



PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS): PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

FORTALEZA- CEARÁ

2020

GESTÃO COREN CE 2018/2020

AUTORES

Ana Paula Brandão da Silva Farias - Enfermeira pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza- UNIFAMETRO (2010) e Especialista em Gestão Pública e Gestão Hospitalar, MBA em Gestão da Saúde pelo Centro Universitário São Camilo. Enfermeira da Atenção Primária a Saúde. Experiência na área de Gestão de Unidade de Atenção Primária à Saúde na UAPS Anastácio Magalhães. Articuladora Política Adjunta da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fundadora do Instituto Acolher Fortaleza, empreendedora com atuação em consultório próprio de Enfermagem. Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará - COREN, Gestão 2018-2020.

Anna Paula Sousa da Silva- Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (2006), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2008) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2012), ambos na área da saúde da mulher e oncologia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase tanto em Enfermagem hospitalar como em Atenção Básica à Saúde. Docente da Área de Saúde da Mulher e Saúde Sexual e Reprodutiva e Semiologia e Semiotécnica na UniFanor/Wynder e Área de Semiologia e Métodos e Técnicas de Ensino na Unichristus. Enfermeira assistencial do Hospital Geral de Fortaleza na clínica de ginecologia, mastologia e cirurgia plástica.

Ariadne Freire de Aguiar Martins- Enfermeira graduada pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza- UNIFAMETRO (2013), monitorou a disciplina Saúde da Mulher e Cuidado com o RN (bolsista)- UNIFAMETRO em 2013, especialista em Saúde Pública- sanitarista (2017) e Processos de gestão na atenção à saúde (2019) pela ESP-CE; Enfermagem em Urgência e Emergência-4SABERES (2015); Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde-CMEPES na UECE. Atualmente Gestora da UAPS Anastácio Magalhães. Enfermeira da Atenção Primária de Saúde; Conselheira e Membro da Comissão de Ética do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE Gestão 2018-2020.

Jailton Luiz Pereira do Nascimento-Enfermeiro pela Faculdade de Ensino Superior do Ceará (2014). Enfermeiro da Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza. Preceptor em cuidados clínicos e saúde da mulher pela faculade ATENEU E FGF. Colaborador do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE Gestão 2018-2020.

Linicarla Fabiole de Souza Gomes- Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (2003). Especialização em Saúde da família pela Universidade Vale do Acaraú (UVA) (2004), Especialização em Obstetrícia, Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) (2013) e Doutorado em Enfermagem pela UFC (2016). Enfermeira da Universidade Federal do Ceará com lotação na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, docente da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) nas disciplinas: Estágio

supervisionado do cuidar em saúde coletiva, Saúde coletiva I, Trabalho de conclusão de curso I e II. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública e Saúde da Mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: programa saúde da família, cuidados de enfermagem à mulher, em especial às gestantes, e educação em saúde.

Coordenadora do GT de Saúde da Mulher do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE

Gestão 2018-2020

Natana Cristina Pacheco Sousa -Enfermeira graduada pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza UNIFAMETRO (2013), monitorou a disciplina Saúde da Mulher e Cuidado com o RN (bolsista)- UNIFAMETRO em 2013, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2017), sanitarista pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP - CE (2018). Enfermeira da atenção primária a saúde e enfermeira obstetra c no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Colaboradora do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE Gestão 2018-2020.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição de vulvovaginites acerca do tipo de tratamento indicado para gestantes.....	27
Quadro 2 –	Tratamento da Dificuldade Urinária não Complicada em Mulheres	29
Quadro 3 –	Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos...	32
Quadro 4 –	Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro.....	34
Quadro 5 –	Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU).....	38
Quadro 6 –	Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos nas condições clínicas específicas de cada paciente.....	48
Quadro 7 –	Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino.....	50
Quadro 8 –	Achados clínicos comuns no colo uterino	51
Quadro 9 –	Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama	54
Quadro 10 –	Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias...	57
Quadro 11 –	Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica.....	59
Quadro 12 –	Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação...	62
Quadro 13 –	Exame Clínico Obstétrico - Sentido Cefalocaudal.....	64
Quadro 14 –	Classificação de Edema.....	70
Quadro 15 –	Vacinas Preconizadas para mulheres em idade fértil.....	71
Quadro 16 –	Exames a serem solicitados por padrão no pré-natal, interpretações e condutas.....	55
Quadro 17 –	Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação	80
Quadro 18 –	Cuidados de Enfermagem no período puerperal.....	90
Quadro 19 –	Principais itens a serem observados na mamada.....	93
Quadro 20 –	Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação...	95
Quadro 21 –		

	Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação.....	100
Quadro 22 –	quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno.....	110
Quadro 24 –	Contra-indicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH).....	113
Quadro 25 –	Atenção e cuidado a mulheres no Climatério.....	
	Quais são as queixas associadas ao climatério?.....	114
Quadro 26 –	Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas.....	119
Quadro 27 –	Avaliar e classificar a maturação sexual de adolescentes entre 10 e 19 anos.....	120
Quadro 28 –	Procedimentos e materiais necessários para a avaliação antropométrica.....	125
Quadro 29 –	antropométrica.....	126
Quadro 30 –	Anamnese do adolescente.....	128
	Exame físico.....	
	Exame de adolescentes do sexo feminino.....	
Quadro 31 –	PROTOCLO DE IST.....	145
Quadro 32 –	Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença.....	148
Quadro 33 –	Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos.....	149
Quadro 34 –	Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.....	151
Quadro 35 –	Tratamento de sífilis adquirida.....	160
Quadro 36 –	Tratamento de candidíase vulvaginal.....	162
Quadro 37 –	Tratamento de vaginose bacteriana.....	163
Quadro 38 –	Tratamento de tricomoníase.....	163
Quadro 39 –	Tratamento de gonorreia e clamídia.....	165
Quadro 40 –	Rastreamento DE IST.....	173
Quadro 41 –	Tratamento de escolha.....	187
Quadro 42 –	Resumo dos esquemas terapêuticos para doença inflamatória pélvica (DIP).....	194
Quadro 43 –	Indicação para investigação laboratorial das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis.....	

	Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo das	
Quadro 44 –	infecções entéricas e intestinais sexualmente	
	transmissíveis.....	
	Tratamento baseado no diagnóstico etiológico das	195
Quadro 45 –	infecções entéricas e intestinais sexualmente	200
Quadro 46 –	transmissíveis.....	203
Quadro 47 –	Fatores que facilitam a adesão.....	203
Quadro 48 –	Exames complementares para abordagem inicial.....	205
	Roteiro para abordagem inicial da PVHIV.....	
	Esquema de TARV inicial preferencial para adultos.....	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Pega correta.....	93
Figura 2 –	Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal.....	164
Figura 3 –	Fluxograma para o manejo de corrimento uretral.....	172
Figura 4 –	Fluxograma para manejo de infecções que causam úlceras genitais.....	184
Figura 5 –	Fluxograma de doença inflamatória pélvica.....	196
Figura 6 –	Fluxograma baseado no diagnóstico presuntivo das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis.....	193
Figura 7 –	Mandala de Prevenção Combinada.....	201

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	17
1.1	Corrimento vaginal, vulvovaginites e cervicites.....	17
1.1.1	Entrevista.....	18
1.1.2	Exame Físico.....	19
1.1.3	Ações na Atenção básica	20
1.2	Etiologia do corrimento vaginal.....	21
1.3	Aspectos específicos do corrimento vaginal	21
1.3.1	Candidíase vulvovaginal.....	21
1.3.2	Vaginose bacteriana.....	23
1.3.3	Vaginose Citolítica.....	24
1.4	Infecção urinária não complicada	25
1.5	Abordagem às mulheres com queixas ginecológicas	25
1.6	Oferta de preservativos	25
2	O PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO	31
2.1	Pré-concepção.....	31
2.2	Métodos contraceptivos	32
2.3	Contracepção de emergência.....	45
3	PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	47
4	PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	52
4.1	Diagnóstico precoce.....	52
4.2	Ações de rastreamento	53
4.3	Ações mediante a presença ou relato de sinais os sintomas	55
4.4	Mastalgia e outros sintomas mamários.....	56
5	ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	59
5.1	Avaliação de Risco no Pré-Natal	59
5.2	Roteiro das consultas	62
5.3	Imunizações: abordagem oportunística no atendimento à mulher ...	71
5.4	Exames laboratoriais no pré-natal e interpretação	73
5.5	Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação	80

5.6	Plano de parto	90
5.7	Atenção à mulher no puerpério – consulta pós-natal.....	90
5.8	Aleitamento materno	91
5.8.1	Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações absolutas e relativas.....	94
5.8.2	Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação.....	94
5.8.3	Modificações sobre a lactação normal.....	102
5.9	Gestação e doenças infectocontagiosas que possam interferir na saúde do bebê	104
5.9.1	Zika.....	104
5.9.2	Gestação e Varicela	106
6	MENOPAUSA E CLIMATÉRIO.....	107
6.1	Terapia de reposição hormonal (TRH).....	108
6.2	Contracepção no climatério	109
7	ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO DE ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.....	116
7.1	Maturação sexual	117
7.1.1	Puberdade precoce e puberdade tardia	118
7.1.2	Avaliação da puberdade.....	119
7.1.3	Antropometria.....	119
7.2	Consulta.....	120
7.2.1	Consulta de enfermagem ao adolescente	121
7.2.2	Informações importantes para realização da consulta de enfermagem	121
7.2.3	Acolhimento	124
7.2.4	Anamnese.....	124
7.3	Exame físico	125
7.3.1	Exame Ginecológico.....	127
7.4	Sexualidade	129
7.4.1	Gravidez na adolescência	129
	REFERENCIAS.....	132
	ANEXOS	135

PROTOCLO DE IST

SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

1	Transmissão da sífilis	
	Classificação clínica da sífilis.....	141
1.1	Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo	141
1.2	de infecção, evolução e estágios da doença.....	142
1.3	Diagnóstico.....	
	Testes imunológicos de sífilis.....	144
1.4	Testes treponêmicos.....	145
1.4.1	Testes não treponêmicos.....	145
1.4.2	Tratamento de sífilis.....	146
1.4.3	Aplicação de benzilpenicilina benzatina.....	147
1.5	Acompanhamento de titulação de VDRL.....	149
1.5.1	INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	150
1.6	Exame ginecológico.....	152
2	Candidíase vulvovaginal	153
2.1	Fatores que predispõem à candidíase vulvovaginal.....	154
2.2	Particularidades: candidíase vulvovaginal.....	155
2.2.1	Vaginose bacteriana	155
2.2.2	Diagnóstico de vaginose bacteriana.....	156
2.3	Particularidades: vaginose bacteriana.....	156
2.3.1	Tricomoníase.....	157
2.3.2	Particularidades: tricomoníase.....	157
2.4	Cervicit.....	158
2.4.1	Tratamento.....	158
2.5	Cuidados de enfermagem	159
2.6	INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL.....	160
2.7	Etiologia do corrimento uretral.....	167
3	Aspectos específicos do corrimento uretral.....	169
3.1	Uretrite gonocócica.....	169
3.2	Uretrite não gonocócica.....	169

3.2.1	Uretrites persistente.....	
3.2.2	Tratamento para corrimento uretral.....	170
3.2.3	Papel do enfermeiro na consulta de enfermagem.....	171
3.3	INFECCÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL.....	173
3.4	Aspectos específicos das úlceras genitais.....	174
4	Herpes genital	175
4.1	Cancróide	175
4.1.1	Linfogranuloma venéreo (LGV)	175
4.1.2	Donovanose.....	176
4.1.3	Métodos diagnósticos de úlceras genitais	177
4.1.4	<i>Haemophilus ducreyi</i>	178
4.2	<i>Treponema pallidum</i>	179
4.2.1	Tratamento.....	179
4.2.2	Tratamento de herpes genital.....	179
4.3	Tratamento de cancroide, LGV e donovanose.....	180
4.3.1	DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)	180
4.3.3	Tratamento.....	181
5	INFECCÃO PELO HPV	185
5.1	Manifestações.....	187
6	Munização	188
	Tratamento.....	188
6.1	INFECCÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE	190
6.2	TRANSMISSÍVEIS	190
7	Medidas de prevenção para prática sexual anal.....	
	Proctites	191
7.1	Proctocolite	191
7.2	Enterite	192
7.3	Diagnóstico presuntivo das infecções entéricas e intestinais	192
7.4	sexualmente transmissíveis	192
7.5	Diagnóstico etiológico das infecções entéricas intestinais	
	sexualmente transmissíveis.....	193
7.6	Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis:	
	seguimento	194

7.7	Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis:	
	parcerias sexuais	96
7.8	HIV	
	Teste rápido	197
8	Diagnóstico	198
8.1	Exames complementares iniciais.....	201
8.2	Acolhimento à PVHIV	202
8.3	Tratamento antirretroviral.....	202
8.4	PREP - Profilaxia Pré-Exposição.....	203
8.5	PEP (Profilaxia Pós-Exposição De Risco).....	204
8.5.1	Orientações de enfermagem.....	205
8.5.2	HEPATITES VIRAIS	206
8.6	Hepatite B.....	207
9	Hepatite C	208
9.1	Métodos diagnósticos para hepatite b e hepatite C.....	208
9.2	VÍRUS ZIKA	209
9.3	Orientações de enfermagem.....	210
10	AÇÕES ESSENCIAIS COMPLEMENTARES A TODOS OS CASOS	211
10.1	DE IST.....	213
11	Papel do Enfermeiro.....	
	REFERÊNCIAS.....	214
11.1	APÊNDICE.....	214
	ANEXO A - MODELO DE PORTARIA PARA ADESÃO DOS	216
	MUNICÍPIOS.....	219
		221

PREFÁCIO

Um marco na história da Enfermagem cearense.

Um avanço na vida das mulheres.

São com essas marcas que surge o primeiro Protocolo de Enfermagem na Saúde da Mulher e de Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária de Saúde, desenvolvido pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE). Um documento construído com base nas inúmeras possibilidades de atuação da Enfermagem: da menarca à menopausa, passando pelo planejamento familiar, todas as outras áreas que tratam da saúde feminina e o cuidado aos pacientes com IST.

Fruto de um intenso trabalho de orientação do exercício profissional, o protocolo, *intitulado Cuidado à Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde (APS): Protocolo de Enfermagem e Cuidado à saúde em infecção sexualmente transmissíveis na atenção primária em saúde (APS): Protocolo de Enfermagem*, foca na teoria e na prática para nascer abrangente, com pareceres e decisões que fortalecem a autonomia do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Além disso, ampliam seus horizontes de atuação, de modo a consolidar a sua participação em esferas novas, como na inserção dos Dispositivos Intrauterinos (DIU) disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e padronizando condutas, através da disponibilização de modelos de portarias indispensáveis, como as de solicitação de exames e prescrição de medicamentos.

A grandiosidade deste documento, porém, não se encerra em suas páginas. Para vê-lo consolidado, é necessário que a luta em defesa das prerrogativas da profissão siga incessante. Para que as práticas exitosas da Enfermagem cheguem às mulheres cearenses, é necessário que cada um dos 184 municípios do nosso Estado faça a adesão a este instrumento que, para além da atuação da Enfermagem, é um protocolo em defesa da vida.

Um forte abraço,

Dra. Ana Paula Brandão.

Presidente do Coren-CE

Presidente: Dra. Ana Paula Brandão

Vice-Presidente: Dra. Ana Paula Lemos

Tesoureira: Dra. Valdileide Rodrigues

Quadro I Enfermeiros

Conselheira Titular: Dra. Kylvia Régia Diógenes

Conselheira Titular: Dra. Rubênia Lauriza Pereira

Conselheira Suplente: Dra. Ariadne Freire de Aguiar Martins

Conselheira Suplente: Dra. Susana Beatriz Pena

Conselheiro Suplente: Dr. José Jeová Mourão Netto

Conselheiro Suplente: Dr. Silvestre Péricles Sampaio Filho

Quadro II e III - Aux. e Técnicos em Enfermagem

Conselheiro Titular: Dr. Fábio de Lima Ferreira

Conselheira Titular: Dra. Lia Pedrosa da Silva

Conselheira Suplente: Dra. Gardania Ma. Alves de Oliveira

Conselheiro Suplente: Dr. José Welington Lima

Conselheiro Suplente: Dr. Valderi Pereira Tavares

APRESENTAÇÃO

Este protocolo foi elaborado pela Equipe do Conselho Regional de Enfermagem-Ceará com o objetivo de ser uma tecnologia que colabore com a construção de conhecimentos, por parte do enfermeiro, para o cuidado à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS) a qual considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS deve ser a principal porta de entrada da mulher usuária do Sistema Único de Saúde e é esta atenção primária que deve funcionar como a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A APS apresenta-se como o eixo estruturante do SUS e constitui-se como o primeiro nível de atenção na RAS. É enfatizada, cada vez mais, sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir da qual realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Possui um papel de congregar um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária e base territorial. Dessa forma, suas três funções essenciais são: resolver a maioria dos problemas de saúde da população; organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários dos serviços de saúde pelos diversos pontos de atenção à saúde; e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

O cuidado na atenção APS precisa ser ofertado integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Este cuidado será oferecido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar na qual está inserido a enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). A nova Portaria da PNAB (2017) prevê várias estratégias de execução da atenção primária, dentre as quais a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Falar em Família é pensar em todos os seus componentes e nas relações que se estabelecem entre eles. A mulher neste contexto tem papel extremamente relevante e precisa ser cuidada em todos os ciclos de sua vida.

Assim, os profissionais que estão na APS irão, em seus processos de trabalho, ter o cuidado à saúde da mulher como um foco de sua atuação. Por isso, materiais educativos que contribuam para a educação permanente dos profissionais de enfermagem são relevantes de modo a colaborar para a contínua qualificação dos profissionais e de suas práticas objetivando um cuidado cada vez mais aperfeiçoado e que possa promover a saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida.

A enfermagem busca a compreensão dos desafios que se vivenciam rotineiramente, sendo de suma importância o empoderamento como integrante chave das práticas sanitárias, apreendidas como questões humanas e existenciais compartilhadas por todos os segmentos sociais, os quais se inscrevem numa realidade complexa que demanda conhecimentos distintos:

A equipe de saúde apresenta-se com um perfil multiprofissional e o trabalho do enfermeiro tanto exerce quanto sofre influências, constituindo um sistema interdisciplinar que tem o poder como fio condutor.

É nessa conjuntura que se ressalta, os profissionais de enfermagem estão amparados e respaldados na lei que regulamenta o exercício profissional de enfermagem em suas devidas atribuições da Enfermagem, mais precisamente no artigo 11 da **lei 7498/ 1986**, que trata sobre as competências do profissional enfermeiro.

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – Privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (VETADO);
- e) (VETADO);
- f) (VETADO);
- g) (VETADO);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

1 CUIDADO DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O cuidado de enfermagem à saúde da mulher na atenção Primária à Saúde pode ser percebido tanto no contexto ginecológico, obstétrico, desenvolvido em programas como Assistência Pré-natal, Consultas ginecológicas, Consultas de Planejamento Familiar, Consultas para realização do Exame Papanicolau, dentre outras ações.

Vale destacar que as consultas à mulher serão nos mais diversos ciclos de vida (criança, adolescente, mulher em idade reprodutiva, mulheres no climatério, mulheres idosas).

A seguir serão apresentadas diversas recomendações para o cuidado de enfermagem à mulher e suas principais queixas/comorbidades na APS.

1.1 Corrimento vaginal, vulvovaginites e cervicites

As queixas mais frequentes no acolhimento prestado ao público feminino na Atenção Primária de Saúde, trata-se do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites.

O corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva, podendo ser acompanhado de prurido, irritação local e/ou alteração de odor. A investigação da história clínica deve ser minuciosa, com informações sobre comportamentos e práticas sexuais, características do corrimento, consistência, cor e odor, data da última menstruação, práticas de higiene, agentes irritantes locais, medicamentos tópicos ou sistêmicos. Durante o exame físico, além das características do corrimento, o profissional deve observar ainda a existência de ulcerações e/ou eritema (BRASIL, 2015).

É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico. O termo Infecções do Trato Reprodutivo (ITR) é utilizado para descrever:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e agentes da vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);

- Infecções sexualmente transmissíveis (tricomoníase).

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 que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásico.

Torna-se relevante a aplicação do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados e realização das consultas de enfermagem às mulheres. A etapa do Histórico de enfermagem é importante pois ao coletarmos a história da usuária, realizarmos o exame físico, e avaliarmos seus exames complementares, poderemos identificar problemas ou necessidades de saúde traçar intervenções de enfermagem (ações/cuidados).

A seguir detalharemos a entrevista, o exame físico (Histórico de enfermagem) e as ações mais comuns frente às queixas de corrimento.

1.1.1 Entrevista

O levantamento de alguns dados é importante para orientar as condutas do enfermeiro frente às queixas ginecológicas, devendo este profissional sempre perguntar sobre (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).:

- 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;

- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- Abortamento ou parto 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;

1.1.2 Exame Físico

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, (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos;
- Exame especular: observar características do colo/sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo).
- 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 médico de família e comunidade em interconsulta:

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

1.1.3 Ações na Atenção básica

- Garantir o acolhimento e realizar atividades de informação/educação em saúde;
- Realizar consulta imediata no caso de úlceras genitais, corrimentos genitais masculinos e femininos e de verrugas anogenitais;
- Realizar coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais;
- Realizar testagem rápida e/ou coleta de sangue e/ou solicitação de exames para sífilis, HIV e hepatites B e C, nos casos de IST;
- Realizar tratamento das pessoas com IST e suas parcerias sexuais;
- Seguir o protocolo do MS para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais;
- Notificar as IST, conforme a Portaria vigente. Os demais agravos são notificados de acordo com recomendações dos estados/municípios, quando existentes;
- Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento, conforme protocolo;
- Referir os casos suspeitos de IST com manifestações cutâneas extragenitais para unidades que disponham de dermatologista, caso necessário;
- Referir os casos de IST complicadas e/ou não resolvidas para unidades que disponham de especialistas e mais recursos laboratoriais;
- Referir os casos de dor pélvica com sangramento vaginal, casos com indicação de avaliação cirúrgica ou quadros mais graves para unidades com ginecologista e/ou que disponham de atendimento cirúrgico (BRASIL, 2015).

Muitas pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas (maioria) ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as

alterações. As pessoas sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar tratamento em farmácias ou junto a curandeiros tradicionais. Mesmo aqueles que buscam atendimento na unidade de saúde podem não ter uma IST diagnosticada ou tratada corretamente. No final, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar a transmissão. (BRASIL, 2015).

1.2 Etiologia do corrimento vaginal

O corrimento vaginal ocorre por múltiplos agentes etiológicos, que incluem: Vaginose bacteriana: decorrente do desequilíbrio da microbiota vaginal, sendo causada pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Prevotella* sp., *G. vaginalis*, *Ureaplasma* sp. e *Mycoplasma* sp.); Candidíase vulvovaginal: causada por *Candida* spp. (geralmente *C. albicans* e *C. glabrata*); (BRASIL, 2015).

1.3 Aspectos específicos do corrimento vaginal

1.3.1 Candidíase vulvovaginal

É a infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e digestiva, o qual cresce quando o meio se torna favorável ao seu desenvolvimento. A relação sexual não é a principal forma de transmissão, visto que esses microrganismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas (BRASIL, 2015).

Cerca de 80% a 90% dos casos são devidos à *C. albicans* e de 10% a 20% a outras espécies (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*). Embora a candidíase vulvovaginal não seja transmitida sexualmente, é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual, provavelmente, devido a microrganismos colonizadores que penetram no epitélio via microabrasões. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015).

Os sinais e sintomas podem se apresentar isolados ou associados, e incluem:

- Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- Disúria;
- Dispareunia;
- Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- Hiperemia;
- Edema vulvar;
- Fissuras e maceração da vulva;
- Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrindo a vagina e colo uterino.

Existem fatores que predispõem à infecção vaginal por *Candida* sp., entre os quais podem-se destacar:

- Gravidez;
- Diabetes mellitus (descompensado);
- Obesidade;
- Uso de contraceptivos orais;
- Uso de antibióticos, corticoides, imunossupressores ou quimio/radioterapia;
- Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local;
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex.: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos);

Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), incluindo a infecção pelo HIV. As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto os sintomáticos (uma minoria de parceiros sexuais do sexo masculino que podem apresentar balanite e/ou balanopostite, caracterizada por áreas eritematosas na glândula do pênis, prurido ou irritação, têm indicação de tratamento com agentes tópicos) (BRASIL, 2015).

A candidíase vulvovaginal recorrente (quatro ou mais episódios sintomáticos em um ano) afeta cerca de 5% das mulheres em idade reprodutiva. Nesses casos, devem-se investigar causas sistêmicas predisponentes, tais

como diabetes mellitus, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão. Entre mulheres vivendo com HIV, baixas contagens de linfócitos T-CD4+ e altas cargas virais estão associadas com incidência aumentada de vulvovaginite por *Candida* spp. O tratamento é o mesmo recomendado para pacientes não infectados pelo HIV, (BRASIL, 2015).

1.3.2 Vaginose bacteriana

É caracterizada por um desequilíbrio da microbiota vaginal normal, com diminuição acentuada ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos (*Lactobacillus* spp) e aumento de bactérias anaeróbias (*Prevotella* sp. e *Mobiluncus* sp.), *G. vaginalis*, *Ureaplasma* sp., *Mycoplasma* sp., e outros, (BRASIL, 2015).

É a causa mais comum de corrimento vaginal, afetando cerca de 10% a 30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na atenção básica. Em alguns casos, pode ser assintomática (BRASIL, 2015).

Os sinais e sintomas incluem:

- Corrimento vaginal fétido, mais acentuado após a relação sexual sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual;
- Corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso;
- Dor à relação sexual (pouco frequente). Não é uma infecção de transmissão sexual, mas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas (o contato com o esperma, que apresenta pH elevado, contribui para o desequilíbrio da microbiota vaginal).

O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes. A vaginose bacteriana aumenta o risco de aquisição das IST (incluindo o HIV), e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea) (BRASIL, 2015).

Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino (DIU),

aumenta o risco de DIP. O tratamento deve ser recomendado para mulheres sintomáticas, grávidas, que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital) (BRASIL, 2015).

O diagnóstico clínico-laboratorial de vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos critérios de Amsel):

- Corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
- pH vaginal > 4,5;
- Teste de Whiff ou teste da amina (KOH 10%) positivo;
- Presença de clue cells na bacterioscopia corada por Gram.

1.3.3 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 sp* no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5), (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Diante do quadro sugestivo desta vaginose, o enfermeiro deverá orientar ducha vaginal ou banho 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 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

1.4 Infecção urinária não complicada

As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas, sejam médicas ou de Enfermagem, junto as 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 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

1.5 Abordagem às mulheres com queixas ginecológicas

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos diagnósticos das IST. Os profissionais de saúde necessitam conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino. Durante o exame físico procede-se, quando indicado, à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C, precedidos de uma abordagem profissional adequada. A notificação compulsória dessas infecções deve fazer parte da atenção às pessoas com IST (BRASIL, 2015).

1.6 Oferta de preservativos

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de evitar gravidez. As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem. A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, considerando as dificuldades experimentadas principalmente pelas profissionais do sexo na negociação do uso da camisinha com a parceria sexual (BRASIL, 2015).

Fatores que contribuem para ruptura ou escape do preservativo masculino

- Más condições de armazenamento;
- Não observação do prazo de validade;
- Danificação da embalagem;
- Lubrificação vaginal insuficiente;
- Sexo anal sem lubrificação adequada;
- Uso de lubrificantes oleosos;

- Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;
- Tamanho inadequado em relação ao pênis;
- Perda de ereção durante o ato sexual;
- Contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis;
- Retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo; Uso de dois preservativos (devido à fricção que ocorre entre ambos);
- Uso de um mesmo preservativo durante coito prolongado. (BRASIL, 2015).

Cuidados com o preservativo feminino

- Armazenar longe do calor, observando-se a integridade da embalagem e prazo de validade;
- Não usar juntamente com o preservativo masculino;
- Ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação e retirado com tranquilidade após o coito, de preferência antes de a mulher levantar-se, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo;
- Já vem lubrificado;
- 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 deve ser apertado e introduzido na vagina. Com o dedo indicador, ele é empurrado o mais profundamente possível, para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo;
- Um novo preservativo deve ser utilizado a cada nova relação. (BRASIL, 2015).

Tratamento para corrimento vaginal

Quadro 1- Distribuição de vulvovaginites acerca do tipo de tratamento indicado.

	Primeira opção	Segunda opção	Tratamento em gestantes	Casos recorrentes	Comentários	Plano de cuidados/Conduta do enfermeiro
Candidíase vulvovaginal	Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias	Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação	Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses	As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas são comuns durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período	Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem): Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; Banho com bicarbonato de sódio (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; Evitar uso de absorventes diários; Episódios de repetição devem ser investigados
Vaginose bacteriana	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via	Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias. Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg, 1 comprimido VO,	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento	Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem): Uso de roupa íntima de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; Banho com

	vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias		3xdia, por 7 dias	cheio, via intravaginal, 1xdia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses	das gestantes	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.
--	---	--	-------------------	--	---------------	--

Fonte: BRASIL, 2015

Quadro 2 - Tratamento da Dificuldade Urinária não Complicada em Mulheres

Tratamento medicamentoso	Orientações /Cuidados de Enfermagem
Sulfametoxazol + Trimetropina (800+160 mg) - 1 comprimido de 12/12 horas por 3 dias; OU Nitrofurantoína (100mg) 1 comprimido de 6/6 horas por 5 a 7 dias. Obs: Nos casos de disúria não complicada em não-gestante não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (PU e Urocultura), os quais somente serão solicitados caso permaneça a sintomatologia anterior, sendo que a mesma ficará a critério médico.	Aumentar ingesta hídrica; Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência; Se gestante, o enfermeiro não poderá prescrever o tratamento medicamentoso e deverá realizar Inter consulta imediata com médico da equipe, considerando ser a ITU uma das principais causas de trabalho de parto prematuro.

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016

Vale ressaltar que os tratamentos dos corrimentos vaginais estão englobados na abordagem sindrômica às Infecções sexualmente transmissíveis (IST).

A abordagem sindrômica é a atualmente preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Na primeira oportunidade, esta abordagem permite oferecer um diagnóstico e tratamento adequados e oportunos, de fácil uso por todos os profissionais de saúde. O recurso a exames laboratoriais, quando disponíveis, não deverá condicionar ou adiar a decisão terapêutica.

Esta abordagem permite ao profissional tratar os corrimentos vaginas, como a Síndrome dos corrimentos Vaginais, a partir dos sinais e sintomas captados na anamnese e exame físico/ginecológico. Acelerando o tratamento e a supressão de sintomatologias que por vezes afetam a qualidade de vida da mulher.

Em relação a prescrição de medicamentos na APS pelos enfermeiros o COFEN relembra que o profissional de enfermagem possui suas atribuições preservadas e garantidas pela Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986, o qual dispõe que: "O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe" (Art. 11): privativamente (inc. I) a "consulta de enfermagem" (alínea "i"). E, "como integrante da equipe de saúde" (inc. II): **a "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde"** (alínea "c").

2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO

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 cenário de transformação de espaços que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar.

2.1 Pré-concepção

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro 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 na preconcepção:

- Realizar consulta de Enfermagem abordando a história clínica e obstétrica da mulher;
- 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; Toxoplasmose (IgG/IgM) e Rubéola IgG.
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto e tríplice viral) e, em caso de atraso ou ausente, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação MS/2014. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado;
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- 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;

2.2 Métodos contraceptivos

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

Na consulta de Enfermagem é importante levantar o histórico gineco-obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular 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.

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS:

Quadro 3 - 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.

Fonte: BRASIL, 2015.

O quadro a seguir, possui seu conteúdo adaptado da fonte utilizando-se das possibilidades de prescrição pelo enfermeiro no Estado do Ceará.

Quadro 4 – Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro

CONDIÇÃO ATUAL	PÍLULA COMBINADA	PÍLULA SOMENTE COM PROGESTAGENO (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	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 (EXCETO HEPATITE E HIV)	1	1	1	1	DISCUTA COM MFC	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	¾	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	¾	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 anticonvulsivante	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

Notas: * Se menor de 20 anos: discuta com Médico de Família ou médico da equipe (Categoria OMS: 2)

** Se maior 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.

Apesar da prescrição ser feita pelo médico, o enfermeiro deve 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.

****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.

Fonte: BRASIL, 2016

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 5 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)

MÉTODO/ RESPONSÁVEL	TIPO DISPONÍVEL NA REDE MUNICIPAL E CLASSIFICAÇÃO	COMO USAR/ CONDUTAS DO ENFERMEIRO	EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS
Dispositivo intrauterino (DIU) (Inserção/retirada): Médico e/ou Enfermeiro; Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro;	DIU de Cobre (DIU-Cu) Classificação: método de barreira	• Inserção e retirada do DIU pode ser realizada por profissional enfermeiro treinado; • 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. • 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.	• 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.

Injeção de progestágeno (trimestral) Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro;	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg Classificação: método hormonal	• 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; • Em caso de atraso: Até 2 semanas: aplique nova injeção. Mais de 2 semanas: descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método.	• 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*.
Injeção de estrogênio/ Progestágeno Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro;	Enantato de norestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg Classificação: método hormonal	• 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; • Em caso de atraso: Até 7 dias: aplique nova injeção; Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após,	• Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea. • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*;

		inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias.	Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.
Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal) Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro;	Etinilestradiol/levonogestre L 0,03/0,15 mg Etinilestradiol/desogestrel 0,03/0,15mg Etinilestradiol/gestodeno 0,02/0,075mg Classificação: método Hormonal	- 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, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela; Em caso de esquecimento: 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; Utilizar preservativo por 07 dias; Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o	- Ganho de peso; - Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora 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*.

		uso de preservativo até o final da cartela.	
Pílula de progestágeno isolado Prescrição do método: Médico e/ou Enfermeiro;	Norestisterona 0,35 mg Classificação: método hormonal	• 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 exclusivo. • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias.	• Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses. Avaliar com médico da equipe conforme guia de prática clínica (PACK)*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente e se necessária avaliar com médico da equipe conforme guia de prática clínica (PACK)*
Métodos cirúrgicos (irreversíveis)	Encaminhamento para laqueadura tubária e vasectomia	• 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	• 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 deve ser avaliada prontamente

		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.	pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.
--	--	---	---

*Realizar manejo/avaliação médica conforme PACK-SMS/BMJ

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2016

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 médico e/ ou enfermeiro capacitado a realizar a inserção.

É importante salientar que o enfermeiro possui respaldo para a inserção, desde que o mesmo seja capacitado.

