

PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITIZAL

*Rua São Paulo, n°. 131 – Centro
Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9100*



PREFEITURA MUNICIPAL DE

BURITIZAL

Construindo Um Novo Tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SAÚDE DA MULHER BURITIZAL/SP

BURITIZAL

2021

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n°. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

**MANUAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER DO MUNICÍPIO DE
BURITIZAL SP. 2021**

**DANIEL SARRETA
PREFEITO DE BURITIZAL**

**CLÁUDIO CÉSAR BENTO PEREIRA
DIRETOR DE SAÚDE**

**GRAZIELA ANGELO ALVES
CHEFE DA DIVISÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**LILIANI DELEFRATE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**ROGÉRIA ALVES VIEIRA
SAÚDE DA MULHER**

**ELABORAÇÃO 2021
ENF^a GRAZIELA ANGELO ALVES**

ENF^a ROGÉRIA ALVES VIEIRA

HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	01/2021
Versão	1.0
Revisão	

BURITIZAL

2021

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.	6
3. ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL.....	7
3.1 Pré-consulta	7
4. FLUXOGRAMA - PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉ-NATAL	8
5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA GESTANTE E PUÉRPERA.....	10
6. CONSULTA ODONTOLÓGICA	11
7. QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO	12
7.1 Náuseas, vômitos e tonturas.	12
7.2 Pirose	12
7.3 Sialorréia.....	12
7.4 Fraquezas e Desmaios	13
7.5 Queixas Urinárias.....	13
7.6 Dispnéia	13
7.7 Mastalgia.....	13
7.8 Lombalgia	14
7.9 Cefaleia	14
7.10 Sangramento nas gengivas.....	14
7.11 Varizes	14
7.12 Câimbras.....	14
7.13 Cloasma Gravídico.....	15
7.14 Estrias	15
8. 10 PASSOS PARA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL COM QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA	15
9. ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL	16
9.1 Pré-consulta	16
9.2 Consulta (Obstetra):	16
9.3 Pós-consulta:	17
9.4 Cálculo da idade gestacional (IG).....	17
9.5 Cálculo da DPP.....	18
10. ATENDIMENTO DOMICILIAR À PUÉRPERA	18

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, nº. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

11. ATENDIMENTO DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO	19
12. ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS DURANTE A GESTAÇÃO	20
13. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO	22
14. RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS À MULHER PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DA CITOLOGIA ONCÓTICA	24
15. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA ATENÇÃO AO DIREITO REPRODUTIVO.....	25
16. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÉ-CONCEPÇÃO.....	26
17. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO	27
18. PRINCIPAIS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À MULHER NO CLIMATÉRIO.....	28
19. SÍFILIS	29
21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de atenção à saúde da mulher são prioridades e se apresentam por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sendo as linhas de cuidado prioritárias: atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada; saúde sexual e reprodutiva; controle das IST; atenção às vítimas de violência moral, sexual e doméstica; redução da morbimortalidade por câncer de mama e colo de útero e atenção integral às mulheres no climatério (BRASIL, 2004).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, desenvolvida para uma melhor assistência à saúde que utiliza componentes técnicos científicos para identificar situações de saúde/doença, prescrever e programar intervenções e cuidados de enfermagem que contribuam para proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. Está respaldada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n°7.498/86, Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n°195/1997, n°223/1999 e n°358/2009.

Esse Manual/Protocolo, desenvolvido a partir de um trabalho já realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Buritizal, tem por finalidade contribuir na organização da Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais de Enfermagem na busca permanente da qualidade da Atenção à Saúde.

2. ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.

Um dos indicadores de avaliação da qualidade da Atenção Básica é o acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. É imprescindível que seja iniciado o pré-natal o mais precocemente, para o diagnóstico de alterações e a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB, podemos destacar o atendimento ao pré-natal através de uma assistência de forma humanizada, realizando a captação precoce da gestante, bem como as consultas de enfermagem, solicitação de exames, realização de testes rápidos, prescrição de medicamentos, previamente estabelecidos nas políticas de saúde e protocolos instituídos pela gestão municipal (COREN-GO, 2017).

É importante que a primeira consulta de pré-natal seja agendada com brevidade e as consultas do médico e do enfermeiro deverão ser alternadas até ocorrência do parto, da seguinte forma:

- Até a 28ª semana
mensalmente;

Da 28ª a 36ª semana
quinzenalmente

-Da 36ª a 42ª semana
semanalmente

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, nº. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

Confirmada a gestação, o profissional deverá realizar a classificação de risco gestacional. Gestantes de risco habitual e médio risco, deverão ser acompanhadas na Atenção Primária. Gestantes de alto risco deverão ser acompanhadas em uma das maternidades de referência, bem como na Unidade Básica de Saúde, conforme Protocolo.

3. ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL

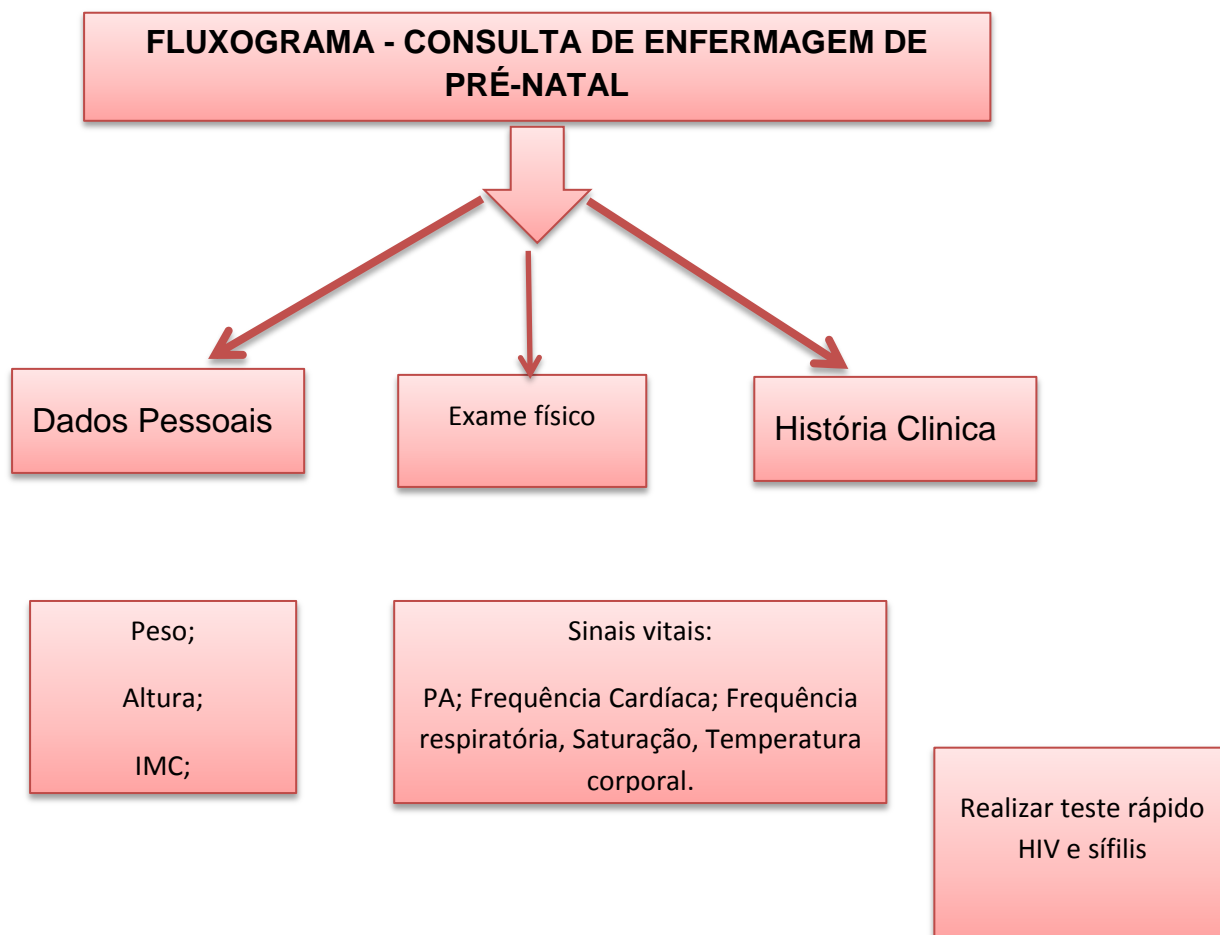
A consulta pré-natal deverá ser periódica e contínua, visando a prevenção, o controle ou tratamento de intercorrência na gestação. A consulta pode ser dividida em: pré-consulta, consulta propriamente dita e pós-consulta.

3.1 Pré-consulta:

É o conjunto de ações que visam o preparo da gestante para a consulta. O profissional de enfermagem responsável pela pré-consulta deverá aferir a PA, verificar dados antropométricos e anotá-los em prontuário. Além da coleta de dados pessoais, investigação da história clínica, solicitação de exames, preenchimento do cartão da gestante, entre outros, é realizado o exame físico, o cálculo da idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP).

A idade da gestação é o tempo transcorrido entre o primeiro dia de sangramento do último período menstrual (DUM) até a data atual, o que corresponde ao dia em que está realizando o cálculo.

4. FLUXOGRAMA - PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉ-NATAL



Esclarecer dúvidas da gestante;
Orientar atitudes de promoção da saúde pré-natal de acordo com os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico;
Classificar e orientar quanto ao risco gestacional, preencher a classificação de risco do Pacto de Redução de mortalidade materno/infantil.
Orientar cuidados com as mamas e sinais de alarme;
Promover e incentivar participação no curso de gestantes;
Encaminhar para atendimento odontológico e de imunização (situação vacinal);
Orientar sobre caderneta da gestante e encaminhar para agendar consulta subsequente;
Orientações alimentares.

1ª consulta /1º trimestre

Orientar a gestante quanto aos exames e preparo para realização dos mesmos

Teste rápido HIV e Sífilis
Hemograma
Glicemia de jejum
Tipagem Sanguínea e fator Rh
Anti-HCV
HBsAg
Sorologia para HIV
Sorologia p/ Sífilis
Toxoplasmose IgG e IgM
Urina I
Parasitológico de fezes
Ultrassonografia Obstétrica

2º trimestre

Orientar a gestante quanto aos exames e preparo para realização dos mesmos

Coombs Indireto (se gestante Rh Negativo, parceiro Rh positivo ou desconhecido o fator Rh) a partir da 24ª semana.
Citologia Oncótica, conforme o Protocolo de rastreamento.



3º trimestre

Orientar a gestante quanto
aos exames e preparo para
realização dos mesmosHemoglobina (Hb)
Hematócrito (Ht)
Anti-HIV
Glicemia de jejum
Sorologia p/ Sífilis
Toxoplasmose IgM (se IgG não
reagente na primeira rotina)
Urina I
Ultrassonografia
Obstétrica**5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA GESTANTE E
PUÉRPERA**

Vacinas	Esquemas e recomendações	
RECOMENDADAS		
	Histórico vacinal	Conduta na gestação
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.	
Influenza (gripe)	Dose única anual.	

Fonte: Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2020/2021

Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
	Gratuitas nas UBS*	Clínicas privadas de vacinação
<ul style="list-style-type: none"> A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível. Na falta de dTpa, pode ser substituída por dTpa-VIP, ficando a critério médico o uso <i>off label</i> em gestantes. 	SIM, dT e dTpa	SIM, dTpa e dTpa-VIP
A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.	SIM	SIM
A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação. Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V

Fonte: Sociedade Brasileira de Imunizações (SbIm) – 2020/2021

CONTRAINDICADAS	
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação.
HPV4	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério.
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação.
Dengue	Não vacinar na gestação.

