - 10ml da solução de 50mg/ml de 6/6 horas por 7 dias <p>USO SEGURO PARA MULHERES AMAMENTANDO</p> | <ul style="list-style-type: none"> Aumentar ingesta hídrica; Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência Não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (PU e Urocultura). Caso sintomas permaneçam após o tratamento inicial, discutir/encaminhar para consulta médica para solicitação destes exames |
| Gestante | <p>O (A) enfermeiro (a) poderá prescrever o tratamento medicamentoso <u>apenas</u> em 1º quadro sintomático de ITU baixa (cistite):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido de cefalexina 500mg de 6/6 horas por 7 dias OU 1 comprimido de Amoxicilina/ácido clavulânico 500mg+125mg de 12/12 horas por 7 dias OU 1 comprimido de Nitrofurantoína 100mg de 6/6 horas por 10 dias (NÃO PRESCREVER APÓS 36ª SEMANA DE GESTAÇÃO) | <ul style="list-style-type: none"> Repetir/realizar PU + cultura com antibiograma 1 semana após término do tratamento, e então, mensalmente até o término da gestação (tomar condutas conforme resultado de exame); Aumentar ingesta hídrica; Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal, contrações) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência. |

Para alívio sintomático poderá ser prescrita analgesia com:

- Dipirona 500mg a 1g de 06/06 horas (exceto para gestantes, autorizado em nutrízes) ou
- Paracetamol 500mg a 1g de 06/06 horas (pode ser utilizado com segurança em gestantes e nutrízes).

Considerações importantes no seguimento da gestante com ITU/bacteriúria assintomática

- Seguimento laboratorial mensal para gestantes com ITU de repetição é essencial para prevenir complicações;
- Vincular a gestante às consultas e exames pré-natais;
- Fazer a escolha correta de antibióticos para tratamento de ITU, baseado em evidências e que ofereçam maior segurança ao binômio mãe e bebê, reduzindo riscos e reações adversas;
- Recomendar aumento de ingesta hídrica;
- Orientar higiene íntima adequada;
- Recomendar que a gestante realize esvaziamento vesical regular e urinar antes e após as relações sexuais
- Valorizar sintomas, sinais clínicos e histórico, bem como prever tratamentos precoces a fim de evitar complicações;
- Discutir caso, realizar interconsulta ou encaminhar para atendimento com médico (a) de equipe para verificar necessidade de profilaxia para gestantes com ITU de repetição;

1.3 – Cólica Menstrual¹

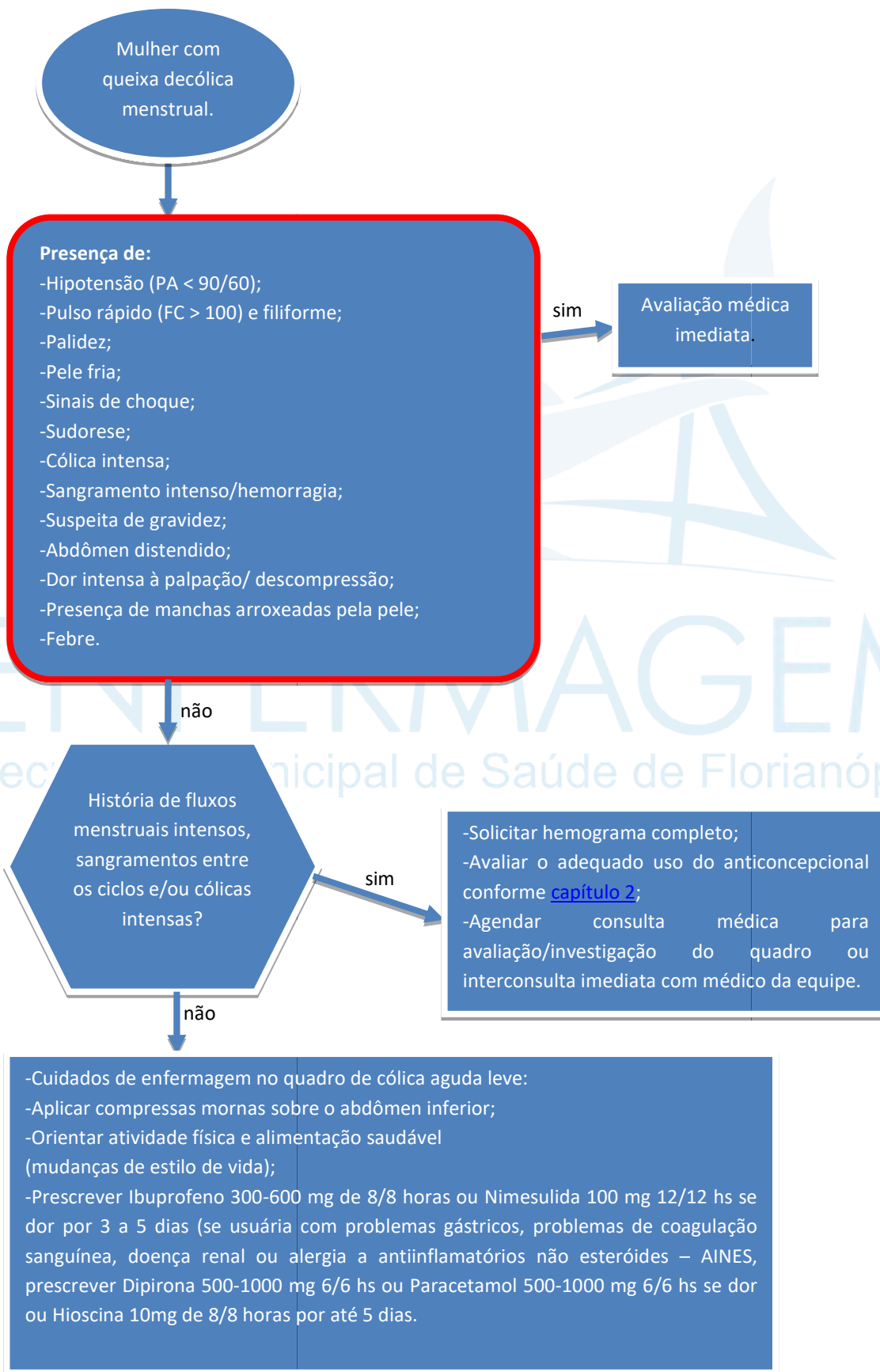
A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro (a), principalmente em jovens e adolescentes logo após a primeira menstruação (menarca). Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Neste tipo de atendimento, é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme [fluxograma 1.3](#).

Fluxograma1.3– Cólica menstrual



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



1.4 – Dispareunia e Vaginismo

A dispareunia é um sintoma bastante comum e desafiador do ponto de vista clínico, já que o profissional de saúde se depara com inúmeras possibilidades de etiologias, sendo o histórico de enfermagem (anamnese e o exame físico) a principal ferramenta de elucidação diagnóstica.

Questões fisiológicas como menopausa, diminuição de estrogênio, posição no ato sexual e outras patologias, dentre as quais situações infecciosas potencialmente graves, como a Doença Inflamatória Pélvica, são algumas das tantas possibilidades diagnósticas possíveis.

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, considerar a estrogenização local caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos, da seguinte maneira: **Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 21 dias e, pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário (tempo máximo de tratamento por até 3 meses). Na persistência de sintomatologia, encaminhar para avaliação médica.**

Não prescrever se: mulher com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

A queixa de dispareunia deve ser sempre valorizada, pois além de causas clínicas presentes e objetivamente identificáveis, a mesma pode ser indicativa de outras situações a qual a mulher pode estar exposta, mas de difícil identificação imediata, como as de cunho psicossocial: história de violência sexual e doméstica, traumas, insatisfação sexual, dentre outras.

1.4.1 – Toque Bimanual

O enfermeiro não deverá utilizar o toque bimanual rotineiramente, reservando sua execução aos casos de queixas/sintomas que sugiram presença de massas, alterações de volume das vísceras pélvicas, suspeita de DIP, suspeita de gestação ectópica ou sangramentos disfuncionais. Não deve ser prática rotineira nas consultas de pré-natal.

Quando recomendada sua realização, o enfermeiro deverá executá-lo somente após coletas ginecológicas, preferencialmente após exame especular. Diante de qualquer anormalidade ou dúvidas, o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com o médico.