Segue anexo ao protocolo do Coren-CE acerca da inserção e remoção de DIU, reforçando a capacidade do enfermeiro após treinamento em realizar a prática.

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 gastrintestinal normais). Nesse caso, é importante questionar e examinar a paciente sobre sinais e sintomas de DIP.
- Nuligestas e nulíparas podem utilizar o método, no entanto as taxas de expulsão do dispositivo são discretamente mais elevadas;
- Evite se IST nos últimos 3 meses, doença inflamatória pélvica atual, sangramento vaginal não explicado, útero/colo alterados;
- 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;
- 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, mas não impede a inserção do mesmo fora do período menstrual.

2.3 Contracepção de emergência

A contracepção 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 pelo enfermeiro, **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

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

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

A citologia oncótica (Papanicolau, colpocitopatológico, Pap test, 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 (Grupo que menos se submetem ao exame). 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 foram normais.

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 abaixo procura explicitar as situações referentes a coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de Enfermagem.

Quadro 6 – Recomendações para Coleta de Citopatológico em Mulheres na Faixa Etária de 25 a 64 Anos

Situação	Recomendações
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	- Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos). - Ainda que não haja evidência contraindicando a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que ela 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	- 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/colpíte 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/colpíte atrófica gere queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento. Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama.
Histerectomizadas	- Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. - Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. - Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora

	(ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina: • 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 recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.	• O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve 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 CS para realização da citologia oncológica em função de corrimentos	• Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento. • Em alguns casos, como na suspeita de tricomoniase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.

Fonte, BRASIL, 2010.

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 no quadro abaixo.

Quadro 7 – Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino

Resultado	Especificação	Recomendações
Atipias de significado indeterminado.	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.
Amostra insatisfatória.	-	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

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 8- Achados clínicos comuns no colo uterino

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.	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. 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.
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.

Fonte: BRASIL, 2010.

4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

É papel da atenção primária o esclarecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama, assim como a correta classificação de risco de desenvolvimento de câncer de mama dos casos atendidos, de forma a evitar a superestimação ou subestimação desse risco.

Assim as ações de controle deste câncer estão centradas em ações de rastreamento e diagnóstico precoce. Não esquecendo a função educativa da enfermagem na construção coletiva de conhecimentos de modo a promover a saúde e a adoção de hábitos saudáveis de vida que são fatores de proteção não só a este câncer como outras doenças. (Alimentação adequada, atividade física, não ingestão de drogas lícitas e/ou ilícitas, dentre outros).

4.1 Diagnóstico precoce

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

Na década de 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. Ao final da década de 1990, ensaios clínicos mostraram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama.

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e busca orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama.

A orientação é que a mulher realize a autopalpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de

pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar o serviço de saúde sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a essa demanda estimulada. Prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama.

A estratégia do diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos de apresentação avançada do câncer de mama.

4.2 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 bianual 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 e mamografia anuais a partir dos 35 anos, 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 (BRASIL, 2011)

O aprazamento das **mamografias de rastreamento** deverá seguir a rotina sugerida pelo MS (conforme Caderno de Atenção Primária nº 29)

Quadro 9 – Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama

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)
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento
2 – Achado benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em 6 meses. Se persistência do achado, encaminhar ao MFC ou interconsulta com o mesmo para segmento/encaminhamento.
4 – Achado suspeito	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsulta com o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos
5 – Achado altamente suspeito	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

Fonte: BRASIL, 2010.

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 sobre diagnóstico. 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** (BRASIL 2011).

Dessa forma, fica facultada ao enfermeiro a realização do exame conforme sua habilidade para a execução do procedimento enquanto método de rastreamento. Nota-se que na prática clínica o enfermeiro realiza o exame clínico das mamas das usuárias em suas consultas de enfermagem como parte integrante do exame físico.

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.

4.3 Ações mediante a presença ou relato de sinais os sintomas

Diante dos seguintes sinais e sintomas, o enfermeiro deverá realizar interconsulta para pactuação da conduta ou encaminhar 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 papilar sanguinolenta 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. O exame a ser solicitado depende de fatores como a características das mamas (principalmente consistência), idade da mulher e histórica familiar de morbididades, sendo a ultrassonografia de mamas e a mamografia (com compressão focal, magnificação, etc.) os exames mais solicitados. A conduta, nestes casos, deverá ser discutida com médico da equipe.

O PACK Florianópolis (2016), traz algumas condutas de exames complementares para essas situações, e condutas de maiores intervenções do enfermeiro serão adicionadas e este protocolo em revisões futuras.

4.4 Mastalgia e outros sintomas mamários

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 (adaptado do PACK-SMS/BMJ).

Quadro 10 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

Situação	Conduta do Enfermeiro
Mastalgia com febre (Tax >38°C)	- 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
Mastalgia sem febre	- 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; - Se nutriz, 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 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;
Descarga papilar espontânea em não nutrízes	- 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: 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: Encaminhar para exame de análise de descarga papilar.
Retração mamilar	Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação com MFC.
Descamação e erosão do mamilo/auréola ou pele com aspecto de laranja	Encaminhar para o MFC, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget.

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2016.

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 sobre diagnóstico 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:

Quadro 11 – Avaliação do Risco Gestacional na Atenção Básica

CLASSIFICAÇÃO	FATORES RELACIONADOS
Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco	FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS - 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. 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.
	FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR - 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.
	FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

	- Ganho ponderal inadequado. - Infecção urinária. - Anemia.
Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco	FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS -Cardiopatias. -Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada). -Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados). -Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo). -Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia). -Doenças neurológicas (como epilepsia). - Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.). - Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses). - 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). - NIC III. - Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais. -Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).

	- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação). - Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso. - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica. - Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual. - Adolescentes com fatores de risco psicossocial.
Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica	- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional. - Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica. - Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria. - Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico. - Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito. - Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia). - Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar. 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/ictéria. - Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas. - Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre. - Restrição de crescimento intrauterino. - Oligodrômio. - Óbito fetal.

Fonte: BRASIL, 2015.

5.2 Roteiro das consultas

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 e preferencialmente o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensal;
- De 28ª até 36ª – quinzenal;
- De 36ª até 41ª – semanal.

Quadro 12– Síntese de Condutas Conforme o Trimestre de Gestação

TRIMESTRE	ROTEIRO	OBSERVAÇÕES
1º Consulta	- 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	- Atenção a Identificação de riscos; - Prescreva Ácido Fólico 5 mg - 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.

	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;	
1º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	- 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;	- Atenção para as alterações da pressão arterial;
2º TRIMESTRE Rotina mensal de consultas	- Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico) - Quadro 5.6 - Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Solicitação da 2ª rotina de exames – Quadro 5.3	- 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 frequência quinzenal	- 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	- 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;

de 36 ^a até 38 ^a e semanal de 38 ^a até 41 ^o .	dos sinais e sintomas de parto; - Solicitação da 3 ^o rotina de exames – Quadro 5.6	- Se o parto não ocorrer até 41 ^o , encaminhar para avaliação de vitalidade fetal.
--	---	---

Fonte: BRASIL. 2016.

Quadro 13 – 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	- 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 pCO ₂ e excreção de NaHCO ₃ - alcalose respiratória compensada.
AVALIAÇÃO DAS MAMAS	• Tipo de mamilo (hipertrófico, 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.).

	lesões, fissuras, estrias etc.).
AVALIAÇÃO DO ABDOME	-Avaliar pele - Hidratação, presença de estrias, lesões, dermatites.
MENSURAÇÃO DA ALTURA UTERINA	-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. -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. 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. Atenção! -Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. -Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; 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. 

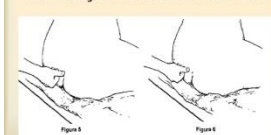
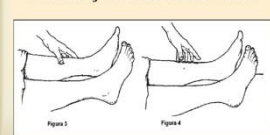
PALPAÇÃO	• Verificação do fundo uterino; • Exploração do dorso fetal (direito ou esquerdo); • Mobilidade cefálica (manobra de Leopold - polo cefálico fixo ou móvel); • Exploração da escava - ocupada (apresentação cefálica, parcialmente ocupada (apresentação pélvica) e escava vazia (nas apresentações córmicas)). 
AUSCULTA FETAL	• 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. Atenção! • 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 mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação médica ou maternidade.

AVALIAÇÃO DA DINÂMICA UTERINA	-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. -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. -De outra forma, a intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.
GIORDANO	O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através da Manobra de Giordano. 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. Segundo as evidências, dentre as gestantes com bacteriúria assintomática acompanhadas, 30% desenvolvem cistite e mais de 50% desenvolvem pielonefrite.
AVALIAÇÃO PÉLVICA	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. APARELHO GENITAL EXTERNO: A influência hormonal da gestação modifica a mucosa, que apresenta uma coloração violácea, conhecida como Sinal de Jacquemier.

	-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. -Observam-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. REGIÃO ANAL - Atenção para hemorroidas e varizes;
TOQUE VAGINAL (Quando necessário)	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: - 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.
MEMBROS SUPERIORES / INFERIORES E PÉS	Atenção para edema, varizes, ferimentos, tendinites, Síndrome do túnel do Carpo. EDEMA: seguir Quadro 5.4.

Fonte: BRASIL. 2016.

Quadro 14 – 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.		
TÉCNICA AVALIAÇÃO DE EDEMA SACRO  Figura 3 Figura 4 TÉCNICA AVALIAÇÃO DE EDEMA MMII  Figura 5 Figura 6		
Características	Observação	Observações a serem avaliadas
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 interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno semanal na ausência de

		sintomas. Realizar interconsulta e agendar consulta com médico 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.

Fonte: BRASIL. 2016

5.3 Imunizações: abordagem oportunística no atendimento à mulher

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

Quadro 15 – Vacinas Preconizadas para mulheres em idade fértil

VACINA	CONTRA QUAIS DOENÇAS PROTEGE?	QUEM DEVE TOMAR	NÚMERO DE DOSES E APRAZAMENTO	CONTRA INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
HPV Quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18)	Papilomavírus humano (HPV)	Adolescentes entre 09 e 13 anos, 11 meses e 29 dias, além de mulheres vivendo com HIV	02 doses: 06 meses de intervalo entre as doses.	Gestação	As mulheres vivendo com HIV entre 09 e 26 anos deverão receber a vacina no esquema de 03

					doses: (0,2 e 6 meses)
dTpa (Tríplice acelular)	Tétano, difteria e coqueluche	Gestantes a partir da 20ª semana de gestação	01 dose	Não há	Se status vacinal da gestante desconhecido: complete esquema vacinal da dT e assegure-se que 01 dose seja da dTpa a partir da 20ª semana de gestação, podendo ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto. Se status vacinal da gestante estiver completo com a dT, administre 01 dose a partir da 20ª semana de gestação, podendo ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.
dT (Dupla tipo adulto)	Difteria e Tétano	Todas as pessoas	03 doses D1 D2 2 meses após a D1 D3 4 meses após a D1 Reforços a cada 10 anos a partir de D3	Não há	Deve receber dose de reforço a cada 10 anos.
Hepatite B	Hepatite B	Todas as pessoas	independente da faixa etária 03 doses D1 D2 1 mês após a D1 D3 6 meses após a D1	Não há	A oferta da vacina foi ampliada para toda a população independente da idade e/ou condições de vulnerabilidade, justificada pelo aumento da frequência de atividade sexual em idosos e do

					aumento de DST nesta população.
Tríplice Viral ou SRC	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola	Mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovante de vacinação anterior	Dose única	Gestação	Pode ser ofertada na consulta puerperal para mulheres com status imunológico desconhecido para rubéola ou para aquelas que apresentaram IgG para Rubéola não reagente no pré-natal. As mulheres vacinadas deverão evitar a gravidez por 30 dias após a aplicação.
Influenza	Gripe (variável a composição anual)	Gestantes e puérperas até 0 45º dia de puerpério	Dose única anual	Pessoas com alergia ao ovo	Esta vacina se estende para grupos prioritários que variam conforme as campanhas anuais.

Fonte: BRASIL. 2014.

5.4 Exames laboratoriais no pré-natal e interpretação

Quadro 16– Exames a serem solicitados por padrão no pré-natal, interpretações e condutas

1º TRIMESTRE: ·Hemograma; ·Tipagem Sanguínea; ·e fator Rh; ·Parcial de urina; ·Urocultura ·Glicemia de jejum; ·Toxoplasmose IgG/IgM; ·Anti-HIV(ou teste rápido) ·VDRL (ou teste rápido) ·HBSAg (ou teste rápido) ·Coombs(se Rh -).	2º TRIMESTRE ·Teste de tolerância para glicose com 75 g, (se a glicemia estiver acima de 85 mg/dl, ou se houver fator de risco –realizar este exame preferencialmente entre 24º e a 28º semana ·Coombs indireto (se for Rh negativo)	3º TRIMESTRE ·Hemograma; ·Parcial de urina; ·Urocultura ·Glicemia de jejum; ·Anti-HIV (ou teste rápido) ·VDRL (ou teste rápido) ·HBSAg (ou teste rápido) ·Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente.
Exame	Interpretação	Observações, indicações e Evidências.

Hemograma	· Hemoglobina > 11g/dl – normal. · Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl - anemia leve a moderada. · Hemoglobina < 8 g/dl – anemiagrave.	· Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. · Anemia leve a moderada: 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. · Repetir hemoglobina em 60 dias. · Se anemia grave, realizar interconsulta com médico de família e encaminhar ao pré-natal de alto risco. · A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.
Urina tipo I (Sumário de urina -SU, EQU)+ Urocultura + TSA (ANTIBIOGRAMA)	· Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. · Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. · Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. · Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais	· Realizar interconsulta com médico da equipe imediata, considerando ser a ITU uma das principais causas de trabalho de parto prematuro.
Glicemia de Jejum	· Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal · Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110mg/dl: rastreamento positivo. · Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG)	· Entre 85-90mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose entre a 24^a e 28^a semana de gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular) · Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS..
Teste de Tolerância para Glicose com 75g,	· Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	- Realizar este exame se a glicemia estiver acima de 85mg/dl; · Este exame deve ser indicado em caso de risco

		(história prévia de DMG ou história familiar (parentesco de 1º grau), bebê grande (> 4,5kg), glicosena urina); ·O valor de referência para diagnóstico de DMG:em jejum > 110 mg/dl; após 2 horas > 140 mg/dl.
Teste rápido para triagem da Sífilis e/ou VDRL/RPR	Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal ·Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis	·É recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre, se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B) ·Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e ·Agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento; ·Repetir o exame no 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto e em caso de abortamento. ·Lembrar que a sífilis é de notificação compulsória. O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio da avaliação da história clínica e dados epidemiológicos ·Atenção para história de sífilis pregressa e tratamentos anteriores; ·Para maiores detalhes, observar o registrado no Protocolo de Enfermagem vol.2 do município.
Teste rápido para diagnóstico Anti HIV e/ou Anti HIV	·Teste rápido não reagente: normal. ·Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	·Deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A); ·O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2) ·Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer

		em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes; ·Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV; ·Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e atentar para a prevenção de transmissão vertical; ·As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar; ·Em caso de gestante que o resultado foi positivo e não sabia, deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco; ·Em ambas as situações manter seguimento na Atenção básica; ·Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.
Toxoplasmose IgG e IgM	·IgG e IgM reagentes: ·avidez de IgG fraca ou gestação >16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; ·avidez (mFC) forte e gestação <16semanas: doença prévia – não repetir exame. ·IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. ·IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia –	Conforme a informação da VE saiu a portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, onde foram incluídos os agravos: toxoplasmose gestacional e congênita como agravos de notificação compulsória, Se no primeiro exame solicitado na primeira consulta detecta-se anticorpos IgM, caso a gestação tenha menos de 16 semanas, deve ser feito imediatamente o teste de avidez de IgG, na mesma amostra de soro (os laboratórios devem ser instruídos para esse

	não repetir o exame.·IgM e IgG não reagente: suscetível ·Orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre	procedimento). Nos exames realizados após 16 semanas de gestação, não há necessidade do teste de avides, pois mesmo uma avides alta não descartaria infecção adquirida durante a gestação, embora possa ser útil para ajudar a determinar a época em que ocorreu. É importante lembrar que em algumas pessoas a avides dos anticorpos IgG permanece baixa por mais tempo, não sendo a avides baixa uma certeza de infecção recente ·Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: ·Lavar as mãos ao manipular alimentos; ·Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ·Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou malpassadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); ·Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ·Evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; ·Após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; ·Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; ·Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha; ·Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; ·Lavar bem as mãos após o contato com os animais.
Teste rápido ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	·HBsAg não reagente: normal	O rastreamento sorológico deve ser oferecido para

	·HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). ·Fazer aconselhamento pré e pós-teste. ·HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco. ·HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido	mulheres grávidas porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe e filho; ·Fazer aconselhamento pré e pós-teste; ·Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco;
Anti HCV	·Não reagente ·Reagente *Embora não faça parte da rotina do pré-natal nacionalmente, recomenda-se a realização deste exame para diagnóstico precoce por abordagem oportunística.	·Embora o rastreio da Hepatite C não faça parte da rotina do pré-natal, o mesmo deve ser realizado para a gestante, considerando o impacto positivo que o mesmo tem no diagnóstico precoce desta patologia. ·Em caso de resultado reagente, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco.
Tipagem Sanguínea e Fator Rh	·O tipo sanguíneo pode ser dos tipos A, B, AB e O; ·O fator RH pode ser do tipo positivo (+) ou negativo (-). ·Como exemplo, no resultado do teste laboratorial teríamos A (+) para o sangue do tipo A com fator Rh negativo, e O (-) para o sangue do tipo O com fator Rh negativo.	·Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. ·Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs Indireto	·Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. ·Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada.	· Se a gestante for Rh negativo, solicitar a partir da 24ª semana este exame mensalmente até o final da gestação. · Caso o resultado do Coombs indireto for positivo, referenciar ao alto risco. A Imunoglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém-nascido for Rh positivo e o Coombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações- após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biopsia de vilo, amniocentese, cordocentese).

Ultrassonografia	4 Realizar este exame entre 18 e 22 semanas.	·No 1º trimestre existe a maior evidencia para solicitação, com o objetivo de datação da idade gestacional, auxiliando no diagnóstico oportuno de gestações múltiplas, reduzindo o número de intervenções no parto. ·Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no 1º trimestre, se persistir a vontade dos pais estar atento a esclarecimentos sobre implicações psicológicas do exame, indicações, limitações, riscos de falso positivo e falso negativos. ·No 2º trimestre apesar de aumentar a taxa de detecção de malformação congênita, não existem evidências de melhora no prognóstico perinatal. Caso haja a opção em realizar entre 18 a 22 semanas é o período onde os órgãos já estão formados e de visualização mais precisa ·No 3º trimestre não existem evidências de benefícios da USG em gestantes de baixo risco após 24ª semana, pode ser uma ferramenta útil de avaliação em casos de suspeita de alteração no crescimento fetal. A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método. ·Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria
--------------------------------	--	---

		MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.
--	--	---

Fonte: BRASIL. 2016.

5.5 Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação

Quadro 17 – Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação

Modificação / Desconforto	Observações	Orientações/Prescrições de Enfermagem
Cefaléia	- Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; - Pode também estar relacionada a tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança a períodos longos em jejum e ingestão hídrica inadequada; - Sempre afastar o risco de alterações na Pressão Arterial e sinais de pré-eclâmpsia; - Investigar história prévia de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos.	- Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; - Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais, exercícios de relaxamento e respiração, prática de meditação, yoga ou natação podem ser práticas interessantes; - Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; - Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; - Estimular a prática física; - Estimular aumento da ingestão hídrica e alimentação adequada; - Se dor recorrente, solicitar avaliação médica;

		Afastando a hipótese de qualquer risco prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas.
Desmaios/tonturas/fraquezas	- Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); - Diminuição do débito cardíaco; - Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal) - Anemia; - Hipoglicemia.	- Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; - Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; - Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios; - Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; - Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; - Ingesta hídrica adequada; - Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os Sintomas; - Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o Retorno venoso pode estar indicado; - Avaliar a pressão arterial.
Sonolencia	Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto.	- Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos; - Estimular o repouso; - Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; - Estimular a meditação; - Avaliar Pressão arterial; - Aumentar ingestão hídrica.
Insônia	- Stress, sobrecarga de trabalho; - Dificuldade de achar uma postura	Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos;

	confortável para dormir; • Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; • Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; • Movimentação fetal excessiva.	• Estimular o repouso; • Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; • Estimular a meditação; • Avaliar Pressão arterial; • Aumentar ingestão hídrica; • Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante • Participar de grupos de gestantes; • Ler livros e filmes que relaxem; • Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins. • Banhos mornos, massagens; • Chá de erva doce, suco de maracujá com talo de alface.
Nauseas/ vômitos	• Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também. • Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes. • Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história previa de tabagismo, • Gestação não planejada, problemas conjugais,	• Orientar: • Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência • Alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve. • Evitar jejum prolongado; • Comer devagar e mastigar bem os alimentos; • Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas); • Evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte. • Ingesta hídrica adequada; • Apoio psicoterápico, se necessário; • Evitar chá de camomila; • Auriculoterapia ou acupuntura • Prescrever tratamento

	gestante adolescente ou muito jovem. Avaliar sempre o risco de evolução para Hiperêmese gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.	medicamentoso, caso necessário: - Dimenidrinato 100 mg de 8/8 horas (não exceder 400 mg/dia). - Na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.
Queixas urinárias	- A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. - Avaliar sempre: - Presença de sinais de alerta; - Presença de sintomas sistêmicos.	- Aumentar ingestá hídrica; - Repouso em decúbito lateral esquerdo; - Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; - Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta com médico.
Dor abdominal/cólica	- Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30ª semana); - Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das	- Orientar paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe) - Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas. - Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar barriga. - Cuidados nutricionais, aumento ingestá hídrica e bons hábitos para prevenir a

	articulações da pelve. • Avaliar sempre; • Presença de sinais de alerta; • Presença de ITU; • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas	constipação e flatulência. • Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro. • Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações.
Edema	• No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides dos ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; • Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. • Avaliar sempre: • A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia (veja quadro 5.4) • A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal. • Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.	• Elevar pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. várias vezes ao dia. • Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; • Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos. Esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema. • Usar roupas leves, evitando meias elásticas ou roupas apertadas que dificultem o retorno venoso. • Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; • Realizar controle de peso e pressão arterial.
Pirose/ azia	• Devido a alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em	• Fazer alimentação fracionada de 3/3 h de preferência; • Evitar líquido durante as refeições e deitar-

	refluxo e regurgitação, aumento da pressão intraabdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; • Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre. • Avaliar sempre: • História Clínica; • Uso de medicamentos.	se logo após as refeições. • Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; • Elevar a cabeceira da cama ao dormir; • Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; • Caso essas medidas não resolvam prescrever Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se ou 1-2 colheres de sopa; • Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.
Dor lombar e dor na região pélvica	• As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. • Avaliar sempre: • Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); • Sinais e sintomas associados (alerta para febre, malestar geral,	• Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; • Recomendar a aplicação de calor local e massagens; • Recomendar acupuntura; • Corrigir postura e movimentar-se devagar; • Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural. • Se não melhorarem as dores, considerar prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; • Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; • Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; • Realizar atividades de lazer para diminuir

	- Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); - História de trauma.	o estresse ansiedade; - Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto. - Encaminhar para fisioterapia caso necessário.
Cãimbras	- Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez. - A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles: - Estiramento da musculatura e da fáscia; - Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina; - Redução do nível de Cálcio; - Compressão de raízes nervosas; - Problemas posturais;	- Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.). - Recomendar pisar em superfície fria - Massagear músculo contraído e dolorido; - Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); - No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; - Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; - Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; - Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional;
Constipação intestinal e flatulências	Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa,	Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus e grãos integrais,

	diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado. • Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.	mamão, linhaça. Gergelim, mamão, ameixa seca. • Fracionar alimentação 3/3 horas; • Estabelecer como rotina horário de evacuação; • Aumentar ingestão hídrica; • Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). • Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão. • Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; • Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar para avaliação médica.
Sialorreia	• A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.	• Orientar paciente sobre o desconforto • Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. • Orientar a gestante a deglutir a saliva; • Aumentar ingestão hídrica.
Hiperpigmentação da pele	• O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. • Devido ao aumento dos Hormônios melanina, estrógeno e progesterona.	• Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regredem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. • Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; • Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); • Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.

Dispneia	• Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. • Atentar sempre as comorbidades é história clínica da paciente:	• É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. • Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. • Elevar a cabeceira da cama;
Hemorroidas	• O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas; • Previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto.; • Avaliar; • Aumento da intensidade da dor; • Endurecimento do botão hemorroidário; • Sangramento retal.	• Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal; • Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica
Leucorreia	• O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. • Avaliar sempre; • Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença	• Orientar; • O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; • Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; • Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro;

	de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;	• Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação; • Tratar caso necessário conforme capítulo anterior sobre vulvovaginites.
Síndrome do Túnel Carpeano	• Ocorre devido a compressão geralmente relacionada ao edema do nervo mediano em torno do polegar; • Os sintomas se iniciam geralmente com sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor. gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento.	• Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local. • Dormir com as mãos elevadas. • Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante. aumento da ingesta hídrica; • O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar. • O ganho adequado de peso também vai atuar na prevenção de estrias; • P.S: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, é também contraindicado na amamentação.
Sangramento nas Gengivas	• Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal.	• Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica. • Fazer uso de uma escova de dente macia e suave; • Realizar bochechos com soluções antissépticas.

Fonte: BRASIL. 2016.

5.6 Plano de parto

O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto. Este ainda contribui para a redução de procedimentos desnecessários que muitas vezes não tem evidência científica e ainda assim são realizados rotineiramente.

5.7 Atenção à mulher no puerpério – consulta pós-natal

Quadro 18– Cuidados de Enfermagem no período puerperal

Período	Cuidados de Enfermagem/condução
Puerpério Imediato (1º aos 10º dias de pós-parto).	• Esta consulta vem agendada desde a maternidade pelo Capital Criança e tem prioridade. • Verificar Cartão de pré-natal e Carteira de Vacinação do RN. • Checar todas as informações técnicas descritas sobre o parto e realizar escuta do relato do parto. • Atentar para situação vacinal da puérpera, exames, medicamentos, sinais vitais, sinais flogísticos, lóquios, comorbidades, queixas, e intercorrências do período. • Realizar exame físico detalhado que segue: 1. Avaliar mucosas, hidratação, condições da pele; 2. Verificar sinais vitais e antropometria (atentar principalmente para temperatura, pressão arterial e perda de peso); 3. Ausculta cardíaca e pulmonar; 4. Avaliação das mamas (avaliando pega, sinais de fissuras, ingurgitamento); 5. Palpação do abdômen – avaliar involução uterina, cicatriz de ferida operatória em caso de cesárea; 6. Avaliar o períneo e vulva (atentar para lacerações, pontos cirúrgicos, lóquios), avaliar região anal. 7. Avaliar membros inferiores, (atentar para presença de edema e varicosas).

	• Orientar sobre amamentação, se possível observar mamada e pega, avaliando as condições das mamas; • Atentar para os aspectos sociais e emocionais, rede de apoio ou familiar. • Estimular a manter uma boa postura, adequar lugar que amamenta e postura no leito evitando dor musculoesquelética, estimular a deambulação precoce. • Estimular a realização de exercícios metabólicos a fim de evitar a estase venosa e edema, exercícios respiratórios para aumentar a expansão torácica e exercícios de alongamento focando membros inferiores e superiores a fim de favorecer a motilidade gastrointestinal; • Em caso de cesárea, evitar contração perineal e abdominal até cicatrização da sutura, após retirar os pontos orientar automassagem para evitar alterações na cicatriz. • Avaliar e orientar padrão nutricional e verificar encaminhamentos caso necessário. • Registro adequado
Puerpério Tardio (11º a 45º dia)	• Atentar para alterações físicas, sinais vitais, condições de sono, e sinais flogísticos no período; • Atenção para aspectos emocionais, sociais e rede de apoio familiar; ☐ Avaliar e estimular o aleitamento materno exclusivo; • Avaliar condições nutricionais da puérpera tendo em vista matriciamento ou encaminhamento para a nutricionista caso necessário; • Realizar exame físico (boa parte do exame pode ser seguido conforme quadro 5.3); • Oferecer métodos de contracepção e trabalhar com a paciente o retorno da atividade sexual segundo suas percepções e escolhas.
Puerpério Remoto (45º dia em diante)	• Avaliar método de contracepção escolhido; • Orientar e agendar Coleta de preventivo caso necessário; • Avaliar Aleitamento Materno e condições da mama; • Avaliar padrão nutricional e perda ou ganho de peso;

	• Avaliar questões sociais e emocionais, rede apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos, relação mãe e bebê; • Identificar vulnerabilidades e riscos; • Orientar seguimento com alto risco ou avaliação médica em caso de pacientes que tiveram intercorrências na gestação e parto.
--	--

Fonte: BRASIL, 2013.

5.8 Aleitamento materno

O aleitamento materno é uma prática de fundamental importância para a mãe, a criança e a sociedade em geral, que deve ser sempre incentivada e protegida, salvo em algumas situações excepcionais. O leite materno é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoativas.

A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta, também, a propriedade de promover o espaçamento das gestações e de diminuir a incidência de algumas doenças na mulher.

Técnica de Amamentação

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

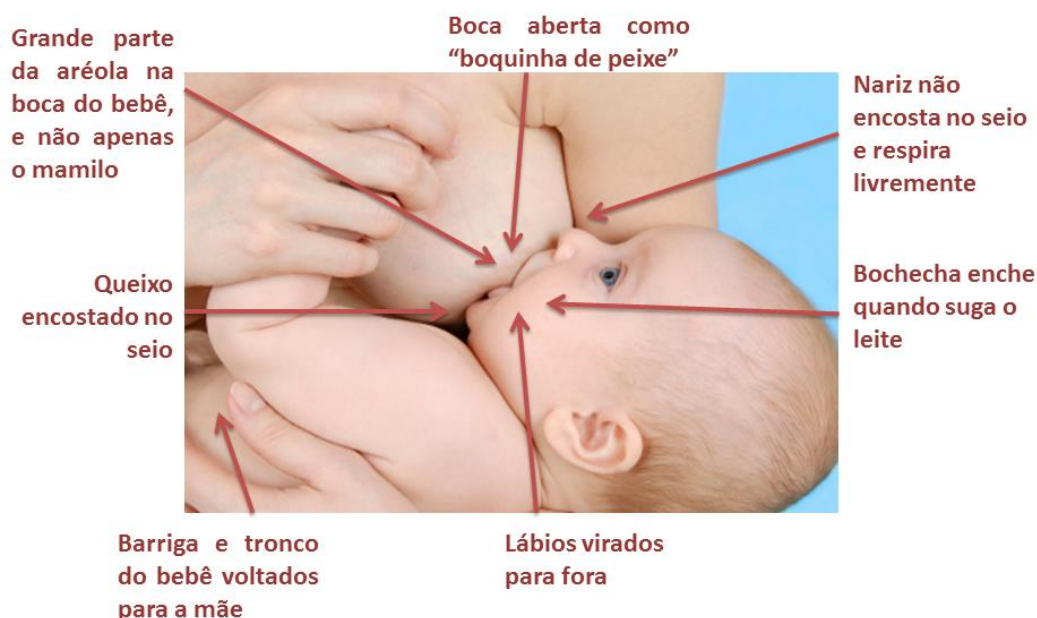
Quadro 19 – Principais itens a serem observados na mamada

Todo profissional de saúde que presta assistência a mães e bebês deve saber observar de forma crítica uma mamada. A seguir, os principais itens que o profissional deve observar na análise de uma mamada:	
Posição Correta • A mãe deve estar em posição confortável, (posição tradicional é a sentada) com as costas e os pés bem apoiados; • Bebê de frente para o corpo da mãe;	Pega correta • A boca do bebê deve ficar bem aberta (se necessário, estimular o bebê a abrir a boca tocando o seu queixo ou seus lábios com o dedo ou mamilo;

• Barriga com barriga (mãe/bebê); • Cabeça e corpo do bebê alinhados em linha reta; • A face do bebê deve voltar-se para o seio, o nariz ou o lábio superior em frente ao mamilo; • Corpo do bebê apoiado e bem aninhado; • O bebê deve ser levado ao seio, não o contrário; • A mãe não deve sentir dor nos mamilos durante as mamadas.	• O bebê abocanha parte da aréola; • O queixo do bebê fica muito próximo ou toca o peito da mãe; • Vê-se pouca aréola por baixo da boca do bebê; • Os lábios do bebê devem estar voltados para fora, como uma “boca de peixe”; • Se necessário, puxar o queixo do bebê para baixo, com o dedo indicador, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora; • O bebê suga, faz uma pausa e suga novamente; • A mãe pode ouvir o bebê deglutir.
---	--

Fonte: BRASIL, 2015.

Figura 1 – Pega correta



Fonte: BRASIL, 2015.

5.8.1 Suspensão do Aleitamento Materno – Contraindicações absolutas e relativas

O aleitamento materno é fundamental para a formação de vínculo entre mãe e bebê, além de seu papel biopsicossocial, deve ser incentivado, orientado e promovido nos mais diversos espaços, salvo em algumas situações excepcionais. Assim, não se justifica, na maioria das vezes, a interrupção da

amamentação impedindo desnecessariamente que mãe e criança usufruam dos benefícios do aleitamento materno. A indicação para a interrupção da amamentação deve ser criteriosamente indicada com segurança pelo profissional de saúde.

5.8.2 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

O quadro 20 (abaixo) descreve de forma resumida as principais queixas e intercorrências que ocorrem no período de lactação e, que serão abordados nesse protocolo:

Quadro 20- Queixas/intercorrências mais comuns na amamentação- BRASIL, 2015.