18/12/2020 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

Fonte: Sociedade Brasileira de Imunizações (Sbim) – 2020/2021

6. CONSULTA ODONTOLÓGICA

- **Enfermagem:**
-  **Encaminhar a gestante para consulta odontológica**

Departamento Municipal de Saúde
Rua Edward Sarreta, nº. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110

- **Dentista:**
 - ✚ **Prestar assistência a gestante**
 - ✚ **Avaliar a saúde bucal da gestante**
 - ✚ **Orientar a gestante quanto à saúde bucal.**

7. QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

7.1 Náuseas, vômitos e tonturas.

As orientações seguintes são de grande valor para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias. A grande parte das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, os quais devem ser evitados.

Orientar a gestante para consumir dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; consumir alimentos gelados

Em caso de vômitos frequentes e persistentes, encaminhar a gestante para avaliação e conduta médica. Na ausência de médico na Unidade de Saúde, encaminhar a gestante para a Maternidade, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio.

7.2 Pirose

Orientar a gestante consumir dieta fracionada, evitando frituras café, chá preto, mates, doces, bebidas alcoólicas, e fumo; ingerir água gelada; ao dormir, manter o tronco elevado em relação ao restante do corpo; após as refeições, deitar somente após uma ou duas horas.

7.3 Sialorréia

Explicar que é um sintoma comum no início da gestação; orientar dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; orientar a gestante para

deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância especialmente em época de calor.

7.4 Fraquezas e Desmaios

Orientar para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; indicar dieta fracionada, de forma que evite-se o jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições; explicar à gestante que sente com a cabeça abaixada ou deite em decúbito lateral esquerdo, respirando profunda e pausadamente, pois melhora a sensação de fraqueza e desmaio; orientar ingestão hídrica; aferir pressão

7.5 Queixas Urinárias

Explicar que o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga. Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é importante incentivar a ingestão hídrica adequada. Solicitar urina I, se necessário. Encaminhar para a avaliação médica caso haja queixa de dor ao urinar, dor supra púbica, urgência miccional, aumento da frequência urinária e presença de sangramento visível na urina.

7.6 Dispneia

Explicar que esses sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero, por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante. Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo; ouvir a gestante e conversar sobre as suas angústias; estar atento para outros achados no exame cardiopulmonar, pois pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória; solicitar avaliação médica, se necessário.

7.7 Mastalgia

Orientar a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas.

Descartar qualquer intercorrência mamária; recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação; orientar sobre o colostro, que pode ser eliminado em maior quantidade, principalmente no final da gestação.

7.8 Lombalgia

Recomendar à gestante corrigir a postura ao sentar e ao andar; usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; realizar a aplicação de calor local; orientar exercícios de alongamento para alívio da dor; solicitar avaliação médica se a dor persistir.

7.9 Cefaleia

Afastar a hipótese de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia; repousar em local com pouca luminosidade e boa ventilação; conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; solicitar avaliação médica imediata se dor aguda e intensa; se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar quanto aos sinais de alerta.

7.10 Sangramento nas gengivas

Orientar a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dente macia; recomendar o uso de fio dental; encaminhar para o atendimento odontológico de rotina ou sempre que necessário. Observar fluxograma

7.11 Varizes

Recomendar à gestante evitar permanecer muito tempo em pé ou sentada; repousar, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas; utilizar meia-calça elástica para gestante, sempre com orientação de um profissional.

7.12 Câimbras

Recomendar massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local; evitar o excesso de exercícios; realizar alongamentos antes e após o

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n°. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

início de exercícios ou caminhadas e quando for repousar; consumir alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1 (ex: banana, tomate, queijos e iogurtes).

7.13 Cloasma Gravídico

Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer após o parto; recomendar o uso de protetor solar; não expor o rosto diretamente ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha).

7.14 Estrias

Explicar que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

8. 10 PASSOS PARA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL COM QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Visando um atendimento humanizado e de qualidade durante o pré natal, o

Ministério da Saúde elaborou os dez passos para atenção ao pré-natal com qualidade.

São eles:

Passo 1 Iniciar o pré-natal na AB até a 12^a semana de gestação (captação precoce).

Passo 2 Garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos à atenção pré-natal.

Passo 3 Assegurar a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

Passo 4 Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais.

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n.º. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

Passo 5 Garantir o transporte sanitário gratuito para atendimento pré-natal, quando necessário.

Passo 6 É direito da gestante e seu parceiro serem cuidados (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação. Pré-natal do parceiro.

Passo 7 Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

Passo 8 Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo elaboração do “Plano de Parto”.

Passo 9 Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

Passo 10 As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico puerperal.

Fonte: BRASIL, 2012.

9. ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL

A consulta pré-natal deverá ser periódica e contínua, visando a prevenção, o controle ou tratamento de intercorrência na gestação. A consulta pode ser dividida em: pré-consulta, consulta propriamente dita e pós-consulta.

9.1 Pré-consulta:

É o conjunto de ações que visam o preparo da gestante para a consulta. O profissional de enfermagem responsável pela pré-consulta deverá aferir a PA, verificar dados antropométricos e anotá-los em prontuário, preencher o marcador de consumo alimentar bem como planilha do SISVAN.

9.2 Consulta (Obstetra):

Além da coleta de dados pessoais, investigação da história clínica, solicitação de exames, preenchimento do cartão da gestante, entre outros, é realizado o exame físico, o cálculo da idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP).

9.3 Pós-consulta:

Corresponde as ações realizadas após o atendimento, como orientações e agendamentos.