A técnica consiste em afastar os lábios maiores e menores, introduzir os dedos médio e indicador no canal vaginal, no sentido posterior (em direção ao reto). Deve-se explorar as paredes vaginais, a cérvix, e fundo de saco buscando alterações e tumorações. A outra mão é colocada sobre o abdômen da mulher, no baixo ventre, comprimindo-o suavemente e forma a apreender e delimitar o útero, possibilitando sua descrição quanto à forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. Em situações normais, os anexos (ovários, tubas uterinas) não se encontram palpáveis.

Técnica de realização do toque bidigital bimanual vaginal disponível em: <http://www.news.med.br/p/medical-journal/551402/exame-pelvico-em-mulheres-adultas-um-guia-de-pratica-clinica-do-american-college-of-physicians.htm> Acesso em: 12 mai. 2016.

1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin¹

As glândulas de Bartholin situam-se em cada lado da abertura vaginal, e podem ficar bloqueadas. Quando isto ocorre, líquidos se acumulam e a glândula incha, formando um cisto. Os cistos variam desde o tamanho de uma ervilha até uma bola de golfe ou mais. Na maioria das vezes, ocorrem apenas em um lado. Eles podem ficar infeccionados, formando um abscesso, caracterizado por dor intensa e, às vezes, febre. Caso o enfermeiro se depare com um provável caso, deverá solicitar avaliação conjunta com seu MFC. Na indisponibilidade deste profissional, encaminhar a paciente para atenção hospitalar dado risco de gangrena de Fournier.



Disponível em: <https://free-nursingcareplan.blogspot.com/2011/06/nursing-care-plan-for-bartholinitis.html?m=1>

1.6 - Incontinência urinária²⁵

Casos leves de perda miccional involuntária podem ser manejados com exercícios para o assoalho pélvico, visando ao seu fortalecimento. Neste caso o enfermeiro deverá auxiliar a mulher na identificação da musculatura envolvida. Um resumo das etapas do exercícios consiste na contração dos músculos como que simulando a interrupção do fluxo urinário por 8 a 10 segundos, seguido de relaxamento completo do assoalho pélvico.

Outras medidas de educação para o autocuidado são:

- Estimular a perda de peso em pacientes obesas ou com sobrepeso;
- Beber por volta de 02 litros de água por dia, em pequenas quantidades e em intervalos regulares ao longo do dia;
- Reduzir o consumo quantidade de bebidas alcoólicas, cafeinadas e carbonatadas;
- Evitar constipação/obstipação intestinal;
- Orientar esvaziar a bexiga em intervalos regulares, em vez de esperar até que a bexiga esteja muito cheia;

2 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO¹²

Em 12 de janeiro de 1996 foi sancionada a Lei nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, visando 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 a contracepção.

2.1 – Preconcepção

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro na 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^{1,13,14}

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/progressa da mulher e, se possível, de seu(sua) parceiro(a);
- Perguntar sobre a DUM e orientar sobre formas de identificar o período fértil (cálculo do período com base no 1º dia de sangramento da última menstruação, levando em consideração a duração do ciclo de cada mulher, modificações que ocorrem no muco cervical/secreção vaginal tornando-o mais abundante, discreta elevação da temperatura corporal, aumento da libido, entre outros);
- **Prescrever ácido fólico 5 mg/dia no mínimo 30 dias antes da concepção;**
- **Verificar situação do citopatológico, e caso necessário, realizar o mesmo;**
- **Solicitar sorologias ou realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis (casal); Toxoplasmose (IgG/IgM) e Rubéola IgG;**
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto, tríplice viral e febre amarela) e, em caso de atraso ou ausente, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação MS/2014¹⁴. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado (tríplice viral e febre amarela);
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Questionar sobre comorbidades pré-existentes, sobretudo as de caráter crônico, encaminhar para o MFC a fim de assegurar que a patologia esteja sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar. (Para maiores informações consultar o Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde; disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf)⁶.

2.2 – Métodos Contraceptivos^{1,12,13}

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 da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, etc.

É fundamental elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário.

No [anexo I](#) deste documento, há uma tabela com taxa de falha dos métodos de contracepção.

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS (o [quadro 2.2](#) foi adaptado da fonte para melhor definir as possibilidades de prescrição pelos (as) enfermeiros):

Quadro 2.1 – Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

| Categoria | Definições |
|--------------------|---|
| Categoria 1 | A condição não restringe o uso do método contraceptivo = prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico. |
| Categoria 2 | As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado = prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes. |
| Categoria 3 | Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição = prescrição médica somente. |
| Categoria 4 | O risco do uso do método é inaceitável nesta condição = não prescreva. |

Quadro 2.2– Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro^{19(adaptado)}

| CONDIÇÃO ATUAL | PÍLULA COMBINADA | PÍLULA SOMENTE COM PROGESTÁGENO (exceto minipílula de noretisterona) | INJETÁVEL COMBINADO (mensal) | INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral) | DIU DE COBRE | MINIPÍLULA DE NORETISTERONA |
|--|------------------|--|------------------------------|---|---|-----------------------------|
| IDADE INFERIOR A 40 ANOS | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 2 se <20 anos | NÃO UTILIZAR |
| IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 40 ANOS | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| AMAMENTAÇÃO - MENOS DE 6 SEMANAS APÓS O PARTO | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 = prescreva a partir de 4 semanas após o parto | NÃO UTILIZAR |
| AMAMENTAÇÃO - ENTRE 6 SEMANAS E 6 MESES APÓS O PARTO | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| AMAMENTAÇÃO - MAIS DE 6 MESES APÓS O PARTO | 1/2* | 1 | 2 | 1 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| OBESIDADE | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| IST ATUAL (EXCETO HEPATITE E HIV) | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 para inserção se DIP/cervicite atual** 2 para continuação se usa DIU e com cervicite/DIP atual 2 se outras ISTS | NÃO UTILIZAR |
| TABAGISMO EM MULHERES COM MENOS DE 35 ANOS | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| TABAGISMO EM MULHERES COM MAIS DE 35 ANOS | 3/4 | 1 | 3/4 | 1 | 1 | NÃO UTILIZAR |

| | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|--------------|
| HAS CONTROLADA | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg | 4 | 2 | 4 | 3 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| HAS + DOENÇA CARDIOVASCULAR | 4 | 2 | 4 | 3 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| TEP/TVP ATUAL OU RECENTE | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| HISTÓRICO DE TEP/TVP NO PASSADO, COM OU SEM USO DE ANTICOAGULANTE ORAL | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| INFARTO OU AVC | 4 | 2/3 | 4 | 3 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| DISLIPIDEMIAS | 2/3 | 2 | 2/3 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| DM ou COMPLICAÇÕES VASCULARES | 3/4 | 3 | 3/4 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| ENXAQUECA SEM AURA | 2 ^{***} /3/4 | 2 | 2/3 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| ENXAQUECA COM AURA | 4 | 2/3 | 3/4 | 2/3 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| CA DE MAMA ATUAL OU PASSADO | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| USO DE ANICONVULSIVANTES | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | NÃO UTILIZAR |
| USO DE TARV/HIV ^c | 2 ^{****} | 2 ^{****} | 2 ^{****} | 2 ^{****} | 1 | NÃO UTILIZAR |
| USO DE RIFAMPICINA | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | NÃO UTILIZAR |

* A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilizar outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

** Pode ser inserido após tratamento completo e sem sintomas de cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia. Para DIP: inserir após 12 semanas do término do tratamento. Demais ISTs: categoria 2

*** Semaio de 35 anos: Categoria OMS 2 na introdução do método e categoria OMS 3 na manutenção.

**** Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede estão divididos em hormonais, de barreira e os irreversíveis ou cirúrgicos, os quais são explicados no quadro abaixo.