QUEIXA	PORQUE OCORRE	MANEJO
O bebê não suga ou tem sucção fraca	• Por alguma razão que ainda não se sabe a causa, o bebê, às vezes, se recusa a mamar. Algumas vezes a recusa pode estar associada ao uso de bicos artificiais, chupetas ou dor ao ser posicionado (posicionamento incorreto) para mamar. • O bebê pode não conseguir abrir a boca o suficiente para abocanhar a aréola e fazer uma boa pega, as mamas podem estar ingurgitadas e dificultar a pega ou ainda a mãe pode ter mamilos planos ou invertidos.	• A mãe deve sempre insistir nas mamadas por alguns minutos; • Se as mamas estiverem muito cheias, com a pele esticada, deve-se esvaziá-las um pouco antes de amamentar, para amaciar a aréola e facilitar a pega; • Sucção deficiente do bebê pode ser secundária ao uso de bicos e chupetas, se for o caso, devem ser suspensos; • Estimular a mama no mínimo cinco vezes ao dia, por meio da ordenha manual.
O leite demora a descer	• Em algumas mulheres o leite pode demorar de três a quatro dias para descer (apojadura).	• Deve-se tranquilizar a mulher; • Enquanto o leite não desce, o bebê pode ser alimentado por meio da translactação, que consiste em colocar o leite, de preferência humano (pasteurizado), em um recipiente (copo). O recipiente deve ser colocado abaixo das mamas, a ponta da sonda (sonda nasogástrica nº 4 ou 6) deve ser colocada dentro do copo de leite e a outra junto ao mamilo. O bebê se alimenta enquanto suga o leite e ao mesmo tempo estimula a lactação.
Pouco leite ou leite fraco	• Muitas vezes, essa percepção de pouco leite ou leite fraco é reflexo da insegurança materna, quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. A mãe, algumas vezes, interpreta o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamentos normais do bebê) como sinais de fome.	• Avaliar os fatores maternos (desejo de amamentar, estresse, falta de apoio e outros); • Acolher a mãe, aceitar a queixa (sem necessariamente concordar); • Avaliar se as mamas estão cheias ou flácidas;

	No entanto, algumas vezes, a percepção da mãe de que tem pouco leite é correta. Ela sente a mama murcha (flácida). A constatação pode ser feita pelo acompanhamento do peso do bebê, se ele estiver com ganho de peso inadequado, a preocupação da mãe será pertinente	- Verificar se a pega e o posicionamento do bebê estão corretos; - Aumentar a frequência das mamadas; - Dar tempo para o bebê esvaziar as mamas; - Oferecer as duas mamas em cada mamada; - Se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente, trocar o bebê de mama, mais de uma vez, numa mesma mamada; - Após a mamada, ordenhar o leite residual.
Mamilos planos ou invertidos	Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não a impede, pois o bebê faz o bico com a aréola.	- Encorajar a mãe, pois a medida que o bebê vai sugando, os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação; - Ajudar a mãe a fazer o bebê abocanhar os mamilos e parte da aréola, para isso é necessário que a aréola esteja macia; - Tentar posições diferentes e observar em qual delas a mãe e o bebê se adaptam melhor; - Enquanto o bebê não sugar efetivamente o leite deve ser ordenhado e oferecido ao bebê com copo (copinho com bordas arredondadas e finas) ou seringa
Ingurgitamento mamário	O ingurgitamento mamário envolve três componentes básicos, o aumento da vascularização da mama/congestionamento, retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Geralmente, o ingurgitamento das mamas ocorre de três a cinco dias após o parto, mas pode acontecer em qualquer período da lactação, devido leite em abundância, início	Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade. - Amamentar o mais cedo possível, logo após o parto; - Amamentar em livre demanda, sem horários pré-estabelecidos; - Observar técnica correta da amamentação;

	tardio da amamentação, restrição da frequência e da duração das mamadas e sucção ineficaz do bebê. O ingurgitamento pode ser fisiológico ou patológico.	• Evitar uso de água, chás e outros leites, para o bebê. Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes, muitas vezes, acompanhada de febre e mal estar. • Ordenha manual antes das mamadas; • Mamadas frequentes; • Massagem delicada nas mamas, com movimentos circulares, principalmente nos pontos mais ingurgitados; • Uso do sutiã com alças largas e firmes, para sustentação anatômica das mamas; • A mama deve ser ordenhada manualmente, se o bebê não sugar; • Prescrever analgésicos: Paracetamol 500 mg 6/6 horas / Dipirona 500mg 6/6 horas
Lesões ou Dor nos mamilos	Trauma mamilar (fissuras, edema, bolhas, hematomas, equimoses) é a causa mais comum de dor na amamentação, geralmente, devido pega e posicionamento inadequados. Outras causas também contribuem, como mamilos planos, curtos, invertidos, disfunções orais na criança (freio de língua excessivamente curto), uso inadequado de bomba, retirada do bebê do peito de forma inadequada, uso de óleos/cremes e produtos que podem causar reação alérgica e ressecamentos nos mamilos, uso de protetores de mamilos e forros úmidos por período prolongado.	• Evitar o uso de óleos, cremes, sabonetes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; • Observar a mamada e corrigir a pega, se necessário; • Se a mama estiver tensa, ordenhar antes das mamadas; • Amamentar em livre demanda (a criança é levada ao seio assim que sinaliza fome, isso evita que sugue com muita força); • Desencadear o reflexo de ejeção do leite (ordenhar um pouco de leite), evita que o bebê sugue com força para desencadear o reflexo;

		• Início da mamada pela mama menos afetada; • Observar presença de anquiloglossia; • Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; • No caso, de fissuras/rachaduras nos mamilos enxaguar com água limpa após as mamadas; • Manter os seios expostos ao ar livre, alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa; • Se dor, prescrever analgésico. • Aplicar leite materno nos mamilos e aréolas após as mamadas.
Mastite	É um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos das mamas, geralmente, unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. A estase do leite é o evento inicial da mastite e ocorre com mais frequência na segunda ou terceira semana após o parto, mas pode surgir em qualquer período da amamentação. O leite acumulado e o dano tecidual favorecem a instalação da infecção, comumente pelo <i>Staphylococcus (aureus e albus)</i> e às vezes por <i>Escherichia coli</i> e <i>Streptococcus</i>, sendo as lesões mamilares, a porta de entrada mais frequente das bactérias. A mastite pode ser infecciosa ou não infecciosa. A condição é dolorosa e pode comprometer o estado geral.	Mastite não infecciosa – Dor, edema, hiperemia e calor local. • Mesmo manejo do ingurgitamento patológico; • Estimular o repouso e o apoio emocional dos familiares. Mastite infecciosa – Dor, hiperemia, edema, calor local, febre (>38°C), calafrios e mal-estar. • Consulta médica, no mesmo dia.
Abscesso mamário	O abscesso na mama, em geral, é causado por mastite não tratada, tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama	No diagnóstico diferencial do abscesso, deve-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama.

	afetada pela mastite, sem a ordenha do leite. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico: febre mal-estar, calafrios e presença de área de flutuação no local afetado.	• Verificar a presença de nódulo duro que não regride, febre, às vezes, muito alta e de instalação súbita, sensação de mal-estar geral; • Consulta médica, no mesmo dia.
Candidose (infecção da mama por candidíase)	A infecção da mama no puerpério por <i>Candida</i> sp é comum. A infecção pode atingir somente a pele do mamilo ou da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. Pode ser causada pela umidade e lesão dos mamilos, uso de antibióticos, pela mulher, contraceptivos orais e esteroides. Muitas vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando não está aparente. Na infecção por <i>Candida</i> sp, a mulher costuma se coçar com coceira, sensação de queimadura e dor tipo agulhadas nos mamilos. Os mamilos e aréolas podem apresentar a pele avermelhada, brilhante ou irritada com descamação. Raramente se observa placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).	• Após as mamadas enxaguar os mamilos, secá-los e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores nos mamilos, se precisar, usar panos limpos e secos; • As chupetas e bicos não devem ser utilizados, mas se forem, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos; • Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente. • Nistatina solução oral - passar na mucosa oral da criança, 1 contagotas (1ml), por 14 dias. A mãe também deve usar nos mamilos e aréolas pelo mesmo período. • Observação: muitas espécies de <i>Candida</i> é resistente a nistatina. • Se o tratamento tópico falhar, encaminhe para consulta médica
Anquiloglossia (freio lingual curto / língua presa)	É uma anomalia congênita que pode prejudicar a capacidade do bebê se alimentar ao seio e causar desconforto na mulher ao provocar trauma e dor nos mamilos. O bebê pode ter dificuldade de fazer e manter a pega. Ocorre quando o freio lingual (frênulo) que prende a face inferior da língua restringe os movimentos da língua.	Se essa condição estiver dificultando a amamentação, está indicada a frenotomia. De acordo, com o Protocolo de Saúde Bucal o procedimento é realizado no Centro de Especialização Odontológica (CEO) e deve ser encaminhado pelo cirurgião-dentista dos Centros de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2015.

Quadro 21 – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação de aleitamento materno.

Condição Clínica Materna	Conduta do enfermeiro	Justificativa
Infecção por HIV	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV 1 e 2 (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno.	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno
Infecção pelo vírus da hepatite C	Discutir com médico. Geralmente o aleitamento não é contraindicado, exceto de fissuras mamilares ou carga viral elevada.	Possibilidade de transmissão para o bebê
Tuberculose pulmonar	Manter o aleitamento. A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas.	As drogas empregadas no tratamento da tuberculose não causam prejuízo ao bebê.
Doença de chagas	Contraindicar na fase aguda ou na ocorrência de sangramento dos mamilos.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção Herpética com vesículas localizadas na pele da mama	Manter aleitamento materno na mama sadia.	Caso haja contato com a mama afetada, há o risco de transmissão
Varicela se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto	Manter aleitamento materno após as lesões assumirem a forma de crosta. Antes disso, discutir com médico a fim de assegurar a nutrição adequada ao bebê, uma vez que a mãe deverá estar isolada.	Risco de transmissão da mãe para o bebê.

	A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.	
Em tratamento farmacológico	Alguns fármacos são considerados contraindicados (absolutos ou relativos) ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Se a mãe estiver em uso de algum medicamento destes ou outro que possa ter relação semelhante, encaminhar a mãe ao médico para avaliação e conduta.	Possíveis efeitos colaterais
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicar o aleitamento e encaminhar a criança para o médico ou pediatra a fim de assegurar a nutrição adequada do bebê.	Possíveis efeitos tóxicos para o bebê.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Desencorajar o uso de cigarro e bebida alcoólica. Manter o aleitamento materno.	Nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.

Fonte: BRASIL, 2015.

5.8.3 Modificações sobre a lactação normal

As Drogas Galactagogos são substâncias que auxiliam o início e a manutenção da produção adequada de leite. Os fármacos galactagogos atuam como antagonista dopaminérgico, reduzindo a ação inibitória da dopamina sobre a secreção de prolactina (BRASIL, 2015).

O uso de galactagogos deve ser reservado para situações em que foram descartadas as causas tratáveis de hipogalactia como o hipotireoidismo materno, por exemplo. O enfermeiro deverá questionar o uso dos seguintes medicamentos, e caso o identifiquem solicitar interconsulta com médico para avaliação de risco-benefício da manutenção ou retirada dos mesmo e discussão da forma de nutrição do bebê:

- Bromocriptina
- Bupropiona
- Cabergolina
- Ergometrina
- Ergotamina
- Estrogênios, como o etinilestradiol
- Levodopa
- Lisurida
- Modafinila
- Nicotina
- Pseudoefedrina
- Testosterona

Se mesmo após assegurar que a técnica de amamentação está correta, que já foram esgotadas as medidas que sabidamente aumentam a produção de leite (tais como maior frequências das mamadas e esvaziamento adequado das mamas) o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com médico para discutir a possibilidade de uso de galactagogos nos seguintes casos:

- Induzir da lactação em mulheres que não estavam grávidas como em mães adotivas ou que aguardam seus filhos nascerem de uma barriga de aluguel;
- Auxiliar na relactação;

- Aumentar do suprimento insuficiente de leite decorrente de separação mãe-filho por doença materna ou do lactente, como em mães de recém-nascidos pré-termo em unidades de terapia intensiva neonatais;
- Corrigir o baixo ganho ponderal do bebê afastando-se outras etiologias.

Dentre as substâncias que induzem, mantêm e aumentam a produção de leite, a metoclopramida é a única disponível na rede. No entanto, sua prescrição deverá ser exclusivamente médica.

Caso seja prescrita, o enfermeiro deverá acompanhar a mãe durante o período de uso em função do risco de depressão materna relacionado à metoclopramida e encaminhá-la ao médico caso observe algum sinal/sintoma depressivo. Atenção para a ocorrência de reação extrapiramidal, que exige atenção médica imediata.

Inibição da lactação

No caso de contraindicação da amamentação conforme condição clínica (Quadro 5.11) o enfermeiro deverá orientar medidas de supressão da lactação e garantir a nutrição adequada do bebê:

- Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitando a autonomia da mulher, após decisão informada), e encaminhar o bebê para o médico ou pediatra (referenciar para os serviços de assistência social nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários);
- Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); promovendo a inibição mecânica da lactação;
- Se já tiver ocorrido a apojadura, ordenhar as mamas e na sequência realizar a inibição mecânica da lactação;
- Desencorajar a aplicação de compressas ou banhos quentes nas mamas a fim de diminuir a vasodilatação e aumento de produção láctea.

5.9 Gestação e doenças infectocontagiosas que possam interferir na saúde do bebê

5.9.1 Zika

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. A gestante com sinais ou sintomas de Zika deverá receber cuidados e orientações complementares em função de uma possível relação com a microcefalia em recém-nascidos de mães que tiveram o vírus.

Todo caso suspeito deverá ser notificado obrigatoriamente e o pré-natal deverá ser mantido no CS. Alterações no fluxo de condução do pré-natal estão sujeitas à elaboração de notas técnicas acerca deste agravo. Diante de uma suspeita de gestante com Zika é importante perguntar e registrar sinais e sintomas, histórico de deslocamento para áreas de circulação de Zika vírus e idade gestacional (NOTA INFORMATIVA - SVS/MS, 2016).

a) Sintomatologia/Caso suspeito

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso (obrigatoriamente) acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia, edema periarticular.

Saiba mais em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf>

Cuidados

Repelentes de uso tópico: Orientar a aplicação de produtos repelentes de uso tópico que podem ser utilizados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. Estudos conduzidos em humanos durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópico de repelentes a base de n,n-Dietil-meta-toluamida (DEET) por gestantes é seguro.

(<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/04/Nota-Anvisa-Repelentes-eSaneantes-02dez2015.pdf>)

Repelentes ambientais e uso de inseticidas: Orientar sobre a utilização de produtos saneantes repelentes e inseticidas em ambientes frequentados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. A ANVISA não permite a utilização de substâncias que sejam comprovadamente carcinogênicas, mutagênicas ou teratogênicas em produtos saneantes. Entretanto, como os produtos são destinados a superfícies e ambientes, não são apresentados estudos com aplicação direta em pessoas o que significa que uma superexposição da gestante ao produto pode não ser segura. Dessa forma, a segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos (PORTAL SAÚDE- ANVISA, 2015).

A consulta de produtos saneantes regularizados na ANVISA pode ser feita nos endereços abaixo:

Registrados:

http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto/consulta_saneante.asp

Notificados:

<http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Notificado/Saneantes/NotificadoSaneante.asp>

Cuidados ambientais:

- Orientar a utilização de telas, mosquiteiros ou outras barreiras disponíveis em janelas e portas;
- Estimular o uso contínuo de roupas compridas ou que deixem áreas do corpo o menos expostas possível, aplicando repelente nessas áreas. Fique, preferencialmente, em locais com telas de proteção;
- Aconselhar que a gestante evite frequentar locais /horários com presença de mosquitos, focos ou criadouros em potencial (locais com água parada);

Cuidados sexuais

Orientar a prática sexual com uso de preservativos já que se considera que o vírus é capaz de ser transmitido por via sexual, ainda que provas mais contundentes sejam necessárias e devam surgir logo com estudos mais específicos.

Sempre alerte que, em suspeita de zika, não sejam utilizados aines ou medicamentos contendo aas. desencoraje a automedicação.

Puerpério e Zika

Já houve pesquisas que identificaram o vírus em leite materno. Entretanto, não se obteve a sua multiplicação. Como não há evidência científica que demonstre a transmissão do vírus Zika pelo leite materno, o Ministério da Saúde recomenda que seja mantido o aleitamento materno da mesma forma que para as demais crianças.

(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21869-a-puerperainfectada-com-o-virus-zika-pode-amamentar>)

Observações:

Em gestantes com suspeita de doença exantemática, solicite interconsulta com médico; e não se esqueça de notificar no Info e realizar contato imediato com a vigilância epidemiológica distrital.

5.9.2 Gestação e Varicela

A varicela é uma doença viral causada pelo vírus Varicela Zoster, habitualmente benigna na infância, embora esteja associada a complicações em gestantes. A infecção em gestantes no primeiro ou no segundo trimestre de gestação pode resultar em embriopatia.

Gestantes que tenham tido contato com casos confirmados de varicela deverão ser encaminhadas para o Hospital Nereu Ramos para receber a imunoglobulina específica, dentro do período hábil para bloqueio das manifestações clínicas: até 96 horas a partir do contato.

6 MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que pode afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida, (BRASIL, 2016).

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica (como a gravidez) e as mulheres devem ser encaminhadas para investigação no serviço de referência. A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais, (BRASIL, 2016).

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde, algumas sendo transitórias e outras permanentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva, (BRASIL, 2016).

A Atenção Primária a Saúde (APS) é essencial para que proporcione o acolhimento e assistência adequada as mulheres no climatério, devido a mesma ser a base para a realização dos cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde de forma que atenda todas as necessidades individuais da população, sendo esta, a principal porta de entrada para o sistema público de saúde, tornando-se necessário analisar a integralidade da assistência prestada as usuárias, (VIEIRA, 2018).

Desta forma durante os atendimentos as mulheres na APS, é importante que o profissional concentre-se na saúde mental, explore e investigue os problemas de sono, sintomas musculoesqueléticos, conscientize sobre as possíveis

deficiências locais de estrogênio, proporcionando o tratamento, conforme a necessidade, além de maneira holística, realizando orientações de prevenção, intervenção para as mulheres assim que alcançam a meia-idade, investigar e tratar outros sintomas da menopausa. Sugere-se o desenvolvimento de protocolos rigorosos e apoiados em evidências para que ocorram avaliações de saúde e funcionais, contemplando avaliações da saúde mental e física, (VIEIRA, 2018).

Os profissionais de saúde, em especial o profissional enfermeiro, envolvido diretamente com o cuidado, podem apoiar a mulher nesse período a medida que busca compreender como vivenciam essa fase de suas vidas para planejar uma assistência embasadas em suas reais necessidades, priorizando um cuidado humanizado e de qualidade. Sendo assim o presente estudo teve como objetivo apreender as percepções de mulheres que vivenciam o climatério, (VIEIRA, 2018).

Recomenda-se abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado. O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida, (BRASIL, 2016).

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida trata-se de momento oportunístico para o rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV), de cânceres de colo/mama e oferta de Check-up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos. Não se deve deixar de realizar exame físico, perguntar sobre sintomas, DUM e uso de método contraceptivo no momento e comorbidades, (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

6.1 Terapia De Reposição Hormonal (TRH)

Muitas mulheres nessa fase da vida buscam no serviço de saúde a prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), no entanto cabe ao enfermeiro orientá-la sobre indicações, contraindicações e limitações no tempo de

uso (máximo de 4 anos) e idade (até no máximo 60 anos). O uso prolongado de TRH pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares, (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TRH tópica por via intravaginal, com reavaliação semestral e respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, contanto que a mulher não apresente contraindicações absolutas e/ou relativas ao método. Mulheres em TRH deverão aferir os níveis pressóricos trimestralmente. Deverá ser reservada aos quadros de estrogenização relacionada ao rastreamento de câncer cérvico-uterino ou no caso de queixas relacionadas à sexualidade e funções urinárias, cujo esquema prescrito deverá ser o sugerido no PACK (**Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia inserido por 14 dias e, depois, 2x/semana**), (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

6.2 Contracepção no climatério

- Se em uso de ACO ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágenos quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Se em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 02 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de progestágeno, continue até os 55 anos ou se ainda menstruando, até 1 ano após o último ciclo.

Quadro 22- Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Contraindicações absolutas à TRH	Contraindicações relativas à TRH
• História de e/ou câncer de mama; • História de e/ou câncer de endométrio; • História de e/ou doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfiria	• Hipertensão arterial não controlada; • Diabetes mellitus não controlado; • Endometriose; • Miomatose uterina.

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016.

Quadro 23- Atenção e cuidado a mulheres no Climatério

O que fazer	Como fazer	Quem
Acolhimento com escuta qualificada	➤ Identificação dos motivos de contato; ➤ Direcionamento para o atendimento necessário; ➤ Equipe multiprofissional; ➤ Avaliação global.	Equipe Multidisciplinar
Avaliação global	➤ Entrevista • Data da última menstruação; • Uso de métodos anticoncepcionais; • Tabagismo e história familiar de câncer de mama; • Última coleta de citopatológico do colo do útero; • Sangramento genital pós-menopausa;	Equipe Multidisciplinar
Exame Físico	➤ Exame físico geral • De acordo com as queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares e cânceres de mama e colo do útero). • Avaliar dados vitais e antropométricos (peso e altura para • cálculo do IMC e circunferência de cintura); ➤ Avaliação de risco cardiovascular	Enfermeiro
	➤ Exame físico específico • Exame ginecológico orientado para queixas e fatores de risco cardiovascular e quedas no idoso; • Coleta oportunística* de citopatológico de colo uterino, se necessário; • Solicitação oportunística de mamografia se mulher maior de 50 anos.	Enfermeiro
	➤ Confirmação do climatério ➤ Definir climatério quando a mulher encontra-se dentro da faixa etária esperada para o período e apresenta: a) Queixas sugestivas (vide manifestações transitórias; e/ou b) 12 meses consecutivos de amenorreia;	Enfermeiro

	➤ Nos casos em que há amenorreia e outras irregularidades menstruais, realizar abordagem ampliada considerando outros diagnósticos diferenciais; ➤ A confirmação do climatério e menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).	
Plano de cuidados	➤ Abordagem integral e não farmacológica das queixas no climatério • Cuidados não farmacológicos das queixas no climatério (Quadro 2); • sintomas presentes no climatério, particularmente os fogachos, alteração transitória que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres nesse período; • Abordagem motivacional quanto ao estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene do sono) e à elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida; • Atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. • Orientar anticoncepção no climatério; • Realizar ações de prevenção de forma individualizada, em especial, quanto a doenças crônico-degenerativas; cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades; • Não há indicação da realização de exames de rotina no climatério, eles devem ser orientados de forma individualizada, quando necessário.	Enfermeiro
Educação em saúde	• Realizar orientação individual e coletiva para as mulheres	Equipe Multidisciplinar

	acerca de: Ressignificação do climatério; • Abordar a vivência da mulher nessa fase, do ponto de vista biopsicossocial. Enfatizar que, como nas demais fases da vida, está também pode ser experimentada de forma saudável, produtiva e feliz; • Incentivar e promover a troca de experiências entre as mulheres e a realização de atividades prazerosas, de lazer, de trabalho, de aprendizagem, de convivência em grupo, de acordo com os desejos, necessidades e oportunidades das mulheres e coletivos; • Ressignificação dessa fase de vida, que pode ser saudável, produtiva e Feliz; • Queixas do climatério; • Exercícios da musculatura perineal; • Alimentação saudável; • Estimular a alimentação rica em vitamina D e em cálcio, por meio do consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas; • Manutenção do peso normal; • Prática de atividade física; • Promover a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvem lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível; • Alterações e medidas de promoção à saúde bucal; • Infecções sexualmente transmissíveis, HIV, hepatites; • Transtornos psicossociais; • Prevenção primária da osteoporose e prevenção de quedas; • Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína;	
--	---	--

--	--	--

Fonte: BRASIL, 2016.

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

Quadro 24 -Quais são as queixas associadas ao climatério?

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

Fonte: BRASIL, 2016.

Quadro 25- Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas

Alterações dos ciclos Menstruais	• No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos. • O uso de contraceptivos hormonais (ACO ou progestágenos isolados) para planejamento reprodutivo dificulta a identificação da menopausa; nestes casos, para avaliação do <i>status</i> hormonal, deve-se realizar pausa de sete dias do AOC para a realização da dosagem do FSH.
Fogachos e suores Noturnos	Atentar para: • Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar. Orientar: • Dormir em ambiente bem ventilado; • Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; • Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; • Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; • Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos
Problemas com o sono	Orientar: • Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior; • Se há necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos; • Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir; • Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde; • Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno; • Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis; • Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde; • Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer; • Experimentar uma respiração lenta e profunda.
Sintomas urogenitais	• Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar pode estar relacionados à atrofia genital; • Considerar o uso de: lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal.
Transtornos psicossociais	• Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido; • Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente; • Conduta: a) valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; b) estimular a participação em atividades sociais; c) avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; d) considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.

Diminuição da libido	• Estimular o autocuidado; • Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); • Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica; • Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; • Estimular a prática de sexo seguro; • Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; • Considerar a terapia hormonal local.
Sexualidade	• A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus: identificação da função reprodutora com a função sexual; ideia de que a atração se deve apenas da beleza física associada à jovialidade; associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos; • Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia; • Conduta: a) estimular o autocuidado; b) estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); c) avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal; d) apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; e) estimular a prática de sexo seguro; f) orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; g) considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital.

Fonte: BRASIL, 2016.

7 ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO DE ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Este manual amplia essas concepções, o cuidado da Enfermagem deve ser ético, pressupondo habilidades técnicas, conhecimento, sensibilidade e experiências, e guiado por ações que assistam, ofereçam suporte e facilitem ou melhorem a vida de quem é atendido em suas necessidades. Engloba a saúde e sua integralidade, nos seus aspectos psicobiológicos, espirituais, sociais e políticos.

A integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e se configura como condição essencial para a assistência de adolescentes e jovens por orientar a organização dos serviços em seus diversos níveis de complexidade, assim como ampliar a visão sobre os determinantes biopsicossociais relacionados às necessidades de saúde desta faixa.

Enfermagem na Atenção Básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos, visando à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Na Saúde da Criança e do Adolescente, a Enfermagem, sobretudo, vem acompanhar o desenvolvimento infanto-juvenil e ampliar as competências e responsabilidades familiares no cuidado da criança e do adolescente, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

O primeiro desafio para a Atenção Básica ir além da demanda referenciada e o trabalho interno com a equipe, conscientizando que o acolhimento de adolescentes e jovens é tarefa de todos os profissionais.

Uma estratégia de sucesso tem sido a utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente, masculina e feminina, que contém informações a respeito do crescimento e desenvolvimento, da alimentação saudável, da prevenção de violências e promoção da cultura de paz, da saúde bucal e da saúde sexual e saúde reprodutiva desse grupo populacional. Traz ainda método e espaço para o registro antropométrico e dos estágios de maturação sexual, das intervenções odontológicas e o calendário vacinal. Os profissionais de saúde devem usar a Caderneta como instrumento de apoio a consulta, registrando os dados relevantes para o acompanhamento dos adolescentes na Atenção Básica, (BRASIL, 2018).

O atendimento ao adolescente deve sempre levar em conta, dentre outras variáveis, o processo de crescimento e desenvolvimento e sua vulnerabilidade a inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais, cuja análise

permitirá a identificação dos fatores protetores que devam ser promovidos e os riscos que deverão ser afastados e/ou atenuados, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

A Atenção básica é a responsável pela articulação e pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde do município. Na organização da atenção integral serão contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos; ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente. E, ainda, as linhas de ação:

- Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento físico e psicossocial;
- Saúde Sexual e a saúde Reprodutiva;
- Saúde bucal;
- Saúde mental;
- Prevenção ao uso de álcool e outras drogas;
- Prevenção e controle de agravos;
- Educação em saúde;
- Direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

7.1 Maturação sexual

A primeira manifestação de puberdade na menina é o surgimento do broto mamário. E seguido do crescimento dos pelos pubianos e pelo estirão puberal. A menarca acontece cerca de um ano após o máximo de velocidade de crescimento, coincidindo com a fase de sua desaceleração. A ocorrência da menarca não significa que a adolescente tenha atingido o estágio de função reprodutora completa, pois os ciclos iniciais podem ser anovulatórios. Por outro lado, é possível acontecer também a gravidez antes da menarca, com um primeiro ciclo ovulatório, (BRASIL, 2018).

A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em média aos 9 anos, que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento do contralateral. No mesmo ano há o aparecimento dos pelos pubianos, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

- Aproximadamente aos 10 anos de idade começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto.
- A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir prescindida de uma secreção vaginal clara. A idade média para a menarca gira em torno de 12 anos aproximadamente. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós-menarca.
- Após a menarca a adolescente pode crescer em média 7 cm.

Os hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH) atuam sobre o ovário iniciam a produção hormonal de estrógeno e progesterona, responsáveis pelas transformações puberais na menina.

7.1.1 Puberdade precoce e puberdade tardia

A puberdade, precoce e tardia, refere-se ao aparecimento de características sexuais secundárias em idades cronológicas que podem ser consideradas prematuras ou atrasadas para este desenvolvimento. É importante, também, observar a velocidade com que os eventos puberais estão se sucedendo, (BRASIL, 2018).

No sexo feminino é considerado precoce qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos de idade. No caso da puberdade atrasada, considera-se tardia a telarca e pubarca que ocorrem em idades superiores a 13 e 14 anos, respectivamente, e a menarca em idades maiores de 16 anos, (BRASIL, 2018).

7.1.2 Avaliação da puberdade

Quadro 26- Avaliar e classificar a maturação sexual de adolescentes entre 10 e 19 anos

Perguntar	Observar	Avaliar
• Antecedentes: menarca da mãe, avós, tias, irmãs etc. • Idade de início dos odores desagradáveis das axilas, aparecimento dos pelos pubianos. • Desenvolvimento mamário e menstruações. • Polução noturna. • História nutricional. • Doenças crônicas. • Inquietações dos pais ou responsáveis frente ao desenvolvimento do adolescente (ambos os sexos). • Inquietações do adolescente (ambos os sexos) sobre seu desenvolvimento	• Caracteres sexuais secundários e características da genitália externa. • Aspecto nutricional. • Sinais clínicos compatíveis com patologia crônica. • Atitude do adolescente frente às mudanças puberais.	• Estágio de Tanner (em cada consulta). • Características da mama. • Presença de ginecomastia. • Volume testicular, características do escroto, tamanho do pênis. • Velocidade do crescimento. • Idade óssea (se necessário). • Tempo de permanência em um determinado estágio de maturação (seguimento)

Fonte: BRASIL, 2018.

7.1.3 Antropometria

Os dados antropométricos são importantes e valiosos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar de mais difíceis de obter, devido a característica única do estirão puberal e da velocidade rápida de mudanças corporais que ocorrem nesse período, (BRASIL, 2018).

O adolescente tem um crescimento de cerca de 20% a 25% da sua estatura final e de 40% a 50% do seu peso final nesse período. Estes parâmetros são alcançados, em média, durante o intervalo de três a cinco anos no estirão da puberdade. Assim, o profissional de enfermagem deve avaliar a Estatura/Idade, Índice de Massa Corporal (IMC)/Idade e os Estágios Puberais de Tanner de todos os adolescentes que comparecerem a unidade de saúde.

O quadro 27 esquematiza os procedimentos e materiais necessários para a avaliação antropométrica do adolescente.

Quadro 27- Procedimentos e materiais necessários para a avaliação antropométrica

Avaliação	Procedimento	Materiais necessários
Estatutura/ Idade	Medir a estatura, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS). – Identificar a idade do adolescente. – Plotar no gráfico, de acordo com o sexo. – Verificar o diagnóstico nutricional, de acordo com o Escore-z.	Antropometro/Estadiometro. – Gráfico de Estatura/Idade para os sexos masculino e feminino.
IMC/Idade	Medir a estatura, com o adolescente descalço, segundo técnicas de antropometria (OMS). – Pesar o adolescente com roupas leves, sem sapatos, adereços, celulares etc. – Calcular o IMC. – Identificar a idade do adolescente. – Plotar no gráfico, de acordo com o sexo. – Verificar o diagnóstico nutricional, de acordo com o Escore-z.	Antropometria/Estadiometro. – Balança eletrônica ou mecânica. – Calculadora. – Gráfico de IMC/Idade para os sexos masculino e feminino

Fonte: BRASIL, 2018.

7.2 Consulta

O reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos traz princípios fundamentais que devem ser observados na prática e na relação de profissionais de Saúde com esse grupo populacional.

Esses princípios, relacionados a seguir, facilitam a análise dos casos atendidos, mesmo que não sejam suficientes para a tomada de decisão e necessitem de outros valores para aprofundar a análise ética. No entanto, não são princípios absolutos e sim condicionantes ou dependentes da situação em que se encontram os adolescentes.

O princípio biótico da beneficência prevê que os profissionais de Saúde devem buscar o bem-estar da pessoa/usuário evitando, na medida do possível, quaisquer danos e risco a vida. O princípio biótico da não maleficência define que

há obrigação de não acarretar dano a pessoa. Já o princípio biótico do respeito a autonomia significa que o profissional da saúde deve respeitar a decisão e as escolhas livres de adolescentes (art. 7 do ECA, 1990), desde que tenham capacidade para tal, preservando seus direitos fundamentais em acordo com as atuais condições ético-sociais.

7.2.1 Consulta de enfermagem ao adolescente

A consulta de enfermagem fundamenta-se no processo de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção, baseada em uma relação de confiança e empatia onde o enfermeiro deve manter uma postura de compreensão e atenção a todas as informações, queixas e necessidades que levaram o adolescente a procurar esse atendimento, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro durante a consulta deve abordar temas de interesse do adolescente, estimulando-o desta forma a expor seus problemas e angústias, estabelecendo uma troca de informações de maneira franca e aberta, sem expressar julgamentos, sugere-se que a primeira consulta de enfermagem possa ser dividida em duas etapas, não necessariamente no mesmo dia, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

A consulta não deve ter a abordagem tradicional com formatos rígidos, pré-concebidos, unidirecional e informativa é importante respeitar a singularidade de cada um, considerando sempre as especificidades relativas à idade, ao gênero, à orientação sexual, à raça, à etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade, ao trabalho, dentre outros aspectos, abordando sempre o adolescente em sua integralidade. Não existe um jeito único para se trabalhar com o adolescente, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

O enfermeiro durante a consulta deve abordar temas de interesse do adolescente, estimulando-o desta forma a expor seus problemas e angústias, estabelecendo uma troca de informações de maneira franca e aberta, sem

expressar julgamentos, sugere-se que a primeira consulta de enfermagem possa ser dividida em duas etapas, não necessariamente no mesmo dia.

