

4. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Maria Eliane Liégio Matão¹

Cristiane Vieira Manso de Lima²

Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira³

Diego Vieira de Mattos⁴

Diala de Carvalho Rodrigues Máximo⁵

Elisângela Eurípedes Resende Guimarães⁶

Nilza Alves Marques Almeida⁷

Valéria Costa Peres⁸

Ângela Bete Severino Pereira⁹

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Decreto nº 94.406/1987. *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 195/1997. *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

Resolução COFEN nº 223/1999. *Dispõe sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.*

Resolução COFEN nº 358/2009. *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 de Enfermagem, e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 381/2011. *Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau.*

Resolução COFEN nº 429/2012. *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

Resolução COFEN nº 439/2012. *Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências.*

Resolução COFEN nº 0477/2015. *Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.*

Resolução COFEN nº 516/2016 - Alterada pela Resolução COFEN nº 672/2021. *Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas*

¹ Enfermeira Obstetra. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

² Enfermeira Obstetra. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

³ Enfermeira. Epidemiologista. Professora do Curso de Enfermagem da PUC Goiás.

⁴ Enfermeiro Obstetra. Doutor. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás. Universidade Federal de Jataí (UFJ).

⁵ Enfermeira Obstetra. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

⁶ Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem da PUC Goiás.

⁷ Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFJ).

⁸ Enfermeira Obstetra. Mestre, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

⁹ Enfermeira. Mestre. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia.

e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

Resolução COFEN nº 672/2021. Altera a Resolução Cofen nº 516, de 23 de junho de 2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

Resolução COFEN nº 690/2022. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de atenção à mulher são prioridades e se expressam por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As linhas de cuidado prioritárias da PNAISM são: atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada baseada em evidências científicas; promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres, desde a adolescência ao climatério, incluindo prevenção e tratamento das DST/AIDS; atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; redução da morbimortalidade por câncer de mama e colo uterino (BRASIL, 2011).

Estas ações têm como princípios a humanização, a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais, a promoção da equidade, o enfoque de gênero e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. O Ministério da Saúde (MS) prioriza a construção de redes temáticas, com ênfase em algumas linhas de cuidado, como a Rede Cegonha, para atenção materno-infantil e a Rede de Atenção Oncológica, para prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero (BRASIL, 2016; 2021).

Implementada em 2011, a Rede Cegonha (RC) é uma estratégia do MS para reorganizar a rede assistencial materno infantil. Visa garantir o acesso ao serviço de saúde, acolhimento e resolutividade, com foco na atenção ao parto humanizado, ao nascimento seguro, e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses de vida. Ademais, tem como objetivo a redução da morbimortalidade materna e infantil, com destaque ao componente neonatal. Em substituição à RC, em 04 de abril de 2022, o MS criou a Rede de Atenção Materna e Infantil, por meio da Portaria GM/MS N° 715 (BRASIL, 2022).

A Rede de Atenção Oncológica propõe a implementação da linha de cuidado para o câncer de mama e câncer de colo de útero, por meio de ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno e, para o câncer de colo do útero, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras (BRASIL, 2011).

A assistência de enfermagem nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), consiste na avaliação e no acompanhamento sistemático da saúde da mulher com enfoque nas linhas de cuidados

prioritários e ações de promoção da saúde, redução de risco ou manutenção de baixo risco, rastreamento e detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação, considerando a individualidade, as necessidades e os direitos das mulheres.

Este protocolo tem como objetivo nortear e oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos profissionais da enfermagem, especificamente na atenção à saúde da mulher, em todos os seus ciclos de vida, por meio de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e de estudos baseados em evidências científicas.

2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal de risco habitual objetiva assegurar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal, com enfoque psicossocial e educativo, para garantia do parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante de saúde na gestação, parto e nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28ª e 36ª semanas e semanais até o termo. Caso o parto não ocorra até a 41ª semana, a gestante deve ser encaminhada para a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal na rede de serviços de atenção materno infantil, utilizando-se de mecanismos de regulação. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve garantir os Dez Passos para o Pré-Natal de Qualidade (Quadro 1 - ver no final deste capítulo).

2.1. Consulta pré-natal

O enfermeiro tem papel fundamental na captação precoce das gestantes para assistência pré-natal, a ser iniciada até a 12ª semana de gestação com acolhimento e classificação de risco (Fluxograma I- ver no final deste capítulo). Em todos os casos, devem ser observadas as singularidades e vulnerabilidade das gestantes para encaminhamentos, caso necessário, à equipe multiprofissional, conforme o Quadro 2 (ver no final deste capítulo).