Quadro 2.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)^{1,12,13}

| Método/ responsável | Tipo disponível na rede municipal e classificação | Como usar/ Condutas do enfermeiro | Efeitos colaterais mais comuns |
|--|--|--|--|
| <p>Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal, do tipo monofásico)</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p> | <p>Etinilestradiol/levonogestrel 0,03/0,15 mg OU Etinilestradiol de baixa dosagem (menor ou igual a 0,35 µg/ progestágeno)</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, sempre no mesmo horário, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela. <p>Em caso de esquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. <p>Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea; • Alteração de humor: geralmente é melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica; • As pílulas de doses estrogênicas maiores, bifásicas ou trifásicas podem ser utilizadas como medida de exceção em mulheres com perdas sangüíneas intermenstruais persistentes ou situações de interação medicamentosa (prescrição médica). |
| <p>Injeção de estrogênio/ Progestágeno</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p> | <p>Enantato de norestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias); • Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); • Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método; <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 7 dias: aplique nova injeção; • Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias. | <ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea; • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Injeção de progestágeno (trimestral)</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p> | <p>Acetato de medroxiprogesterona 150 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias); • Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); • Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação. <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Até 2 semanas:</u> aplique nova injeção; • <u>Mais de 2 semanas:</u> descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método. | <ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia (comum); • Ganho de peso; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*. |
| <p>Dispositivo intrauterino (DIU)</p> <p>(Inserção/retirada: Médico e/ou Enfermeiro; Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro)</p> | <p>DIU de Cobre (DIU-Cu)</p> <p><i>Classificação: método de barreira</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Inserção e retirada do DIU pode ser realizada por profissional ENFERMEIRO (A) TREINADO (A) EM CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA, QUE SE DIVIDE EM MOMENTO TEÓRICO E PRÁTICO – NÃO CONTEMPLADO NO TREINAMENTO DE ADEÇÃO AOS PROTOCOLOS; • Todo profissional treinado (a) segue o Procedimento Operacional Padrão já estabelecido, fim de garantir a segurança do paciente e profissional; • Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o quadro menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo); • Realizar preventivo antes da inserção, caso esteja com rastreamento em atraso (abordagem oportunística); • No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta; • Seguimento da mulher após inserção: em 1 semana com quem realizou a inserção e após primeiro ciclo menstrual. Caso não haja intercorrências, o seguimento ocorre anualmente. | <ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; • Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe; • Para manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU, verifique o Anexo II • A taxa de falha do método fica em 0,8% (para uso típico) a 0,6% (uso correto), sendo um dos mais seguros quando comparado com outros métodos; • IMPORTANTE SEMPRE APRESENTAR TAXA DE FALHA DE TODOS OS MÉTODOS; • ORIENTAR E REFORÇAR SEMPRE NA CONSULTA QUE NÃO EXISTE MÉTODO 100% SEGURO; • Orientar paciente sobre auto cuidado e auto observação. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Minipílula de progestágeno isolado</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p> | <p>Noregisterona 0,35 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todos os dias e manter aleitamento materno exclusivo; • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias. | <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica. |
| <p>Métodos cirúrgicos (irreversíveis)</p> | <p>Encaminhamento para:</p> <p>Laqueadura tubária</p> <p>Vasectomia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; • Entregar termo de consentimento livre e esclarecimento, lendo em conjunto com o mesmo a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhando, lembrando sempre ao usuário sobre o risco de uma cirurgia e, que ambos os métodos são considerados na prática IRREVERSÍVEIS; • Solicitar exames pré-operatórios: Glicose, Hemograma, TAP, TTPa, Parcial de urina, Beta HCG e ECG para maiores de 40 anos (somente após marcação da consulta para avaliação com o especialista); • Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar sucesso do procedimento cirúrgico. | <ul style="list-style-type: none"> • Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica; • Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência. |

* Se sangramento intenso e regular e interferindo com a qualidade de vida, questionar se há sangramento em outras partes do corpo (gengiva, arranhões leves, lesões de pele):

- Sangramento presente em outras partes do corpo: se sinais de gravidade presentes (hipotensão, palidez, fraqueza, nível de consciência alterado), encaminhar para avaliação médica. Sem sinais de gravidade, solicitar hemograma, TAP e TTPA e encaminhar para consulta médica após resultado dos exames;
- Sangramento ausente em outras partes do corpo: solicitar hemograma. Se $Hb \leq 12$, prescreve sulfato ferroso 160mg ao dia (4 comprimidos) por 3 meses. Repetir hemograma em 2 meses. Troque o método. Maneje cólica/sangramento menstrual conforme [fluxograma 1.3](#).

Quadro 2.4 – Síntese de Outros Métodos Anticoncepcionais Hormonais disponíveis no mercado (não disponibilizados na rede pública)^{1,12,13}

| Método/responsável | Tipo disponível na rede privada e classificação | Como usar/ Condutas do enfermeiro | Efeitos colaterais mais comuns |
|--|--|---|--------------------------------|
| DIU liberador de levonorgestrel | <p>Levonorgestrel 52mg (liberação de 20 mcg / dia)</p> <p>Durabilidade de <u>05</u> anos, podendo ser inserido 4 semanas após o parto</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> A inserção não é realizada por profissionais da rede. | |
| Adesivo hormonal combinado | <p>Norelgestromina 6mg/Etinilestradiol 0,60 mg (contra indicado para mulheres com mais de 90kg)</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> Sobre a pele limpa e livre de cosméticos, aplicar o primeiro adesivo no 1º dia de sangramento do ciclo menstrual. Locais de aplicação (realizar rodízio semanal): nádegas, abdome, parte superior externa do braço ou parte superior do dorso, em local onde não haja fricção por roupas justas. Nunca aplicar o adesivo nas mamas; Trocar o adesivo de 07/07 dias, por 03 semanas e deixar 01 semana sem adesivos, para reiniciar nova embalagem. | |
| Comprimido vaginal revestido combinado estrogênio/Progestágeno | <p>Levonorgestrel 0,25 mg/ etinilestradiol 0,05 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> Iniciar a primeira aplicação no 1º dia do ciclo; Introduzir o comprimido, via intravaginal, uma vez ao dia, preferencialmente no mesmo horário, por 21 dias consecutivos e realizar 7 dias de intervalo antes de reiniciar a nova cartela; Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método. | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | <p>Em caso de esquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. | |
| Anel vaginal | <p>Etonogestrel 11,7 mg/ etinilestradiol** 2,7 mg**</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Inserir o anel via intravaginal (até o fundo do canal) no 1º dia de sangramento do ciclo menstrual e deixá-lo lá por 3 semanas, quando o mesmo deverá ser retirado. Deverá ser feita 01 semana de pausa antes da colocação de um novo anel. <p>Se o anel ficar fora da vagina por mais de 3 horas, acidentalmente, é necessário utilizar método de barreira.</p> | |
| Mini pílula de progestágeno isolado | <p>Linestrenol 0,5 mg** Levonogestrel 0,030 mg**</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Escolher este método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todo o dia e manter aleitamento materno inclusive; • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias. | <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica. |
| Dispositivos contraceptivos implantáveis | <p>Implanon: 68 mg de etonogestrel</p> | <ul style="list-style-type: none"> • A inserção (por via subdérmica , na face interna da porção superior do braço) não é realizada por profissionais da rede. O dispositivo deve ser inserido entre o dia 1 | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Durabilidade de 03 anos, podendo ser inserido 4 semanas após o parto</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <p>(primeiro dia de sangramento menstrual) e o dia 5 do ciclo menstrual, mesmo se a paciente ainda estiver com sangramento menstrual. Se inserido como recomendado, outro método anticoncepcional não é necessário. Se divergir do período de inserção recomendado, a paciente deve ser orientada a usar um método de barreira durante 7 dias após a inserção.</p> | |
| <p>Pílula de progestágeno isolado</p> <p>(Médico e/ou Enfermeiro)</p> | <p>Desogestrel 75 µg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo; • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia, preferencialmente no mesmo horário, sem pausas entre as cartelas | |

Além dos métodos anticoncepcionais hormonais, os não farmacológicos de abordagem comportamental também podem ser orientados à mulher conforme [quadro 2.5](#) abaixo, visto que a escolha final de qual deles usar é da própria pessoa. Importante orientar sobre as taxas de falha de cada um deles, que pode ser visto no [anexo I](#) deste documento.