- Monitorar o processo de crescimento, desenvolvimento púbere e psíquico. Identificar e promover os fatores de proteção;
- Identificar os fatores de risco que deverão ser afastados e/ou atenuados;
- Realizar a busca de possível uso de álcool, crack e outras drogas;
- Negociar e estabelecer conjuntamente metas de redução de uso, promovendo assim redução de danos e quando necessário trabalhar conjuntamente com o CAPS-AD;
- Esclarecer sobre o direito de assistência à saúde;
- Incentivar a responsabilizar-se por seu próprio cuidado e discutir com ele plano ou estratégia para o cuidado;

7.2.2 Informações importantes para realização da consulta de enfermagem

- Durante a primeira consulta é importante estabelecer um “pacto” ou “contrato” com o adolescente e sua família, sendo informados sobre o sigilo da consulta, a partir do qual, o que for dito pelo adolescente só será repassado aos pais com o consentimento deste, exceto em situações de risco de vida próprio ou de terceiros;
- É fundamental dispor de um tempo adequado para cada atendimento, principalmente para a realização de uma abordagem integral e de orientações preventivas. Alguns retornos podem ser necessários para estabelecer um vínculo de confiança e esclarecer situações mais complexas;
- No caso do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, ao identificar um adolescente com questões de risco ou de saúde mais complexa tem a necessidade de tentar expandir seu vínculo através do Agente Comunitário de Saúde para auxiliá-lo no acompanhamento, incentivá-lo a buscar mais vezes esse profissional para discutir e refletir sobre seus problemas como também envolver toda a família;
- No Histórico de Enfermagem ou levantamento de dados é importante abordar como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, ao seu relacionamento com a família e com seus

pares, a forma como utiliza as horas de lazer, as suas vivências anteriores no serviço de saúde, as expectativas quanto ao atendimento atual e a seus planos para o futuro se conhece a rede da região;

- Além disso, a menarca, a espermarca, ciclo menstrual, tristeza, melancolia, dificuldade em lidar com as frustrações, não se sentir compreendido, rejeições, uso de drogas e ideia ou tentativa de suicídio, são temas que podem estar presentes na vida de alguns adolescentes e o fato de perguntar (se preocupar) é importante e estratégico, pois abre uma possibilidade de identificação e pode reforçar a empatia entre o profissional e o adolescente.
- Se o adolescente não estiver à vontade para responder, o profissional poderá postergar essas questões para outro encontro.

CONSULTA DE ENFERMAGEM DEVE CONTEMPLAR:

- Higiene e alimentação;
- Orientações sobre os métodos anticoncepcionais;
- Orientações preventivas para IST/AIDS, gravidez precoce não planejada e aborto;
- Avaliação e fornecimento de anticoncepção de emergência;
- Vacinação, incluindo a HPV;
- Orientação sobre sexualidade e informações sobre diferentes opções sexuais;
- Identificação da influência familiar, grupo cultural, social, mídia;
- Observação de risco para exploração sexual, violência doméstica e fugas;
- Vinculação escolar e bullying;
- Orientações sobre álcool, drogas, uso de piercings e tatuagens;
- Convidar para grupos existentes na Unidade e na Comunidade;

Encaminhamentos para acompanhamento médico, psicológico e odontológico

7.2.3 Acolhimento

Tendo como fundamento os princípios acima relatados, unidos aos direitos de justiça e do melhor interesse dos adolescentes também garantidos no

ECA, e preciso trazer outras ações que constroem a atenção integral para esse importante grupo etário. Independente da razão que faz com que o adolescente procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal, que engloba a comunicação verbal e a não verbal. Para muito além das palavras, deve-se estar atento às emoções, aos gestos, ao tom de voz e à expressão facial do usuário, (BRASIL, 2018).

7.2.4 Anamnese

O profissional de Saúde não deve ficar restrito a obter informações sobre o motivo focal que levou o adolescente ao serviço de saúde, e sim conhecer o adolescente como um todo, seguindo um roteiro de anamnese. Isto inclui a avaliação de como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, seu relacionamento com a família e com seus pares, a forma como usa as horas de lazer, suas vivências anteriores no serviço de saúde, expectativas em relação ao atendimento atual e seus planos para o futuro, (BRASIL, 2018).

É importante salientar que durante a anamnese podem surgir barreiras de comunicação. Além de reconhecê-las e tentar superá-las, o profissional deverá buscar explorar as razões que determinam esse comportamento. Não sendo possível melhorar o relacionamento profissional de saúde/adolescente, ele deve ser referido a outro profissional. Para a anamnese, o quadro a seguir indica aos profissionais de Saúde como obter informações dos adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 10 e 19 anos: perinatal, pessoal e familiar. Todos os dados obtidos na anamnese e exame físico fornecerão subsídios para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do qual devem participar o profissional/ equipe de saúde, o adolescente e a família, quando possível, (BRASIL, 2018).

Quadro 28- Anamnese do adolescente

Perguntar	Observar	Especificar
• Motivo da consulta: do adolescente e do responsável (quando presente). • Antecedentes pessoais e familiares. • Educação. • Trabalho. • Vida social. • Hábitos. • Alimentação. • Uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. • Acidentes. • Sexualidade. • Situação emocional • Imagem corporal • Projeto de vida • Aparelhos e sistemas orgânicos. • Segurança ambiental no território.	• Condições gerais: higiene pessoal, aparência, tatuagem e piercings. - Atitude durante a consulta, rejeição/aceitação. • Comunicação. • Sinais de depressão, de ansiedade. • Sinais de desnutrição/obesidade. • Satisfação com sua imagem corporal. Obs. O exame físico pode ser realizado em mais de uma consulta, de acordo com a necessidade ou aceitação do adolescente.	- Crescimento. • Desenvolvimento. • Estado emocional. • Estado nutricional. • Estágio puberal. • Acuidade visual. • Saúde bucal. • Imunizações. • Capacidade de resiliência. • Vulnerabilidades. • Patologias clínicas/psicossociais. • Inserção na família, escola, trabalho e comunidade.

Fonte: BRASIL, 2018.

7.3 Exame físico

O exame físico deve ser uma oportunidade de o profissional abordar temas educativos com o usuário em relação a seu corpo, como, por exemplo, por meio da instrução do autoexame das mamas. A orientação sobre hábitos higiênicos e um aspecto importante a ser tratado neste momento. Sempre que possível, deve-se realizar o exame físico completo na primeira consulta, iniciando pelo exame da cabeça e terminando nos pés, incluindo um *screening* da acuidade visual, pesquisa de caries dentárias, observação cuidadosa de pele e mucosas, exame da coluna, do aparelho genital, entre outros. De acordo com os protocolos de controle de pressão arterial, todos os adolescentes e jovens deverão ter sua pressão arterial aferida anualmente, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

Quadro 29- Exame físico

Perguntar	Observar
• Deseja ser acompanhado por um familiar durante o exame físico? • Você está insatisfeito com algum aspecto de seu corpo? • Você tem alguma doença ou problema clínico em tratamento? • Tem problema com os cabelos? • Dificuldade visual e/ou auditiva? Tem exposição prolongada a ruídos excessivos? • Ronca quando dorme? Tem mau hálito? - Dor de garganta frequente? • Faz sua higiene bucal de rotina? • Tem hábitos alimentares peculiares? • Tem o hábito de induzir vômitos? • Tem dores, mal-estar, desmaios etc.? • Como são suas menstruações/ poluções noturnas, atividades sexuais?	• Condições gerais • Iniciar o exame físico no sentido da cabeça para os pés. • Examinar a pele. • Verificar acuidades visual e auditiva. • Respiração bucal. Palidez de mucosa nasal. Rinorréia. • Voz anasalada. Muda vocal. • Hipertrofia de amídalas. • Arcada dentária. Posicionamento dos dentes. Manchas e perdas dentárias. • Postura. Exame da coluna. • Estágio de Tanner. Altura, peso e pressão arterial.

Fonte: BRASIL, 2018.

Informações importantes para realização do exame físico

- O exame físico é um momento para se avaliar o estado de saúde, o autocuidado e para fornecer informações e orientações sobre as transformações físicas e psicossociais que vêm ocorrendo, além de complementar os dados coletados no histórico.
- Durante o exame é necessária a presença de outro profissional de saúde no consultório. Mantenha a discrição e não faça exclamações ou comentários durante o exame.
- Observar que a inspeção seja feita de forma segmentar, sempre cobrindo a região que não está sendo examinada.
- Analisar cuidadosamente da cabeça aos pés.
- O adolescente deve ser orientado sobre a realização do exame físico passo a passo, de forma que ele possa participar de todos os momentos da consulta, revelando preocupações que havia omitido anteriormente, respeitando sempre seus pudores e temores, adiando, se necessário, a realização do exame físico.

- A pressão arterial (PA), nos primeiros anos de vida tem elevação gradual. Na adolescência há uma elevação mais rápida até chegar aos níveis pressóricos do adulto.
- A avaliação da PA deve ser uma rotina na consulta do adolescente, para permitir a identificação precoce de hipertensão arterial.
- No exame das genitálias sempre utilizar luvas, não devendo ser, obrigatoriamente, realizado na primeira consulta.
- Ao final da consulta esclarecer o adolescente sobre os diagnósticos de enfermagem encontrados e a prescrição/ plano de cuidados, deixando claro o seu parecer quanto ao estado de saúde do adolescente.
- Remarcar as consultas, mostrando disponibilidade para continuar o seu atendimento. A frequência dos retornos dependerá do caso em questão.

7.3.1 Exame Ginecológico

Uma variedade de condições pode levar uma adolescente a uma primeira visita para o atendimento ginecológico. Os pais e/ou responsáveis tomam a iniciativa e marcam a consulta, quando percebem alterações que os preocupam. Outras vezes a adolescente procura o serviço para receber informações quanto a normalidade de seu corpo, por problemas, principalmente os relacionados a menstruação, ou porque está pensando em iniciar um relacionamento sexual, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

O profissional de Saúde deve demonstrar competência, habilidade, experiência e capacidade de bom relacionamento humano. Ele precisa conquistar a confiança da jovem, sem pressa e respondendo as dúvidas com respostas concretas e jamais assumindo atitude crítica, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015)

A rotina do exame ginecológico mamas, abdômen, órgãos genitais. O exame físico nunca deve ser forçado, devendo ser adiado, quando necessário. Recomenda-se a presença do acompanhante e/ou outro profissional de Saúde da equipe durante o procedimento. Os exames complementares dependerão essencialmente do quadro clínico. Em alguns casos faz-se necessário referenciar

para consultas especializadas, (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

Orientações

- Explicar a importância do exame genital/ginecológico e as razões para fazê-lo;
- Enfatizar a importância da higiene na área genital;
- Usar modelos ou diagramas para explicar o aparelho reprodutor feminino;
- Explicar e orientar sobre a importância do uso da dupla proteção, que é o uso do preservativo masculino ou feminino associado a outro método anticoncepcional, e sobre a anticoncepção de emergência, mesmo que a adolescente não tenha iniciado a atividade sexual;
- A orientação quanto a métodos contraceptivos deve ser abordada com clareza e de preferência com o parceiro, quando possível;
- Ensinar o registro dos ciclos menstruais no calendário e o seu preenchimento na sua Caderneta de Saúde;
- Ensinar o autoexame das mamas.

Quadro 30- Exame de adolescentes do sexo feminino

Perguntar	Observar
História familiar: idade da menarca da mãe, irmãs, tias. Síndrome do ovário policístico (SOP), endometriose, transtornos menstruais, dismenorreia, câncer. História pessoal: idade cronológica, alergias, doenças crônicas e agudas, anorexia/bulimia, hábitos higiênicos. História menstrual: idade da menarca, data da última menstruação, características do sangramento menstrual, dismenorreia, sintomas pré-menstruais. História sexual: idade do início das relações sexuais coitais, número de parceiros, idade do(a) parceiro(a) atual, tempo da relação com o(a) parceiro(a) atual, satisfação sexual. Uso de preservativos para proteção contra IST ou gravidez. Abuso sexual, dor, prurido, secreção vaginal. Disúria. Avaliar risco para HIV. Exame de rotina ginecológico e das mamas. Exame citológico preventivo de câncer cervicouterino.	Atitude ante o exame físico e genital: aceitação ou rejeição. Exame físico: Acne. Hirsutismo. Úlceras na mucosa bucal. Baixa estatura. Estágio de Tanner. Exame genital Inspeção: higiene, distribuição de pelo pubiano. Vulva: buscar sinais de estrogenização, nódulos, úlceras, vesículas. Secreção vaginal (odor, cor). Ânus: asseio, lesões, fissuras, hemorroidas. Palpação: se a glândula de Bartholine for palpável, uretra (secreção). Gânglios binguinais Se indicado medir vagina. Exame ginecológico: com espéculo nas sexualmente ativas; inspeção do cérvix, ectropio, friabilidade, ponteador avermelhado (morango), cistos de Naboth, secreção mucopurulenta e paredes de vagina.

	Colher secreção para exame colpocitológico. Palpação bimanual: Colo uterino: posição, mobilização dolorosa. Útero: tamanho, posição, tumoração, dor.
--	--

Fonte: BRASIL, 2018.

7.4 Sexualidade

Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade par adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamento estão em processo de formação e solidificação, (BRASIL, 2018).

A maneira como os adolescentes expressam e vivem a sua sexualidade e influenciada por vários fatores entre os quais estão: a qualidade das relações, emocional e afetiva, que vivera com as pessoas significativas na infância e na sua vivencia atual; relações com seus grupos de pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais trazidas pelo crescimento desenvolvimento e pelo início da capacidade reprodutiva, até os valores, crenças, normas morais, mitos e tabus, e tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos(as), (BRASIL, 2018).

7.4.1 Gravidez na adolescência

Realizados na faixa etária entre 15 a 19 anos e 1% de 10 a 14 anos. Este fato deve-se à intensificação das campanhas em relação ao uso de preservativo, disseminação de informação quanto aos métodos anticoncepcionais e um maior acesso da população aos serviços de saúde, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

Apesar deste decréscimo, a gravidez na adolescência continua sendo um fator preocupante no caso de situação de risco. As consequências da gravidez serão agravadas de acordo com a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais da adolescente. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

Até o momento não existem estudos suficientes que ressaltem diferenças clínicas e obstétricas entre adolescentes grávidas e grávidas de outras faixas etárias, desde que o pré-natal seja adequadamente, assistido. É importante lembrar que gestantes menores de 16 anos necessitam ser acompanhadas pelos serviços de referência devido ao potencial de risco, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

A experiência da gravidez na adolescência pode, no olhar da adolescente, não ser vivenciada como um problema, dependendo das circunstâncias em que ocorre. A falta de perspectiva em relação à vida pode tornar a gravidez e, conseqüentemente, a maternidade um projeto de vida e a possibilidade de mudança de status no meio familiar de origem e ingresso na vida adulta, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

Dicas para o Atendimento de adolescentes grávidas

- Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente, um dia da semana para o atendimento de adolescentes;
- Assumir uma postura acolhedora e compreensiva frente a adolescente e sua família;
- Estimular a participação do pai da criança durante todo o pré-natal, desde consultas até grupos, exames, etc.;
- Desenvolver grupos específicos para adolescentes grávidas e seus companheiros, sempre que possível, dando ênfase a questões próprias desta faixa etária;
- Enfatizar a necessidade do cuidado com a saúde reprodutiva a fim de prevenir uma segunda gravidez não desejada e ISTs/AIDS,
- No caso de teste de gravidez negativo, encaminhar para grupo de saúde reprodutiva;
- Não rotular os adolescentes como incapazes de cuidar de uma criança;
- Encaminhar os adolescentes para atividades culturais, esporte, lazer, etc;
- Orientar os familiares para uma postura menos recriminatória e punitiva;
- Orientar a necessidade do apoio familiar ao invés de assumir a função do adolescente como pais;

- Ficar atento à expressão corporal que pode dizer muito sobre adolescente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/miolo_pcdt_ist_22_06_2016_web_pdf_28406.pdf> acesso 5 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 29: rastreamento**. Brasília-DF, 2010. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/linha_tempo_cab29.pdf>. Acesso em: 5 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 23**. Aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª edição. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf> acesso em 4 dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf> acesso 4 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_peg_20_10_1.pdf> acesso em 21 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 2 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed., 2. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>> Acesso em: 17 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescent_e.pdf> Acesso em: 5 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf> acesso em 4 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetriciaversao-26-de-maio--4-.pdf>> Acesso em: 3 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf > Acesso em: 12 ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>> Acesso em: 2 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/imp_eticas_0.pdf > acesso em 21 Ago 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Procedimentos a serem adotados para a Febre do Zika no Brasil** (Nota Informativa). Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf>> Acesso em: 17 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf > Acesso em: 17 ago. 2019.

DUNCAN et all. **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed., 2014.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil Adulto/Versão:** Florianópolis. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária a Saúde. Florianópolis-SC, 2016.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.** Florianópolis-SC, 2010. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.35.51.3a63f3314c0be02ad278320_128d3574a.pdf> Acesso em: 2 nov 2019.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Florianópolis, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem vol.1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares.** Florianópolis-SC, 2016. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_08_2016_21.59.34.ea6112e47c464ef7561565_13fb07d85e.pdf>. Acesso em: 3 set 2019.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública.** Florianópolis-SC, 2016. Disponível:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c_5a0d844ca2.pdf> Acesso em: 4 set 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO):** manual gerencial. [S.l.]: INC, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.** Genebra: OMS, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert consultation and review of the latest evidence to update guidelines for the management of sexually transmitted infections,** Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections.** [S.l.]: WHO, 2007.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

**CUIDADO À SAÚDE EM INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS): PROTOCOLO DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA- CEARÁ

2020

AUTORES

Ana Paula Brandão da Silva- Enfermeira pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza (2010) e Especialista em Gestão Pública. Enfermeira da atenção primária a saúde. Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará - COREN, Gestão 2018-2020.

Anna Paula Sousa da Silva- Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (2006), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2008) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2012), ambos na área da saúde da mulher e oncologia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase tanto em Enfermagem hospitalar como em Atenção Básica à Saúde. Docente da Área de Saúde da Mulher e Saúde Sexual e Reprodutiva e Semiologia e Semiotécnica na UniFanor/Wynder e Área de Semiologia e Métodos e Técnicas de Ensino na Unichristus. Enfermeira assistencial do Hospital Geral de Fortaleza na clínica de ginecologia, mastologia e cirurgia plástica.

Ana Thawlya Leite Cruz- Graduada em Enfermagem pela Fanor/Devry-(2014) Enfermagem em Obstetrícia pela UECE-(2017), Especialista em Saúde Pública pela Kurios-(2017), Membro como vogal da Comissão de Instrução da Comissão de Ética do Conselho Regional de Enfermagem do COREN-CE; Membro da Comissão Regional de Gestão de Crise-CRGC
Ouidora do Conselho regional de Enfermagem desde 2018.

Ariadne Freire de Aguiar Martins- Enfermeira graduada pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza- UNIFAMETRO (2013), monitorou a disciplina Saúde da Mulher e Cuidado com o RN (bolsista)- UNIFAMETRO em 2013, Especialista em Saúde Pública- sanitarista (2017) e Processos de gestão na atenção à saúde (2019) pela ESP-CE; Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência-4SABERES (2015); Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde-CMEPES na UECE. Atualmente Gestora da UAPS Anastácio Magalhães. Enfermeira da Atenção Primária de Saúde; Conselheira e Membro da Comissão de Ética do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE Gestão 2018-2020.

Ilka Alcântara de Araújo- Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Especialista em: 1-Epidemiologia e Vigilância em Saúde; 2-Saúde Pública e 3-Gestão Pública. Atualmente docente, visitante, da Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO). Atuou em Serviços de Atendimento Especializados em HIV/AIDS (SAE).

Kilvia Regia Silva Diógenes- Enfermeira graduada pela FGF. Especialista em UTI. Atuou como Coordenadora e Enfermeira Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (Hospital da Mulher de Fortaleza). Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE Gestão 2018-2020.

Lediane Ferreira da Silva- Enfermeira graduada pela Uninassau Fortaleza (2018);
Pós-graduanda em Saúde Pública com ênfase na Atenção Primária Uninassau Fortaleza;
Secretaria geral na associação dos enfermeiros do estado do Ceará (ASSEC);
Colaboradora do Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE Gestão 2018-2020.

Natana Cristina Pacheco Sousa -Enfermeira graduada pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza UNIFAMETRO (2013), monitorou a disciplina Saúde da Mulher e Cuidado com o RN (bolsista)- UNIFAMETRO em 2013, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2017), Sanitarista pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP - CE (2018). Especializanda em MBA em Gestão da Saúde pela Estácio do Ceará (2019). Enfermeira da atenção primária a saúde do município de Sobral e enfermeira obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Colaboradora do Conselho Regional de Enfermagem, Membro da Comissão de Ética do Coren -CE e integrante da Câmara Técnica de Educação e Pesquisa -COREN/CE Gestão 2018-2020.

Roberta Kariline Ribeiro Pinheiro- Enfermeira graduada pela Faculdade Terra Nordeste - FATENE, (2015). Assessora Técnica da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Colaboradora do Conselho Regional de Enfermagem, Membro da Comissão de Ética do Coren-CE e integrante da Câmara Técnica de Educação e Pesquisa -COREN/CE Gestão 2018-2020.

APRESENTAÇÃO

Este protocolo foi elaborado pela Equipe do Conselho Regional de Enfermagem-Ceará com o objetivo de ser uma tecnologia que colabore com a construção de conhecimentos, por parte do enfermeiro, para o cuidado à saúde na infecção sexualmente transmissível na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS) a qual considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A APS deve ser a principal porta de entrada da mulher usuária do Sistema Único de Saúde e é esta atenção primária que deve funcionar como a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A APS apresenta-se como o eixo estruturante do SUS e constitui-se como o primeiro nível de atenção na RAS. É enfatizada, cada vez mais, sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir da qual realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Possui um papel de congregar um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária e base territorial. Dessa forma, suas três funções essenciais são: resolver a maioria dos problemas de saúde da população; organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários dos serviços de saúde pelos diversos pontos de atenção à saúde; e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

O cuidado na atenção APS precisa ser ofertado integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Este cuidado será oferecido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar na qual está inserido a enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). A nova Portaria da PNAB (2017) prevê várias estratégias de execução da atenção primária, dentre as quais a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, os profissionais que estão na APS irão, em seus processos de trabalho, ter o cuidado às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como um foco de sua atuação. Por isso, materiais educativos que contribuam para a educação permanente dos profissionais de enfermagem são relevantes de modo a colaborar para a contínua qualificação dos profissionais e de suas práticas objetivando um cuidado cada vez mais aperfeiçoado e que possa promover a saúde em todos os ciclos de sua vida.

Além dessa habilidade técnica no cuidado aos pacientes com IST, é imprescindível que os profissionais de enfermagem conheçam e apliquem as normas regulamentadoras do exercício, dos direitos e das obrigações profissionais. Do ponto de vista ético, é esperado que o enfermeiro utilize sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, assegurando o atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos quando estes forem previsíveis.

Nesse contexto, o enfermeiro deve garantir a segurança e a integridade do paciente. De acordo com o Código de Ética de Profissionais de Enfermagem, as responsabilidades e os deveres desses profissionais, entre outros, são: “Assegurar uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” e “proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde”.

As ações dos profissionais de enfermagem devem fundamentar-se nos valores da profissão e no Código de Ética, assegurando a promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. Nesse sentido, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7498/1986, que estabelece as competências dos profissionais de enfermagem e a responsabilidade no agir com base nas competências técnicas, éticas, políticas ou relacionais de cada

um. No seu art. 11º respalda o enfermeiro no exercício de suas atividades, como observado a seguir:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – Privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (VETADO);
- e) (VETADO);
- f) (VETADO);
- g) (VETADO);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

1 SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variável, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie pallidum. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser Transmitida Verticalmente (TV), ou seja, transmitida para o feto durante a gestação de uma mulher portadora da doença e não tratada ou tratada de forma inadequada (BRASIL, 2017).

A maioria dos portadores são assintomáticos; mas quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parceiras ou parceiros sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente o sistema Nervoso Central (SNC) e o sistema cardiovascular (BRASIL, 2017).

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

O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da doença. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e, principalmente, saber interpretar os resultados dos exames para diagnóstico e controle do tratamento.

1.1 Transmissão da sífilis

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/ tardia). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele (BRASIL, 2019).

Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença. Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto de vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% morte in útero, parto pré-termo ou morte neonatal.

1.2 Classificação clínica da sífilis

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento, conforme segue (BRASIL, 2019):

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

Sífilis primária: o tempo de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”. A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração pode variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla.

Sífilis secundária: ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um período de até dois anos. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria.

Inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas

mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, populosas eritematosa acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Estas são lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaléia e adinamia.

A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, têm-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveíte. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão.

Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (até dois anos de infecção) e latente tardia (mais de dois anos de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante um a dois anos da infecção.

Sífilis terciária: ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 2 e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do SNC e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

1.3 Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

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

Quadro 31 - Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

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

Fonte: DCCI/SVS/MS, 2019.

1.4 Diagnóstico

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos.

1.4.1 Testes imunológicos de sífilis

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de

sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos.

1.4.2 Testes treponêmicos

São testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). São distribuídos pelo Ministério da Saúde para estados e Distrito Federal, sendo os mais indicados para início de diagnóstico.

Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de serem realizados no momento da consulta, possibilitando o acompanhamento e o tratamento imediato, quando necessário.

Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7498/1986, que estabelece as competências dos profissionais de enfermagem e a responsabilidade no agir com base nas competências técnicas, éticas, políticas ou relacionais de cada um. No seu art. 11º respalda o enfermeiro no exercício de suas atividades, privativamente:

- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro ou outro profissional de nível superior habilitado. Quando realizado pelo enfermeiro este deve realizar as anotações em prontuário ou boletim de atendimento, da data e

hora do procedimento, aspecto da polpa digital ou local de punção, desconforto decorrente da perfuração necessária, resultados encontrados e as orientações efetuadas, devendo ao final registrar o nome completo e COREN do responsável pelo procedimento. É vetado ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem emitir laudo, que é privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior (COFEN, PARECER 259/2016).

Este deve colaborar com o enfermeiro durante todo o procedimento, disponibilizando insumos e recursos necessários além de condições adequadas para procedimento e acolhimento. Ressalvando que os profissionais necessitam estar devidamente capacitados a realização do procedimento como preconiza a legislação vigente (COFEN, PARECER 259/2016).

1.4.3 Testes não treponêmicos

Esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem a análise qualitativa e quantitativa. Sempre que um teste não treponêmico é realizado, é imprescindível analisar a amostra pura e diluída, em virtude do fenômeno prozona. Uma vez observada reatividade no teste, a amostra deve ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.). Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões, e estão descritos nos Quadro 32. e no Quadro 33 Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos.

Quadro 32- Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos

	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	MATERIAL	SENSIBILIDADE/ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO	OBSERVAÇÕES
Exam e em campo escuro	Lesões primárias e secundárias	Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto de sífilis	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados Negativo: considerar que:	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos). Não é recomendado para lesões de cavidade oral.
Pesquisa direta com material corado		Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	1) número de T. pallidum na amostra não foi suficiente para sua detecção; 2) a lesão está próxima à cura natural; 3) a pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico	

Fonte: DCCI/SVS/MS, 2019.

Quadro 33- Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

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

Fonte: DCCI/SVS/MS, 2019.

1.5 Tratamento de sífilis

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

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

- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

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

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

1.5.1 Aplicação de benzilpenicilina benzatina

Como medida de garantia de acesso, a benzilpenicilina benzatina passou a ser componente estratégico na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). A compra e distribuição tem como base de cálculo os casos notificados de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes.

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2016). Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.

A atuação do enfermeiro na atenção básica torna-se, portanto, imprescindível na perspectiva de garantir a integralidade do cuidado desde a detecção, diagnóstico e tratamento da sífilis. Tendo em vista que os enfermeiros possuem maior vínculo com a comunidade e por serem veículos de informação na atenção primária, o conhecimento destes acerca do manejo desta doença pode corroborar para um desfecho favorável, contribuindo na elaboração de estratégias que apontem caminhos para uma assistência de qualidade.

O Sistema do Conselho Federal de Enfermagem(COFEN) / COREN, reafirmando seu compromisso com o cuidado à saúde prestado pelos profissionais de enfermagem, deixa claro através desta nota técnica, os seguintes pontos COFEN, CTLN nº 03/2017.

- A penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das unidades básicas de saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais, distrito federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.
- A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzatina por profissionais de enfermagem.

Quadro 34 Tratamento de sífilis adquirida

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Trimestral

Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI/ dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4h ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV ao dia, por 10- 14 dias	Exame do Líquido Cefalorraquidiano(LCR) de 6/6 meses até normalização
---------------	---	---	--

Fonte: BRASIL. 2019.

1.6 Acompanhamento de titulação de VDRL

Na evidência de sífilis, independentemente do estágio, o acompanhamento de cura deverá ser feito através da solicitação de VDRL, no seguinte esquema;

- ✓ Não gestante: solicitar VDRL a cada 3 meses no primeiro ano, e a cada 6 meses no segundo ano;
- ✓ Gestante: solicitar VDRL mensalmente até o final da gestação. Após, seguir o esquema para não-gestante. Com o tratamento completo, a conduta a partir do próximo VDRL dependerá do resultado, da seguinte forma:
 - Novo VDRL é menor 1:4 ou sem alteração;
 - Novo VDRL é maior 1:4 mas pelo menos 4 vezes menor que o anterior (ex. Era 1:32 e agora é 1:8) após 3 meses, ou após 12 meses de tratamento para sífilis tardia prévia.

Conduta: continuar monitoramento com VDRL conforme esquema acima até completar 2 dois anos do início do tratamento, quando poderá ser dado alta na continuidade desta titulação. Se titulação de VDRL maior que a especificada ou insegurança na interpretação do exame, solicitar atendimento conjunto com médico.

2 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consultas de enfermagem na atenção primária, tendo o profissional enfermeiro um importante papel no diagnóstico e tratamento do mesmo. É fundamental a diferenciação do corrimento vaginal fisiológico dos causados por agentes infecciosos. Uma boa coleta de dados e o exame físico criterioso devem ser capazes de definir a melhor conduta em cada situação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Pode-se classificar o corrimento vaginal em infecções endógenas (candidíase e vaginose bacteriana) e as IST (ex. tricomoníase, clamídia e gonorreia, . Esta classificação torna-se importante pelo fato que no primeiro caso não há necessidade de tratamento dos parceiros (exceto se os mesmos estiverem sintomáticos, quando deverão passar por consulta para avaliação), enquanto na outra situação o tratamento é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Entre as causas não infecciosas do corrimento vaginal, incluem-se drenagem de excessivo material mucóide fisiológico, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa) ou presença de corpo estranho. Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (líquen, psoríase).

As Infecções do Trato Reprodutivo (ITR) são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto) ;
- IST (tricomoníase infecção causada por *T. vaginalis* , infecção por clamídia causada por *C. trachomatis* e gonorreia infecção causada por *N. gonorrhoeae*))

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico. A infecção vaginal pode ser

caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. Daí a necessidade de indagar sobre:

- Consistência, cor e alterações no odor do corrimento;
- Presença de prurido; e/ou
- Irritação local.

A investigação da história clínica deve ser minuciosa, abrangendo informações sobre:

- Comportamentos e práticas sexuais;
- Data da última menstruação;
- Práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos; e/ outros potenciais agentes irritantes locais.

2.1 Exame ginecológico

Durante o exame ginecológico, o profissional de saúde deve observar e anotar as características do corrimento questionadas à paciente, bem como a existência de ulcerações, edema e/ou eritema.

- Examinar a genitália externa e região anal;
- Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente;
- Introduzir o espéculo, do tamanho adequado, para examinar a vagina, suas paredes, o fundo de saco e o colo uterino;
- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo);
- Colher material para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” – em uma lâmina ou chumaço de gaze, acrescentar uma gota de KOH 10% sobre positivo se apresentar cheiro de peixe podre) e para realização da bacterioscopia, quando disponível;
- Havendo possibilidade de realização no local, coletar material endocervical para cultura de *N. gonorrhoeae* em meio de transporte e pesquisa de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* por biologia molecular a

amostra para biologia molecular pode ser substituída pela urina de 1º jato (armazenada na bexiga no mínimo por 4h), seguindo as orientações da coleta e armazenamento, conforme o meio a ser utilizado (BRASIL, 2019).

2.2 Candidíase vulvovaginal

Candida albicans é o agente etiológico da candidíase vulvovaginal (CVV) em 80% a 92% dos casos, podendo o restante ser devido às espécies não *albicans* (*glabrata*, *tropicalis*, *krusei*, *parapsilosis*) e *Saccharomyces cerevisiae*. Durante a vida reprodutiva, 10% a 20% das mulheres serão colonizadas por *Candida spp.*, de forma assintomática, sem requerer tratamento (BRASIL, 2019).

2.2.1 Fatores que predispõem à candidíase vulvovaginal

- Gravidez;
- Obesidade;
- Diabetes mellitus (descompensado);
- Uso de corticoides;
- Uso de antibióticos;
- Uso de contraceptivos orais;
- Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia;
- Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência);
- Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local;
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex.: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos);
- Infecção pelo HIV/.

2.2.2 Particularidades: candidíase vulvovaginal

- a) Nos casos recorrentes ou de difícil controle, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).

- b) Dentre as reações adversas raras (entre 0,01% e 0,1%) do uso do fluconazol, citam-se agranulocitose, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anafilaxia, angioedema, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipocalemia, toxicidade e insuficiência hepática.
- c) Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais.

2.3 Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana (VB) é a desordem mais frequente do trato genital inferior entre mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não) e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Está associada à perda de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbios, com predomínio de *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Mobiluncus curtesii*, *Mobinculus mulieris*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactiae*. A afecção é facilmente identificada ao exame especular, que mostra as paredes vaginais em sua maioria íntegras, marrons homogêneas ao teste de Schiller, banhadas por corrimento perolado bolhoso em decorrência das aminas voláteis (BRASIL, 2019).

A Vaginose bacteriana: corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia. Não é considerada IST por se desenvolver normalmente por desequilíbrio da flora normal vaginal. Não é necessário tratar parceiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

2.3.1 Diagnóstico de vaginose bacteriana

Se a microscopia estiver disponível, o diagnóstico é realizado na presença de pelo menos três critérios de Amsel :

- Corrimento vaginal homogêneo;
- pH >4,5;
- Presença de cocobacilos cobrindo toda a célula escamosa (clue cells) no exame de lâmina a fresco;

- Teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).
- O padrão-ouro é a coloração por Gram do fluido vaginal. Para se quantificar o número de bactérias e lactobacilos patogênicos, resultando em um escore que determina se há infecção.

2.3.2 Particularidades: vaginose bacteriana

a) VB recorrente: o triplo regime (metronidazol gel dez dias + ácido bórico 21 dias + metronidazol gel duas vezes por semana, por quatro a seis meses) parece promissor, porém requer validação com estudo prospectivo randomizado e controlado. O papel do ácido bórico é remover o “biofilme” vaginal que facilitaria a persistência das bactérias patogênicas

b) O uso de antissépticos, pré-bióticos e pró-bióticos e a reposição de lactobacilos vem sendo estudada, mas há ainda longo caminho a percorrer, pois a reposição deve ser realizada com as espécies que habitam a vagina e produzem H₂O₂, características primordiais para a proteção contra várias infecções

c) Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de duas horas entre as ingestas do metronidazol e ritonavir.