9.4 Cálculo da idade gestacional (IG)

O cálculo da IG tem o objetivo de estimar a idade da gestação em semanas.

A idade da gestação é o tempo transcorrido entre o primeiro dia de sangramento do último período menstrual (DUM) até a data atual, o que corresponde ao dia em que está realizando o cálculo.

Utilizando-se o parâmetro DUM

Somar os dias entre o primeiro dia da última menstruação e o dia atual e dividir o resultado por sete.

O resultado corresponde ao número de semanas e o resto ao número de dias além da referida semana.

Utilizando o disco gestacional ou gestograma

Colocar a seta sobre o dia e o mês correspondente à DUM e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual. Se gestante não sabe referir a DUM, porém conhece o período do mês em que ela ocorreu, considerar as seguintes datas:

- Dia 05 (período mencionado foi no início do mês);
- Dia 15 (período mencionado foi no meio do mês);
- Dia 25 (período mencionado foi no final do mês).

Tendo por base a DUM, a duração da gestação, em média, é de 280 dias, 40 semanas ou 10 meses lunares.

- **Gestação de termo:** compreendida entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas.

- **Gestação pré-termo:** aquela com duração inferior a 37 semanas completas.

- **Gestação pós-termo:** aquela com duração igual ou superior a 42 semanas completas.

9.5 Cálculo da DPP

Considerando a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas) deve-se a partir da DUM, contar 280 dias ou as semanas até completar 40 semanas, estabelecendo dessa forma, a DPP (parâmetro DUM).

Pode-se também calcular a DPP, utilizando o parâmetro ultrassonografia.

Verifique a data em que o exame foi realizado e as semanas de gestação que constam no laudo. A partir destes dados, você deve contar as semanas até completar 40 semanas, estabelecendo dessa forma, a DPP pela ultrassonografia.

- **Utilizando o disco gestacional ou gestograma**

Colocar a seta sobre o dia e o mês correspondente à DUM e observar a seta na data (dia e mês) indicada como DPP.

- **Utilizando a Regra de Naegele**

Acrescentar sete dias, ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses, ao mês em que ocorreu a última menstruação (caso corresponda aos meses de janeiro a março) ou subtrair três meses (caso corresponda aos meses de abril a dezembro). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês deve-se passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando ao final do cálculo do mês (REZENDE, 2005).

10. ATENDIMENTO DOMICILIAR À PUÉRPERA

O atendimento domiciliar à puérpera deverá ser realizado assim que ela chegar ao domicílio ou até o 7º dia após o parto, visando acolher à puérpera e o recém-nascido em suas necessidades, especialmente com relação ao aleitamento materno e identificação de agravos em tempo oportuno, garantindo a assistência de enfermagem qualificada.

Departamento Municipal de Saúde

Rua Edward Sarreta, n°. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110

Caso não seja possível a realização do atendimento domiciliar, realizar a consulta na unidade até o 7º dia de pós-parto.

11. ATENDIMENTO DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO

- Durante a visita domiciliar ao recém-nascido, o enfermeiro deverá avaliar a caderneta de saúde da criança, buscar informações sobre o nascimento (peso ao nascer, peso de alta, estatura, Apgar, perímetro cefálico, perímetro torácico, tipo de parto, idade gestacional, nome do pediatra e obstetra, realização do teste do pezinho, coraçãozinho, orelhinha, linguinha). Caso algum não tenha sido realizado, orientar para realização do mesmo.
 - Aplicação das vacinas BCG e Hepatite B deverão ser realizadas na maternidade.
 - Caso as vacinas não tenham sido realizadas encaminhar para Imunização na Unidade de referência. Anotar dados no prontuário.
 - Destacar a necessidade e importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento.
 - Verificar Sinais da “boa pega” (boca bem aberta, o lábio inferior voltado para fora; o queixo toca a mama; há mais aréola visível acima da boca do que abaixo).
 - Examinar a criança: ganho de peso, postura, Reflexos primários (Moro, Babinski, preensão palmar e plantar, sucção), atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdome (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral.
 - Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente.
 - Orientar o agendamento de consultas para o acompanhamento da criança nos primeiros dois anos de vida.

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, nº. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

12. ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS DURANTE A GESTAÇÃO

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gestação. A inadequação do estado nutricional tem grande impacto sobre o crescimento/desenvolvimento do feto e recém-nascido.

Desta forma, é importante que a gestante esteja consciente das implicações de seus hábitos alimentares no desenvolvimento fetal, por isso, devemos orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis durante o processo gravídico. Abaixo estão listados os 10 passos para uma alimentação saudável na gestação (BRASIL, 2012).

1. Realizar pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.

2. Incluir diariamente nas refeições alimentos do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/ macaxeira/aipim. Dando preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

3. Procurar consumir diariamente legumes e verduras como parte das refeições e frutas nas sobremesas e lanches.

4. Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana, pois esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e excelente para a saúde.

5. Consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis.

6. Diminuir o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.

7. Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.

8. Diminuir a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

9. Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto desses alimentos fontes de vitamina C como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.

10. Manter o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

A gestante precisa comer todos os dias alimentos ricos em ferro, vitamina A e

C, cálcio e ácido fólico para manter-se saudável e para que o bebê se desenvolva bem.

- Alimentos ricos em ferro: fígado, carnes, aves, peixes, feijão, ervilha, vegetais de folhas verdes escuros.

- Alimentos ricos em vitamina A: alaranjados, vermelhos e amarelos, como na abóbora cenoura, tomate, manga, caqui, mamão, folhas verdes escuros, leite, manteiga, queijos, ovos.

- Alimentos ricos em vitamina C: limão, laranja, abacaxi, caju, mamão, acerola; verduras cruas, principalmente folhas verdes escuros pimentão.