É preconizada a assistência humanizada, com a realização de consultas de enfermagem (Fluxograma II- ver no final deste capítulo), solicitação de exames (Fluxograma III - ver no final deste capítulo), realização de testes rápidos, atualização do esquema vacinal e suplementação de ácido fólico e ferro, previamente estabelecidos nos protocolos ministeriais e/ou gestão municipal.

Em todas as consultas subsequentes, também, é necessário realizar a avaliação de risco gestacional (Fluxograma IV - ver no final deste capítulo). Caso sejam identificados fatores de risco que permitam o acompanhamento pela equipe da UBS, estes devem ser destacados na Caderneta da Gestante. Em situação que envolva risco, a mulher deve ser referenciada para atendimento especializado (Quadro 3, disponível no final deste capítulo). Nesses casos, a UBS deve continuar responsável pelo seguimento dessa gestante até o final da gravidez, com o acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2021).

Durante todo o período pré-natal, deve-se acompanhar a gestante quanto ao calendário de vacinação (Fluxograma V - ver no final deste capítulo), e casos de RH negativo (Fluxograma VI - ver no final deste capítulo) fazer rastreio e aplicar conduta para anemia falciforme (Fluxograma VII - ver no final deste capítulo), alteração de glicemia (Fluxograma VIII - ver no final deste capítulo), e de acordo com a suspeita/presença de alteração da pressão arterial (Fluxograma IX e X - ver no final deste capítulo).

2.1.1. Controle da Pressão Arterial (PA)

A qualidade do cuidado pré-natal pode ser considerada uma das mais importantes metas em termos de saúde pública, devido à possibilidade de redução da morbimortalidade materna e neonatal. A medida da pressão arterial (PA), recomendada em todas as consultas de pré-natal, permite avaliar a ocorrência de hipertensão arterial - que é um importante fator de risco gestacional - e prevenir suas complicações.

A hipertensão em gestante constitui a maior causa de morbimortalidade materna e perinatal. No Brasil, corresponde 5 a 10% das complicações no período gestacional, com incidência estimada de 1,5% de pré-eclâmpsia e 0,5% de eclâmpsia, sendo a primeira maior causa de mortalidade materna e prematuridade (BRASIL, 2021). Associações robustas têm sido identificadas entre pré-eclâmpsia e variantes genéticas envolvidas em trombofilia, inflamação, estresse oxidativo e o sistema renina-angiotensina (MOL *et al.*, 2016).

2.1.2. Verificação da Pressão Arterial (PA)

Nas consultas de pré-natal, compete ao enfermeiro a verificação da PA, evitando o uso de aparelho digital, conforme as orientações abaixo:

- a) Deve ser verificada, preferencialmente, com a gestante em posição sentada, as costas apoiadas, pernas descruzadas, com membro superior direito ao nível do coração, e bexiga vazia. No terceiro trimestre, a recomendação aferir com a gestante em Decúbito Lateral Esquerdo (DLE);
- b) Recomenda-se verificar a PA, 30 minutos após a ingestão de cafeína e uso de nicotina;
- c) Deve ser usado esfigmomanômetro calibrado com manguito de comprimento adequado (comprimento de 1,5 vezes da circunferência do braço);
- d) Em caso de alteração pressórica, seguir o Fluxograma IX e X (ver no final deste capítulo).

2.1.3. Controle Glicêmico

A prevalência da Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), no Brasil, é estimada em torno de 18% no Sistema Único de Saúde. A hiperglicemia é responsável por resultados adversos maternos e fetais, quais sejam, macrosomia, organomegalia fetal, polidrâmnio, pré-eclâmpsia, trauma materno ou fetal no parto, partos operatórios, morbimortalidade perinatal, morbidade respiratória e metabólica no RN (BRASIL, 2021).

Para investigação da alteração glicêmica, consultar o Fluxograma VIII (ver no final deste capítulo).

2.1.4. Alterações Urinárias

As alterações infecciosas urinárias são frequentes na gestação. É estimado que 17% a 20% das mulheres tenham Infecção de Trato Urinário (ITU) na gestação, sendo que 25% a 35% desenvolvem Pielonefrite. Sua recorrência está relacionada a Prematuridade, Sepses Materna e Neonatal. Aproximadamente 2% a 10% dos casos de ITU são assintomáticos, o que demanda maior vigilância por parte da equipe de saúde. Sendo assim, deve ser assegurado a realização dos exames de rotina do pré-natal, encaminhamento para condução e monitoramento quanto a recorrência da infecção (BRASIL, 2021). Fluxograma VII (ver no final deste capítulo).