2.4 Tricomoníase

O diagnóstico laboratorial microbiológico mais comum é o exame a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação do parasita ao microscópio. Habitualmente visualiza-se o movimento do protozoário, que é flagelado, e um grande número de leucócitos. O pH quase sempre é maior que 5,0. Na maioria dos casos, o teste das aminas é positivo. À bacterioscopia com coloração pelo método de Gram, observa-se o parasita Gram-negativo, de morfologia característica.

Tricomoníase: corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica

marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a “framboesa”. É considerada IST, sendo necessário o tratamento do parceiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

2.4.1 Particularidades: tricomoníase

a) Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para a interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de duas horas entre as ingestas do metronidazol e ritonavir.

b) A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após três meses, para avaliar se as alterações persistem.

Infecções mistas: não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso. Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Uma das maneiras mais fáceis de realizar a diferenciação entre candidíase e vaginose/Tricomoníase é a realização do teste de Whiff, que consiste na colocação de 2 gotas de KOH (hidróxido de potássio) a 10% sobre o conteúdo vaginal em uma espátula ou lâmina (este material não poderá ser utilizado para outros fins, como análise laboratorial). O teste é positivo quando esta reação exala cheiro forte, semelhante a peixe podre, sendo indicativo de vaginose bacteriana (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

2.5 Cervicite

As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Os principais agentes etiológicos são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (BRASIL, 2019).

Os fatores associados à prevalência são: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outra IST e uso irregular de preservativo (BRASIL, 2019).

Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou *swab*. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade. O risco de desenvolvimento de sequelas é dependente do número de episódios de DIP. Além disso, outros sintomas, como corrimento vaginal, febre, dor pélvica, dispareunia e disúria também podem estar associados (BRASIL, 2019).

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres frequentemente não produzem corrimento vaginal; entretanto, se ao exame especular for constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou teste do cotonete positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia, pois esses são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite – inflamação da mucosa endocervical (BRASIL, 2019).

Os sinais e sintomas da cervicite por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, em 60% a 80% das vezes, caracterizam-se por dor à manipulação do colo, muco cervical turvo ou amarelado e friabilidade cervical, porém, o diagnóstico sindrômico de cervicite não se presta para aplicação em massa, tendo em vista que o agravo é assintomático em uma frequência que pode atingir até 93,3%. Além disso, outros sintomas, como corrimento vaginal, febre, dor pélvica, dispareunia e disúria também podem estar associados (BRASIL, 2019).

As infecções gonocócicas ou por clamídia durante a gravidez poderão estar relacionadas a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN (BRASIL, 2019).

Observações:

- O tratamento das parcerias sexuais está recomendado;

- Orientar quanto ao efeito antabuse não fazer uso de bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento;
- Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das gestantes;
- Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais;
- Manter o tratamento durante a menstruação.

2.6 Tratamento

Quadro 35 - Tratamento de candidíase vulvaginal

CANDIDÍASE VULVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia
CVV complicada e CVV recorrentes	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana,

	por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. • É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. • Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.	

Fonte: BRASIL, 2019

Quadro 36 - Tratamento de vaginose bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Recorrentes	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento

	supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. • Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: BRASIL, 2019.

Quadro 37 - Tratamento de tricomoníase

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. • Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

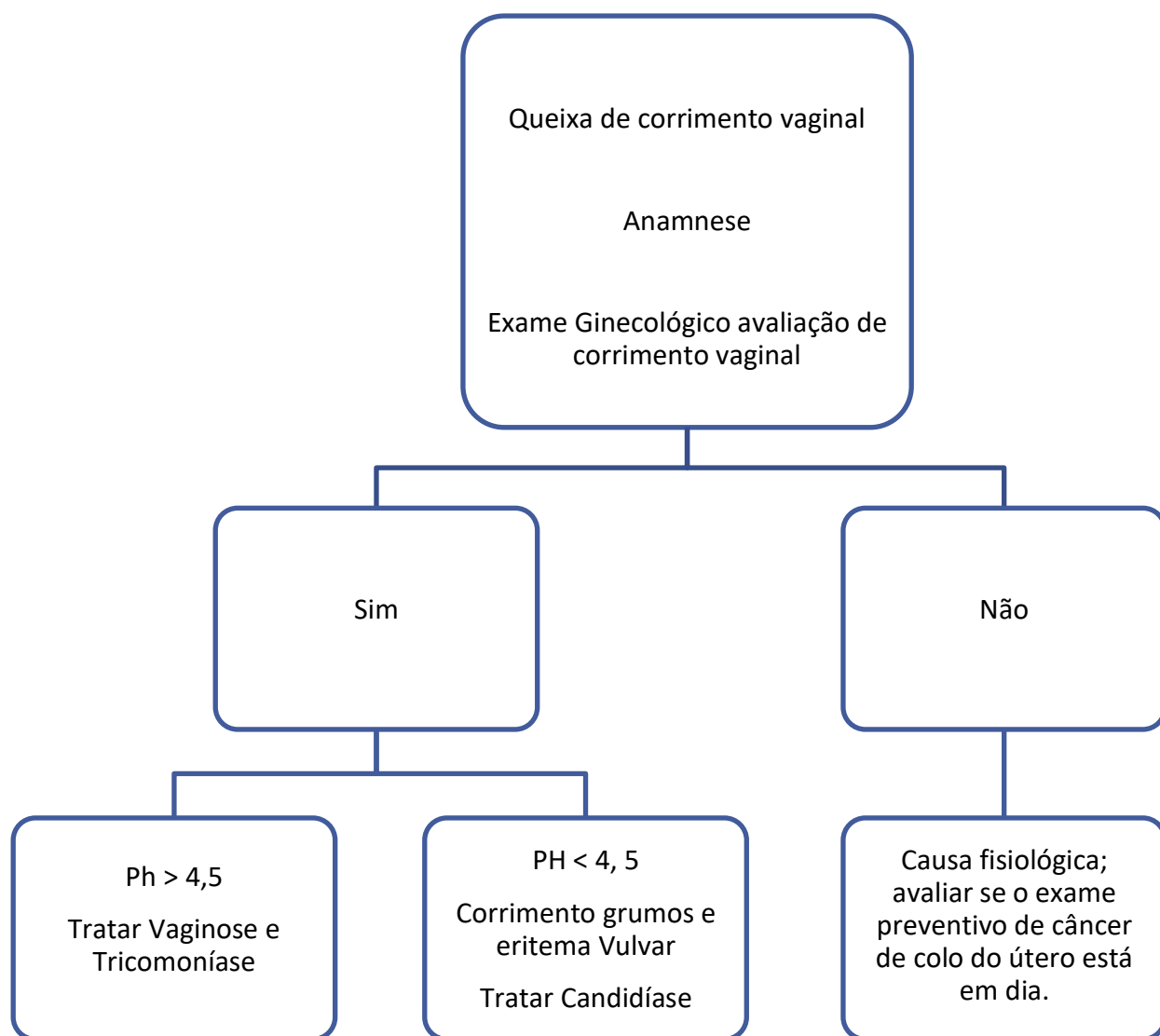
Fonte: BRASIL, 2019

Quadro 38 - Tratamento de gonorreia e clamídia

GONORREIA E CLAMÍDIA	TRATAMENTO
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

Fonte: BRASIL, 2019

Figura 2 -Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal



Fonte: Adaptado, (BRASIL, 2019)

O Quadro 39 descreve o rastreamento de IST recomendado por subgrupo populacional, respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária.

Quadro 39 - Rastreamento DE IST

QUEM		QUANDO		
	HIV	Sífilis	Clamídia e gonocococ	Hepatites Bd e Cc
Adolescentes e jovens menor ou igual a 30	Anual		Ver recomendações para pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativo	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal, no início do 3º trimestre. No momento do parto ou aborto, independente de exames anteriores		Na primeira consulta do pré-natal	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) Hepatite C, de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição ao HCV
Gays e HSH Profissionais do sexo Travesti/transexuais Pessoas que usam álcool e outras drogas	Semestral		Ver recomendação para pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativo	Semestral
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de Tuberculose	No momento do diagnóstico			

Fonte: Protocolo de atenção básica de enfermagem, Pernambuco, 201

QUEM	QUANDO			
	HIV	Sífilis	Clamídia e gonocococ	Hepatites Bd e Cc
VHIV	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativo	semestral	semestral		
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	Semestral	Semestral
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após o exposição e 3 meses após	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 6 meses após exposição	No atendimento inicial e 6 meses após exposição
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 6 meses após a exposição	No atendimento inicial e 6 meses após a exposição
• HIV: preferencialmente com teste rápido. • Sífilis: preferencialmente com teste rápido para sífilis. Para pessoas com história de sífilis, iniciar rastreamento com teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR). • Clamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: em urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital, swab anal e amostras faríngeas. • Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que não foi vacinada, ou que foi vacinada, mas apresenta títulos de anti-HBs inferiores a				

10mUI/mL e HBsAg não reagente (ou teste rápido não reagente). e Hepatite C: preferencialmente com teste rápido.

- É recomendada a realização da sorologia em gestantes com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente.

Fonte: Protocolo de atenção básica de enfermagem, Pernambuco, 2019.

2.7 Cuidados de enfermagem

O enfermeiro desempenha atividades de naturezas diversas na atenção primária em saúde, incluindo aquelas relacionadas às IST. Tradicionalmente desenvolve trabalhos de educação em saúde junto ao Programa Saúde nas Escolas (PSE) onde se abordam questões sexuais e reprodutivas nos adolescentes. Vale ressaltar que o enfermeiro com grande frequência identifica IST nas consultas realizadas na população, como também, nas coletas de material citopatológico para identificação de câncer de colo de útero (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Além disso, o enfermeiro tem desempenhado importante papel no acolhimento à demanda espontânea nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS). Por isso, é fundamental que este profissional esteja devidamente capacitado e legalmente amparado para a identificação, tratamento e orientação das IST mais comuns, propiciando ao usuário menor constrangimento e maior privacidade, já que na primeira escuta terá este problema resolvido (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Cuidados relacionados	Sinais de alerta
1. Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais.	• Dor abdominal; • Parto ou abortamento recente; • Sangramento vaginal anormal; • Comprometimento do estado geral;

2. Contribuir para que a pessoa a reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST. 3. Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatite B e C. 4. Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado. 5. Informar sobre a possibilidade de realizar Prevenção Combinada para IST/HIV/hepatites virais. 6. Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais. 7. Notificar o caso, quando indicado.	● Sinais de desidratação ou choque; ● Febre; ● Dor à mobilização do colo.
--	---

Fonte: Adaptado, (BRASIL, 2019)

3 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral (BRASIL, 2019).

O corrimento uretral pode ter aspecto que varia de mucóide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral (BRASIL, 2019).

Entre os fatores associados às uretrites, foram encontrados: idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos (BRASIL, 2019).

3.1 Etiologia do corrimento uretral

Os agentes etiológicos mais importantes do corrimento uretral são a *N. gonorrhoeae* e a *C. trachomatis*. Outros agentes, como *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, enterobactérias (nas relações anais insertivas), *M. genitalium*, vírus do herpes simples (HSV, do inglês Herpes Simplex Virus), adenovírus e *Candida spp.* são menos frequentes. Causas traumáticas (produtos e objetos utilizados na prática sexual) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de corrimento uretral (BRASIL, 2019).

3.2 Aspectos específicos do corrimento uretral

3.2.1 Uretrite gonocócica

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral, causado pela *N. gonorrhoeae* (diplo-coco Gram negativo intracelular). O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é de 50% por ato sexual (BRASIL, 2019).

Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção (membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva). A gonorreia é frequentemente assintomática em mulheres e também quando ocorre

na faringe e no reto. A infecção uretral no homem pode ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% e/ou disúria (> 50%).

O período de incubação é cerca de dois a cinco dias após a infecção. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite (dor, prurido, hiperemia da região prepucial, descamação da mucosa e, em alguns casos, material purulento e de odor desagradável no prepúcio). As complicações no homem ocorrem por infecção ascendente a partir da uretra (orquiepididimite e prostatite).

A infecção retal é geralmente assintomática, mas pode causar corrimento retal (12%) ou dor/desconforto perianal ou anal (7%). A infecção de faringe, tanto em homens como em mulheres, é habitualmente assintomática (> 90%).

A infecção gonocócica disseminada é rara (< 1%); resulta da disseminação hemática a partir das membranas mucosas infectadas e causa febre, lesões cutâneas, artralgia, artrite e tenossinovite sépticas. Pode também causar, raramente, endocardite aguda, pericardite, meningite e perihepatite. Acomete mais as mulheres, sendo associada à infecção assintomática persistente, e o maior risco é durante o período menstrual, gravidez e pós-parto imediato.

3.2.2 Uretrite não gonocócica

É a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como *C. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* e *T. vaginalis*, entre outros. A infecção por clamídia no homem é responsável por aproximadamente 50% dos casos de uretrite não gonocócica (BRASIL, 2019).

A transmissão ocorre pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com uretrite não gonocócica hospedem a *C. trachomatis* na endocérvice. Quando os parceiros e parceiras sexuais não são tratados podem reinfectar seus parceiros sexuais e no caso das mulheres, essas podem desenvolver um quadro de Doença Inflamatória Pélvica (DIP). A uretrite não

gonocócica caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente (BRASIL, 2019).

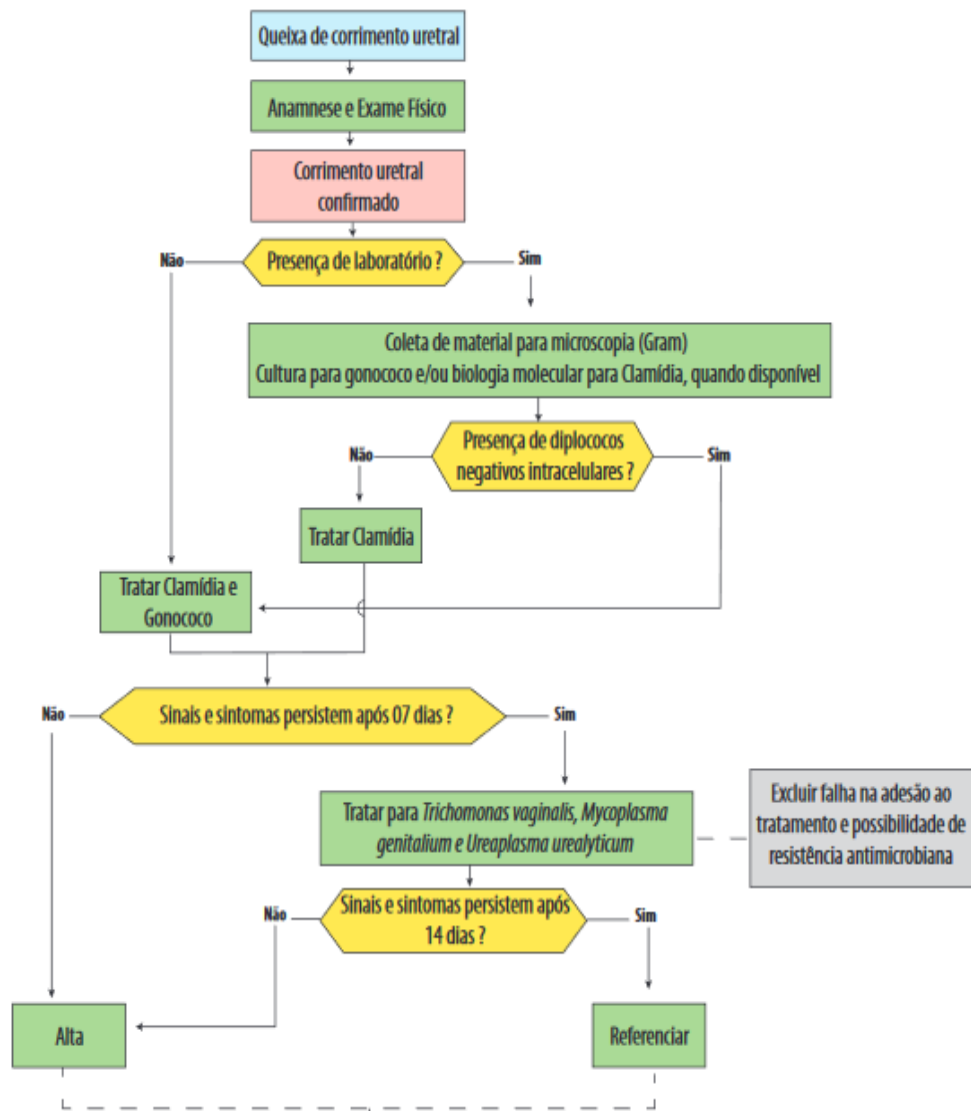
A uretrite subaguda é a forma de apresentação de cerca de 50% dos pacientes com uretrite causada por *C. trachomatis*. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das uretrites não gonocócicas podem simular, clinicamente, os da gonorreia. As uretrites causadas por *C. trachomatis* podem evoluir para: prostatite, epididimite, balanite, conjuntivite (por autoinoculação) e síndrome uretroconjuntivo-sinovial ou síndrome de Reiter.

3.2.3 Uretrites persistentes

Os pacientes com diagnóstico de uretrite devem retornar ao serviço de saúde entre sete e dez dias após o término do tratamento. Os sinais e sintomas persistentes ou recorrentes de uretrite podem resultar de resistência bacteriana, tratamento inadequado, não adesão ao tratamento e reinfeção. Nesses casos, deve-se realizar a avaliação, principalmente, por meio da história clínica. Descartadas as situações, devem-se pesquisar agentes não suscetíveis ao tratamento anterior (ex.: *T. vaginalis*, *M. genitalium* e *U. urealyticum*) (BRASIL, 2019).

Outras causas não infecciosas de uretrites, como trauma (ordenha continuada), instrumentalização e inserção de corpos estranhos intrauretrais ou parauretrais (piercings), e irritação química (uso de certos produtos lubrificantes e espermicidas) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de uretrites persistentes (BRASIL. 2019).

Figura 3 - Fluxograma para o manejo de corrimento uretral



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2019.

- Informação/Educação em saúde
- Oferta de preservativos e gel lubrificante
- Oferta de testes para HIV e demais IST (sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia), quando disponíveis
- Ênfase na adesão ao tratamento
- Vacinação para HBV e HPV, conforme estabelecido
- Oferta de profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado
- Oferta de profilaxia pós-exposição às IST em violência sexual
- Notificação do caso, conforme estabelecido

- Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas)

3.3 Tratamento para corrimento uretral

Quadro 40 - Tratamento de escolha

	TRATAMENTO DE ESCOLHA
Uretrite gonocócica e por clamídia não complicada (uretrite e proctite)	Ciprofloxacina 500 mg, 1 comprimido, VO, dose única, MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes: A ciprofloxacina é contraindicada, sendo a ceftriaxona o medicamento de escolha
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 7 dias OU Amoxicilina 500 mg, VO, 3x dia, por 7 dias
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2019.

3.4 Papel do enfermeiro na consulta de enfermagem

- Acolhimento do paciente;
- Escuta ativa, livre de julgamentos ou imposição de valores;
- Exame físico;
- Observação da clínica do paciente;
- Transcrição e prescrição de medicamentos de acordo com o protocolo.

4 INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam síndrome clínica, sendo muitas vezes causadas por IST, e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional na população sexualmente ativa, em particular nos adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2019).

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, como, por exemplo, úlcera genital por *Treponema pallidum* e HSV-2. A prevalência dos agentes etiológicos sofre influência de fatores geográficos, socioeconômicos e de gênero, além do número de parcerias sexuais, uso de drogas, circuncisão, sexo profissional, entre outros (BRASIL, 2019).

4.1 Aspectos específicos das úlceras genitais

Os aspectos clínicos das úlceras genitais são bastante variados e têm baixo poder preditivo do agente etiológico (baixa relação de sensibilidade e especificidade), mesmo nos casos considerados clássicos.

4.1.1 Herpes Genital

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família *Herpesviridae*, da qual fazem parte o citomegalovírus (CMV), o vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes humano. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões periorais (BRASIL, 2019).

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primeira infecção herpética e surtos recidivantes. Sabe-se que muitas pessoas que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações (BRASIL, 2019).

A primeira infecção herpética tem um período de incubação médio de seis dias. Em geral, é uma manifestação mais severa, caracterizada pelo surgimento de lesões eritemato-papulosa de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas e de

localização variável na região genital. O conteúdo dessas vesículas é geralmente citrino, raramente turvo (BRASIL, 2019).

O quadro local na primeira infecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de manifestações gerais, podendo cursar com febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa (BRASIL, 2019).

Após a infecção genital primária por HSV-2 ou HSV-1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação viral. Essa reativação deve-se a quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência (BRASIL, 2019).

O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primeira infecção e pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos, como prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital. A recorrência tende a ser na mesma localização da lesão inicial, geralmente, em zonas inervadas pelos nervos sensitivos sacrais. As lesões podem ser cutâneas e/ ou mucosas. Apresentam-se como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a visualização das vesículas, uma vez que seus tetos rompem muito facilmente (BRASIL, 2019).

As gestantes portadoras de herpes simples apresentam risco acrescido de complicações fetais e neonatais, sobretudo quando a infecção ocorre no final da gestação. O maior risco de transmissão do vírus acontece no momento da passagem do feto pelo canal de parto. A infecção pode ser ativa (em aproximadamente 50% dos casos) ou assintomática. Recomenda-se a realização de cesariana sempre que houver lesões herpéticas ativas (BRASIL, 2019).

Nos pacientes com imunodepressão, podem ocorrer manifestações atípicas, com lesões ulceradas ou hipertróficas de grandes dimensões, que persistem na ausência de tratamento local ou até mesmo sistêmico.

4.1.2 Cancróide

O cancróide é uma afecção provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. Denomina-se também cancro mole, cancro venéreo

ou cancro de Ducrey. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em uma relação sexual é de 80%, mais frequente em homens (BRASIL, 2019).

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil (BRASIL, 2019).

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco bálano-prepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30% a 50% dos pacientes, a bactéria atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão). No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em na maioria dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica (BRASIL, 2019).

4.1.3 Linfogranuloma Venéreo (LGV)

O LGV é causado por *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3. A manifestação clínica mais comum é a linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que esses sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos.

A evolução da doença ocorre em três fases: inoculação, disseminação linfática regional e sequelas, que são descritas a seguir:

- **Fase de inoculação:** inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequelas. Muitas vezes, não é notada pelo paciente. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa;
- **Fase de disseminação linfática regional:** no homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma a seis semanas após a lesão inicial; é geralmente unilateral (em 70% dos casos) e se constitui no principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação;

- **Fase de sequelas:** o comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa. A lesão da região anal pode levar a proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo.

Cuidados

Recomenda-se o uso de preservativos ou outros métodos de barreira para sexo oral, vaginal e anal previnem a infecção por *C. trachomatis*. Acessórios sexuais devem ser limpos antes de sua utilização, sendo necessariamente de uso individual.

O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal (BRASIL, 2019).

4.1.4 Donovanose

É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais.

O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho” nas bordas cutâneas e/ou mucosas. Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Na mulher, a forma elefantiásica é uma sequela tardia, sendo observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos (BRASIL, 2019).

O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

4.2 Métodos diagnósticos de úlceras genitais

A etiologia das úlceras genitais é determinada pela associação de sinais e sintomas clínicos, histórico de exposição ao risco e resultados de testes diagnósticos.

4.2.1 *Haemophilus ducreyi*

Microscopia de material corado pela técnica de coloração de Gram: visualização de bacilos Gram-negativos típicos, de tamanho pequeno, agrupados em correntes dos tipos “cardume de peixes”, “vias férreas” ou “impressões digitais” em material coletado das úlceras genitais.

- Coleta do material biológico: coleta do exsudato seroso da base da lesão, livre de eritrócitos, outros organismos e restos de tecido.
- Resultado positivo: presença de achados morfológicos típicos de *Haemophilus ducreyi* na amostra biológica.
- Resultado negativo: ausência de achados morfológicos típicos de *Haemophilus ducreyi* na amostra biológica. O resultado negativo não exclui a possibilidade de presença do patógeno, pois nem sempre é possível visualizar as morfologias típicas.

4.2.2 *Treponema pallidum*

A pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia pode ser feita de três formas: imunofluorescência direta, técnica com material corado e campo escuro. Microscopia de campo escuro: pode ser realizada tanto com amostras obtidas de lesões primárias como de lesões secundárias de sífilis.

- Coleta do material biológico: sempre que houver disponibilidade, deve-se fazer o exame a fresco do exsudato seroso da lesão, livre de eritrócitos, outros organismos e restos de tecido.

- Resultado positivo: visualização de treponemas na amostra biológica com morfologia e mobilidade características de *T. pallidum*.
- Resultado negativo: ausência de treponemas na amostra biológica. Porém, esse resultado não exclui a sífilis.

4.3 Tratamento

4.3.1 Tratamento de herpes genital

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano). Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital em imunossuprimido	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/ kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.

Gestação Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400mg, 3x/dia.		
O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente; • O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões; • Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário; • É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões; • A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados; • É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.		

Fonte: BRASIL, 2019.

4.3.2 Tratamento de cancroide, LGV e donovanose

IST	PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	MENTÁRIOS
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacina	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.

		500mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 3 dias	O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
Linfogranuloma venéreo (LGV)	Doxiciclinab 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclinab 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclinab 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões OU Ciprofloxacina 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/ dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg) OU	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/ kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução

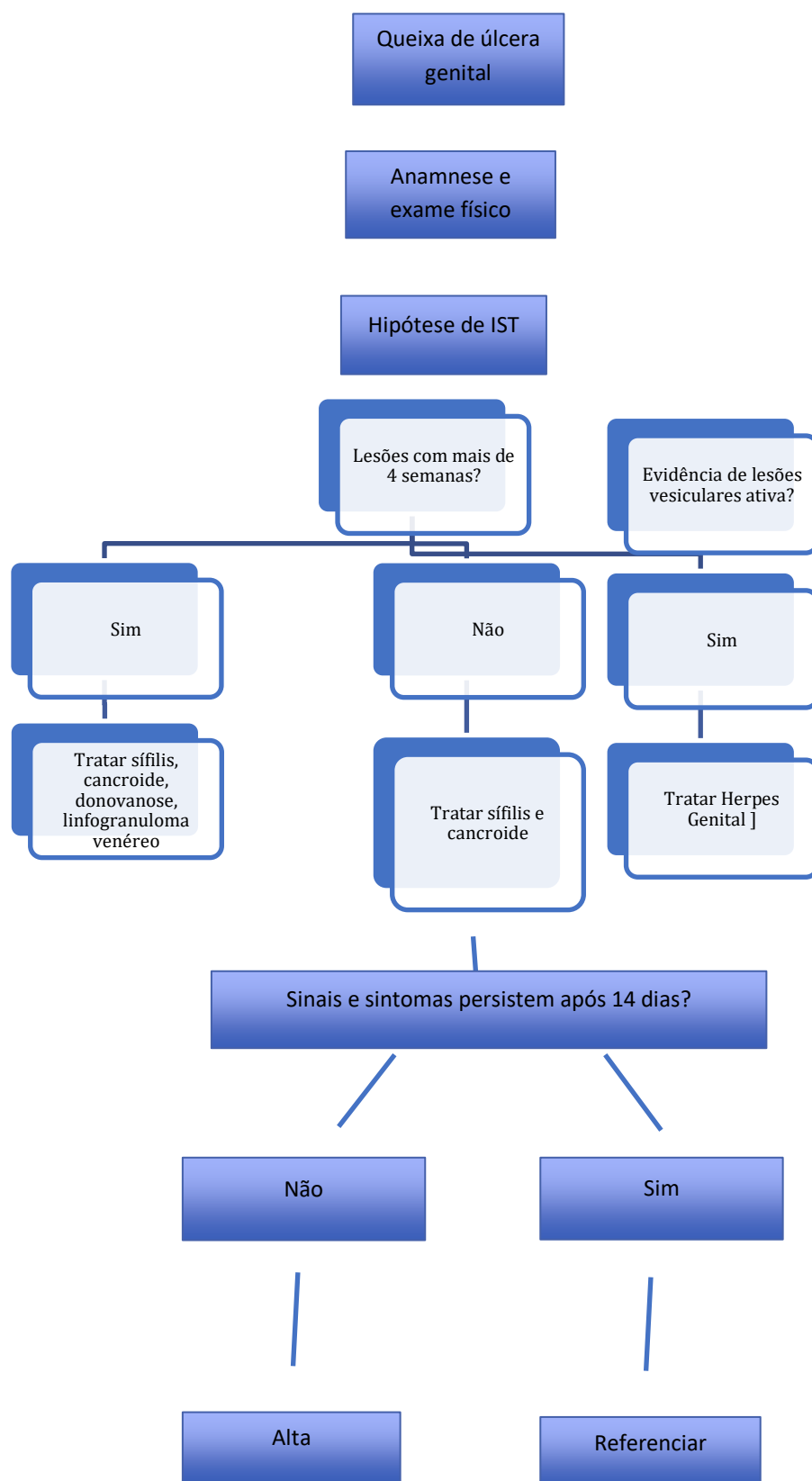
		Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.
Nota: PVHIV com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados. a) O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças. b) A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.			

Fonte: BRASIL, 2019.

Orientações

- Realizar aconselhamento centrado na pessoa e suas práticas sexuais.
- Contribuir para que a pessoa a reconheça e minimize o risco de infecção por uma IST.
- Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatite B e C.
- Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado.
- Informar sobre a possibilidade de realizar Prevenção Combinada para IST/HIV/hepatites virais.
- Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.
- Notificar o caso, quando indicado.

Figura 4 - Fluxograma para manejo de infecções que causam úlcera genital



Fonte: Adaptado, BRASIL, 2019.

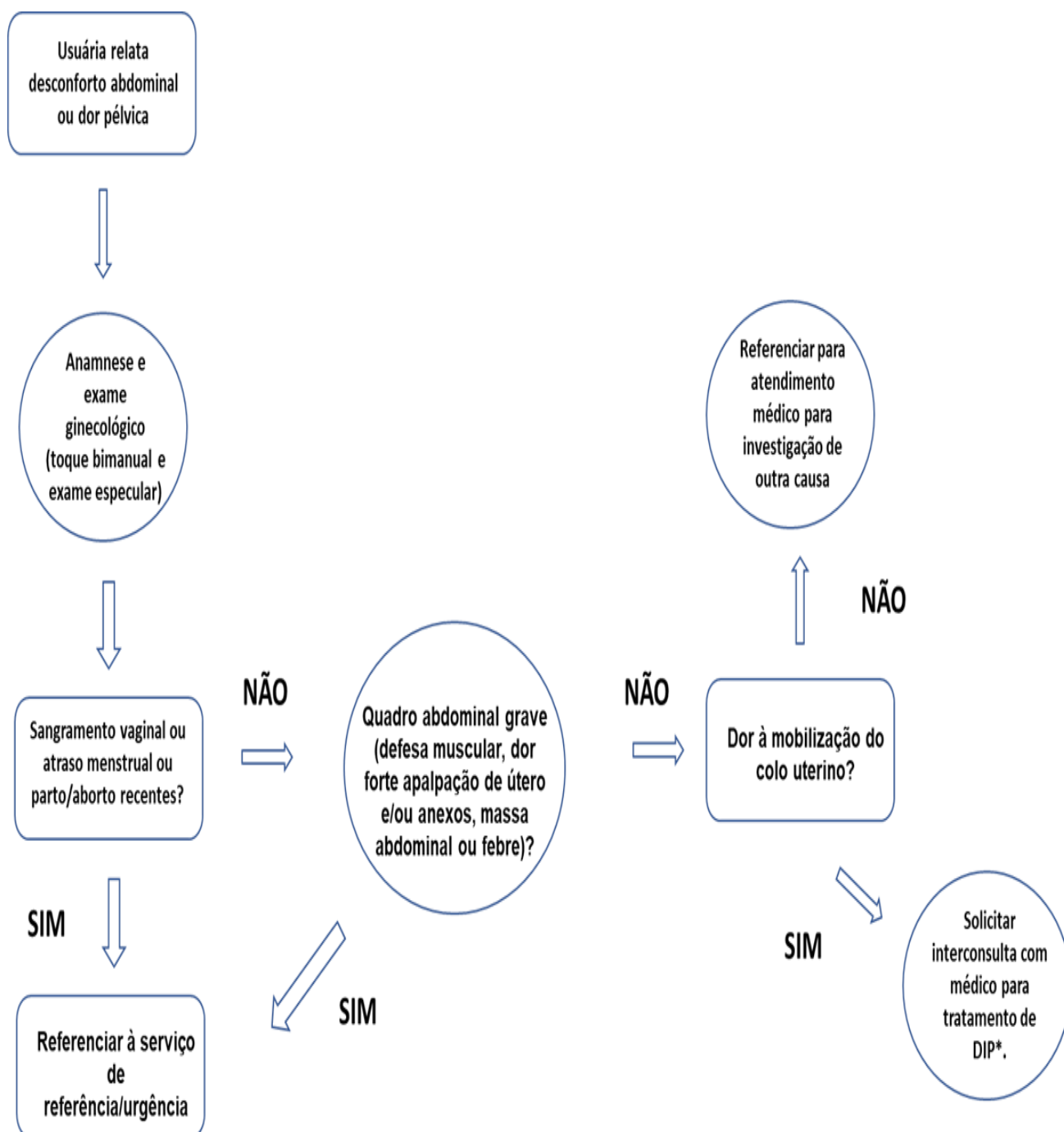
5 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A DIP é uma complicação importante das IST nas mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde internações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária, ou mesmo a evitabilidade de óbito por complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Além dos critérios de urgência e necessidade de encaminhamento a atenção terciária, na presença de sinais de gravidade (vide fluxograma abaixo), a DIP é considerada uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (spotting) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016).

Figura 5 - Fluxograma de doença inflamatória pélvica



- Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los.
- Solicitar exames anti-HIV, VDRL, hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).

5.1 Tratamento

Quadro 41 - Resumo dos esquemas terapêuticos para doença inflamatória pélvica (DIP)

	Primeira opção*	Segunda opção*
Doença inflamatória pélvica	Ceftriaxona* 500 mg IM dose única	Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12 horas por 14 dias
	MAIS	MAIS
	Doxiciclina 100 mg 12/12 hs VO por 14 dias	(Doxiciclina 100 mg 12/12 hs VO por 14 dias OU
	MAIS	Azitromicina 2g VO dose única)
	Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias	MAIS Metronidazol 500 mg VO 12/12 horas por 14 dias

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016; BRASIL, 2019.