- Alimentos ricos em cálcio: leite, queijo; iogurte, folhas verde-escuras.

- Alimentos ricos em ácido fólico: vegetais verdes escuros como brócolis, chicória, couve, espinafre; leguminosas, como lentilha, grão de bico; frutas cítricas como limão, laranja abacaxi, fígado e leite.

13. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

O colo uterino é constituído pelo canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, o epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, a ectocérvice, é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, o epitélio escamoso estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a JEC - junção escamocolunar (BRASIL, 2012).

Na fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse (ectopia ou eversão). É na zona de transformação que se localizam mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero (BRASIL, 2012).

O câncer de colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos próximos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores, dependendo da origem do epitélio comprometido: carcinoma epidermóide (tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso) e o adenocarcinoma (tipo mais raro e acomete o epitélio glandular).

O câncer de colo uterino constitui um dos graves problemas de saúde que atinge as mulheres em todo o mundo, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008).

A mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2012).

Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica de câncer do colo do útero nos últimos 30 anos foi a demonstração da relação entre o Papiloma vírus humano (HPV), e o câncer do colo do útero.

Aproximadamente 100 tipos de vírus HPV foram identificados e tiveram seus genomas mapeados. Destes, 40 podem infectar o trato genital inferior. Considera-se oncogênicos para o colo do útero 12 a 18 tipos de HPV (IARC, 2007). Entre os HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero (SMITH et al., 2007).

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n.º. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

A infecção pelo HPV apresenta-se na maioria das vezes de maneira assintomática com lesões inaparentes visíveis apenas após aplicação de reagentes, como o ácido acético e solução de Lugol, e através de técnicas de magnificação (colposcopia).

As lesões clínicas podem ser múltiplas ou únicas, sendo também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo e podem estar presentes na região perineal, mucosa vaginal e colo do útero. A presença destas lesões em áreas extragenitais é menos comum, mas pode ocorrer.

A infecção pelo HPV é muito comum, até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e apresenta regressão espontaneamente, entre 6 meses a 2 anos após a exposição (IARC, 2007).

Há duas vacinas disponíveis no Brasil contra o HPV, a bivalente que oferece proteção contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18 e contra os tipos não oncogênicos 6 e 11. O Programa Nacional de Imunização disponibiliza a vacina quadrivalente.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais utilizada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Para mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de uma a três anos (BRASIL, 2013).

Atingir alta cobertura da população alvo (entre 25 a 64 anos) é o componente mais importante no âmbito da Atenção Primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

Diante deste quadro, os profissionais de saúde, devem atuar na sensibilização das mulheres para a realização do exame de citologia oncótica,

além da busca ativa durante visitas domiciliares, consulta de enfermagem, consulta médica, grupos educativos, reuniões com a comunidade entre outros.

- **SITUAÇÕES ESPECIAIS**

- **Mulher grávida:** não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente no segundo trimestre. A coleta deve ser feita com a espátula de Ayres e não usar escova de coleta endocervical.

- **Mulheres virgens:** a coleta em virgens não deve ser realizada na rotina. A ocorrência de condilomatose na genitália externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo-se ser realizado pelo médico.

- **Mulheres submetidas à histerectomia total:** mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora de câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada (BRASIL, 2013).

14. RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS À MULHER PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DA CITOLOGIA ONCÓTICA

Segundo o Ministério da Saúde para a realização da citologia oncótica com a finalidade de garantir a qualidade dos resultados recomenda-se: não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais durante 48 horas antes da coleta; evitar relações sexuais durante 48 horas antes da coleta; não aplicar anticoncepcionais locais/espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame; preferencialmente aguardar o 5º dia após o término da menstruação.

Atenção: O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada (se for um pequeno sangramento e passível de controle).

15. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA ATENÇÃO AO DIREITO REPRODUTIVO

“O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Constituição Brasileira, 1988).

O objetivo maior da assistência de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva é a humanização do atendimento e a qualificação da atenção ao planejamento familiar da pré-concepção à anticoncepção com avaliação e assistência priorizada ao risco reprodutivo, visando à redução da morbimortalidade materna e neonatal, gravidez precoce e gestações indesejadas.

Os elementos fundamentais para a qualidade de atenção são: escolha livre de métodos contraceptivos, informação completa para os usuários, competência técnica de quem dispensa os métodos, boa relação usuário-serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva. As atividades clínicas, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando à promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações.

As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Ela pode ser realizada em pequenos grupos, usando metodologia participativa, tendo o objetivo de estabelecer um processo contínuo de educação que vise trabalhar a atenção integral, focalizando outros aspectos da saúde reprodutiva, tais como sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, violência, direitos sexuais e reprodutivos e, também, sobre as diferentes opções de anticoncepcionais, de maneira que a cliente seja capaz de realizar uma escolha livre e informada.

Devem ser fornecidas as informações de maneira clara e completa sobre mecanismo de ação dos anticoncepcionais, modo de uso, eficácia, efeitos colaterais e efeitos não contraceptivos.

16. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÉ-CONCEPÇÃO

A saúde do casal exerce impacto na fertilidade e na gestação, portanto, a assistência de enfermagem à pré-concepção tem o objetivo de orientar e assistir as mulheres/casais em idade fértil, que desejam engravidar, com o intuito de prevenir eventos que possam alterar a evolução saudável de uma futura gestação.

O enfermeiro deverá, ao assistir a mulher e/ou ao casal, prevenir, detectar e encaminhar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

Sendo assim, durante todas as consultas de enfermagem referentes à mulher é importante a atenção para os seguintes fatores:

Orientar a mulher a anotar o primeiro dia dos seus ciclos menstruais subsequentes.

Esta atitude diminui significativamente o número de mulheres que desconhece a data da última menstruação, comprometendo posteriormente o cálculo da idade gestacional.