Quadro 2.5– Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental³²

| Método/responsável | Descrição | Como explicar | Observações |
|---|--|--|---|
| Calendário (tabelinha, Ogino-Knauss) | Os dias férteis são calculados na base da história menstrual dos últimos seis meses. Em mulheres com ciclos mais ou menos regulares, com duração entre 26 e 32 dias, o período fértil vai do dia 8 ao dia 19 do ciclo. | Orientar a mulher que o 1º dia de sangramento menstrual deverá ser assinalado no calendário com um “M” e os 06 dias seguintes com um círculo. Depois deverá assinalar os 12 dias seguintes com um X A chance de uma gestação ocorrer é pequena entre o dia marcado com M e os 06 dias seguintes marcados com círculo. A ocorrência de relações nos 12 dias marcados com X aumenta a probabilidade de concepção. Terminados os dias com X, as chances de uma nova gestação voltam a cair. | <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método pró-conceptivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil; • É importante atentar para a regularidade dos ciclos. |
| Muco cervical (Billings) | Os dias férteis são os chamados dias úmidos, quando há muco cervical em quantidade mais abundante no canal vaginal, com extravasamento de secreção que forma fio. | Orientar a mulher a observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso mediante sensação de secura ou umidade da vulva e analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil | <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método pró-conceptivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil. |
| Temperatura corporal basal | Os dias férteis se calculam pela variação da temperatura corporal, que se eleva depois da ovulação. | Orientar a mulher a aferir sua temperatura corporal da mesma maneira (oral, vaginal, retal), no mesmo horário, todas as manhãs, antes de se levantar, registrando os valores. Nos dias em que for observada elevação entre 0,2° a 0,5°C, é provável que esteja no período fértil (aproximadamente no meio do ciclo) | <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método pró-conceptivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil; |

| | | | |
|---------------------------|--|---|--|
| | | menstrual, para muitas mulheres). Atingido o pico máximo de temperatura, ela deverá permanecer nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico. | <ul style="list-style-type: none"> • É importante atentar para outros fatores que possam interferir com variações da temperatura corporal, como a ocorrência de infecções, por exemplo; • O termômetro deve ser sempre o mesmo. |
| Sintotérmicos | Os dias férteis se calculam por um conjunto de sinais físicos, incluindo o muco cervical e a temperatura. | | |
| Coito interrompido | Consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. | Orientar a mulher a conversar sobre o método com o(s) parceiro(s), instruindo-o(s) a realizar a ejaculação fora de sua vagina. | <ul style="list-style-type: none"> • É necessário autocontrole do(s) homem(s) e confiança entre os envolvidos; • Importante orientar que o líquido pré-seminal pode conter espermatozoides e, mesmo não ocorrendo a ejaculação no interior da vagina, pode ocorrer a gravidez. |
| Camisinha feminina | Consiste num tubo de poliuretano ou látex com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a um anel ou esponja (dependendo do modelo) flexível. O primeiro anel ou esponja, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva. O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com | Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação: <ul style="list-style-type: none"> • O preservativo feminino pode ser colocado em qualquer momento, desde que seja antes da penetração, e retirado com tranquilidade após o término da relação; • Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada). O anel móvel/esponjinha deve ser apertado e introduzido na vagina; • Com o dedo indicador, ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; | <ul style="list-style-type: none"> • É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade; • O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser usados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex); • O anel externo do preservativo feminino pode deslizar dentro da vagina. Se isso acontecer basta o homem retirar o pênis, colocar o mesmo preservativo de maneira correta e reintroduzir o pênis. Não é necessário usar novo preservativo. Durante a penetração, o preservativo também pode provocar um |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|
| | <p>vários tipos de lubrificantes. Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • O anel (externo) deve ficar aproximadamente 3cm para fora da vagina. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. O preservativo não deve ficar retorcido; • Deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação. Para retirá-lo, segure as bordas do anel externo fazendo um movimento de torção para manter o esperma dentro do preservativo. Puxe-o delicadamente para fora da vagina, jogando-o no lixo. | <p>pequeno ruído durante a relação sexual. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não deve ser usado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento. |
| <p>Camisinha masculina</p> | <p>Consiste em um envoltório de látex ou silicone (não disponível no SUS) que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.</p> | <p>Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação, para que ela mesma coloque no(s) parceiro(s) ou instrua-o(s) a fazê-lo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O preservativo deverá ser colocado antes de qualquer penetração, com o pênis em ereção. O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior; • Ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis; • Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto; • Retirar o preservativo segurando-o pela base para que não haja vazamento de esperma; • O preservativo não deve ser reutilizado, | <ul style="list-style-type: none"> • É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade; • Devem ser usados apenas lubrificantes a base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, aumentando o risco de ruptura; a maioria dos preservativos são fabricados com lubrificantes; • No caso de ruptura durante o ato sexual, o preservativo deve ser substituído imediatamente. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | devido ser descartado no lixo após o uso. | |
| Método da amenorria lactacional (LAM) | <p>Consiste em utilizar a amamentação exclusiva como opção de planejamento familiar. Age impedindo a ovulação por meio ação dos hormônios envolvidos na amamentação que atuam sobre o eixo hipotálamo – hipófise - ovário.</p> <p>A sucção frequente por parte do lactente envia impulsos nervosos ao hipotálamo materno, alterando a produção hormonal, o que leva à anovulação; como consequência da não ovulação ocorre a “amenorria”, um dos critérios básicos para a eficácia deste método. Geralmente as condições ideais para a adoção da LAM se encerram por volta dos 6 meses de vida do lactente.</p> | <p>Orientar a mulher a amamentar de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança, 10 a 12 vezes por dia durante as primeiras semanas após o parto e 8 a 10 vezes por dia, mais uma vez durante a noite, nos primeiros meses.</p> <p>Observar, adicionalmente, qualquer sinal de ovulação e/ou menstruação e rever suas escolhas contraceptivas.</p> | |
| Diafragma | <p>Consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto-toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação; • Urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma; • Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos; | <ul style="list-style-type: none"> • Requer utilização de técnica de medida por parte do profissional de saúde para indicar o melhor tamanho (VER TÉCNICA PARA MEDICAÇÃO ABAIXO)*; • A vida média útil do diafragma é em torno de 3 anos, se observadas as recomendações do produto; • O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o |

- Em caso de uso com geléiaspermaticida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá);
- Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geléia dentro), pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar;
- Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível;
- Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que esta se apóie na face posterior do púbis;
- Verificar a correta colocação do diafragma por meio do auto-toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha;
- Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira);
- O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 06 nem maior que 24 horas após a última relação sexual, e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período;
- Remover o diafragma colocando o dedo

banho, desde que este ocorra pelo menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando, assim, a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital;

- O uso freqüente de espermaticida associado aos diafragama causa irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção pelo HIV e outras DST;
- A detecção de IST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso, ficará condicionado a cura da infecção e reavaliação de risco de nova DST e infecção pelo HIV.

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio. | |
|--|--|---|--|

*TÉCNICA PARA MEDIÇÃO DO DIAFRAGMA:

O tamanho adequado do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior. A medição deve ser feita por profissional de saúde treinado, por meio da seguinte técnica:

- 1 - Introduzir os dedos indicador e média na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior;
- 2 - Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica;
- 3 - Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado;
- 4 - A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina corresponde ao diâmetro aproximado;
- 5 - Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5mm, por meio dos anéis de prova ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina;
- 6 - O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior;
- 7 - O diâmetro correto do diafragma é determinado ao se encontrar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido com desconforto pela mulher.

Quando contraindicados os métodos hormonais, os métodos de barreira disponíveis na rede municipal deverão ter seu uso orientado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, como no caso dos preservativos masculino e feminino, além do Dispositivo Intrauterino (DIU), a ser inserido pelo profissional enfermeiro capacitado institucionalmente.

Informações úteis sobre o DIU:

- Não há evidências para a recomendação de antibioticoterapia e/ou remoção do DIU em mulheres assintomáticas com citologia cervical positiva para Actinomyces (bacilo anaeróbio gram positivo integrante da flora vaginal e gastrointestinal normais). Nesse caso, é importante questionar e examinar a paciente sobre sinais e sintomas de DIP, procedendo conforme Protocolo de Enfermagem Volume 2;
- Nuligestas e nulíparas podem utilizar o método, no entanto as taxas de expulsão do dispositivo são discretamente mais elevadas;
- O DIU costuma ser eficaz se introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal; ou após 4 semanas do parto;¹
- Nas demais situações, pode ser introduzido em qualquer período do ciclo menstrual, desde que afastada a possibilidade de gravidez. Sugere-se que seja dada preferência para a colocação durante o ciclo menstrual uma vez que os processos fisiológicos que ocorrem no colo uterino nesse período facilitam a colocação do dispositivo e reduzem o desconforto feminino;
- Em casos de inserção difícil ou histórico de expulsão anterior, o enfermeiro **poderá solicitar ultrassonografia transvaginal para avaliar o posicionamento do DIU.**

Não inserir o DIU se cervicite ativa, DIP nos últimos 3 meses, sangramento vaginal não explicado, útero/colo alterados, doença trofoblástica gestacional, lúpus com trombocitopenia severa, mioma submucoso e/ou AIDS.