Os parceiros deverão ser tratados para clamídia e gonorreia, independentemente do agente causador da DIP, se isolado (BRASIL, 2019).

Todos os parceiros sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP deverão ser tratados. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate o último parceiro (BRASIL, 2019).

6 INFECÇÃO PELO HPV

O papilomavírus Humano (HPV) é uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de maior incidência e prevalência no mundo, conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou também crista de galo, é uma doença viral que infecta pele ou mucosas (oral, genital ou anal), tanto de homens quanto de mulheres, provocando verrugas anogenitais (região genital e no ânus) e câncer, a depender do tipo de vírus.

Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos de HPV sendo que, pelo menos 13 tipos são considerados oncogênicos, apresentando um risco elevado ou probabilidade de provocar infecções persistentes e lesões precursoras. Os vírus dos tipos 16 e 18 são os mais encontrados no câncer de colo de útero, já o 6 e 11 encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, são considerados não oncogênicos (BRASIL, 2020).

O sexo é a principal via de transmissão e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. Sendo rara por meio de fômites (BRASIL, 2019).

Passível de prevenção e de bom prognóstico, quando tratado precocemente, o diagnóstico antecipado da infecção pelo HPV, é uma importante ação para o controle da transmissão e sua detecção se dá por meio do exame Papanicolaou, o qual o Enfermeiro está habilitado a realizar.

Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação. O tempo de latência pode variar de meses a anos e, quando presentes, as manifestações podem ser clínicas ou subclínicas.

6.1 Manifestações

- **Clínica:** As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas, sendo as lesões pontiagudas denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da

cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV.

- **Subclínicas:** As alterações são detectadas pelo exame preventivo de câncer de colo do útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões escamosas de baixo grau (*low grade intraepithelial lesions* – LSIL), equivalente ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1).

Os tipos de alto potencial oncogênico são em geral associados a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (*high grade intraepithelial lesions* – HSIL), correspondendo à histopatologia aos quadros de displasia moderada, grave ou carcinoma *in situ* – também denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais grau 2 (NIC 2) ou grau 3 (NIC 3). Esta última é considerada carcinoma *in situ*. Como mencionado, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasias intraepiteliais vaginais (NIVA), vulvares (NIV), perineais (NIPE), penianas (PIN) e anais (NIA) (BRASIL, 2019).

6.2 Imunização

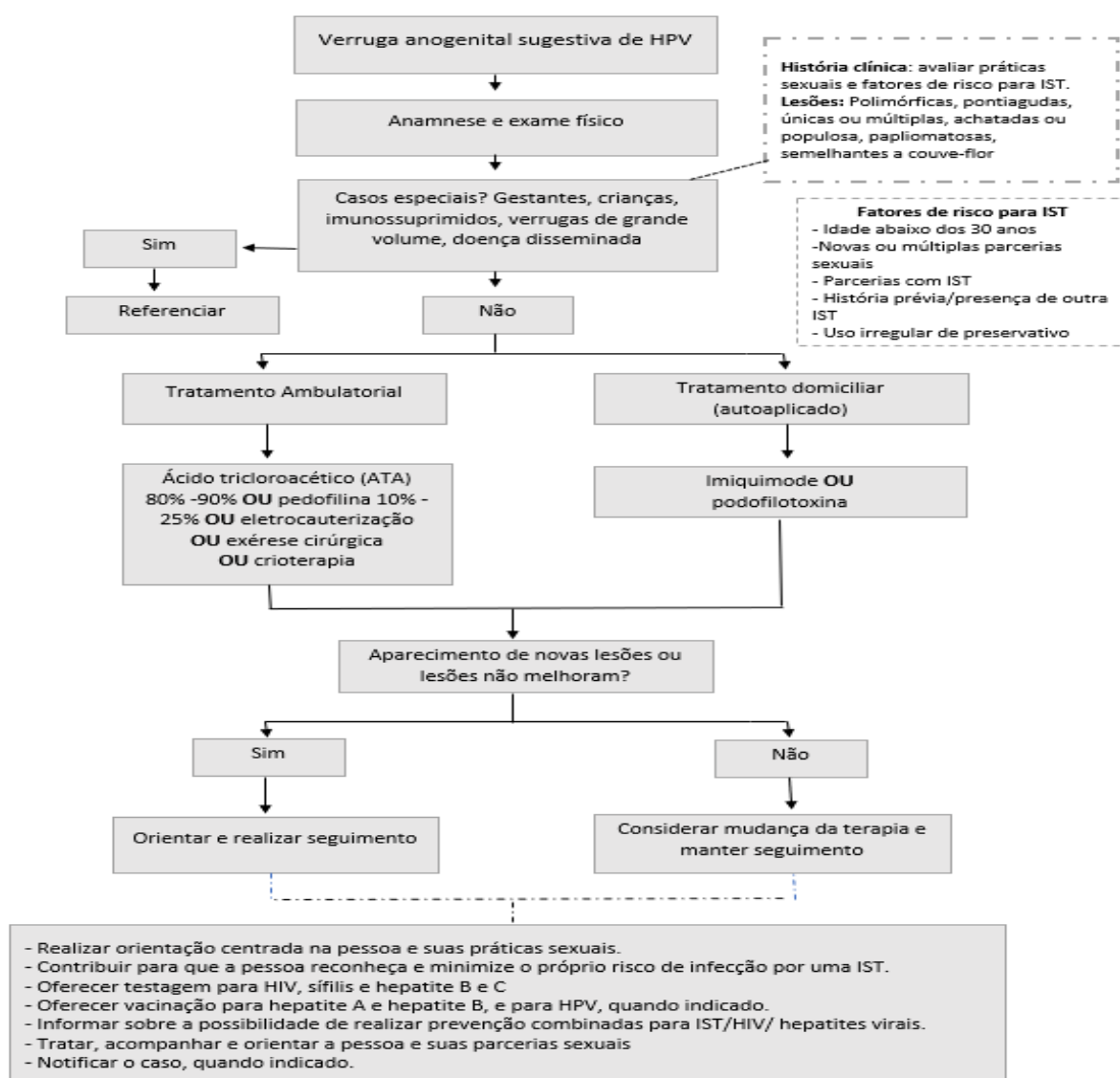
O enfermeiro deve orientar a comunidade ao uso do preservativo, à vacina do HPV com ênfase na prevenção primária do câncer de colo do útero, realizar busca ativa precoce dos casos suspeitos do vírus e participar de intervenções para rastreamento de lesões precursoras.

A realização de ações educativas de promoção a saúde, quando bem planejada e realizada, tem a função de ampliar o conhecimento dos indivíduos, gerando atitudes adequadas e que possibilitam a mudança de comportamento, podendo ser uma importante ferramenta para o sucesso das campanhas de vacinação na sociedade, com o objetivo de combater o vírus e os vários tipos de neoplasias que ele ocasiona a partir da melhoria da adesão (SILVA, 2018).

A imunização para HPV é realizada por meio de vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18), estando indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses. (BRASIL, 2019).

6.3 Tratamento

O Enfermeiro deve realizar a consulta de Enfermagem com a coleta citopatológico, exame físico, aconselhamento, solicitação de sorologias e, quando necessário, realizar o encaminhamento ao profissional médico que é o responsável pelo tratamento. O Enfermeiro poderá dar continuidade ao acompanhamento dos casos de HPV assintomáticos (COREN RJ, 2012).



7 INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis são classificadas por localização e apresentam mecanismos de transmissão e agentes etiológicos distintos. As infecções assintomáticas constituem a maioria dos casos, sendo mantenedoras da cadeia de transmissão (BRASIL, 2019).

Quanto aos sinais e sintomas, eles são divididos em baixos (retais) e altos (colônicos). Os baixos incluem dor anal, corrimento anal mucopurulento, tenesmo e hematoquezia. Por sua vez, os altos envolvem diarreia, dor abdominal, cólicas, náuseas e febre. A ocorrência e a frequência dos sintomas variam de acordo com a etiologia da infecção e o *status* imunológico da pessoa infectada (BRASIL, 2019).

7.1 Medidas de prevenção para prática sexual anal

O uso de preservativos é um método eficaz de proteção contra a aquisição de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis. No entanto, deve-se levar em consideração que os agentes etiológicos podem ser disseminados sem a penetração peniana. As relações sexuais com uso de dedos, instrumentos sexuais e prática boca-ânus também podem ser meios de transmissão. Isso faz com que outras medidas de prevenção devam ser adicionadas para uma prática sexual mais segura. As medidas de prevenção para a prática sexual anal estão descritas a seguir (BRASIL, 2019).

- Usar preservativo e gel lubrificante;
- Usar barreiras de látex durante o sexo oral-anal e luvas de látex para dedilhado ou "fisting";
- Lavar as mãos e a região genital e anal antes e depois do ato sexual;
- Higienizar vibradores, plugs anais e vaginais.

As infecções mais comuns são proctite, proctocolite e enterite, a serem detalhadas a seguir.

7.2 Proctites

É uma inflamação limitada à mucosa retal, até 10-12 cm da borda anal. A transmissão dos patógenos ocorre por inoculação direta no reto durante o intercuro anal (intercurso receptivo anal) sem uso de preservativos, ou com rompimento destes. Os agentes etiológicos mais comuns da proctite são *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* e *Herpes simplex virus*. A apresentação clínica é caracterizada por sinais e sintomas baixos: hematoquezia (73%), dor anal (62%), corrimento anal mucopurulento (58%), tenesmo e constipação. É o principal agravo, inclusive entre os casos assintomáticos (BRASIL, 2019).

7.3 Proctocolite

Trata-se de inflamação da mucosa retal e do cólon que vai além de 10-12 cm da borda anal. A transmissão é frequentemente fecal-oral (contato direto ou indireto), estando relacionada à prática sexual que envolve boca-ânus. Os agentes etiológicos mais comuns da proctocolite são *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter species*, *Salmonella species*, *Shigella species* e *Chlamydia trachomatis* (LGV). A apresentação clínica é caracterizada por sinais e sintomas baixos: dor anal, tenesmo, constipação, hematoquezia e corrimento anal mucopurulento, com alguns sinais e sintomas altos, como diarreia, cólica e dor abdominal em decorrência da inflamação da mucosa colônica.

7.4 Enterite

É a inflamação do duodeno, jejuno e/ou íleo. A via de transmissão também é fecal-oral (contato direto ou indireto) relacionada à prática sexual boca-ânus. O agente etiológico mais comum da enterite é a *Giardia lamblia*. A apresentação clínica é caracterizada por sinais e sintomas altos, como diarreia, cólicas e dor abdominal, sem os sinais e sintomas baixos das proctites e

proctocolitis. A hepatite A também pode se manifestar com sintomatologia de enterite.

7.5 Diagnóstico presuntivo das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

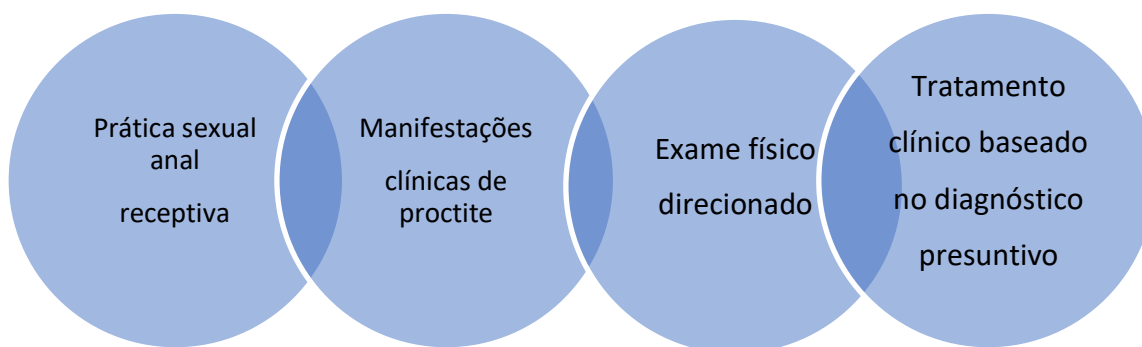
A anamnese com abordagem da história sexual é importante para o diagnóstico de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, além de predizer se a pessoa está sob risco de infecção (BRASIL, 2019).

A presença de sinais e sintomas, associada ao relato de relações sexuais anais sem proteção de barreira, deve levar à suspeição clínica. Infecções polimicrobianas podem ocorrer, reforçando a importância da coleta de material clínico e do diagnóstico etiológico para o tratamento adequado.

Toda pessoa sintomática com epidemiologia positiva (prática sexual anal receptiva sem proteção de barreira) deve ser investigada por meio de exame físico, como segue:

- Exame físico do abdômen;
- Inspeção estática do ânus;
- Inspeção dinâmica do ânus;
- Palpação da região perianal;
- Toque retal.

Figura 6 - Fluxograma baseado no diagnóstico presuntivo das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis



Fonte: Brasil, 2019.

7.6 Diagnóstico etiológico das infecções entéricas intestinais sexualmente transmissíveis

O diagnóstico definitivo se estabelece quando da identificação do agente etiológico. Para tanto, o Quadro 42 traz as recomendações para investigação laboratorial dos pacientes sintomáticos e assintomáticos.

Quadro 42 – Indicação para investigação laboratorial das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

SINTOMÁTICOS
<i>Swab</i> anal de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, para cultura (antibiograma) e detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular.
ASSINTOMÁTICOS
Rastreamento semestral por meio de <i>swab</i> anal para detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular, para todas pessoas com prática anal receptiva sem proteção de barreira.

Fonte: Brasil, 2019.

Cuidados

Quando há suspeita de enterite, recomenda-se exame de parasitológico nas fezes para pesquisa de trofozoítos e cistos de giárdia.

Em todos os casos de diagnóstico de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, a testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C está indicada. O tratamento de sífilis baseia-se nos resultados dos testes imunológicos. Para mais informações sobre diagnóstico, tratamento e monitoramento pós-tratamento de sífilis (BRASIL, 2019).

Tratamento das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis tratamentos pode ser feito com base no diagnóstico presuntivo,

pois leva à rápida resolução e diminui o risco de propagação da doença. Quando o diagnóstico presuntivo é realizado, o tratamento deve ter cobertura para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* (BRASIL, 2019), conforme o Quadro 43.

Quadro 43 - Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO PREFERENCIAL	TRATAMENTO ALTERNATIVO
Proctite	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina ^a 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias
A doxiciclina está contraindicada durante a gestação.		

Fonte: Brasil, 2019.

Quadro 44 - Tratamento baseado no diagnóstico etiológico das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única OU Doxiciclina ^a 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias
Herpes simplex vírus^b	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8h, por 10 dias

<i>T. pallidum</i>	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 8/8h, por 7 dias

Fonte: Brasil, 2019.

- a) doxiciclina está contraindicada durante a gestação.
- b) A presença de vesículas no exame físico indica cobertura e tratamento para HSV.

7.7 Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis: seguimento

Após o tratamento adequado, espera-se a resolução dos sinais e sintomas clínicos. Nos casos de persistência ou recidivas deve-se descartar reexposição. Em um segundo episódio, indica-se encaminhamento para a referência e coleta de material para identificação da etiologia (BRASIL, 2019).

São fundamentais as orientações sobre a prática sexual anal e os cuidados de prevenção a serem iniciados, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis novas exposições. Nesse sentido, as principais recomendações são:

- Orientar a pessoa sobre o risco de novas exposições e os métodos de prevenção disponíveis;
- Além do uso de preservativos, reforçar a lavagem das mãos antes e após relação sexual;
- Evitar sexo anal, sexo oral-anal (*rimming*) e coprofagia (*scat*), em caso de paciente sintomático;
- Incentivar o uso de luvas para *fisting*;
- Evitar compartilhar materiais de *douching*, enemas e brinquedos sexuais.

- Verificar imunização para hepatite B e, quando necessário, indicar a imunização;
- Orientar sobre o risco de hepatite A.
- Testar para HIV;
- Testar para sífilis. Idealmente, iniciar com teste treponêmico, preferencialmente Teste Rápido(TR). Caso haja história de diagnóstico de sífilis, iniciar o fluxograma com teste não treponêmico (VDRL, RPR);
- Verificar imunização para HPV;
- Avaliar indicação de PrEP e orientar a pessoa sobre essa ferramenta de prevenção.

7.8 Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis: parcerias sexuais

Para que a cadeia de transmissão seja interrompida, não basta tratar o paciente. A identificação das parcerias sexuais (rede sexual) e sua adequada avaliação clínica é fundamental. A persistência de pessoas não identificadas e/ou não tratadas na rede sexual aumenta o risco de reinfecções e resistência bacteriana. As **parcerias sexuais sintomáticas devem ser tratadas com ceftriaxona 500mg, IM e azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única**. Para os casos assintomáticos, o rastreamento está indicado de acordo com as práticas sexuais. Toda parceria sexual deve ser testada para sífilis, HIV e hepatites B e C.

8 HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constitui um conjunto de sinais e sintomas relacionados à infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). É fundamental ressaltar que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, impacta diretamente na quebra de cadeia da transmissão viral e, conseqüentemente, no surgimento de novos casos e ainda propicia ao indivíduo a possibilidade de iniciar o tratamento logo após a confirmação diagnóstica. (BRASIL, 2013)

A infecção pelo HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos define a aids. (BRASIL, 2019a)

Desde dezembro de 2013, o DCCI/SVS/MS recomenda início imediato da TARV para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico. (BRASIL, 2019a).

O Brasil busca, como parte das ações pactuadas de enfrentamento à epidemia de HIV, a qual estabelece que, até 2020, 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas (ampliando o acesso ao diagnóstico do HIV); destas, que 90% estejam em tratamento antirretroviral (ampliando o acesso à TARV); e, destas, que 90% tenham carga viral indetectável (indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência à PVHIV). O compromisso assumido exige não somente que novas metodologias de cuidado e de gestão sejam implantadas, mas que também haja um comprometimento de toda a sociedade para o sucesso e alcance desses propósitos. (BRASIL, 2019a)

Uma estratégia do DCCI/SVS, do Ministério da Saúde, é promover o cuidado compartilhado da atenção às PVHIV entre os serviços especializados e a Atenção Básica, com o objetivo de: (BRASIL, 2019a).

- Ampliar o acesso à saúde para as PVHIV;

- Estabelecer maior vínculo destas com os serviços de saúde;
- Melhorar as possibilidades de atendimento de qualidade;
- Melhorar o prognóstico das PVHIV.

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHIV e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2019a).

O cuidado contínuo em HIV pode ser entendido como o processo de atenção aos usuários que vivem com HIV, passando pelos seguintes momentos: (BRASIL, 2018a).

- 1) Diagnóstico oportuno;
- 2) Vinculação do indivíduo HIV positivo a um serviço de saúde;
- 3) Sua retenção no seguimento, por meio do acompanhamento e realização de exames periódicos;
- 4) Início da TARV e sua promoção para uma boa adesão ao tratamento, a fim de alcançar os objetivos finais do cuidado;
- 5) A supressão da carga viral e o alcance de uma qualidade de vida comparável à das pessoas que não possuem o HIV.

Esses cinco momentos são representados como uma sequência de degraus na chamada “Cascata de cuidado contínuo do HIV”, e têm sido usados globalmente para estabelecer metas e monitorar os avanços relativos ao cuidado das PVHIV. (BRASIL, 2018a).

A Adesão ao tratamento consiste na utilização ideal dos medicamentos ARV da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações. Considera-se como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% para alcançar a supressão viral e sua manutenção. Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica. (BRASIL, 2018a).

Quadro 45 - Fatores que facilitam a adesão

FATORES QUE FACILITAM A ADESÃO
> Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitam o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido; > Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento > Acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar; > Vínculo com os profissionais de saúde, a equipe e o serviço de saúde; > Capacitação adequada da equipe multidisciplinar; > Acesso facilitado aos ARV, mediante o funcionamento e localização adequados da UDM; > Educação entre pares, em parceria com Organizações da Sociedade Civil; > Apoio social.

Fonte: BRASIL, 2018.

O termo Prevenção Combinada do HIV refere-se a diferentes ações de prevenção, tanto as diretamente voltadas ao combate do HIV quanto aos fatores associados à infecção. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes ações devem ser conciliadas em uma ampla estratégia, mediante a combinação dos três eixos de intervenções para prevenção ao HIV: as biomédicas, as comportamentais e as estruturais. A associação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades do termo “Prevenção Combinada”. (BRASIL, 2018a).

O símbolo da mandala (Figura 7) representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo os marcos legais e as intervenções estruturais como base dessas conjugações. (BRASIL, 2018a).

Figura 7 – Mandala de Prevenção Combinada

Fonte: BRASIL, 2018.

8.1 Teste Rápido

Com o intuito de ampliar as possibilidades de testagem, de acordo com a política pública de acesso ao diagnóstico para toda a população, os testes rápidos devem, prioritariamente, ser utilizados fora do ambiente laboratorial, ou seja, em serviços de saúde. (BRASIL, 2018b).

Os testes rápidos de punção digital devem ser realizados, preferencialmente, no âmbito dos serviços de saúde, sejam eles da Atenção Básica, Maternidades, Rede de Urgência e Emergência ou de outras unidades que compõem a Rede de Atenção à Saúde identificadas como prioritárias para essa oferta. (BRASIL, 2018b).

Os testes rápidos devem ser realizados por pessoal capacitado, presencialmente ou à distância. O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) fornece capacitação à distância, gratuitamente, por meio do Telelab (<http://www.telelab.aids.gov.br>). A plataforma disponibiliza vídeos que apresentam os procedimentos passo a passo para a realização de todos os testes fornecidos pelo Ministério da Saúde, além dos manuais de cada vídeo-aula com material complementar. (BRASIL, 2018b).

8.2 Diagnóstico

Infelizmente, uma parcela considerável das PVHIV ainda realiza o diagnóstico do HIV em estágios avançados da doença, em que o risco de adoecimento grave e morte é consideravelmente maior. As PVHIV sem conhecimento da sua condição sorológica e, portanto, sem TARV, além de não usufruírem dos inúmeros benefícios do tratamento, perpetuam a cadeia de transmissão do vírus, contribuindo para a manutenção da epidemia. (BRASIL, 2018a).

É fundamental que os profissionais de saúde ofereçam a possibilidade de testagem para o HIV e outras IST a todos os pacientes sexualmente ativos, independentemente de sintomas ou queixas. Oferecer a testagem para o HIV e outras IST durante avaliações de rotina, mesmo na ausência de sintomas, em especial à população jovem, permite construir um vínculo maior entre profissional e paciente e diagnosticar precocemente a infecção, instituindo-se, assim, os benefícios do tratamento e melhorando o prognóstico e qualidade de vida do usuário e suas parcerias. (BRASIL, 2018a).

Recomenda-se a oferta de testagem para HIV e demais IST a todos os pacientes sexualmente ativos, em especial após exposição de risco. Em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para a realização dos testes. (BRASIL, 2018a).

As estratégias para testagem têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, assegurar que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão. (BRASIL, 2018a)

8.3 Exames complementares iniciais

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfeções e a urgência no início da TARV. Também fornece informações laboratoriais basais pré-tratamento, bem como orienta sobre a necessidade de imunizações ou profilaxias. (BRASIL, 2018a). O Quadro 46, indica os exames que devem ser solicitados na primeira consulta.

Quadro 46 – Exames complementares para abordagem inicial

Contagem de LT-CD4+ e exame de CV-HIV

Genotipagem pré-tratamento

Hemograma completo

Glicemia de jejum

Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)

Avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina)

Teste imunológico para sífilis(b)

8.4 Acolhimento à PVHIV

O acolhimento à PVHIV deve começar assim que a pessoa chegar ao serviço de saúde. Essa prática visa garantir à pessoa que será ouvida de forma respeitosa e profissional, independentemente do motivo que a levou a buscar ajuda. Conhecer e compreender as condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida da PVHIV representa uma ferramenta importante para o manejo integral e o consequente sucesso terapêutico. A investigação não deve se esgotar na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes. Esses aspectos podem ser abordados tanto pelo médico como por outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades de cada serviço. (BRASIL, 2018a).

Quadro 47 – Roteiro para abordagem inicial da PVHIV

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Explicar a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de LT-CD4+ e do exame de carga viral, impacto da terapia antirretroviral (TARV) na morbimortalidade Discutir o tempo provável de soropositividade Fazer revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV Checar se há contagens de LT-CD4+ e exames de CV-HIV anteriores Discutir uso de ARV e se houve eventos adversos prévios (ex.: com uso de PEP e PrEP)
História médica atual e passada	Avaliar: › História de tuberculose, prova tuberculínica, profilaxia e/ou tratamento prévio › História de doença mental

	› IO prévia ou atual e necessidade de profilaxia para IO › Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas › Histórico de imunizações › Uso de medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas
Riscos e vulnerabilidades	Avaliar: › Parcerias e práticas sexuais › Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção › História de sífilis e outras IST › Uso de tabaco, álcool e outras drogas › Interesse em reduzir os danos à saúde
História psicossocial	Avaliar: › Reação emocional ao diagnóstico › Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) › Nível educacional › Condições de trabalho, domicílio e alimentação
Saúde Reprodutiva	Discutir/avaliar: › Desejo de ter filhos › Métodos contraceptivos › Estado sorológico da(s) parceria(s) e filho(s)
História familiar	Revisar histórico de: › Doenças cardiovasculares e hipertensão › Dislipidemias › Diabetes › Neoplasias

Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2018.

8.5 Tratamento antirretroviral

A recomendação de início precoce da TARV considera, além dos claros benefícios relacionados à redução da morbimortalidade em PVHIV, a diminuição da transmissão da infecção, o impacto na redução da tuberculose – a qual constitui principal causa infecciosa de óbitos em PVHIV no Brasil e no mundo – e a disponibilidade de opções terapêuticas mais cômodas e bem

toleradas. O início imediato da TARV está recomendado para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico. (BRASIL, 2018a)

Quadro 48 – Esquema de TARV inicial preferencial para adultos

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
Adultos em início de tratamento	TDF/3TC + DTG	(300mg/300mg) “2 x 1” + 50mg 1x/dia	
Coinfecção TB-HIV sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	TDF/3TC/EFV	(300mg/300mg/600mg) – DFC 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança (switch) do EFV para DTG.
Coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo: LT-CD4+	TDF/3TC + RAL	(300mg/300mg) “2 x 1” 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB, deverá ser feita a mudança (switch) do RAL para DTG em até 3 meses

Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2018.

Obs: Importante: a medicação deve ser prescrita pelo profissional médico.

8.5.1 Prep - Profilaxia Pré-Exposição

A Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV consiste no uso preventivo de medicamentos antirretrovirais antes da exposição sexual ao vírus, para reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV. O objetivo da PrEP é prevenir a infecção pelo HIV e promover uma vida sexual mais saudável. (BRASIL, 2019b).

A PrEP é uma combinação de dois medicamentos (tenofovir e entricitabina) em um único comprimido, que impede que o HIV se estabeleça e

se espalhe pelo corpo. A PrEP não previne outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção. (BRASIL, 2019b). As prescrições são para as populações em situação de maior vulnerabilidade e que tenham práticas de maior risco para infecção pelo HIV, (BRASIL, 2019b).

- Gays e homens que fazem sexo com homens;
- Travestis e transexuais;
- Trabalhadores (as) do sexo;
- Casais sorodiferentes que, por repetidas vezes, têm relações sexuais (anais ou vaginais) sem usar camisinha ou que têm usado a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) repetidamente, ou que apresentem infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Se você estiver dentro dos critérios de indicação para PrEP, converse com um profissional de saúde e veja se a PrEP é indicada para você. Você terá que fazer alguns exames e, se eles estiverem normais, poderá usar a PrEP. A pessoa deve tomar o medicamento todos os dias, fazer exames regulares e buscar a medicação gratuitamente a cada três meses.

Ressalta-se que o uso do preservativo não deve ser abandonado quando se usa a PrEP. A PrEP pode ser combinada com outros métodos de prevenção já conhecidos, como o preservativo, que protege contra todas as demais IST.

A PrEP não previne a gravidez e não garante 100% de proteção contra o HIV, tal como qualquer outro método. (BRASIL, 2019b).

8.5.2 PEP (Profilaxia Pós-Exposição De Risco)

A PEP é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: (BRASIL, 2019c)

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha);

- Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

A PEP é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para atender às necessidades e possibilidades de cada pessoa e evitar novas infecções pelo HIV, hepatites virais e outras IST. (BRASIL, 2019c).

Como profilaxia para o risco de infecção para o HIV, a PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus.

Trata-se de uma urgência médica, que deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe de saúde.

Recomenda-se avaliar todo paciente com exposição sexual de risco ao HIV para um eventual episódio de infecção aguda pelos vírus das hepatites A, B e C.

8.6 Orientações de enfermagem

- Orientar e incentivar o uso correto do preservativo;
- Ofertar preservativos e gel lubrificante;
- Reforçar práticas seguras;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Realizar busca de parceiros sexuais;
- Incentivar a população a procurar as unidades de saúde, para realizarem testes rápidos;
- Reforçar orientações sobre a possibilidade de o usuário estar em janela imunológica e necessitar de um novo teste;
- Oferta de profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado;
- Oferta de profilaxia pós-exposição às IST (violência sexual);
- Notificação do caso, conforme estabelecido;
- Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas).

9 HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Nesta seção, serão consideradas as hepatites virais B e C, devido à sua morbimortalidade e via de transmissão comum a outras IST. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta. São de grande importância para a saúde pública, em razão do número de pessoas acometidas, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações (BRASIL, 2015).

Estima-se que existam dois milhões de portadores crônicos de hepatite viral B e entre 1,4 a 1,7 milhões de portadores de hepatite viral C em território nacional. A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece seu diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções (BRASIL, 2015).

9.1 Hepatite B

A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente, pela via sexual. A transmissão vertical também pode ocorrer, e ocasionar uma evolução desfavorável, com maior chance de cronificação. Diferentemente da hepatite viral A, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas em mais de dois terços das pessoas infectadas (BRASIL, 2015).

Aproximadamente 5% a 10% das pessoas infectadas tornam-se portadoras crônicas do HBV (do inglês Hepatitis B Virus). Cerca de 20% a 25% dos casos crônicos de hepatite B que apresentam replicação do vírus evoluem para doença hepática avançada. A infecção pelo HBV também é condição para o desenvolvimento da hepatite D, causada pelo vírus Delta (BRASIL, 2015).

9.2 Hepatite C

A hepatite C é uma infecção de transmissão principalmente parenteral. A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas (BRASIL, 2015).

O risco de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV, do inglês Hepatitis C vírus) está aumentando em determinadas populações, como usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, e atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre outros, que, não obedecendo às normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea (BRASIL, 2015).

A transmissão sexual do HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que têm relações sexuais sem preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de outras IST, especialmente com úlceras na região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV, constituem um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em uma menor parcela dos casos (BRASIL, 2015).

A testagem para HCV deve ser solicitada para os indivíduos em situações de risco, como: nascidos antes de 1975, receptores de transfusão de sangue e hemoderivados ou transplantes de órgãos antes de 1993, usuários de drogas e parcerias sexuais, nascidos de mãe portadora de hepatite C, contatos domiciliares de portadores, pessoas com tatuagens ou que colocaram piercings, pacientes em hemodiálise, portadores de cirrose hepática, câncer hepático ou doença hepática sem etiologia definida, pessoas com diagnóstico de IST ou que fizeram sexo desprotegido. Não há recomendação para testagem de rotina na população geral (BRASIL, 2015).

9.3 Métodos diagnósticos para hepatite b e hepatite C

O diagnóstico das hepatites virais B e C baseia-se na detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imuno ensaios, e/ou na detecção do ácido nucleico viral, empregando técnicas de biologia molecular (BRASIL, 2015).

10 Vírus ZIKA

O Vírus Zika (ZV) é um *Flavivírus* da família *Flaviviridae* capaz de causar infecção em humanos; o primeiro caso diagnosticado no Brasil ocorreu no final do ano de 2015, na Região Nordeste. A maioria das pessoas infectadas apresentaram a forma assintomática da doença. Em pessoas sintomáticas, os principais sinais e sintomas são rash cutâneo, febre, conjuntivite, cefaleia, dores articulares e mialgia (PETERSEN, 2016).

A doença pelo ZV apresenta risco superior a outras arboviroses, como dengue, febre amarela e chikungunya, para o desenvolvimento de complicações neurológicas, como encefalites, Síndrome de Guillain Barré e outras doenças neurológicas. Uma das principais complicações é a microcefalia, doença neurológica mais evidenciada na Síndrome causada pelo Zika vírus (SCZ) . Todos os sexos e faixas etárias são igualmente suscetíveis ao vírus, porém mulheres grávidas e pessoas mais velhas têm maiores riscos de desenvolver complicações da doença. Esses riscos aumentam quando a pessoa tem alguma doença crônica, como diabetes e hipertensão, mesmo tratada. (BRASIL, 2019).

As anomalias congênitas associadas à infecção pelo ZV foram observadas logo após a entrada do vírus no território nacional. A microcefalia foi o acometimento mais frequente do SNC e desencadeou situação de alerta no Brasil, naquele momento, por ter sido considerado uma Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017).

O vírus pode ser transmitido por meio da picada do vetor *Aedes aegypti* (o mesmo mosquito que transmite dengue, Chikungunya e febre amarela), assim como por transmissão vertical e sexual. A principal medida de combate à infecção é a prevenção, com medidas de controle do vetor e medidas protetivas individuais (uso de repelentes e de roupas com mangas longas e calças compridas), de modo a diminuir a chance de picada pelo mosquito. Ainda não há vacinas para prevenir a infecção pelo ZV e nem tratamento específico (BRASIL, 2017).

Informações sobre alterações típicas laboratoriais associadas com a infecção ZV são escassas, mas incluem, durante o curso da doença, leucopenia, trombocitopenia e ligeira elevação da desidrogenase láctica sérica, gama

glutamil transferase e de marcadores de atividade inflamatória (proteína C reativa, fibrinogênio e ferritina). Em recente relato clínico de dois casos de ZV importados da Polinésia Francesa para o Japão, houve a verificação de leucopenia e trombocitopenia moderada para ambos os casos; os mesmos achados laboratoriais foram observados recentemente em caso soropositividade para o ZV em um viajante canadense que retornou da Tailândia (BRASIL, 2015).

O diagnóstico laboratorial específico do ZV baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. O período virêmico não está totalmente estabelecido, mas acredita-se que seja curto, o que permitiria, em tese, a detecção direta do vírus até 4-7 dias após o início dos sintomas, sendo, entretanto, ideal que o material a ser examinado seja até o 4º dia. Os ácidos nucleicos do vírus foram detectados em humanos entre 1 e 11 dias após início dos sintomas e o vírus foi isolado em primata não-humano até 9 dias após inoculação experimental (BRASIL, 2015).