2.1.5. Orientações para queixas mais comuns na gravidez

1. **Náusea e Vômito / Ptilismo ou Sialorreia:** orientar refeição fracionada ao longo do dia. Evitar o consumo de líquidos durante as refeições, gorduras e frituras. Estimular a ingestão de alimento sólido, na primeira refeição, e alimentos gelados. Encaminhar para consulta médica na persistência dos sintomas;

2. **Pirose/azia:** orientar refeição fracionada. Evitar consumo de café, chá mate ou chá preto, doces, álcool e fumo;
3. **Sangramento nas gengivas:** orientar uso de escova extra macia, escovação após as refeições e agendar atendimento odontológico para avaliação;
4. **Constipação intestinal:** orientar alimentação rica em fibras e laxativa, hidratação e atividade física regular;
5. **Tontura e vertigem:** orientar a não fazer mudanças bruscas de posição e o sedentarismo. Indicar refeição fracionada e evitar períodos de jejum. Oriente a gestante a sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, com os membros inferiores, ligeiramente elevados, com respiração calma e profunda;
6. **Cãibras:** orientar atividade física moderada, alongamento diário, hidratação e ingestão de alimentos ricos em Potássio;
7. **Varizes:** orientar a não permanência prolongada na posição de pé ou sentada, e a repousar por 20 minutos, com membros inferiores elevados, em ângulo de 45 graus, sempre que possível ao longo do dia. Evitar uso de roupas apertadas;
8. **Edema:** orientar o uso de meias elásticas de média compressão;
9. **Hemorroidas:** orientar alimentação rica em fibras e laxativa, hidratação e higiene perianal com água e sabão neutro após a evacuação. Encaminhar para consulta médica se sangramento anal persistir;
10. **Dor lombar e dor hipogástrica:** orientar atenção na postura ao sentar-se e andar, incentivar a realização de exercícios indicados na gestação sob supervisão profissional, e orientar sobre posição em decúbito lateral ao repousar;
11. **Queixas urinárias:** orientar a ingestão hídrica adequada e cuidado na higiene local. Em caso de dor persistente e/ou sangramento, encaminhar a consulta médica;
12. **Corrimento vaginal:** orientar cuidados básicos de higiene e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e investigar sinais e sintomas para diagnóstico e tratamento.
13. **Falta de ar ou dificuldade para respirar:** orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, conversar com a gestante sobre suas inseguranças e avaliar sintomas associados (tosse, chiado). Encaminhar a consulta médica, caso haja sinais/sintomas de Síndrome Gripal;
14. **Dor nas mamas:** orientar sobre a produção de colostro na gravidez, e usar sutiã confortável, com boa sustentação.

2.1.6 Cuidados com a mama na gravidez

O preparo para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, com orientações sobre aleitamento materno, que envolvem:

1. Avaliar as mamas durante as consultas de pré-natal;
2. Orientar sobre o uso do sutiã de boa sustentação durante a gestação; contraindicação do uso de sabão, cremes ou pomadas no mamilo e de expressão mamilar (ou ordenha), durante a gestação para a retirada do colostro;
3. Identificar conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;

4. Orientar sobre como colocar o bebê para mamar, posição, pega correta e sucção;
5. Promover troca de experiências em reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

3.1. Planejamento Reprodutivo

O Planejamento Reprodutivo é um direito sexual e reprodutivo, assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, a partir da escolha informada sobre os meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2008, 2016).

O planejamento reprodutivo deve ser orientado à mulher e ao parceiro (a) durante a consulta pelo enfermeiro (Fluxograma XI e XII - ver no final deste capítulo).

3.2. Prevenção do câncer de mama

A incidência e mortalidade por câncer de mama, na população feminina mundial e brasileira, é alta. Para o Brasil, foram estimados 66.280 casos novos de câncer de mama em 2021, com risco de 61,61 casos, a cada 100 mil mulheres. A doença ocupou a primeira posição em taxa de mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, sendo que, em 2019, foi de 14,23/100 mil (BRASIL, 2021a; 2021b).

As ações previstas para seu controle estão na detecção precoce, que consiste em diagnóstico precoce e rastreamento, por meio do Exame Clínico das Mamas (ECM), e da mamografia (Fluxograma XIII, disponível no final deste capítulo) (INCA, 2016).