Para outras ISTs que não sejam DIP nos últimos 3 meses, cervicite purulenta, clamídia ou gonorréia, a inserção do DIU é categoria 2.

No [anexoII](#) deste protocolo encontra-se uma tabela com o manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU.

2.3 – Contraceção de Emergência^{1,2,11,12,13}

A contraceção de emergência consiste no método anticonceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada após uma relação sexual desprotegida, ou falha conhecida ou presumida do método de rotina, conforme abaixo:

- 3 ou mais perdas consecutivas de comprimidos contraceptivos orais combinados;
- Pílula apenas com progestágeno (minipílula) tomada com mais de 3 horas de atraso;
- Contraceptivo injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito) aplicada com mais de 4 semanas de atraso;
- Contraceptivo injetável mensal (estrogênio e progestágeno) aplicada com mais de 7 dias de atraso;
- Erro de cálculo do método de abstinência periódica, ou a incapacidade de abster-se ou usar um método de barreira nos dias férteis do ciclo;
- Expulsão do DIU;
- Rompimento ou deslocamento do preservativo durante o ato sexual.

É extremamente importante a contracepção de emergência ser utilizada em até 72 horas após o coito, já que após isso o método perde muito a sua eficácia. No entanto, a administração da contracepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida ainda oferece efeito contraceptivo.

Apesar da facilidade de acesso ao método, que pode ser prescrito e inserido por enfermeiro capacitado institucionalmente, **a contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo e familiar**, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da Anticoncepção de Emergência (AE) compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição.

A anticoncepção de emergência deve ser feita com 1,5 mg de levonorgestrel em dose única. Atualmente na rede municipal de saúde estão disponíveis os comprimidos de 0,75 mg, sendo necessário, portanto, que a mulher tome dois comprimidos juntos para o efeito desejado.

Observações:

- Não se recomenda mais a utilização de esquema fracionado, utilizado anteriormente, que consistia em tomar 1 comprimido de 0,75 mg de levonorgestrel assim que possível e outro comprimido igual 12 horas após o primeiro, já que não aumenta a eficácia e costuma gerar esquecimento do segundo comprimido;
- Se houver vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose;
- Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única;
- **Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.**

3 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO^{1,5,11,12,13}

No Brasil, o câncer de colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea/opportunística.

A citologia oncótica (Papanicolaou, colpocitopatológico, Paptest, entre outros) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada para todas as **mulheres entre 25 e 64 anos**, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres que já tenham tido penetração (grupo que menos se submete ao exame) e homens trans. O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.⁵

Se alterações suspeitas no colo forem detectadas no exame especular, independentemente da idade/aprazamento, é permitido realizar a coleta. O mesmo vale em casos de relato de sangramento vaginal depois das relações sexuais, no intervalo entre as menstruações ou após a menopausa.

Como medidas preventivas, o enfermeiro deve informar à paciente que alguns fatores aumentam a predisposição para a doença: sexo desprotegido, multiplicidade de parcerias sexuais, tabagismo, sexarca precoce, multiparidade.

Para mulheres fora da população alvo para rastreamento de câncer de colo do útero, deve **ser estimulada a vacinação contra o HPV entre 09 anos e 14 anos 11 meses e 29 dias, em 02 doses com intervalo mínimo de 06 meses entre as mesmas**. Caso a jovem tenha 15 anos ou mais por ocasião de receber a segunda dose, a mesma pode ser feita em qualquer momento da vida. A vacina contra o HPV também está disponível para as mulheres e homens de 09 a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas sobre a coleta da citologia oncótica. O [quadro 3.1](#) procura explicitar as situações referentes a coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

Quadro 3.1– Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos^{5,12}

| Situação | Recomendações |
|---|---|
| Mulheres que não iniciaram a vida sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres. |
| Gestantes | <ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos); • Ainda que não haja evidência contraindicando a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas. |
| Climatério e pós-menopausa | <ul style="list-style-type: none"> • Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpite atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), realizar estrogenização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 5 a 7 dias para realização da coleta; • Caso a vaginite/colpite atrófica gere queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento. <p>Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes</p> |
| Histectomizadas | <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento; • Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível; • Exceção: <u>se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</u> <ul style="list-style-type: none"> • lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; • câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. |
| Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides | <ul style="list-style-type: none"> • O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima); • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses; • Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina. |
| Mulheres que buscam o | <ul style="list-style-type: none"> • Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de |

CS para realização da citologia oncótica em função de corrimentos

colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento;

- Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.

No caso de os resultados não se apresentarem normais ou com amostra insatisfatória, é sugerida uma rotina de aprazamento e encaminhamentos conforme recomendações do INCA e Ministério da Saúde, descrita abaixo no [quadro 3.2](#), considerando outros achados clínicos descritos no [quadro 3.3](#).



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Quadro 3.2– Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino¹

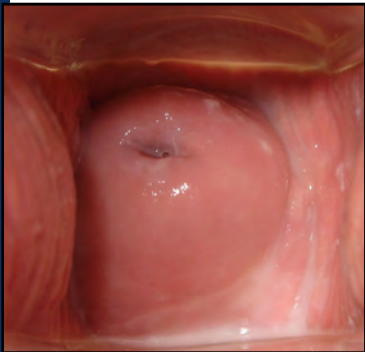
| Resultado | Especificação | Recomendações |
|---|---|--|
| Atipias significativas indeterminadas. | Em células escamosas; Provavelmente não neoplásica. | Repetição da citologia em 06 meses ou 12 meses. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 06 meses (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia. |
| | Não se pode afastar lesão de alto grau. | Encaminhar para a colposcopia. |
| | Em células glandulares; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau. | Encaminhar para a colposcopia. |
| | De origem indefinida; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau. | Encaminhar para a colposcopia. |
| Lesão intraepitelial de baixo grau. | -- | Repetição da citologia em 06 meses: Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia. |
| Lesão intraepitelial de alto grau. | -- | Encaminhar para a colposcopia com urgência via regulação. |
| Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor. | -- | Encaminhar para a colposcopia com urgência via regulação. |
| Adenocarcinoma in situ ou invasor. | -- | Solicitar ao MFC encaminhamentos necessários para o CEPON. |
| Amostrinsatisfatória. | -- | Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório. |
| Amostra satisfatória, porém com presença de células escamosas, apenas. | -- | Repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos. |

Quadro 3.3 – Achados clínicos comuns no colo uterino¹

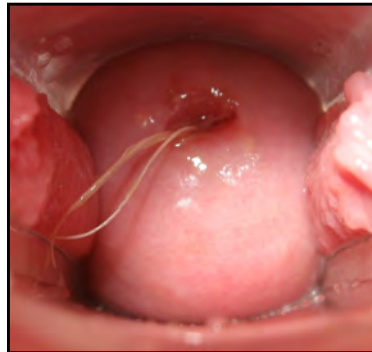
| Achado clínico | Explicação | Conduta do enfermeiro |
|--------------------------|--|---|
| Ectopia | Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos hormonais. | <p>Não há indicação de intervenção na maioria dos casos. É fundamental reforçar a importância do uso de preservativo tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais susceptível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia.</p> <p>Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas do usuário (sangramento após as relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.</p> |
| Cisto de Naboth | São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais | Não há necessidade de encaminhamento para outro profissional já que não há intervenção necessária. |
| Pólipos cervicais | Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical. | As condutas do enfermeiro são as mesmas adotadas no caso das ectopias. |

Abaixo encontram-se imagens dos achados mais frequentes no exame especular, divididos em normais e alterados.

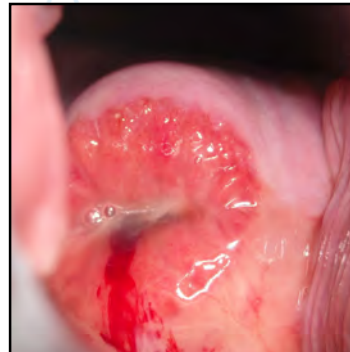
Exame especular normal^{26,27}



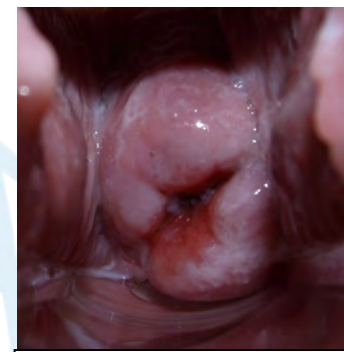
Nulípara: Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorréia fisiológica.