Deve-se reforçar a importância do uso do preservativo, especialmente após viagens a áreas endêmicas ou suspeita e/ou confirmação do diagnóstico da infecção pela parceria sexual. Isso porque a persistência das partículas virais foi observada em fluidos corporais, como sêmen (TREW, 2016; ATKINSON, 2016; PAZ-BAILEY, 2017).

Em áreas endêmicas, casais que desejam a concepção devem ser orientados quanto aos riscos da infecção pelo vírus Zika e a possibilidade de malformações fetais. Em áreas endêmicas, a recomendação de uso contínuo do preservativo durante toda a gestação deve fazer parte do aconselhamento durante as consultas de pré-natal (PETERSEN, 2016). Até o momento, não há casos de transmissão por meio da reprodução assistida, mas se recomenda que, nos tratamentos de fertilidade, os prazos acima citados sejam considerados.

O tratamento do ZV é feito de acordo com os sintomas, com o uso de analgésicos, antitérmicos e outros medicamentos disponíveis em qualquer unidade pública de saúde para controlar a febre e a dor. No caso de sequelas mais graves, como doenças neurológicas, deve haver acompanhamento médico para avaliar o melhor tratamento a ser aplicado. As sequelas são tratadas em centros multiprofissionais especializados, como os Centros Especializados de Reabilitação (CERS)

10.1 Orientações de enfermagem

- Programar ações de prevenção/controle do mosquito na comunidade;
- Orientar para o caso de aparecimento de manchas vermelhas na pele, olhos avermelhados ou febre, busque um serviço de saúde para atendimento;
- Orientar que a população não tome medicação por conta própria;
- Orientar que as gestantes usem roupas compridas e aplique repelente nas áreas expostas;
- Orientar o uso de preservativo nas relações sexuais.

11 AÇÕES ESSENCIAIS COMPLEMENTARES A TODOS OS CASOS DE IST

- Incluem as seguintes medidas gerais:
- Aconselhar e oferecer testes anti-HIV, VDRL, hepatite B e C;
- Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 49 anos (restrito por disponibilidade da vacina);
- Enfatizar a adesão ao tratamento;
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento, mesmo que os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- Evitar relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Oferecer preservativos, orientando o uso do mesmo do início ao fim da relação sexual, durante e após o tratamento;
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais dos últimos meses para que possam ser atendidos e tratados;
- Notificar o caso no formulário apropriado;
- Agendar o retorno para acompanhamento da evolução do caso.

11.1 Papel do Enfermeiro

O enfermeiro desempenha atividades de naturezas diversas na atenção primária em saúde, incluindo aquelas relacionadas às IST. Tradicionalmente desenvolve trabalhos de educação em saúde nas escolas com ligação ao assunto, e se destaca nas questões sexuais e reprodutivas das mulheres. Com grande frequência, é este profissional que identifica IST nas consultas realizadas com o princípio de coleta de material citopatológico para identificação de câncer de colo de útero (FLORIANAPÓLES, 2016).

Além disso, o enfermeiro tem desempenhado importante papel no acolhimento à demanda espontânea nas unidades básicas de saúde. Por isso,

é fundamental que este profissional esteja devidamente capacitado e legalmente amparado para a identificação, tratamento e orientação das IST mais comuns, propiciando ao usuário menor constrangimento e maior privacidade, já que na primeira escuta terá este problema resolvido (FLORIANAPÓLES, 2016).

REFERÊNCIAS

ATKINSON, B.; HEARN, P.; AFROUGH, B. **Detection of zika virus in semen.** *Emerg. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 940, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é a PrEP?** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-prep>. Acesso em: 19 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **PEP (Profilaxia Pós Exposição ao HIV).** Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv>. Acesso em: 19 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Zika vírus.** Brasília, 21 mai. 2015. Disponível em <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/zika-virus/17826-tratamento-zika>. Acesso em: 19 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de**

saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Zika vírus: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e tratamento**. Brasília, 16 ago. 2019. Disponível em <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/zika-virus>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). de 21 de setembro de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 2. ed. [S.l.]: CRENF/GO, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ. **Protocolos de enfermagem na atenção básica a saúde**. 2012.
http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-22-02-e20170390.pdf

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ. **Parecer de conselheiro nº 259/2016**. Solicitação do ministério da saúde a respeito do parecer normativo nº 001/2013, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Nota técnica COFEN/CTLN nº 03/2017**. [S.l.]: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **DECRETO N 94.406/87** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, 1987.
INCA. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quais-sao-os-tipos-hpv-que-podem-causar-cancer>>. Acesso em: 21 fev.2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **LEI N 7.498/86**, Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **LEI N 5.905/73**, Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências, 1973.

PAZ-BAILEY, G.; ROSENBERG, E. S.; DOYLE, K. Persistence of zika virus in body fluids: final report. **N. Engl. J. Med.**, v 379, n. 13, p: 1234-1243, 2017.

PETERSEN, E. E. et al. Update: interim guidance for preconception counseling and prevention of sexual transmission of zika virus for persons with possible zika virus exposure – United States. **MMWR**, v. 65, n. 39, p. 1077-1081, 2016.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Pack Brasil Adulto/Versão: Florianópolis. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária a Saúde.** Florianópolis-SC, 2016.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública.** Florianópolis-SC, 2016. Disponível:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf> acesso 4 set 2019.

TREW, D. D.; CHUNG, W. M.; BROOKS, J. T. et al. Male-to-male sexual transmission of zika vírus. **Weekly**, v. 65, p. 372-4, 2016.

ANEXOS

- Cofen – Conselho Federal de Enfermagem - <http://www.cofen.gov.br> -

PARECER DE CONSELHEIRO Nº 259/2016

Posted By *Secretaria-Geral* On 9 de novembro de 2016 @ 11:56 In *Legislação,Pareceres* | [No Comments](#)

VER DECISÃO COFEN Nº 244/2016 ^[1]

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 623 /2013

ORIGEM: Ministério da Saúde

CONSELHEIROS RELATORES: NADIA MATTOS RAMALHO e VENCELAU JACKSON DA CONCEIÇÃO PANTOJA

EMENTA: OE 16. SOLICITAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE A RESPEITO DO PARECER NORMATIVO Nº 001/2013

I – DA DESIGNAÇÃO

Por designação através da Portaria Cofen nº 1285/2016, recebemos o Processo Administrativo nº 0623/2016, que tem por objeto análise da solicitação de revogação do Parecer Normativo 001/2013, para emissão de parecer a ser apreciado pelo pleno desta casa.

II- DO RELATO

O Ministério da Saúde, as fis. 04, encaminha ofício no 1091 ao Presidente do Conselho Federal de enfermagem – Dr. Manoel Carlos Neri da Silva, solicitando inclusão na pauta do Plenário do Cofen, sobre a discussão de revogação do Parecer Normativo nº 001/2013. Em Nota Técnica, as fis. 05-06, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS Hepatites Virais, esclarece que o referido Parecer Normativo, foi elaborado no ano de 2013 sob a vigência da Portaria Ministerial nº 77/2012 e a luz da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Concluindo a Câmara Técnica que:

“Diante da clareza solar do que está previsto na Portaria Ministerial nº 77/2012 e na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, esta Câmara Técnica conclui pela desnecessidade de uma Resolução para afirmar que o Enfermeiro tem competência legal para a realização de testes rápidos visando à detecção e diagnóstico de HIV, sífilis e outros agravos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde; e que, no âmbito da equipe de Enfermagem, a realização desse procedimento lhe compete, privativamente.” (Grifo nosso)

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais, ressalta que a Portaria 77/2012 foi revogada em 23/07/2015, pela necessidade de se **“criarem alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, da sífilis e das hepatites virais, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do SUS.”**

Ressaltam que os documentos que abordam o uso dos testes rápidos são respectivamente:

- Portaria nº29/2013: aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças- **“os testes rápidos são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado”**
- Portaria 25/2015: aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais em Adultos e Crianças – **“são de fácil execução, não exigem infraestrutura laboratorial para sua realização podem gerar resultados em até 30 mm, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico.”**

Ressalta que para capacitar os profissionais executores é recomendado o curso do sistema de ensino a distância disponíveis na plataforma www.telelab.aids.gov.br, além de uma ferramenta de gestão que permite aos profissionais executores, a avaliação da qualidade dos resultados gerados na testagem rápida. Evidenciando que os

testes rápidos são metodologicamente equiparáveis a outros testes já realizados pelas equipes de AB, como por exemplo o teste de glicemia capilar.

Por fim solicita a revogação do Parecer Normativo 001/2013, entendendo que a realização de testes rápidos não deva ser de competência privativa dos profissionais de enfermagem de nível superior.

III – DA ANALISE

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no trabalho da Vigilância Epidemiológica, proporcionando através do seu conhecimento e ações, a prevenção detecção e tratamento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva e no controle das doenças ou agravos. Além de atuar como protagonista para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde.

O diagnóstico precoce das infecções por HIV, Sífilis e Hepatites Virais é fundamental para a redução da transmissão vertical. A realização de testes rápidos é uma estratégia de triagem adotada para identificar e reduzir as novas transmissões, proporcionando o encaminhamento para diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico deve ser confirmado em exame complementar. Nesse sentido justifica-se a importância das equipes de AB, realizarem os testes rápidos para diagnóstico do HIV e triagem da sífilis e hepatites virais.

A equipe de enfermagem obedece aos preceitos das políticas públicas e programas do Ministério da Saúde, cabendo em primeira instância à Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

No que tange a Lei do Exercício Profissional e normas pertinentes:

Lei Federal nº 5.905/1973, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem; em seu artigo 15, inciso II, que define como competência do Conselho Regional de Enfermagem disciplinar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal. Lei Federal nº 7.498/1986, art. 11, 12, 13 e 15: dispõem sobre as atividades de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, respectivamente. Prevê também que, as atividades de auxiliares e técnicos de enfermagem somente podem ser desempenhadas sob supervisão e orientação de enfermeiro.

Decreto 94.406/1987, que regulamenta a Lei 7.498/1986, define que:

Art 11: O auxiliar de enfermagem executa atividades auxiliares, cabendo-lhe “preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos” – Inciso I “executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina” – Inciso II “colher material para exames laboratoriais” – Inciso III, alínea h

Art. 10: O técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe: “Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro...” – Inciso II.

Art 8º: Ao enfermeiro incumbe privativamente:

“Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” –

Inciso I, alínea c

“Consulta de enfermagem” – Inciso I, alínea d

“Prescrição da assistência de enfermagem” – Inciso I, alínea f

“Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida” – Inciso I alínea g.

Art 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

realizar controle hídrico;

fazer curativos;

- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- l) executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- V integrar a equipe de saúde;
- VI -participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
 - b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII – executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de paciente;
- VIII—participar dos procedimentos pós-morte.

Portaria Ministério da Saúde nº 248812011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, dispõe que, na Estratégia Saúde da Família (ESF):

São itens necessários à estratégia Saúde da Família: “existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal”;

“A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades”

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica: “As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões”.

São atribuições comuns a todos os profissionais: “... realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)”;

Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

Das atribuições específicas:

Do enfermeiro: “realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços”;

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem: “1 – participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc)”;

“II – realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea”;

Resolução COFEN 429/2012 – Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem. Define que:

"é responsabilidade e dever dos profissionais da enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área., as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência" – Art. 1º

Resolução COFEN 311/2007, que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Das responsabilidades e deveres:

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 – "Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem" (...)

Art. 20— Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento. (...)

Considerando que o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e Hepatites Virais, vem implementando estratégias que objetivam ampliar o acesso aos diagnósticos do Sífilis e Hepatites Virais, especialmente em gestantes e população de rua.

Considerando que a Portaria Ministerial 77 de 12 de janeiro de 2012, foi revogada pela Portaria Ministerial 1.044 de 23 de julho de 2015 por considerar a necessidade de constante atualização dos procedimentos no que tange à realização de testes rápidos, em especial no tocante à vigilância em saúde com as novas estratégias; e a existência de outros normativos publicados recentemente que atendem às funções da Portaria no 77/GM/MS, de 12 de janeiro de 2012.

Considerando a Portaria Ministerial nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial da Sífilis e utilização do teste rápido;

Considerando Manual Técnico para o Diagnóstico da infecção pelo HIV e o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais e seus fluxogramas;

Considerando que o teste rápido e novas tecnologias estão chegando ao setor de saúde e imprimem mudanças nas atribuições de diversas categorias profissionais.

V CONCLUSÃO

Ante ao exposto entendemos que o enfermeiro tem competência técnica e legal para a realização do exame, aconselhamento pré-teste e pós- teste rápido para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, emissão de laudo, realização ou solicitação de exame para confirmação diagnóstica, encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação.

Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais são metodologicamente equiparáveis a outros testes já realizados pelas equipes da Atenção Básica, como, por exemplo, o teste de glicemia. Os testes rápidos devem **ser amplamente utilizados para triagem, sendo seu resultado reagente, não definem o diagnóstico**, devendo, portanto, a pessoa realizar testes complementares e receber atendimento clínico;

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem **do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os clientes com resultado reagente. Cabendo-lhe a anotação em prontuário ou boletim de atendimento, da data e hora do procedimento, aspecto da polpa digital ou local de punção, desconforto decorrente da perfuração necessária, resultados encontrados, orientações efetuadas, nome completo e Coren do responsável pelo procedimento. Não podendo emitir laudo, que é **privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior**.

Deve colaborar com o enfermeiro durante todo o procedimento, disponibilizando insumos e recursos necessários além de condições adequadas para procedimento e acolhimento.

Neste sentido opinamos favorável a revogação do Parecer Normativo nº 001 de 31 de janeiro de 2013.

Ressalvando que os profissionais necessitam estar devidamente capacitados a realização do procedimento como preconiza a legislação.

Esse é o parecer.

Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2016.

NADIA MATTOS RAMALHO

Conselheira Federal

VENCELAU JACKSON DA CONCEIÇÃO PANTOJA

Conselheiro Federal

Article printed from Cofen – Conselho Federal de Enfermagem: <http://www.cofen.gov.br>

URL to article: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html

URLs in this post:

[1] VER DECISÃO COFEN Nº 244/2016: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016_46254.html

Copyright © 2019 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. All rights reserved.



NOTA TÉCNICA COFEN/CTLN Nº 03/2017

A presente nota técnica surge da necessidade de esclarecimento aos profissionais de enfermagem, sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente para o tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação, que é um grave problema de Saúde Pública no Brasil, especialmente nas gestantes, devido à transmissão vertical, que pode causar aborto, natimorto, parto prematuro, morte perinatal e a sífilis congênita que ocasiona lesões cutâneas, alterações ósseas, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e malformações.

O grande desafio para a administração da Penicilina Benzatina nas UBS é o receio dos profissionais de saúde da ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática, sem que haja recursos adequados para a reversão destes quadros. No entanto, uma série de estudos nacionais e internacionais demonstram que, na grande maioria das vezes, as reações adversas referem-se a distúrbios neurovegetativos ou reações vasovagais, caracterizados por ansiedade, medo, sudorese, associados à dor ou à possibilidade de sensação dolorosa frente à administração de quaisquer medicamentos parenterais ou de outros procedimentos. Na literatura, a frequência de reações de hipersensibilidade observada varia de 0,7% a 10% dos pacientes tratados com penicilina. De uma forma geral, aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados referem história de alergia a estes medicamentos, no entanto, quando é feita análise desses casos, a maioria foi incorretamente diagnosticada.

Esse grupo de medicamentos é capaz de determinar todos os tipos de reações de hipersensibilidade, mas é importante destacar que as reações anafiláticas, as mais graves, ocorrem em um número muito reduzido de pessoas, com frequência estimada de 0,04% a 0,2% e taxa de letalidade ao redor de 0,001% (1 em cada 50.000 a 100.000 tratamentos), o que de forma alguma justifica deixar de realizar a administração da penicilina nas UBS, frente às consequências de uma sífilis não tratada ou tratada de forma incorreta.



Destaca-se que o Ministério da Saúde no ano de 2015, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), publicou o relatório de recomendações nº150/2015¹, que analisou as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia e segurança do uso da Penicilina Benzatina em gestantes, para prevenção da sífilis congênita, concluindo que a Penicilina Benzatina é o tratamento de primeira escolha para sífilis e é amplamente utilizada na prática clínica. A ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina, com aproximadamente 2 óbitos por 100.000 tratamentos^{4,5}. Nenhum outro tratamento, além da Penicilina Benzatina, provou ser efetivo no tratamento da sífilis na gravidez e na prevenção da sífilis congênita. Desta forma, reforça e recomenda a manutenção da Penicilina Benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez e o seu uso nas Unidades de Atenção Primária. Como exemplo de experiências exitosas do uso da penicilina observa-se o documento Caderno de Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil², publicado pelo MS no ano de 2015.

Considerando que a Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011³, que dispõe sobre a administração da Penicilina Benzatina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), diz que: “Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado”. Essa portaria ratifica que os profissionais de saúde (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e farmacêutico) devem administrar a Penicilina Benzatina nas UBS, estando legitimados. Portanto, a administração da penicilina nas UBS é segura, desde que estes sigam protocolos de identificação precoce de casos suspeitos de anafilaxia, de tratamento imediato e de encaminhamento para unidades de

¹Relatório de Recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) nº 150/2015: Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante gravidez, disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf

² Caderno de Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil, disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf

³Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html



referência, como tal temos o Caderno de Atenção Básica nº28⁴ do Ministério da Saúde, que apresenta um fluxograma de atendimento para os casos de reações anafiláticas.

Considerando também o papel do enfermeiro no manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011⁵, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do enfermeiro, a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986⁶, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, reafirmando seu compromisso com o cuidado à saúde prestado pelos profissionais de enfermagem, deixa claro através desta nota técnica os seguintes pontos:

- 1 – A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- 2 – Os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.

⁴O Caderno de Atenção Básica nº28, disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf

⁵Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/rt2488_21_10_2011.html

⁶Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm



3 – A ausência do médico na Unidade Básica de Saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Bezantina por profissionais de enfermagem.

Brasília, 14 de junho de 2017.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO n.º 63.652
Presidente

VENCELAU J. DA C. PANTOJA
COREN-AP Nº 75956
Segundo-Secretário

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

PARECER Nº 032/2018.

PROCESSO Nº. 120/2017.

REQUERENTE: WALFRIDO FARIAS GOMES

ASSUNTO: PRESCRIÇÃO DE CONTRACEPTIVOS A MENORES DE 14 ANOS.

EMENTA: CONSULTA FORMULADA A OUVIDORIA. PRESCRIÇÃO DE CONTRACEPTIVOS A MENORES DE 14 ANOS. CRIME DE ESTUPRO. OBRIGAÇÃO ÉTICA DE ACOLHÊ-LOS E ORIENTÁ-LOS. AUTONOMIA PROFISSIONAL. PONDERAMENTO DE PRINCÍPIOS.

1. DESIGNAÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, através de sua Presidente, Dra. Ana Paula Brandão da Silva Farias, Coren/CE 259.338-ENF, designou, por intermédio da Portaria nº. 184/2018, a Conselheira Dra. Ariadne Freire de Aguiar Martins, Coren-CE Nº: 400.954-ENF para emissão de Parecer Técnico sobre o tema formulado pelo consulente quanto a orientação sobre obrigações éticas e legais de prescrição de contraceptivos a menores de 14 anos com vida sexual ativa.

Conclusos. Passamos ao mérito.

2. DO MÉRITO

A questão suscitada pelo consulente envolve, dentre outros fatos, **a idade legal do paciente versus dever de confidencialidade**, estando nesse diapasão, mais especificamente, o direito à privacidade, confidencialidade e intimidade do paciente em confronto com a necessidade de quebra do sigilo profissional, de sobremaneira quando os representantes e/ou responsáveis pelo menor necessitam ser informados sobre a situação do paciente menor de 14 anos.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

a. DA IDADE E DAS INCAPACIDADES.

Uma das inovações do Código Civil – Lei n.º 10.406/2002 diz respeito à incapacidade relativa e absoluta dos indivíduos, no qual merecem uma análise minuciosa dos institutos, na medida em relacionam-se diretamente com o tema aqui tratado. Nesse contexto, nos impende ressaltar que o presente parecer versará tão somente quanto as incapacidades relacionadas a idade dos indivíduos.

i. DA INCAPACIDADE ABSOLUTA E RELATIVA

Segundo o Código Civil, são absolutamente incapazes os menores de 16 anos e relativamente incapazes aqueles maiores de 16 menores de 18 anos. Vejamos:

Art. 3º. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015).

Art. 4º. São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
[....]

Como pode se perceber, o Artigo 3º do Código Civil estabelece a incapacidade absoluta referente aos menores impúberes, que são aqueles que não têm 16 anos completos.

Para estes menores impúberes, qualquer ato da vida civil deverá ser realizado através do seu representante legal visto que não possuem o que chamamos de capacidade de fato, ou seja, a capacidade para exercer, diretamente e por si só, os atos da vida civil, tendo de ser representado por seus pais ou por representantes legais.

Desta feita, a representação significa que o representante age diretamente em nome do representado. O poder de representação, neste caso, é absoluto, uma vez que os atos firmamos por esse menor, quando sozinho, são inclusive nulos, por total carência de capacidade de fato. Esta é a incapacidade absoluta.

Quando maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, o menor deixa o estado de absolutamente incapaz e passa a ser relativamente incapaz. Deixa, portanto, a



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

incapacidade absoluta e passa a obter a incapacidade relativa. Isso significa, na prática, que poderá praticar, ele próprio, muitos atos da vida civil, como fazer testamentos e procurações. Neste caso, os atos do menor podem e devem, em determinadas circunstâncias, ser referendados pelos representantes legais.

Vejamos o que diz o artigo 1.634 do Código Civil:

Art. 1.634. Compete a ambos os pais, qualquer que seja a sua situação conjugal, o pleno exercício do poder familiar, que consiste em, quanto aos filhos:

[....]

VII - representá-los judicial e extrajudicialmente até os 16 (dezesseis) anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento;

A esses dispositivos legais devemos ainda acrescentar as considerações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Referido Diploma, em seu artigo 4º preconiza:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

E mais:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de **negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão**, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. [grifo nosso]

Podemos observar que a legislação pátria protege a criança e o adolescente conferindo a eles todos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana: direito à



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

proteção da vida e à saúde, em especial mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Mais especialmente, se levarmos em consideração o Sistema Único de Saúde como desdobramento direto do direito a saúde, é garantido a criança e ao adolescente o acesso universal ao Sistema, garantindo a esse indivíduo a total proteção e promoção dos programas nele desenvolvido.

b. DO DEVER DE CONFIDENCIALIDADE E INTIMIDADE X REPRESENTAÇÃO

O enfermeiro da equipe de atenção primária, que atua ou não nas equipes de Saúde da Família, desenvolve seu trabalho tanto no âmbito da Unidade de Saúde quanto na comunidade.

Entre as suas atribuições estão a realização de assistência integral as pessoas e famílias na Unidade de Saúde desde o acolhimento com classificação do risco para os cuidados primários a consulta de enfermagem, bem como, e quando necessário, ações no domicílio através da visita domiciliar e/ou em outros espaços comunitários, para promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância a saúde.

A Consulta de Enfermagem deve estar baseada em suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo e que deverão ser respeitadas. Vejamos:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. Neste contexto e importante lembrarmos que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames poderão ser desenvolvidas durante o processo, de acordo com a necessidade, desde que incluídas na assistência integral a saúde do indivíduo e respeitando o Art. 11, § II da Lei no 7.498/86, que determina a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

A Lei do Exercício Profissional (Lei nº. 7.498/1986) e seu Decreto regulamentador (Decreto nº. 94.406/1987), além do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem regulamentam as condutas e atribuições inerentes aos profissionais de enfermagem. Neste sentido, a enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde humana, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

Predispõe o art. 11, da Lei nº. 7.498/86:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as

Consubstanciando o acima exposto, o Decreto nº. 94.406/87, que regulamenta a Lei nº. 7.498/86 legitima:

Art. 8º Ao enfermeiro incumbe:

I – Privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

A RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017, que aprovou o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sobre o sigilo profissional, nos traz:

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Vemos, pois, que a consulta de enfermagem e as atribuições dos profissionais possuem regulamentação própria e esteio jurídico que amparam suas condutas quando do exercício de suas funções, de modo que tornam o profissional devidamente habilitado para o atendimento. E mais, a quebra de sigilo é devidamente assegurada nas hipóteses acima destacadas, devendo o profissional sempre documentar os motivos que o levarão a tal conduta.

c. DA SAÚDE DO MENOR.

A Constituição Federal de 88, quando das disposições referentes ao Direito Fundamental à saúde, nos ensina:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária,



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Como decorrência do direito fundamental acima exposto, na organização da atenção à saúde do adolescente e do jovem devem ser levados em consideração os ainda os seguintes aspectos¹:

Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis;
Respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local;
Participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.

Pela inteligência do Estatuto da Criança e do Adolescente não basta darmos ao menor o direito à vida, mas também que esse direito venha ladeado de muita saúde, motivo pelo qual, dentre várias obrigações legais, estipulou-se o direito à saúde, contido no artigo 7º do ECA e, ainda, a obrigatoriedade direta do poder público, através da inclusão do Sistema Único de Saúde, para promover programas de assistência médica.

Sobre a obrigatoriedade do Poder público em prestar assistência ao menor, com o adequado tratamento a saúde, transcrevemos o julgado:

DIREITO CONSTITUCIONAL - ECA - REEXAME NECESSÁRIO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - ADEQUAÇÃO DA VIA PROCESSUAL ELEITA. - A promoção do Parquet encontra amparo na Lei nº 8.069/90. INTERESSE DE AGIR. Caracteriza-se o interesse processual na dificuldade de obter, com a necessária urgência, pelas vias administrativas, a vaga hospitalar almejada. TRATAMENTO DE SAÚDE DE MENOR. Estabelecem a Constituição da República e a Lei nº 8.069/90 a obrigação do Estado - entendido como o ente público em qualquer de suas esferas - de assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde. Confirmaram a sentença em reexame necessário. Unânime." (TJRS - 7ª Câmara Cível; Reexame Necessário nº 70010854693-Porto Alegre - RS; Rela.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra

Desa. Walda Maria Melo Pierro; j. 8/6/2005; v.u.) Colaboração do Setor de Jurisprudência da AASP. BAASP, 2446/1114-e, de 21.11.2005.

Observamos então, que a saúde da criança e do adolescente possui *status* constitucional, devendo os agentes de saúde (no sentido amplo), aqui incluídos os profissionais de enfermagem, o dever de contribuir para sua efetivação.

d. DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E DO DEVER DE CONFIDENCIALIDADE AOS MENORES DE 14 ANOS.

Quanto a indagação do consulente, de *per si*, primeiramente nos obriga a dissertar sobre a vulnerabilidade do menor de 14 anos que possui vida sexualmente ativa.

O Dígito Penalista descreve o menor de 14 anos como sendo absolutamente vulnerável, de sobremaneira quando nos referimos a dignidade sexual, ou seja, dentro do espectro legal penalista, estes indivíduos estão desautorizados a ter relações sexuais por não terem, dentre outros aspectos, a capacidade de discernimento e compreensão do ato, inclusive diante dos reflexos para a vida futura.

Assim, a relação sexual praticada, dita como conjunção carnal ou quaisquer atos libidinosos com menores de 14 anos é caracterizada como estupro, independentemente do consentimento do menor. Vejamos:

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos;

§ 4º Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

E mais, o mesmo Código define a omissão do agente que deveria contribuir para que se evitasse o crime, mas não o fez. *Verbis*:



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

Superveniência de causa independente

§ 1º - A superveniência de causa relativamente independente exclui a imputação quando, por si só, produziu o resultado; os fatos anteriores, entretanto, imputam-se a quem os praticou.

Relevância da omissão

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

- a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;
- b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;
- c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.

O profissional de enfermagem, quando do atendimento a esses menores absolutamente incapazes, tem, antes de tudo, o dever de protegê-lo. A prescrição de métodos contraceptivos, portanto, nesses casos, se faz necessária como medida de proteção ao próprio menor.

O princípio da Proteção Integral combinado com o princípio da Prioridade Absoluta e do Melhor Interesse, decorrentes do art. 227, da Constituição Federal/88, aqui já descrito, informam que sobre esses pacientes deve recair todo cuidado e atenção, de modo que todas as condutas devem levar em consideração o bem-estar do menor.

Desta feita, o que se observa é que, com esteio nos instrumentos normativos tratados acima, o dever de confidencialidade sucumbe diante da obrigatoriedade de comunicação aos pais ou responsáveis (ou mesmo a órgãos externos adequados) em virtude de todo o exposto. A conduta da prescrição de medicamentos, portanto, não é excludente ao dever de informar aos pais ou responsáveis, sendo condutas distintas e obrigatórias.

Aqui, não se busca discutir a tipificação do estupro, mas sim avaliar, dentro do aspecto das atribuições funcionais do profissional de enfermagem, a necessidade de se efetivar àquele menor, o tratamento e a proteção adequados. A prescrição do contraceptivo não deve e não pode ser interpretada como incentivo à prática criminosa, visto que esta acontece independente da vontade do profissional de enfermagem. Ao contrário, a prescrição deve ser interpretada, necessariamente, como forma de proteção àquele menor



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

vulnerável que está em situação de risco, garantindo a ele o direito à vida e à saúde. A não prescrição é que levaria o profissional a ter uma conduta omissiva e irresponsável diante desse cenário.

Em resumo, temos:

O absolutamente incapaz, em fase de desenvolvimento físico e psicológico, deve ser protegido e acolhido em caráter especial. Nesses casos, a prescrição se faz necessária como forma de se efetivar o direito à saúde e a proteção. O dever de comunicação aos pais ou responsáveis sucumbe diante da privacidade do menor, visto o que se deve tutelar é a sua integridade.

A sexualidade é um componente transversal na vida de qualquer sujeito, com determinações e implicações individuais sociais, institucionais e programáticas.

É um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção ou prevenir de doenças sexualmente transmissíveis. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha.

e. DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E DO DEVER DE CONFIDENCIALIDADE AOS MENORES IDADE SUPERIOR AOS 14 ANOS E INFERIOR AOS 18 ANOS.

O tema orientação sexual a esse grupo de indivíduos é de fundamental importância, sobretudo quando levamos em consideração os índices de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez nessa faixa de idade, conforme observamos os dados:

Uma questão relevante e comum na atualidade é a precocidade das relações sexuais na adolescência, o que tem produzido um aumento de gestações e doenças sexualmente transmissíveis.

Os riscos físicos, emocionais e sociais a que se expõem mostram a prática sexual não segura, com exposição à infecção por doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS, a gravidez na adolescência e outros, que foge do controle no âmbito individual. Portanto, a



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

atividade sexual precoce tem repercussões na vida do adolescente, em decorrência da exposição desses jovens aos riscos da gravidez não planejada e das DST.

Um dos temas fundamentais para a realização de atividades educativas críticas e reflexivas é a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Adquirida (DSTs/HIV), sobretudo porque, aproximadamente, 1 milhão de pessoas no mundo inteiro são acometidas por DSTs e pelo HIV. A estimativa é de que ocorram 12 milhões de novos casos de DSTs curáveis anualmente no Brasil e, dentre esses casos, 25% devem acometer jovens menores de 25 anos. Além desse fator, o acometimento por DSTs representa sério impacto na saúde reprodutiva dos adolescentes e aumenta o risco de infecção pelo HIV em 40%.

Associado a esses dados, há 57,7% de casos de Aids em indivíduos na faixa etária entre 20 e 39 anos.¹² Considerando o período de latência da infecção pelo HIV, que dura em média dez anos,¹³ pode-se especular que a maioria dos casos ocorreu na adolescência, quando, provavelmente, esses indivíduos iniciaram a vida sexual, 40% dos adolescentes brasileiros começam a vida sexual com, no máximo, 15 anos de idade.

Esse cenário justifica a necessidade de implementação de planejamento familiar e atividades educativas pelos importantes setores sociais, como a escola, no Programa de Saúde na Escola e na Unidade Básica de saúde uma vez que os adolescentes, cada vez mais, iniciam precocemente a vida sexual, estando vulneráveis às DSTs.

Aqui, o que nos cabe é o conhecimento do direito a autonomia desses indivíduos em conflito com a confidencialidade do profissional de enfermagem. Não esqueçamos que a esses indivíduos recai um grupo de direitos específicos que norteiam o Sistema de Saúde, quais sejam: 1. Privacidade no momento da avaliação; 2. Garantia de confidencialidade e sigilo; 3. Consentir ou recusar o atendimento; 4. Atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais; 5. Informação sobre seu estado de saúde.

Vemos que aqui, já há a diferenciação em virtude, **a primeira vista**, a sexualidade ativa não constituir prática de crime.

O direito, dotado da maleabilidade que lhe é intrínseca, há de ser interpretado em conformidade com os princípios que regem as especificidades dos adolescentes



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

abrangidas em cada caso concreto, devendo ser observada inclusive o nível de discernimento de cada indivíduo.

Assim, nós temos de considerar, para as análises aqui realizadas, que esses indivíduos possuem o discernimento e a compreensão necessários para uma vida sexualmente ativa, sendo, em primeira análise, sujeitos autônomos quanto a sua vontade, sendo observados, entretantes, o respeito e à dignidade.

Nesses casos, os princípios da privacidade, intimidade, honra e imagem (direitos fundamentais) aliam-se a confidencialidade dos profissionais de enfermagem, na medida em que, via de regra, deparam-se com uma situação de saúde pública e não de um crime, como ocorre referente aos menores de 14 anos.

Ademais, não é tardio rememorar a novel redação ética constante na RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017, que aprovou o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sobre o sigilo profissional, quando relata, em seu artigo 52, que o fato sigiloso somente deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência, ou mesmo ainda nos de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

O próprio Código Penal, em seu artigo 154, assim dispõe:

Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Parágrafo único - Somente se procede mediante representação.

Não se busca aqui, alijar os pais ou responsáveis da relação paciente/profissional da enfermagem, sendo cediço que a inclusão familiar como meio de fomentar uma educação e uma formação adequada a esse indivíduo é também fundamental.

Mas há exceções. Existem situações cotidianas em que o profissional da enfermagem, diante de um cenário real, encontra inibição do paciente e a requisição de ser atendido sozinho. E aqui nessas situações é onde nos inserimos. É na autonomia e liberdade

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

do indivíduo, dentre todos os outros princípios aqui tratados que nos debruçamos, levando sempre em consideração, pelo profissional, o mínimo amadurecimento psíquico do assistido.

Destarte, nesses casos, entendemos que fica vedado ao profissional de enfermagem a quebra do sigilo profissional, com as ressalvas acima elencadas.