Durante a consulta de enfermagem à mulher, sempre realizar a aferição dos dados vitais, e do peso pré-concepção. Aquelas que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade e/ou alterações dos dados vitais, deverão ser encaminhadas à consulta médica ou com nutricionista. Verificar a presença de patologias crônicas que necessitem de uso prolongado ou mesmo esporádico de medicação que possa comprometer a fertilidade, a concepção e o feto. Aguardar o prazo de segurança antes da concepção, quando se tratar de medicações de uso aguda. Encaminhar para consulta médica para avaliar necessidade de troca de medicação quando se tratar de medicações de uso contínuo.

Realizar a coleta de citologia oncótica e testes rápidos IST/HIV.

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n.º. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

Verificar a presença de fatores de risco genético, tais como: idade materna e/ou paterna avançada, filhos afetados em gestações anteriores, antecedentes de familiares com doença;

Verificar a presença de risco reprodutivo, tais como presença de doenças crônicas;

Verificar a presença de risco para doenças sexualmente transmissíveis.

Verificar a presença de risco para agentes químicos e outros produtos tóxicos sobre a concepção

17. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO

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

A menopausa geralmente ocorre entre os 48 e 50 anos de idade, e é caracterizada pela interrupção permanente da menstruação. O diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia. Denomina-se menopausa precoce ou falência ovariana precoce quando ocorre antes dos 40 anos (BRASIL, 2016).

A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes, sendo transitórias ou permanentes.

É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva. Recomenda-se abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção 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

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n°. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2016).

18. PRINCIPAIS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À MULHER NO CLIMATÉRIO

O enfermeiro deve manter uma escuta qualificada, atentando para o perfil emocional e como a cliente está enfrentando esse período de mudanças. Observar e avaliar, preventivamente, sinais e sintomas de risco que podem surgir no período do climatério (neoplasias, doenças cardiovasculares, alterações neurológicas, motoras, entre outras).

A prática da anticoncepção no climatério pode ser de grande valia, visto que há possibilidade de complicações maternas em uma gravidez nessa fase da vida, além de maior ocorrência de anomalias cromossômicas fetais e abortamentos espontâneos (BRASIL, 2008).

A anticoncepção, quando requerida, deve ser avaliada pelo médico.

Durante o atendimento de enfermagem à mulher no climatério, o enfermeiro deverá:

- Orientar exercícios da musculatura perineal para recuperação da pressão vesical e de todo o sistema urinário;
- Realizar ações preventivas para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio e cólon;
- Avaliar risco para desenvolver síndrome metabólica;
- Atentar para possíveis alterações cardiovasculares;
- Orientar prevenção para IST;
- Orientar e oferecer testagem rápida de sorologias IST/HIV;
- Solicitar exames laboratoriais sempre que julgar necessário;
- Orientar e estimular atividade física regular;
- Estimular a participação em atividades sociais;
- Estimular o autocuidado;
- Orientar evitar cafeína próximo ao horário de dormir;

- Orientar sobre a necessidade de uma dieta equilibrada: rica em cálcio e o consumo reduzido de álcool, sal e cafeína.
- Considerar a orientação para uso de lubrificantes vaginais, se necessário.

19. SÍFILIS

A sífilis é uma IST sistêmica de evolução crônica, cujo agente etiológico, denominada *Treponema pallidum* é uma bactéria gram negativa de alta patogenicidade. É uma doença curável, exclusiva do ser humano (SÃO PAULO, 2016).

A infectividade por transmissão sexual é maior nos estágios iniciais (primária secundária e latente recente). Isso é explicado pela intensa multiplicação dos patógenos nas lesões. Os sítios de inoculação de *Treponema pallidum* são, em geral, os órgãos genitais (pênis, vulva, vagina, colo de útero e anus), podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábio, língua e áreas da pele com soluções de continuidade) (SÃO PAULO, 2016).

O diagnóstico é realizado pela associação dos aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, que poder ser por pesquisa direta do *Treponema pallidum* nas lesões e/ou testes sorológicos (SÃO PAULO, 2016).

A sífilis é classificada adquirida quando é transmitida pelo contato sexual, congênita (ou vertical) quando transmitida da gestante para o bebê ainda no útero e sanguínea quando transmitida por meio de sangue e hemocomponentes durante transfusões não triadas adequadamente (SÃO PAULO, 2016).

A classificação é realizada pelo tempo de infecção. Denomina-se sífilis recente

(até dois anos de evolução) ou tardia (mais de dois anos de evolução). Também pode ser classificada por suas manifestações clínicas: primária, secundária e terciária (SÃO PAULO, 2016).

- **Sífilis primária:** a manifestação primária ou cancro duro aparece após um período de incubação de 10 a 90 dias de contato infectante e desaparece sem deixar cicatriz.

A lesão é geralmente indolor, única, infiltrada, bordas endurecidas e bem delimitadas. Presença de linfonodos regionais indolores, de consistência elástica que não fistulizam podem aparecer. Os anticorpos começam a surgir cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro. Por isso, nesta fase os testes sorológicos são não reagentes (SÃO PAULO, 2016).

- **Sífilis secundária:** as manifestações secundárias aparecem de seis semanas há seis meses após o contato sexual e desaparecem em 4 a 12 semanas. Pode haver recorrência no primeiro ano. AS lesões cutaneomucosais são exantemas maculopapular simétrico (roséola) não pruriginoso, com comprometimento palmo-plantar, podendo ser acompanhado de febre, cefaleia, artralgias e micropoliadenopatia. É possível o comprometimento ocular, hepático e neurológico. Nesta fase, todos os testes são reagentes, os testes não treponemicos (quantitativos) tendem a apresentar títulos altos. Após o tratamento os testes treponemicos permanecem reagentes por toda a vida, ao passo que os testes não treponemicos podem apresentar resultados variáveis. Em alguns indivíduos tornam-se não reagentes, em outros podem ser reagentes com titulação baixa (1:2, 1:4), nesta situação deve sempre ser afastada a possibilidade de uma nova infecção (SÃO PAULO, 2016).