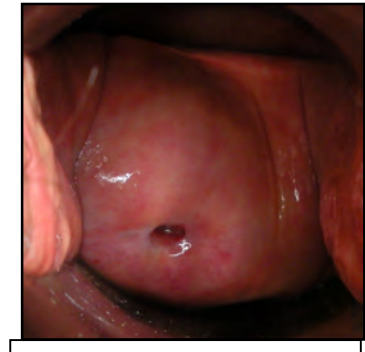
Colo róseo, ectopia discreta periorificial, óstio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio eterno, cistos de Naboth em lábio anterior, leucorréia fisiológica.



Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorréia fisiológica.

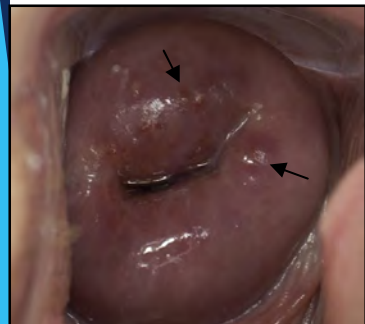


Multípara: Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorréia fisiológica.



Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável.

Considerar estrogênização local conforme [quadro 3.1](#)



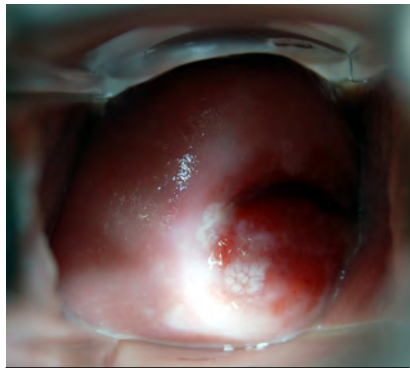
Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.

Exame especular alterado^{26,27}



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpíte por *Candida Albicans*.

Tratar conforme [quadro 1.1](#)



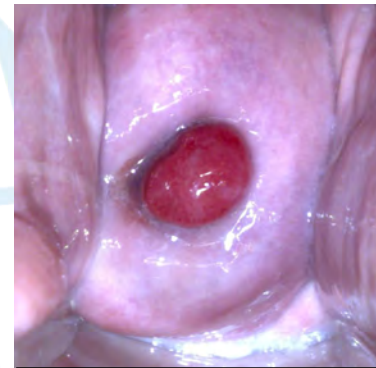
Colo com lesão macroscópica em lábio posterior, provável lesão condilomatosa saliente.

Realizar coleta de CP e encaminhar para colposcopia.



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por *Trichomonas vaginalis*.

Tratar conforme [quadro 1.1](#) e coletar CP (se uso de creme vaginal, realizar coleta 48h após término do tratamento).



Colo com presença de pólipo exteriorizado através do óstio externo.

Encaminhar para ginecologia, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispneia.



Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Tratar mulher e parceiro conforme [protocolo vol 2](#).

4 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA^{1,5,11,12}

4.1 – Ações de Rastreamento

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina.

Trata-se de uma condição muitas vezes relacionadas a fatores de risco que aumentam as possibilidades do surgimento da doença, tais como: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é realizado por meio da mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com exame clínico das mamas (ECM) e mamografia anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas como tal conforme os seguintes critérios (<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>):

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama ou ovário, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

O aprazamento das **mamografias de rastreamento** deverá seguir a rotina sugerida pelo MS²⁵, conforme quadro abaixo

Quadro 4.1 Aprazamento das mamografias de rastreamento²⁵

| População alvo | Periodicidade do rastreamento com mamografia |
|---|--|
| Mulheres de 40 – 49 anos | ECM sob demanda e, se alterado, mamografia |
| Mulheres de 50 – 69 anos | ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia de 2 em 2 anos |
| Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado | ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia anual |

*ECM = exame clínico das mamas

Abaixo, no [quadro 4.2](#), encontram-se os resultados da mamografia e as condutas a serem tomadas pelo enfermeiro.

Quadro 4.2– Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de Mama^{1,11,13}

| Resultado da mamografia (BIRARDS) | Conduta Enfermeiro |
|---|---|
| 0 – Inconclusivo | Avaliação adicional - interconsulta com MFC para pactuação da conduta sobre solicitação de exame de imagem adicional(USG de mamas ou mamografia adicional – compressão focal ou magnificação), sendo de solicitação médica. |
| 1 – Semachados | Rotina de rastreamento. |
| 2 – Achadobenigno | Rotina de rastreamento. |
| 3 – Achadoprovementebenigno | Controle radiológico em 6 meses.Se persistência do achado, encaminhar ao MFC ou interconsulta com o mesmo para segmento/encaminhamento. |
| 4 – Achadosuspeito | Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos. |
| 5 – Achadoaltamentesuspeito | Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos. |
| 6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado | Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos. |

Sobre o exame clínico das mamas (ECM), trata-se de um método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. O **rastreamento por meio do exame clínico é alvo de grande controvérsia na literatura científica**, pois não há dados suficientes que o recomendem por melhorias na eficácia do diagnóstico, bem como o isentem de sobrediagnóstico. O INCA lançou em 2015 as “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil”, em que não há sugerida nem a recomendação nem a contra-recomendação deste procedimento, uma vez que **o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto**. Dessa forma, fica facultada ao enfermeiro a realização do exame conforme sua habilidade para a execução do procedimento enquanto método de rastreamento.

Sobre a solicitação de ultrassonografias de mamas como **método de rastreamento**, o Ministério da Saúde contra recomenda o procedimento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.

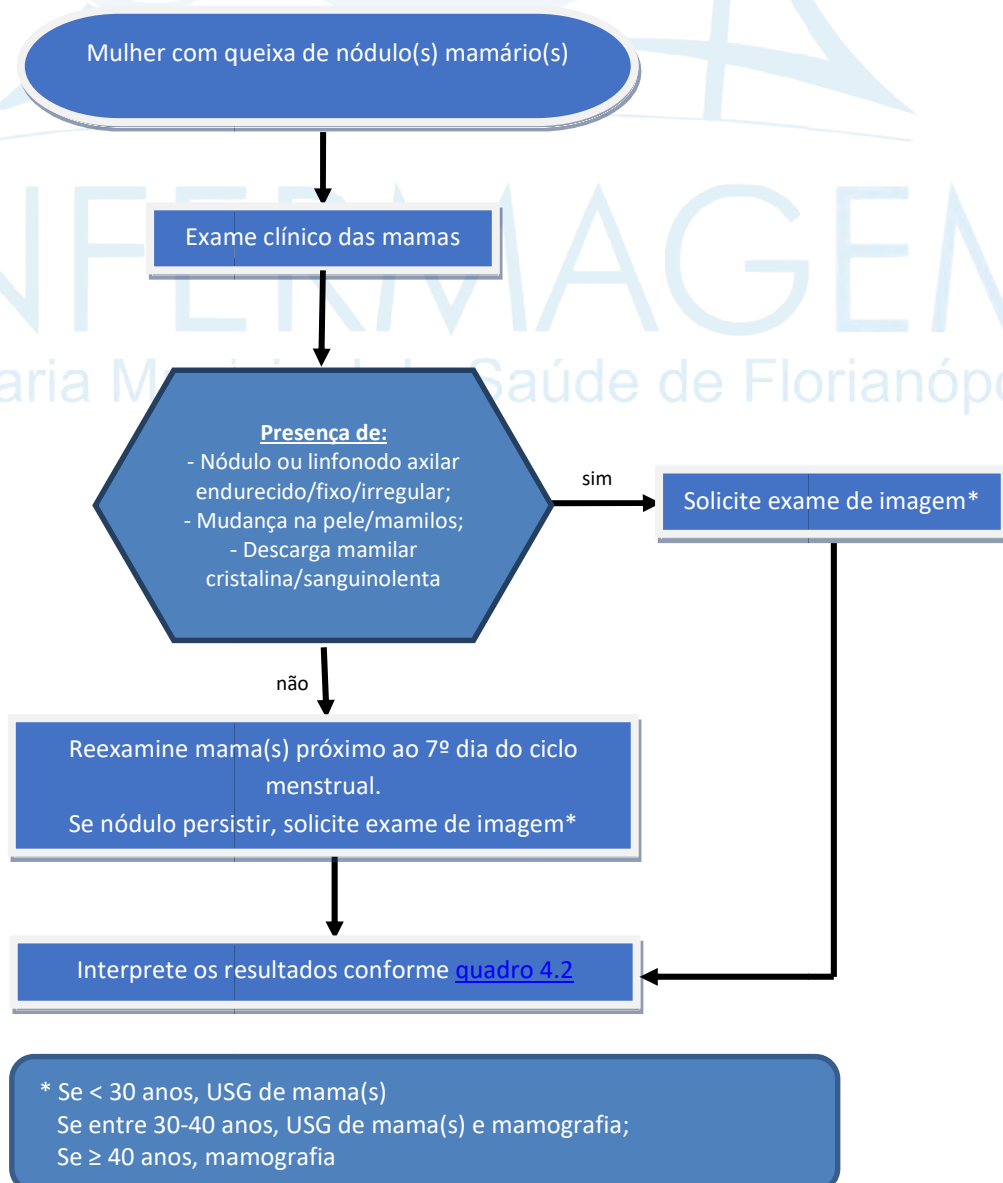
4.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas

Diante dos seguintes sinais e sintomas, o enfermeiro deverá realizar interconsulta com MFC para pactuação da condutaouencaminhar a paciente imediatamente para a consulta médica:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilarsanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo.

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação, conforme fluxograma 4.1 abaixo:

Fluxograma 4.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários



4.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários^{1,11}

A mastalgia é uma queixa muito comum nos atendimentos de rotina. Pode estar relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino modulados pelo sistema endócrino ou até mesmo como sintoma de gestação.

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de mastalgia mais acentuada.

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula mamária nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher. Como entidade clínica, essas alterações podem ser definidas como uma síndrome caracterizada por dor mamária e nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, em uma ou em ambas as mamas.

Diante da queixa de mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante apurar a presença de alterações mamárias por meio do ECM e seguir as orientações conforme preconizado pelo MS.

Abaixo, quadro de atendimento para esta demanda (adaptado¹¹).

Quadro 4.3 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

| Situação | Condutado Enfermeiro |
|--------------------------------|---|
| Mastalgia com febre (Tax>38°C) | <ul style="list-style-type: none"> • Desconfiar de mastite e encaminhar ao MFC para avaliação imediata. Na ausência deste, encaminhe ao serviço de referência; • Em caso de nutrízes, além da conduta acima, avaliar ingurgitamento mamário e orientar medidas conforme capítulo sobre amamentação. |
| Mastalgiasemfebre | <ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato do câncer raramente causar dor; • Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário; • Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação; • Prescrever paracetamol 500 mg a cada 6 horas por até 3-5 dias ou ibuprofeno* 300-600mg por até 3-5 dias. Se persistência do quadro, encaminhar para o MFC. Solicitar retorno para reavaliação; • Se Método Anticoncepcional (MAC) hormonal, discutir possibilidade de troca para método não hormonal no caso de já haver passado os 3 primeiros meses de uso e mantido este efeito colateral. |

| | |
|--|---|
| <p>Descarga papilar espontânea em não nutrízes</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina; • Apurar características da descarga: <ul style="list-style-type: none"> - Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis; - Láctea ou Serosa: tranquilizar a paciente; - Sanguinolenta ou Purulenta: solicitar exame de análise de descarga papilar. |
| <p>Retração mamilar</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação com MFC. |
| <p>Descamação e erosão do mamilo/aréola ou pele com aspecto de laranja</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o MFC, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget. |

* Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação \geq 30 semanas. Cuidado se \geq 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Evidências: Você sabia?

- O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões, embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente.
- O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva. Apresenta taxa significativa de falsos-positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não alterando desfecho de mortalidade por câncer de mama.
- Há estudos que sugerem que a eficácia do rastreamento do câncer de mama é questionável quanto ao desfecho da prevenção de mortes por essa doença. Um deles chega a afirmar que o malefício causado pelo sobrediagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce.
- Também há estudos que demonstram a indução de cânceres de mama em função da exposição inadvertida à radiação ionizante (como nas mulheres com menos de 50 anos que se submetem periodicamente ao exame de mamografia).

5 – ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

5.1 – Avaliação de Risco no Pré-Natal

Sempre que uma mulher em idade fértil referir atraso menstrual igual ou superior a uma semana o enfermeiro deverá questionar a possibilidade de gestação. Ainda que a mulher se diga usuária de MAC, deve ser considerada a possibilidade de falha e realizado teste rápido (TIG) ou laboratorial (BHCG). Se positivo as medidas iniciais de pré-natal deverão ser encaminhadas a começar pela classificação de risco.

Ao enfermeiro caberá acompanhar o pré-natal de risco habitual/baixo risco e encaminhar ao alto risco perante as situações descritas no quadro abaixo. A gestante que frequenta o pré-natal de alto risco deverá ser acompanhada, também, no CS com seu enfermeiro de referência.

Quadro 5.1 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica

| Classificação | Fatores relacionados |
|---|---|
| Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco (não necessitam encaminhamento ao pré-natal de alto risco) | <p>FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade menor que 15 e maior que 35 anos; - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; - Situação conjugal insegura; - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); - Condições ambientais desfavoráveis; - Altura menor do que 1,45 m; - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade; <p>Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.</p> <p>FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; - Macrossomia fetal; - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); - Cirurgia uterina anterior; - Três ou mais cesarianas. <p>FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganho ponderal inadequado; - Infecção urinária; - Anemia. |
| Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco (Ao encaminhar ao setor de pré-natal) | <p>FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatias; - Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada); - Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados); - Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); |

de alto risco, descrever a indicação conforme os fatores e sinais desse quadro).

- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Isoimunização Rh;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

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

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou Oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes *mellitus* gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- Lesões de alto grau em colo uterino ou maiores;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte nutricional básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica. (Ao encaminhar ao setor de urgência e emergência, descrever a indicação conforme

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria;
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico;

os fatores e sinais desse quadro).

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc;
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (tax $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Oligodrômio;
- Óbito fetal.

5.2– Roteiro das Consultas ^{1,6,11,12,13}

É importante a captação precoce (1º trimestre) de gestantes - a escuta qualificada de responsabilidade de toda equipe junto à disponibilidade de acesso em atendimento por demanda espontânea, garantem com que o atendimento Pré-natal inicie no período do primeiro trimestre. É importante que sejam realizadas todas as avaliações necessárias e que elas estejam registradas tanto no prontuário como na Caderneta da Gestante.

As consultas preferencialmente podem ser intercaladas entre enfermeiro (a) e médico (a) e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante. No entanto o enfermeiro pode conduzir todo o Pré-Natal de Baixo risco conforme recomendação do Ministério da Saúde.

É importante que sejam realizadas no mínimo 7 consultas, considerando sempre a qualidade, recomendamos o seguinte cronograma:¹¹

- Até 36ª semana – mensal;
- De 36ª até 38ª – quinzenal;
- De 38ª até 41ª – semanal.