É o parecer.

À análise superior para as considerações de estirpe, sem prejuízo de submetê-lo aos órgãos internos deste Conselho.

Fortaleza, 22 de março de 2018.

Dra. Ariadne Freire de Aguiar Martins

Conselheira Relatora

REFERÊNCIAS

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba. 2. ed. - COREN-PB - João Pessoa- PB: COREN-PB, 2015.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

_____. Decreto Nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei Nº. 7498/86 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem. Coren Ceará, 2015, p.20.

_____. Lei Nº. 7498/86 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem. Coren Ceará, 2015, p. 15.

_____. Manual de Direitos Humanos para Enfermagem/Aline Albuquerque: Ivone Martini de Oliveira - Brasília: UniCEUB; COFEN, 2016.

_____. QUEIROZ, M.V.O, *et al.*, Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção, **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 29, p. 58-65, Fortaleza, dez., 2016.

_____. SILVA, K.L, *et al.*, A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, **remE – Rev. Min. Enferm.** V. 15, n.4, p. 607-611 out./dez., 2011.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**

Autarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra

**PARECER TÉCNICO Nº 001/2019****INTERESSADO: Plenária do Coren - CE**

EMENTA: Parecer técnico referente à inserção e remoção de DIU (Dispositivo intrauterino) por enfermeiros

I. A CONSULTA

Considerando a necessidade de esclarecer e respaldar os profissionais enfermeiros acerca da inserção e remoção de DIU (Dispositivo intrauterino) no âmbito do planejamento familiar, identifica-se a necessidade da emissão de parecer referente a tal demanda.

II. DA ANÁLISE TÉCNICA E CIENTÍFICA

A fim de fortalecer as políticas de planejamento familiar e reprodutivo considera-se importante o contínuo aperfeiçoamento e aprendizado dos profissionais enfermeiros acerca dos métodos contraceptivos e sua correta aplicação.

A consulta de enfermagem realizada dentro do programa de planejamento familiar, quando apresentado os métodos contraceptivos, executa-se a investigação do estado de saúde-doença da mulher, o exame físico geral e ginecológico, a escolha conjunta do método mais apropriado à situação e, seguindo-se a esta, a escolha do DIU e sua inserção.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM tem, entre suas prioridades, a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva, cuja implementação exige profissionais capacitados para o enfoque e discussão de temas variados, muitos deles considerados complexos, como liberdade e autonomia, com vistas ao pleno exercício da sexualidade por parte de mulheres e homens, adolescentes, jovens e demais faixas etárias (BRASIL, 2018a).

Dentre os métodos ofertados se encontra o Dispositivo Intrauterino (DIU), método de longa duração e seguro para mulheres em diferentes faixas etárias. A inserção do DIU é procedimento invasivo e complexo, realizado no âmbito da consulta clínica, da qual podem decorrer solicitação de exames complementares e prescrição medicamentosa.

O DIU é um método contraceptivo do grupo dos LARCs, sigla em inglês para Método Contraceptivo de Longa Duração. O DIU com cobre, quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar a gestação, apresentando-se como um



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

método seguro para evitar em longo prazo uma gestação. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura. A ampliação do acesso ao DIU com cobre nas maternidades (pós-parto e pós-abortamento imediatos – inserção em até 10 minutos) é uma estratégia compartilhada e complementar às ações de saúde reprodutiva da Atenção Básica e demais pontos de atenção do sistema de saúde local (BRASIL, 2018b).

O enfermeiro em seu amparo legal está apto a realizar consulta de enfermagem, solicitar exames e prescrever medicamentos, assim autorizado a atuar no planejamento familiar, prescrevendo, inserindo e removendo DIU, caso seja o método escolhido pela mulher.

Ressalte-se, no entanto, ser indispensáveis **a prática e o treinamento / capacitação específicos, que devem ser ofertados ao enfermeiro pelos serviços que implementam ações de planejamento familiar.**

III. DOS CONSIDERANDOS JURÍDICOS, ÉTICOS E LEGAIS

CONSIDERANDO – A Constituição Federal Brasileira de 1988, no art. 226, § 7º, reconhece e garante a contracepção como direito do (da) cidadão (ã), e afirma o direito de escolha reprodutiva como um direito de mulheres e de homens:

7º – Fundamentado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988º).

CONSIDERANDO – O Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências:

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – Privativamente: (...)

i) consulta de Enfermagem;

f) prescrição da assistência de Enfermagem;

g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

II – como integrante da equipe de saúde:



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

CONSIDERANDO – O Manual Técnico “Assistência em Planejamento Familiar” (4ª Edição, 2002), elaborado pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Política de Saúde / Área Técnica de Saúde da Mulher, orienta a atuação dos profissionais na assistência à anticoncepção e recomenda a interação dos membros da equipe de saúde, de forma que todos participem desse processo “de acordo com o nível de responsabilidade requerida em cada situação”.

CONSIDERANDO – O Manual Técnico elaborado pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção a Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, Brasília: Ministério da Saúde – 2009.

Dispositivo intrauterino – DIU – É um pequeno objeto de plástico, que pode colocado no interior do útero para evitar a gravidez. O DIU não provoca aborto, porque atua antes da fecundação. O DIU recoberto com cobre age inativando ou matando os espermatozoides, impedindo o encontro dos espermatozoides com o óvulo.

Existem diversos modelos de DIU. O mais usado é o “T” de cobre. Chama-se assim, porque tem a forma da letra T e é recoberto com fios de cobre. A fertilidade da mulher, ou seja, a sua capacidade de engravidar, retorna logo após a retirada do DIU. A colocação do DIU no interior do útero deve ser feita por um profissional de saúde treinado (Grifo nosso). É um método muito eficaz.

O modelo de DIU TCu 380 A dura dez anos após a sua colocação no útero, mas pode ser retirado a qualquer momento, se a mulher assim desejar ou se apresentar algum problema.

O DIU não atrapalha a mulher e não machuca o pênis durante a relação sexual. A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher tenha anemia severa. O DIU não é indicado para as mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

CONSIDERANDO – A RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Assinatura manuscrita



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autorarquia Federal criado pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

CONSIDERANDO – O Parecer Nº 017/2010/ COFEN/ CTLN I – Relatório: Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN, para análise e emissão de Parecer sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. – Em sua Análise Fundamentada, itens: 05; 10; 11; 12; 14; 15; 16; 17 e em sua conclusão consta:

“Diante do exposto, conclui-se que inexistente impedimento legal para que o Enfermeiro realize consulta clínica, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares e de rotina para atender à ampliação da oferta do DIU às usuárias do Sistema Único de Saúde, objetivo proposto pela Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, Dra. Thereza de Lamare Franco Netto.”

CONSIDERANDO – A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

CONSIDERANDO – O parecer de conselheira relatora nº 278/2017, relativo ao PAD do Cofen nº 514/2010.

1 – Não existe impedimento legal para que o Enfermeiro realize Consulta de Enfermagem no âmbito do planejamento familiar, com indicação, inserção e retirada de DIU, desde que este profissional seja devidamente treinado para execução desta técnica.

2 – Que não há a necessidade que o Conselho Federal de Enfermagem baixe Resolução que normatize as ações do Enfermeiro na política de planejamento reprodutivo e sexual com foco na atuação a partir da Consulta de Enfermagem, conforme preconizado na Resolução Cofen nº 358/2009, incluindo os métodos contraceptivos. E que se recomende que as instituições construam protocolos institucionais, que respaldem o profissional na sua tomada de decisão.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**

*Autarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

CONSIDERANDO – A Resolução Nº 564/2017, sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o qual norteia a conduta profissional para prestar um cuidado de Enfermagem seguro e livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2017).

Diante desse contexto, para o exercício do profissional de Enfermagem anuncia como direito:

Art. 1º - Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, ética e dos direitos humanos.

Salienta-se, ainda, como dever:

Art. 24 - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Enfatiza-se, além disso, como proibição em consonância com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem:

Art. 62 - Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

CONSIDERANDO – O Manual Técnico para profissionais de saúde, DIU com cobre T Cu 380 A, produzido pelo Ministério da Saúde.

O DIU deve ser alojado corretamente no útero, o que torna mínimo o desconforto para a mulher e o risco de expulsão. A inserção pode ser feita por profissional médica (o) ou enfermeira (o) treinada (o) e não deve ser uma prática exclusiva do especialista ou vinculada à realização de exames complementares, como ultrassonografia de rotina.

IV. DO PARECER

Diante desse contexto, considerando as bases jurídicas da Enfermagem e normativas do Ministério da Saúde, entende-se que, o Enfermeiro mediante competência técnico-científica, após prática e capacitação está apto a realizar inserção e remoção do Dispositivo intrauterino (DIU).



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

Autarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra



Compreende-se, ainda, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme a Resolução Nº 564/2017, que os profissionais devem conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e em caso de descumprimento, pode estar sujeito à aplicação de penalidades.

É o parecer, salvo melhor juízo.

Fortaleza-Ceará, 17 de maio de 2019.

Parecer elaborado por: Dra. Natana Cristina Pacheco Sousa, Coren-CE Nº 398.306-ENF.

Natana Cristina Pacheco Sousa

Dra. Natana Cristina Pacheco Sousa
Coren-CE Nº 398.306-ENF
Colaboradora do Coren-CE

Natana Cristina P. Sousa
COREN-CE: Nº 398.306 - ENF

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 06 jun, 2019.

BRASIL. **Decreto n. 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalfen.gov.br/sitenovo/node/4173>. Acesso em: 06 jun, 2019.

BRASIL. **Lei nº. 7498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, 1986. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 04 jun. 2019.

Nat



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ

*Autorarquia Federal criada pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete/-do/-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 07 jun, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anti_concepcionais.pdf. Acesso em: 08 jun, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 08 jun, 2019.

BRASIL. Resolução Nº 564/2017, de 06 de novembro de 2017. Dispõe sobre a aprovação do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html> Acesso em: 06 jun, 2019.

COFEN. **Parecer nº 278/2017**, relativo ao PAD do Cofen nº 514/2010. Pedido de parecer do ministério da saúde sobre a viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimento com medicamentos e insumos para planejamento familiar e reprodutivo. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-n-278-2017_61961.html. Acesso em: 08 jun, 2019.

COFEN. **Parecer Nº 017/2010/ COFEN/ CTLN I** – Relatório: Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN, para análise e emissão de Parecer sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html. Acesso: 08 jun, 2019.

COFEN. **Resolução n.º 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional

10

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ**

*Autorquia Federal criado pela Lei Nº. 5.905/73.
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros – Genebra*

de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009. Disponível em:
<http://www.portalfcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>. Acesso: 08 jun, 2019.



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 43
Sessão

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

PARECER DE CONSELHEIRA RELATORA Nº 278/2017
DOCUMENTO: PAD COFEN Nº 0514/2010

INTERESSADO: PRESIDÊNCIA DO COFEN

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE
VIABILIDADE DOS ENFERMEIROS REALIZAREM
PROCEDIMENTO COM MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA
PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO

CONSELHEIRA RELATORA: MARIA DO ROZÁRIO DE FÁTIMA
BORGES SAMPAIO

DESIGNAÇÃO: PORTARIA COFEN Nº 1249/2017 de 20 de setembro de
2017.

I - INTRODUÇÃO

Designada através da Portaria Cofen Nº 1418/2010 de 19 de outubro de 2017, para emissão de parecer sob a ementa “PEDIDO DE PARECER DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE VIABILIDADE DOS ENFERMEIROS REALIZAREM PROCEDIMENTO COM MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO”, após minuciosa análise das informações contidas no PAD COFEN 0514/2010, e após levar o assunto a discussão na Comissão de Saúde da Mulher do Cofen, tendo considerações e ao final emito parecer.

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 44
Serviço

filial do conselho internacional de enfermagem - genebra

II - HISTÓRICO

Trata-se de PAD aberto em 14 de setembro de 2010 em atenção à solicitação da Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS de esclarecimento *“acerca da viabilidade técnica, em consonância com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, para que este procedimento seja realizado por enfermeiros (as) que atuam nos serviços públicos de saúde”*, por determinação da Presidência após a abertura o PAD foi encaminhado a CTLN para análise e Parecer Técnico.

Em 11/11/2010, a CTLN se manifesta através do Parecer Nº 17/2010/COFEN/CTLN, concluindo que:

“Diante do exposto, conclui-se que inexistente impedimento legal para que o Enfermeiro realize consulta clínica, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares e de rotina para atender à ampliação da oferta do DIU às usuárias do Sistema Único de Saúde, objetivo proposto pela Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, Dra. Thereza de Lamare Franco Netto.”

E ressalta que:

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fls. 45
Servidor

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

“...no entanto, devem ser acatadas as sugestões deste opinativo no sentido de que os Enfermeiros assumam tais responsabilidades após treinamento, e cumprindo o disposto na Resolução Cofen n.º 358/2009”

O Parecer Nº 17/2010/COFEN/CTLN, foi aprovado no transcurso da 396ª ROD, em 25/11/2010, com a recomendação de responder ao requerente, publicar no Portal do Cofen e remeter cópia aos Conselhos Regionais de Enfermagem.

O Parecer foi publicado no Portal do Cofen em 12/01/2011 e feito os encaminhamentos determinados.

Em 21/03/2013, através de mensagem o Gabinete do Coren-MG, protocolada sob o n.º 1170/2013 em 25/03/2013, informa constantes consultas à Câmara Técnica de Obstetrícia (CTO) do Coren Minas Gerais, sobre a legalidade da Inserção do Dispositivo Intra-Uterino por Enfermeiro; e que mesmo ciente do Parecer 17/2010 solicita uma Resolução que fundamente mais o assunto e melhor respalde seus pareceres à Comunidade de Enfermagem.

De ordem da Presidência, em 26/03/2013 o PAD é encaminhado à Coordenação das Câmaras Técnicas para análise e demais providências.

Em 22/05/2013, a CTLN através do MEMORANDO Nº 02/2013 COFEN/CTLN, após informar que já existe o Parecer nº

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 46
Servidor

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

17/2010/COFEN/CTLN que pugna pela viabilidade técnica e legal de Enfermeiros realizarem essas ações em Programas de Saúde, inclusive considerado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Política de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher na elaboração do Manual Técnico “Assistência em Planejamento Familiar” 4ª Edição, 2002. Fato corroborado no entendimento do art. 11, inciso II, alíneas “a”, “b”, e “c” da Lei nº 7.498/86. E ainda que na Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria MS/GM Nº 1625, de 10 de julho de 2007, estas atividades estão previstas entre as atribuições específicas do Enfermeiro. E se manifesta que **“entendemos que não se faz necessário uma Minuta de Resolução normatizando o tema”**(g,n). A manifestação foi apreciada na 434ª ROP e aprovado o encaminhamento à Secretaria Geral para dar conhecimento ao COREN-MG do MEMORANDO Nº 02/2013 COFEN/CTLN.

Em 28/09/2017, foi protocolado no Setor de Arquivo e Protocolo do Cofen, sob o Nº3097/2017, o Ofício nº 048/2017/COAPRE da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso/Coordenadoria de Ações Programáticas Estratégicas se reportando ao Parecer nº 17/2010/COFEN/CTLN, e considerando o Parecer nº21/2013/CFM sobre “colocação de DIU nas pacientes, por enfermeiros” no qual se destaca o parágrafo **“por todo o exposto, entendemos que a inserção de dispositivos intrauterinos é ato médico exclusivo”**(g,n).

Em 04/10/2017 por meio do Despacho P-5266/2017 GAB/PRES, considerando a manifestação da CTLN aprovada na 434 ROP, e conhecendo a Lei que

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 47
Servidor

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

regulamenta o Regulamento da Medicina, por determinação da Vice-Presidência, a Consulta é encaminhada ao Setor de Arquivo Geral e Protocolo para ser juntado ao PAD 514/2010, e após à CTLN para reanálise, e por fim pautar em ROP para deliberação dos Conselheiros Federais.

Em 18/10/2017, através do Memorando Nº 064/2017/CTLN/COFEN é encaminhado o Parecer nº 24/2017/COFEN/CTLN “LEGISLAÇÃO PROFISIONAL, LEGALIDADE DO ENFERMEIRO REALIZAR A INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)”.

No Parecer nº 24/2017/COFEN/CTLN após exaustiva análise de legislações e Pareceres Técnicos sobre o tema, no qual fica claro que apesar da Lei 12.842/2013, intitulada Lei do Ato Médico, considerar a execução de procedimentos invasivos como atividade privativa do médico, não existe na mesma uma lista de procedimentos invasivos, citando apenas: acessos vasculares profundos, biópsias e endoscopias. Considerar que vários pareceres de Conselhos Regionais de Medicina apontam que procedimentos invasivos tais como, cateterismo vesical, sondagem nasogástrica e nasoenteral, aposição e substituição de citostomia, gastrostomia, e traqueostomo são procedimentos compartilhados com os profissionais de Enfermagem ***“mantém seu posicionamento de que inexistente impedimento legal para que o Enfermeiro realize consulta de enfermagem no âmbito do planejamento familiar, com indicação, inserção e retirada de DIU, desde que este profissional receba o devido treinamento para execução desta técnica. Recomendamos ainda, que***

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 48
Serv. 11

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

as instituições que adotem a técnica de inserção do DIU como atribuição do Enfermeiro, construam protocolos institucionais, que respaldem o profissional na sua tomada de decisão” (g,n).

Recebido em 18/10/2017, através do DESPACHO P-5482/2017 GAB/PRES, por determinação da Vice-Presidência, o PAD 0514/2010 é encaminhado à Secretaria Geral para emissão de Portaria designando a Conselheira Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio, para emissão de Parecer, e após à Assessoria de Plenário para Pautar em ROP.

III - ANÁLISE

CONSIDERANDO as informações contidas no PAD COFEN Nº 0514/2010, a complexidade do tema, bem como ser esta Conselheira membro da Comissão de Saúde da Mulher do Cofen, que tem como objetivo “*Analisar, discutir, avaliar, planejar, orientar e emitir parecer de cunho técnico, científico, ético e legal relacionado aos assuntos atinentes ao exercício da Enfermagem na área de saúde da mulher*”, dentre outros; levamos o assunto a discussão na 10ª Reunião Ordinária da CSM Cofen, no mês de outubro. Após discussão a Comissão de Saúde da Mulher do COFEN assim se posicionou:

A consulta solicita esclarecimentos acerca da viabilidade técnica de Enfermeiros realizarem a inserção e remoção do Dispositivo Intrauterino (DIU),

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 49
Sindicato

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

- 1- *A Constituição Federal Brasileira de 1988, no art. 226, § 7º, reconhece e garante a contracepção como direito do (da) cidadão (ã), e afirma o direito de escolha reprodutiva como um direito de mulheres e de homens:*

§ 7º – Fundamentado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988º).

- 2- *Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências:*

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – Privativamente: (...)

i) consulta de Enfermagem;

f) prescrição da assistência de Enfermagem;

g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

II – como integrante da equipe de saúde:

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Considerando a Resolução COFEN 311/2007 que aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fls. 50
Sendo

Filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

Enfermagem em seu Capítulo I Das Relações Profissionais:

DIREITOS

Art. 1º – Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

SEÇÃO I DAS RELAÇÕES COM A PESSOA, FAMÍLIA E COLETIVIDADE. DIREITOS

Art. 10 – Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

Art. 11 – Ter acesso às informações, relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 – Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 14 – Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

3- Considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS):

RECOMENDAÇÕES:

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 51
Serv. 1

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

Os Enfermeiros, Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes devem inserir e remover implantes contraceptivos.

Esta intervenção exigiria habilidades adicionais mínimas. Além disso, possibilita a redução das desigualdades ao ampliar os cuidados às mulheres, bem como apresenta uma abordagem econômica viável

Para a atuação de Enfermeiras, Enfermeiras Obstétrica/Obstetrizes para inserir e remover DIU ou implantes contraceptivos, deve-se considerar:

- *Os órgãos profissionais relevantes devem estar envolvidos no planejamento e implementação da intervenção para garantir a aceitabilidade entre os trabalhadores de saúde;*

- *A distribuição de papéis e responsabilidades entre Enfermeiras, Enfermeiras Obstétricas/Obstetrizes e outros profissionais de saúde precisa ser esclarecida, inclusive através de regulamentos e descrições de cargos.*

- *Alterações nos regulamentos são necessárias para suportar qualquer alteração no âmbito da prática das Enfermeiras, Enfermeiras Obstétricas/Obstetrizes;*

- *Os programas de precisam garantir que esta tarefa promova a continuidade dos cuidados, por exemplo, garantindo que todas as Enfermeiras, Enfermeiras Obstétricas/Obstetrizes sejam "aprimoradas";*

- 4- *O Manual Técnico elaborado pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção a Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, Brasília: Ministério da Saúde - 2009.*

Dispositivo intrauterino – DIU - É um pequeno objeto de plástico, que pode colocado no interior do útero para evitar a gravidez. O DIU não provoca aborto, porque atua antes da fecundação. O DIU recoberto com cobre age inativando ou matando os espermatozoides, impedindo o encontro dos espermatozoides com o óvulo.

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fls. 52
Serviço

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

*Existem diversos modelos de DIU. O mais usado é o "T" de cobre. Chama-se assim, porque tem a forma da letra T e é recoberto com fios de cobre. A fertilidade da mulher, ou seja, a sua capacidade de engravidar, retorna logo após a retirada do DIU. **A colocação do DIU no interior do útero deve ser feita por um profissional de saúde treinado** (Grifo nosso). É um método muito eficaz.*

*O modelo de DIU **TCu 380 A** dura dez anos após a sua colocação no útero, mas pode ser retirado a qualquer momento, se a mulher assim desejar ou se apresentar algum problema.*

O DIU não atrapalha a mulher e não machuca o pênis durante a relação sexual. A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher tenha anemia severa. O DIU não é indicado para as mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

5- Conforme o Parecer N° 017/2010/ COFEN/ CTLN I – Relatório: Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN, para análise e emissão de Parecer sobre a "viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo". – Em sua Análise Fundamentada, itens: 05; 10; 11; 12; 14; 15; 16; 17 e em sua conclusão consta:

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fls. 53
Servidor

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem - Genebra

“Diante do exposto, conclui-se que inexistente impedimento legal para que o Enfermeiro realize consulta clínica, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares e de rotina para atender à ampliação da oferta do DIU às usuárias do Sistema Único de Saúde, objetivo proposto pela Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, Dra. Thereza de Lamare Franco Netto.”

6- Esta Comissão de Saúde da Mulher é favorável ao Parecer Nº 017/2010/COFEN/ CTLN com os destaques acima proposto e considera a necessidade de o Conselho Federal de Enfermagem elaborar e publicar uma Resolução que legitime e potencialize as ações do Enfermeiro na política de planejamento reprodutivo e sexual com foco na atuação a partir da consulta de enfermagem incluindo aos métodos contraceptivos, com destaque para a inserção e remoção do Dispositivo Intrauterino.

3- DA CONCLUSÃO

Diante do exposto, considerando os fatos discutidos a partir da análise realizada no constante do PAD do Cofen nº 514/2010, **somos de parecer que:**

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br



cofen
conselho federal de enfermagem

COFEN
Fis. 54
Serv. 11

Filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

1. Não existe impedimento legal para que o Enfermeiro realize Consulta de Enfermagem no âmbito do planejamento familiar, com indicação, inserção e retirada de DIU, desde que este profissional seja devidamente treinado para execução desta técnica.
2. Que não há a necessidade que o Conselho Federal de Enfermagem baixe Resolução que normatize as ações do Enfermeiro na política de planejamento reprodutivo e sexual com foco na atuação a partir da Consulta de Enfermagem, conforme preconizado na Resolução Cofen nº 358/2009, incluindo os métodos contraceptivos. E que se recomende que as instituições construam protocolos institucionais, que respaldem o profissional na sua tomada de decisão.

Salvo melhor juízo, este é o nosso Parecer.

Brasília, 06 de dezembro de 2017.

Fátima Borges de Sampaio

MARIA DO ROZÁRIO DE FÁTIMA BORGES DE SAMPAIO
Conselheira Federal
COREN-PI 19.084

SCLN 304 – Bloco E – Lote 09
CEP: 70736-550 - Brasília – DF
Tel.: (61) 3329-5800 – Fax (61) 3329-5801
Home Page: www.portalcofen.gov.br

ANEXO A - Modelo de PORTARIA para adesão dos municípios.

Dispõe sobre a normatização da prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares e de rotina pelos enfermeiros integrantes das equipes de saúde, em nível ambulatorial no programa da saúde da mulher. O Conselho Regional de Enfermagem-COREN/CE, no uso de suas atribuições legais estabelecidas na lei 5905/73.

CONSIDERANDO o art. 196 da Constituição Federal segundo o qual saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

CONSIDERANDO o disposto no artigo 11, inciso II, alínea “c” da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

CONSIDERANDO o disposto no artigo 8º, inciso II, do Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício de Enfermagem.

CONSIDERANDO a Resolução do COFEN 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CONSIDERANDO a Portaria nº 2436/GM/2017 do Ministério da Saúde, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSIDERANDO a Resolução do COFEN 195/1997, dispõe que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina

aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo.

RESOLVE: Art. 1º - Normatizar a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares e de rotina, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município XX, pelos enfermeiros integrantes de equipes de saúde, em nível ambulatorial, nos casos de pacientes com patologias específicas dos Programas de Saúde Pública executados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º - O enfermeiro poderá fazer prescrições de medicamentos previamente estabelecidos no protocolo de cuidado à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde (APS): Protocolo de enfermagem, aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser acrescidos/atualizados automaticamente desde que, regulamentado pelo Ministério da Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem- COREN/CE.

Art. 3º - O enfermeiro poderá solicitar exames complementares de rotina, rastreamento e seguimento do paciente, desde que estejam previamente estabelecidos **no protocolo cuidado à saúde da mulher na Atenção primária em Saúde (APS): Protocolo de enfermagem**, aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser acrescidos/atualizados automaticamente desde que, regulamentado pelo Ministério da Saúde e o Conselho Regional de Enfermagem- COREN/CE.

Art. 4º - A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares de rotina, rastreamento e seguimento pelo enfermeiro deverão ser em receituário/formulário padronizado da Secretaria Municipal de Saúde, identificado com carimbo e número da inscrição no Conselho de Enfermagem - COREN-CE, nome do profissional, respectiva assinatura e data.

Art. 5º - São Programas de Saúde Pública e Diretrizes Clínicas aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde de XX, que justificam a relação dos medicamentos padronizados e exames constantes nesta portaria: I - Programa de Controle da Tuberculose; II - Programa de Controle a Hanseníase; III - Programa de Diabetes; IV - Programa de Hipertensão Arterial; V - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher; VI - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança; VII - Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Adulto; VIII - Programa de Assistência às Infecções Sexualmente

Transmissíveis – IST's/HIV/AIDS; IX - Programa Farmácia Viva; X - Programa de Vigilância Epidemiológica. XI - Estomaterapia: Estomias, Feridas e Incontinência. § 1º - Considera-se, também, em face da sua importância e resolutividade para a Saúde Pública, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). § 2º - Considera-se, também, em face da sua importância e resolutividade para a saúde pública, o manejo clínico da Dengue, das Doenças Exantemáticas, da Influenza, COVID-19, das condições associadas a Hipertensão Arterial e a Diabetes, tais como: dislipidemia, pé diabético.

Art. 6º - Esta Portaria não isenta nenhum enfermeiro de sua responsabilidade ético-legal durante seu desempenho pessoal no exercício de sua profissão.

Art. 7º - A prescrição de medicamentos dos programas de saúde pública previstos nesta Portaria deverá ocorrer aos pacientes acompanhados e/ou cadastrados pela respectiva unidade.

ANEXO DA PORTARIA

RELAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA

1. Programa de Controle da Tuberculose • Rifampicina (R) • Isoniazida (H) • Pirazinamida (Z) • Etambutol (E) • Etionamida • Estreptomicina
2. Programas de Controle da Hanseníase • Rifampicina • Dapsona • Clofazimina
3. Programa de Diabetes • Glibenclamida • Glicazida • Glimepirida • Metformina • Insulina NPH • Insulina Regular • Sulfadiazina de Prata • Ácidos Graxos Essenciais - A.G.E • Seringa de 1ml + Agulha • Sinvastatina • Omeprazol
4. Programa de Hipertensão Arterial • Enalapril • Ramipril • Losartana • Valsartana • Nifedipina • Anlodipino • Hidroclotiazida • Indapamida • Furosemida • Espironolactona • Propranolol • Atenolol • Carvedilol • Metoprolol • Metildopa • Isossorbida • Sinvastatina • Omeprazol
5. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher • Sulfato Ferroso • Ácido Fólico • Vitamina A • Anovulatórios Oral/ Injetável • Levonogestrel (anticoncepção de emergência) • Estrogênio conjugado gel/ creme vaginal
6. Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança • Paracetamol gotas • Dipirona gotas/solução oral • Ibuprofeno • Mebendazol • Albendazol • Metronidazol • Sulfato Ferroso • Vitamina A • Permanganato de Potássio • Sais de Reidratação Oral • Solução Fisiológica Nasal • Óxido de Zinco (Pasta D'água) • Permetrina • Nistatina solução oral • Sulfadiazina de prata • Miconazol creme • Tiabendazol creme • Neomicina+Bacitracina • Óxido de Zinco + Nistatina
 - 6.1. Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI (Reservado somente para profissionais Capacitados em AIDPI). • Sulfametoxazol + Trimetropim • Amoxicilina • Cefalexina • Eritromicina • Azitromicina • Ácido Nalidixico
7. Programa de Atenção Integral à Criança e Adulto com Asma - PROAICA • Salbutamol Aerossol Dosimetrado • Beclometazona Aerossol Dosimetrado • Espaçador
8. Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Adulto • Paracetamol • Dipirona • Mebendazol • Albendazol • Metronidazol • Secnidazol • Sulfato Ferroso • Ácido Fólico • Ácido Acetil Salicílico • Ibuprofeno • SRO • Solução Fisiológica Nasal
9. Programa de Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis – IST's/HIV/AIDS • Metronidazol • Secnidazol • Tinidazol • Nistatina • Clotrimazol • Miconazol • Isoconazol • Tioconazol • Fluconazol • Itraconazol • Sulfametoxazol + Trimetropim • Ampicilina • Eritromicina • Ceftriaxona • Ciprofloxacina • Azitromicina • Penicilina G Benzatina • Doxiciclina • Tetraciclina • Probenecide • Aciclovir • Podofilina • Ácido Tricloroacético

10. Programa Farmácia Viva • Pomada de Confrei • Óxido de Zinco (Pasta D'água) • Pasta D'água com Enxofre • Sabonete de Alecrim Pimenta • Xarope de Cumaru • Xarope de Chambá • Xarope de Guaco • Creme Vaginal de Aroeira • Pó Anti-Séptico Vaginal • Tintura de malva Santa • Tintura de Alecrim • Tintura de Aroeira • Elixir de Aroeira • Cápsula de Maracujá • Cápsula de Erva Cidreira • Papaína

11. Programa de Vigilância Epidemiológica • Paracetamol • Dipirona • Sais de Reidratação Oral • Rifampicina (Bloqueio de Meningite) • Ciprofloxacina (Bloqueio Meningite) • Azitromicina (Bloqueio de Coqueluche) • Claritromicina (Bloqueio de Coqueluche) • Eritromicina (Bloqueio de Coqueluche) • Sulfametoxazol+Trimetoprim (Bloqueio de Coqueluche)

RELAÇÃO DOS EXAMES DE ROTINA E COMPLEMENTARES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA

1. Programa de Controle da Tuberculose • Baciloscopia de Escarro (Sintomático Respiratório, Controle de Tratamento e Contactantes) • Cultura de escarro e teste de sensibilidade a antibiótico(TSA) • PT-Prova Tuberculínica/ Raio X tórax PA e Perfil • Anti HIV (Convencional e Teste Rápido) • Hepatite B e C • Hemograma completo • VDRL • TGO • TGP • Uréia • Creatinina • Teste Rápido Sífilis • Glicemia • Incluir Teste Rápido molecular para Tuberculose. • Colesterol Total e frações

2. Programa de Controle da Hanseníase • Baciloscopia na linfa • Testes de sensibilidade (realização) • TGO • TGP • Hemograma Completo • Glicemia • Uréia • Creatinina • Colesterol Total e frações • Bilirrubina

3. Programa de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica • Glicemia • Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) • Hemograma Completo • Colesterol total • HDL • LDL • Hemoglobina glicosilada/ glicada • Triglicerídeos • Uréia • Creatinina • Sódio • Potássio • Ácido Úrico • Pesquisa de elementos anormais e sedimento de urina (Sumário de Urina) • TGO • TGP • ECG • TSH (para mulheres diabéticas com > 50 anos)

4. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher • Hemograma Completo • Anti-HIV 1 e Anti HIV 2 • VDRL • Sumário de Urina • Glicemia • B HCG • Fator RH • Grupo Sanguíneo • TOTG • Sorologia para Hepatite B • Sorologia para Toxoplasmose/IgG/IgM • Bacterioscopia para Secreção Vaginal • Citopatológico cérvico-vaginal, bem como a entrega de exame sem alteração. • Mamografia de rastreamento na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade, sem alteração clínica, pelo menos a cada 2 anos, bem como a entrega de resultado de mamografia de rastreamento BI-RADIS I e BI-RADIS II; • Ultrassom obstétrico/ Ultrassom Transvaginal • Teste Rápido para Sífilis • Teste Rápido para HIV • Teste Rápido para Gravidez • Urinocultura • Sorologia para Hepatite C • Sorologia para Rubéola • Sorologia para Citomegalovírus. • Teste Coombs indireto • FTA-Abs

5. Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança • Hemograma Completo • Sumário de Urina • Glicemia • Parasitológico de fezes • Teste do Olhinho • Teste da Orelhinha • Colesterol Total • HDL • LDL • Triglicerídeos • Urinocultura

6. Programa Saúde do Adolescente/Adulto • PSA • Hemograma Completo • Glicemia • Sumário de Urina • triglicerídeos • Colesterol Total • HDL • LDL • VLDL
7. Programa de Assistência às Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's/HIV/AIDS • Citologia oncológica • VDRL (Convencional) • Anti-HIV (Convencional e teste rápido diagnóstico) • Secreção Vaginal • Hepatite B e C (Convencional e teste rápido diagnóstico) • Teste rápido para Sífilis.
8. Programa de Vigilância Epidemiológica • Sorologia para Rubéola • Sorologia par Sarampo • Sorologia para Dengue • Sorologia para Citomegalovírus • Isolamento Viral para a Dengue Citomegalovírus • Sorologia para Covid-19 • Hemograma Completo • TGO/TGP • PCR.



www.coren-ce.org.br