- **Sífilis latente:** caracteriza-se pela não observação de sinais e sintomas clínicos, sendo o diagnóstico realizados exclusivamente por testes sorológicos. Segundo o Ministério da Saúde considera-se recente dentro dos dois primeiros anos de infecção e tardia após dois anos ou de duração ignorada. Na impossibilidade de identificar o tempo decorrido da exposição, será considerada como sífilis de duração ignorada e o tratamento deverá ser o mesmo para sífilis latente tardia (SÃO PAULO, 2016).

- **Sífilis terciária:** Ocorre após um longo período de latência (entre 2 a 40 anos após a infecção). Apresenta quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão. Os comprometimentos mais comuns são cardiovascular, neurológico e ósseo. Nesta fase, os testes que detectam anticorpos habitualmente são reagentes e os títulos de testes não treponêmicos tendem a ser baixos. Porém podem ter resultados não reagentes. Em pessoas com sintomas neurais, o exame do líquido (LCR) é indicado (SÃO PAULO, 2016).

Controle de cura de sífilis

- Gestantes: VDRL mensal.
- Não gestantes: VDRL trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano.
- Resultado esperado: reduzir titulação em duas ou mais diluições (ex. de 1:32 para 1:8) ou negatificação após 6 a 9 meses do tratamento demonstra cura da infecção. Em caso de sífilis primária e secundária os títulos devem declinar em torno de duas diluições em 3 meses e três diluições em 6 meses. Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos pode-se dar alta.

A elevação de títulos de VDRL em duas diluições (ex. 1:16 p 1:64) em relação ao último exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado. A tabela abaixo traz um resumo dos esquemas terapêuticos em adultos, não gestantes ou não nutrízes, em parceiros sexuais e controle de cura, segundo o Guia para Manejo de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita (2016). O intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).

BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO PARA O BEBÊ

- O leite materno tem tudo o que o bebê precisa até os 6 meses, inclusive água, e é de mais fácil digestão do que qualquer outro leite, porque foi feito para ele.
- Funciona como uma verdadeira vacina, protegendo a criança de muitas doenças.
- Além disso, é limpo, está sempre pronto e quentinho.
- A amamentação favorece um contato mais íntimo entre a mãe e o bebê.

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, n°. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

– Sugar o peito é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração.

BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO PARA A MAMÃE

- Reduz o peso mais rapidamente após o parto.
- Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia após o parto.
- Reduz o risco de diabetes.
- Reduz o risco de câncer de mama e de ovário.

Essas informações foram retiradas da Caderneta de Vacinação. Fonte: Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde

O Mês de campanha do incentivo ao aleitamento materno é agosto. A campanha intitulada agosto dourado tem por objetivo conscientizar sobre a importância do aleitamento exclusivo até 6 meses de idade e complementado até 2 anos.

A equipe de saúde deve aproveitar o mês de campanha para realizar orientações e informativos sobre o aleitamento materno

20.1 PROBLEMAS COMUNS NA AMAMENTAÇÃO E SEU ADEQUADO MANEJO

- **Traumas Mamilares (Fissuras)**

As fissuras podem ser sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê pegar a mama (corrigir a pega).

- Iniciar a mamada pela mama menos afetada.
- Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo.

Atualmente tem-se recomendado o tratamento úmido das lesões mamilares, com o objetivo de formar uma camada protetora que evite a desidratação das camadas mais profundas da epiderme. Para isso, pode-se

recomendar o uso do próprio leite materno ordenhado nas fissuras entre as mamadas.

- Não recomendar uso de cremes, óleos e loções, pois eles podem causar alergias e, eventualmente, obstrução de poros lactíferos.

- Evitar ingurgitamento mamário, ordenhando manualmente o excesso de leite.

- Ao final da mamada, introduzir o dedo indicador ou mínimo na comissura labial da boca do bebê, de maneira que a sucção seja interrompida antes da criança ser retirada da mama.

- Usar diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas.

ATENÇÃO: *Mamilos curtos, planos ou invertidos; disfunções orais nos bebês; freio de língua excessivamente curto; sucção não nutritiva prolongada; uso impróprio de bombas de extração de leite; exposição prolongadas a forros úmidos; uso de protetores de mamilos (intermediários); uso de cremes e óleos nas mamas e retirada abrupta ou incorreta do bebê da mama, são causas comuns que levam ao aparecimento de lesões nos mamilos.*

- **Ingurgitamento Mamário**

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico (que não necessita de nenhuma intervenção) do patológico, que ocorre principalmente do terceiro ao quinto dia após o parto. Nos casos patológicos, as mamas ficam excessivamente distendidas, dolorosas, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes.

A mulher pode ter febre.

Quando isso acontece, é preciso esvaziar bem as mamas.

Para evitar o ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente, de preferência.

É importante retirar um pouco de leite antes da mamada para amolecer a mama e facilitar para o bebê pegar a aréola.

Massagear delicadamente as mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento. A massagem

fluidifica o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, sendo importante estímulo do reflexo de ejeção do leite.

A mãe não deve deixar de amamentar; ao contrário, deve amamentar com frequência, sem horários fixos, inclusive à noite (livre demanda).

- Estimular a mãe a usar ininterruptamente um sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica.
- Orientar para não colocar gelo ou calor nas mamas.
- O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

- **Mastites**

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana.

O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois a mastite pode evoluir para abscesso mamário.