Quadro 5.2 – Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação^{1,11}

| TRIMESTRE | ROTEIRO | Observações |
|---|--|--|
| 1º CONSULTA | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista: Investigar presença de sintomas e queixas; planejamento reprodutivo; rede familiar e social; condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; violência doméstica; atividade física; história nutricional; tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; saúde sexual; imunização; saúde bucal; - Antecedentes familiares. Determinar cálculo da Idade gestacional e data provável do Parto a partir da DUM; - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) -Quadro 5.3 - Solicitação da 1ª rotina de exames – Quadro 5.6 - Encaminhamento para odontologia (obrigatório) ou profissionais NASF conforme necessidade; - Prescrição de Ácido Fólico. | <ul style="list-style-type: none"> - Atenção a Identificação de riscos; - Prescreva Ácido Fólico 5 mg ao dia até 12 semanas de gestação¹¹; - É fundamental explicar sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mulher e do feto. O tratamento farmacológico (incluindo a reposição de nicotina) é contraindicado para gestantes e nutrízes; |
| 1º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas | <ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) -Quadro 5.3; - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; -Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas. | <ul style="list-style-type: none"> - Atenção para as alterações da pressão arterial. |
| 2º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas | <ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) -Quadro 5.3; - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2ª rotina de exames – Quadro 5.6. | <ul style="list-style-type: none"> - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino; - Solicitar 2ª rotina de exames entre 22 a 24 semanas. |
| 3º TRIMESTRE Rotina de consultas preferencialmente recomenda –se com frequênciaquinzenalde 36ª até 38ª e semanal de 38ª até 41º. | <ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco- obstétrico) -Quadro 5.3; - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3ª rotina de exames – Quadro 5.6. | <ul style="list-style-type: none"> - O aumento da frequência de consultas no final da gestação se deve à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico- obstétricas mais comuns nesse trimestre; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Não existe alta do Pré Natal; - Se o parto não ocorrer até 41º, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal, possível indução de parto¹¹. |

Quadro 5.3—Exame Clínico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal

| TÓPICO | PONTOS IMPORTANTES |
|---|--|
| AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS E ANTROPOMETRIA | Verificação de Pressão arterial, Peso, Altura, caso for necessário de acordo com as queixas, temperatura, SPO2, glicemia capilar. |
| INSPEÇÃO CABEÇA E PESCOÇO | <ul style="list-style-type: none"> • Sinal de Halba - Junto aos limites do couro cabeludo, ocorre a formação de lanugem, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos, reflexo do metabolismo próprio da grávida e principalmente das influências hormonais; • Mucosas oculares - se coradas ou hipocoradas; • Nariz - Avaliar se presença de edema; • Cloasmas - É resposta ao aumento da melatonina, cuja secreção é estimulada pelo aumento da progesterona, surgindo manchas escuras, localizadas principalmente na face. O uso de protetor solar ajuda a prevenir; • Gengivas - Avaliar sinais de sangramento ou lesões; • Dentição - Encaminhar para odontologia; • Caso necessário mucosa orofaríngea e canal auditivo; • Pescoço - Em função da hipertrofia da tireoide, aumenta sua circunferência, mais evidenciável por volta do quinto mês. |
| AUSCULTA CARDÍACA | O sistema circulatório da gestante sofre alterações hemodinâmica(placenta, hormônios, retenção hídrica, e compressão uterina) que vão causar impacto no débito cardíaco, pressão arterial e sintomatologia da gestante. O débito cardíaco eleva-se de 30% - 50%, há um aumento da Frequência cardíaca de 10% - 20%. Como sintomas gerais algumas gestantes podem referir taquicardia, queda da pressão arterial, sensação de dispneia, diminuição de resistência aos exercícios físicos, alteração na ausculta cardíaca- sopro fisiológico. |
| AUSCULTA PULMONAR | Hiperventilação - Há um aumento discreto da frequência respiratória e um aumento corrente de 40%-50% do volume corrente. Diminuição de pCO2 e excreção de NaHCO3 - alcalose respiratória compensada. |
| AValiação DAS MAMAS | <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de mamilo (hipertrofico, protuso, semi-protuso, plano e invertido); • Sinal de Hunter (aumento da pigmentação e tamanho da aréola); • Rede de Haller (veias visíveis através da pele em forma de rede); • Presença de Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas no mamilo); • Excreção de colostro; • Avaliar pele (integridade, turgor, lesões, fissuras, estrias etc.). |
| AValiação DO ABDOMEN | Avaliar pele - Hidratação, presença de estrias, lesões, dermatites. |

| | |
|--|---|
| <p>MENSURAÇÃO DA ALTURA UTERINA</p> | <p>Medida da altura uterina indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional.</p> <p>Para a Medida da altura uterina (AU) usa-se uma fita métrica. Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.</p> <p>É importante antes de medir a altura uterina, solicitar que a paciente esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a AU em até 3cm.</p> <p>Atenção!</p> <p>Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto.</p> <p>Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; discutir caso com médico em interconsulta, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.</p>  |
| <p>PALPAÇÃO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Verificação do fundo uterino; • Exploração do dorso fetal (direito ou esquerdo); • Mobilidade cefálica (manobra de Leopold - polo cefálico fixo ou móvel); • Exploração da escava - ocupada (apresentação cefálica, parcialmente ocupada(apresentação pélvica) e escava vazia (nas apresentações córmicas).  |
| <p>AUSCULTA FETAL</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Contar número de BCF em um minuto, verificar ritmo, frequência e regularidade. Os ruídos fetais compreendem o batimento cardíaco e o sopro funicular (por compressão do cordão e sincrônico com o anterior). A frequência esperada é de 120 a 160 bpm. <p>Atenção!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico; • Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo |

| | |
|--|--|
| | <p>mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação médica ou maternidade.</p> |
| AVALIAÇÃO DA DINÂMICA UTERINA | <p>Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante, avaliar a frequência e intensidade das contrações de uma gestante, posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos, colocar a mão no fundo do útero da mesma a fim de avaliar o início de uma contração anotar frequência e duração.</p> <p>Caso em 10 minutos ela tenha mais de 3 contrações com duração maior que 20 segundos cada uma das contrações, encaminhar paciente para avaliação na maternidade.</p> <p>De outra forma, a intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.</p> |
| GIORDANO | <p>O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através da Manobra de Giordano.</p> <p>A manobra é realizada com a paciente sentada e inclinada para a frente. Consiste na súbita percussão, com a borda ulnar da mão, na região lombar do paciente, mais especificamente, na altura da loja renal. Se a manobra evidenciar sinal de dor no paciente, o sinal de Giordano é positivo, o que indica grande probabilidade doença renal.</p> <p>Segundo as evidências, dentre as gestantes com bacteriúria assintomática acompanhadas, 30% desenvolvem cistite e mais de 50% desenvolvem pielonefrite.</p> |
| AVALIAÇÃO PÉLVICA | <p>Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante é necessário avaliar a pelve, por vezes o exame pode ter o uso do espelho, outras não.</p> <p>APARELHO GENITAL EXTERNO: A influência hormonal da gestação modifica a mucosa, que apresenta uma coloração violácea, conhecida como Sinal de Jacquemier.</p> <p>O exame pélvico é realizado com a paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica, o que irá expor a genitália externa, o uso do foco de luz auxilia a visualização adequada.</p> <p>Observa-se inicialmente os genitais externos, com especial atenção quanto à presença de tumores, fluxo vaginal, vulvovaginites, prolapso genital, Bartholinite, rotura de períneo, incontinência urinária e perda de líquido via vaginal (bolsa rota), perda de tampão mucoso, sangramento ou qualquer outra alteração que esteja de acordo com a queixa da mulher.</p> <p>REGIÃO ANAL</p> <p>- Atenção para hemorroidas e varizes;</p> |
| TOQUE VAGINAL (Quando necessário) | <p>O toque vaginal não deve ser usado rotineiramente na avaliação de uma gestante, no entanto ele se encontra descrito aqui pela necessidade de se utilizar em situações de queixa da gestante e com o objetivo de identificar dois momentos que se seguem:</p> <p>- Em suspeita de trabalho de parto apreciam-se as condições da vagina, se é permeável e se há presença de septos, as características do colo (dilatação, espessura, esvaecimento e centralização, altura - plano De Lee). Pelo toque confirmam-se a apresentação, a posição e sua variedade. Por último, verificam-se as condições da bacia.</p> |
| MEMBROS SUPERIORES / INFERIORES E PÉS | <p>Atenção para edema, varizes, ferimentos, tendinites, Síndrome do túnel do Carpo.</p> <p>EDEMA: seguir Quadro 5.4.</p> |

Quadro 5.4 – Classificação do edema

Realização do exame físico para identificação de edema

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Posicione a paciente em decúbito dorsal, lateral, ou sentada e pressione a pele com o polegar. O edema é avaliado mediante abaulamento demorado do local que foi pressionado.

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.



| Características | Classificação | Observações a serem realizadas |
|---|---------------|---|
| Edema presente somente no tornozelo, sem alteração de pressão Arterial ou aumento de peso súbito. | + /+++ | Verifique se o edema está relacionada com a atividade laboral ou a posição que a gestante permanece maior parte do seu tempo. Verificar o calçado Verificar temperatura e estação do ano. |
| Edema presente em membros inferiores, com alteração de Pressão Arterial e aumento de peso. | ++ /+++ | Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno semanal na ausência de sintomas. Realizar interconsulta e agendar consulta com medico da unidade. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco. |
| Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso | +++ /+++ | Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco. |