Conforme a Nota Técnica do Instituto Nacional de Câncer de 2021, o enfermeiro tem autonomia para solicitação da mamografia de rastreamento, porém cada estado/município deve seguir o protocolo local (BRASIL, 2021b).

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama através da mamografia, em mulheres com idades entre 50 e 69 anos, com periodicidade bienal. Não recomenda o autoexame das mamas (AEM) como método de rastreamento, por esse exame ter uma recomendação fraca, os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios (BRASIL, 2021b).

Diante disto, é recomendado que se estimule o processo de promoção de autoconhecimento, que consiste na mulher apalpar as mamas espontaneamente e conhecer as características das próprias mamas nas diferentes fases da sua vida, para identificar o que é normal e habitual. Além disso, ela deve ser orientada sobre os achados suspeitos de câncer de mama e para procurar o serviço de saúde, se perceber alterações (BRASIL, 2021b).

3.3. Prevenção do câncer de colo do útero

O principal método para a detecção precoce do câncer do colo do útero é o rastreamento pelo exame citopatológico. A realização periódica deste exame, na faixa etária de 25 a 64 anos, para as mulheres que já tiveram atividade sexual, justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV). O câncer detectado e tratado precocemente terá maior chance de cura, com redução da mortalidade das mulheres (BRASIL, 2021b).

Segundo o INCA (2016, p. 34), “os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado”.

Em situações especiais, seguir as recomendações de rastreamento contidas no Quadro 4 (ver no final deste capítulo), e de conduta inicial frente aos resultados de exame citopatológico do colo de útero nas UBS, apresentadas no Quadro 5 (ver no final deste capítulo).

3.4. Consulta de enfermagem às mulheres no climatério

O climatério é uma fase biológica da vida da mulher, definido pela Organização Mundial da Saúde, como a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, ocorre, habitualmente, entre os 40 e 65 anos. Como marco dessa fase, a menopausa corresponde ao último ciclo menstrual, depois de passados 12 meses da sua ocorrência, geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2016). Na consulta de enfermagem devem ser consideradas as especificidades desta fase do ciclo de vida da mulher (Fluxograma XIV - ver no final deste capítulo).

3.5. Atenção às mulheres em situação de violência

A violência contra a mulher é um fenômeno múltiplo, complexo e recorrente. O fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e/ou violência sexual (Fluxograma XV - ver no final deste capítulo) envolve as seguintes ações: acolhimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; dispensação e administração de medicamentos para profilaxias, indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde; notificação compulsória institucionalizada.

É necessário, também, realizar encaminhamentos, avaliação de riscos e cuidado de equipe multidisciplinar e interinstitucional. O objetivo é promover cuidados, com garantia de confiança e respeito sem julgamentos e críticas, e encaminhar a mulher à rede de proteção à pessoa em situação de violência (Fluxograma XVI - ver no final deste capítulo).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e legislação correlata. 5. ed. rev. e ampl. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%2C%20BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%2C%20BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Casa Civil. **Legislação do exercício profissional da enfermagem**. Goiânia, Goiás, Coren Goiás, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 7. ed.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Número 32). Disponível em: [cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf](#). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de controle do câncer de mama. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bi>

[blioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-n.-0911-%E2%80%93-Programa-Nacional-de-Controlado-Ca%C3%A7%C3%A3o-de-Colo-do-Uteroe-de-Mama.pdf](https://www.inca.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/NT-n.-0911-%E2%80%93-Programa-Nacional-de-Controlado-Ca%C3%A7%C3%A3o-de-Colo-do-Uteroe-de-Mama.pdf) Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: [protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf](#). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 23a Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza. Brasil: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gripe-influenza/arquivos/informe-tecnico-influenza-2021.pdf>. Acesso em 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp> >. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022**. Institui a Rede de Atenção Materno Infantil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**, modificada pela Portaria nº 2.351 de 05 de outubro de 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html#:~:text=Alterar%20a%20Portaria%20n%C2%BA%201.459,SUS%2C%20a%20Rede%20Cegonha. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 07/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64 p. Disponível em: [atencao_mulheres_adolescentes_matriz_pedagogica.pdf](#). Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas**. 3. ed. atual e ampl.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 07 jun. 2022.

INCA. Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio_2016_3.pdf. Acesso em: 06 jun. 2022.

MATÃO, M.E.L. *et al.* **Protocolo de enfermagem na atenção à saúde da mulher**. In: ROSSO, C. F. W. *et al.* (Org.) Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. p.91-118. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem, 2017. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/protocolo-final.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2022.