O tratamento inclui os seguintes componentes:

- Esvaziamento adequado da mama: esse é o componente mais importante no tratamento da mastite.
- Manutenção da amamentação: está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio. A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houve um esvaziamento adequado.
- Antibioticoterapia: indicação médica quando houver sintomas graves.
- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral; estimular o apoio familiar.
- Outras medidas de suporte: repouso da mãe, líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

- **Candidíase**

A infecção da mama no puerpério por *Candida sp* (candidíase ou monilíase) é bastante comum e pode comprometer os ductos lactíferos.

São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos, bem como o uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides.

Na sua maioria é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.

Costuma manifestar-se por coceira, sensação de queimação e dor em agulhadas nos mamilos que persiste após as mamadas.

Raramente se observam placas esbranquiçadas no local.

Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase.

As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos, pelo menos, uma vez ao dia.

- **Pouco leite**

Para manter uma boa quantidade de leite, é importante que a mãe amamente com frequência. A sucção é o maior estímulo à produção do leite: quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz. É importante dar tempo ao bebê para que ele esvazie bem o peito em cada mamada. Se o bebê dorme bem e está ganhando peso, o leite não está sendo pouco.

A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco.

Nem todo choro do bebê é de fome. A criança chora quando quer aconchego ou sente algum desconforto.

- **Como ordenhar o Leite Humano**

- Faça massagens suaves em toda mama;
- Coloque o polegar e o indicador na linha que divide a aréola do restante do peito;
- Apertar suavemente um dedo contra o outro;
- O leite inicialmente sai em gotas e em seguida em pequenos jatos.
- Estimular a mulher a dar somente o peito, sem qualquer outro líquido durante os primeiros 6 meses/retorno ao trabalho;

Departamento Municipal de Saúde

*Rua Edward Sarreta, nº. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110*

- Ao voltar ao trabalho, oriente que a mulher ofereça o peito antes de sair para o trabalho e imediatamente quando retornar;
- No trabalho, se possível, retirar o leite tantas vezes quanto o bebê mamar se tivesse com a mãe;
- Nos dias de folga, oferecer o peito à vontade;
- Na ausência da mãe, o leite estocado deve ser dado em xícara ou copinho. Evitar dar mamadeiras, chucas e chupetas.

- **Como estocar o Leite Humano**

Estimule a mulher a começar a tirar o leite e guardá-lo para fazer um estoque, uma ou duas semanas antes de voltar a trabalhar.

Para retirar e guardar o leite humano a mãe deve:

- lavar as mãos;
- retirar e guardar seu leite em um frasco de vidro, com tampa plástica e de rosca, lavado e fervido;
- explicar que o leite deve ser congelado imediatamente após a ordenha com a data e o horário fixados no frasco de vidro;

Para ser dado ao bebê, o leite deve ser descongelado e aquecido no próprio frasco, em banho-maria. O leite materno não pode ser descongelado em forno microondas e não deve ser fervido.

- O leite aquecido que não foi usado deve ser jogado fora.

Como alimentar o bebê com o copo:

- Lavar as mãos;
- Segurar o bebê sentado ou semi-sentado;
- Despejar a quantidade de leite estimada para a refeição;
- Segurar o copo ou xícara de leite junto aos lábios do bebê. Incline um pouco a xícara para que o leite apenas toque os lábios do bebê. A xícara deve repousar suavemente no lábio inferior e as bordas tocam a parte externa do lábio superior do bebê;

- O bebê fica alerta e abre a boca e os olhos. Um recém-nascido a termo ou um bebê mais velho suga o leite cuspidando um pouco. Ele faz movimentos

com a boca e a face e começa a sorver o leite com a língua para dentro da boca;

- Não derrame o leite na boca. Apenas segure a xícara próxima ao seu lábio e deixe o tomar por si mesmo;
- Pode acontecer de escorrer leite;
- Quando o bebê tiver recebido o suficiente, ele fecha a boca e não tomará mais. Se ele não tomou a quantidade calculada, poderá tomar mais na próxima vez ou precisamos alimentá-lo mais frequentemente;

Calcule a ingestão durante 24 horas, não apenas em cada refeição (BRASIL, 2009).

21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACICABA. Manual de assistência de enfermagem à saúde da mulher. 25ª edição. 2019

ACR. American College of Radiology. **Breast Imaging Reporting and Data System** (BI-RADS®). 4. ed. Reston, VA: American College of Radiology, 2003.

BARROS, A.L.B.L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de gestão e gerenciamento**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Caderno de Atenção Básica, 23, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres.

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: MS, 2010. (Cadernos da Atenção Primária, 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2006e. (Cadernos da Atenção Básica, 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção _____ ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do 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. **Fluxograma de mesa para**

Departamento Municipal de Saúde

Rua Edward Sarreta, nº. 500 – Centro - Cep. 14570-000, Buritizal/SP
Fone (16) 3751-9110

diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres no pré-natal, parto e puerpério - teste, trate e cure. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS** — Doutrinas e princípios. Brasília: 1990.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei do Exercício Profissional, nº 7.498/86**; Decreto nº 94.406/87 e Código de Ética dos profissionais de enfermagem, 1987.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311 de 2007. **Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007.**

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358 de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, 2009.**

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº195/1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro.** Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 18 fev. 1997.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº223/1999. **Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal.** Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, RJ, 03 dez. 1999.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº358/2009. **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 de enfermagem, e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 15 out. 2009.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** Organização Claci Weirich Rosso et. al. 3. ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia.** 1ª Reunião de Consenso da FEBRASGO sobre Prevenção do Câncer do Colo Uterino. São Paulo, 2010.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama.** Disponível em <https://www.inca.gov.br/mama>, acesso em: 29 de maio 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”.

Norma técnica do programa de imunização. São Paulo: SES, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p. Disponível em www.crt.saude.sp.gov.br. Acesso em 20 de fevereiro de 2019.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. **Guia de Bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p.