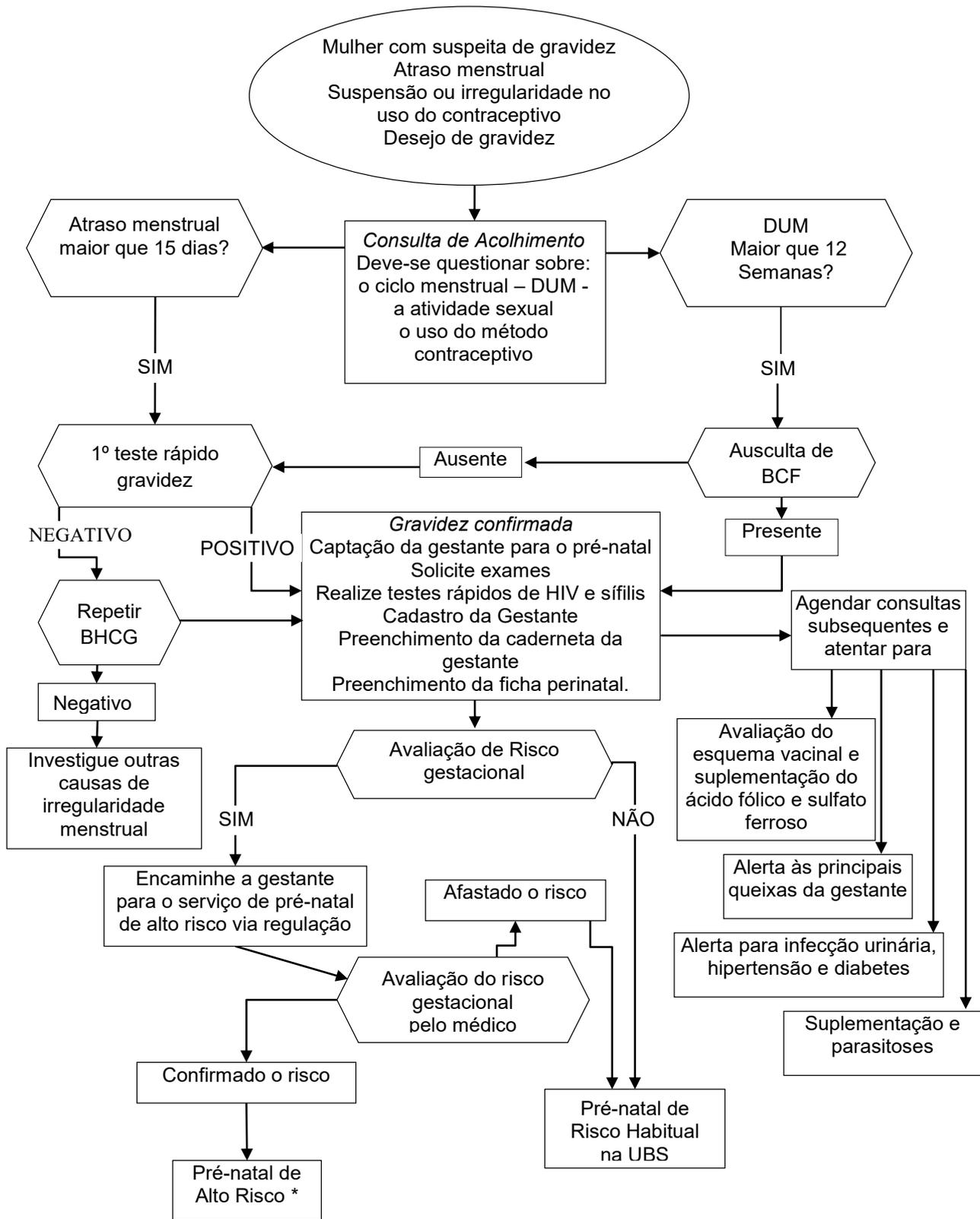
MOL, B. W. *et al.* **Pre-eclampsia**. Lancet, England, v. 387, p. 999-1011, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26342729/>. Acesso em 07 jun 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34278/9788579671180-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 jun. 2022.

ROSSO, C. F. W. *et al.* (Org.) **Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem, 2017. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/protocolo-final.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2022.

ROSSO, C. F. W. *et al.* (Org.) **Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem, 2014. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias>. Acesso em 06 jun. 2022.

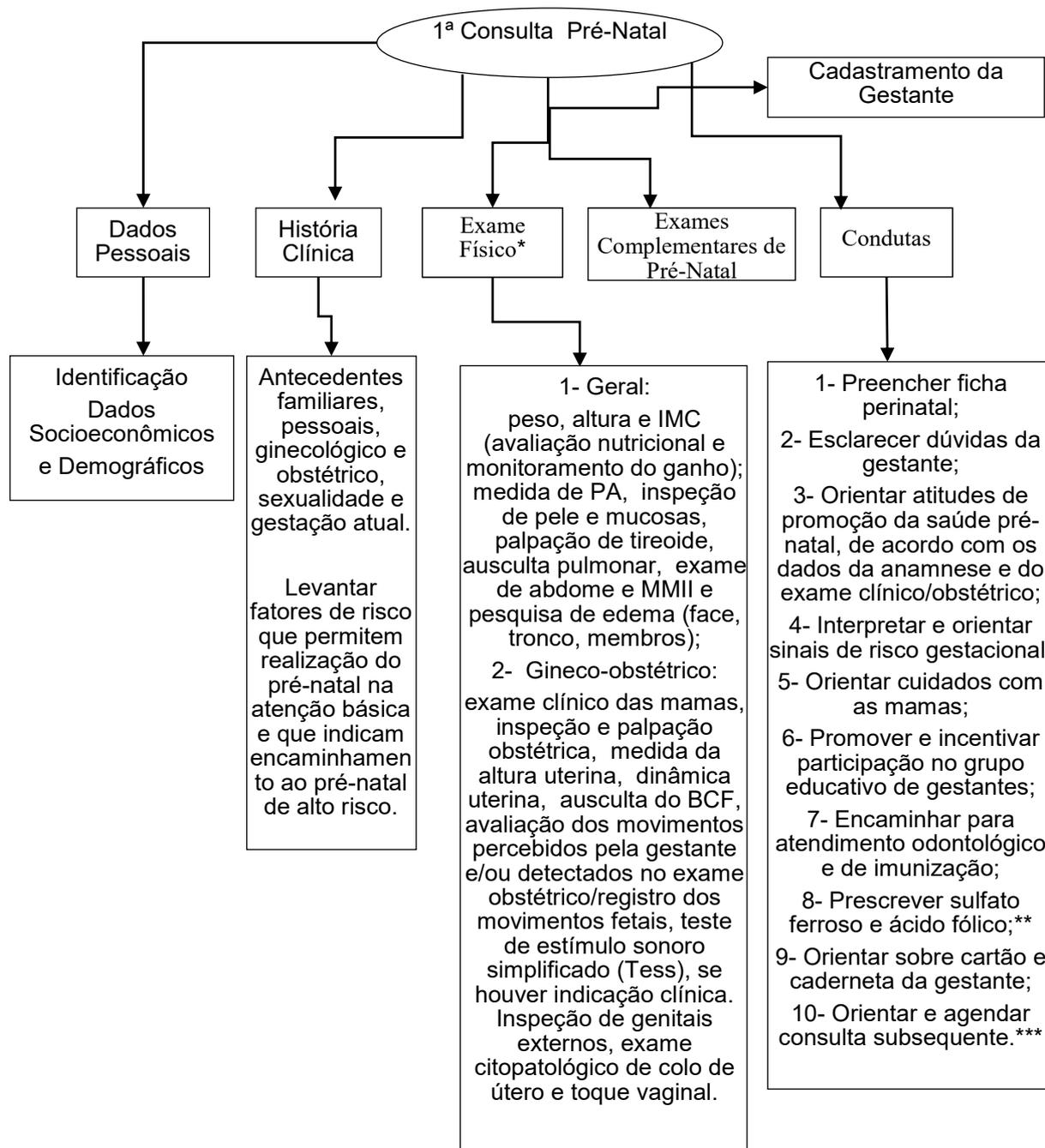
FLUXOGRAMA I. DETECÇÃO DE GRAVIDEZ E DIRECIONAMENTO QUANTO AO RISCO



Observação: garantir atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco; manter acompanhamento da gestante pela equipe de saúde; monitorar os retornos das gestantes ao ambulatório de alto risco durante as visitas domiciliares; identificar o hospital de referência de alto risco para o parto; garantir atendimento da equipe de área de abrangência (incluir o companheiro da gestante); monitorar retorno; agendar consulta de puerpério para 1ª semana de pós-parto.

Fonte: Brasil (2012; 2019); MATÃO et al., 2017

FLUXOGRAMA II. 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉ-NATAL



Observações

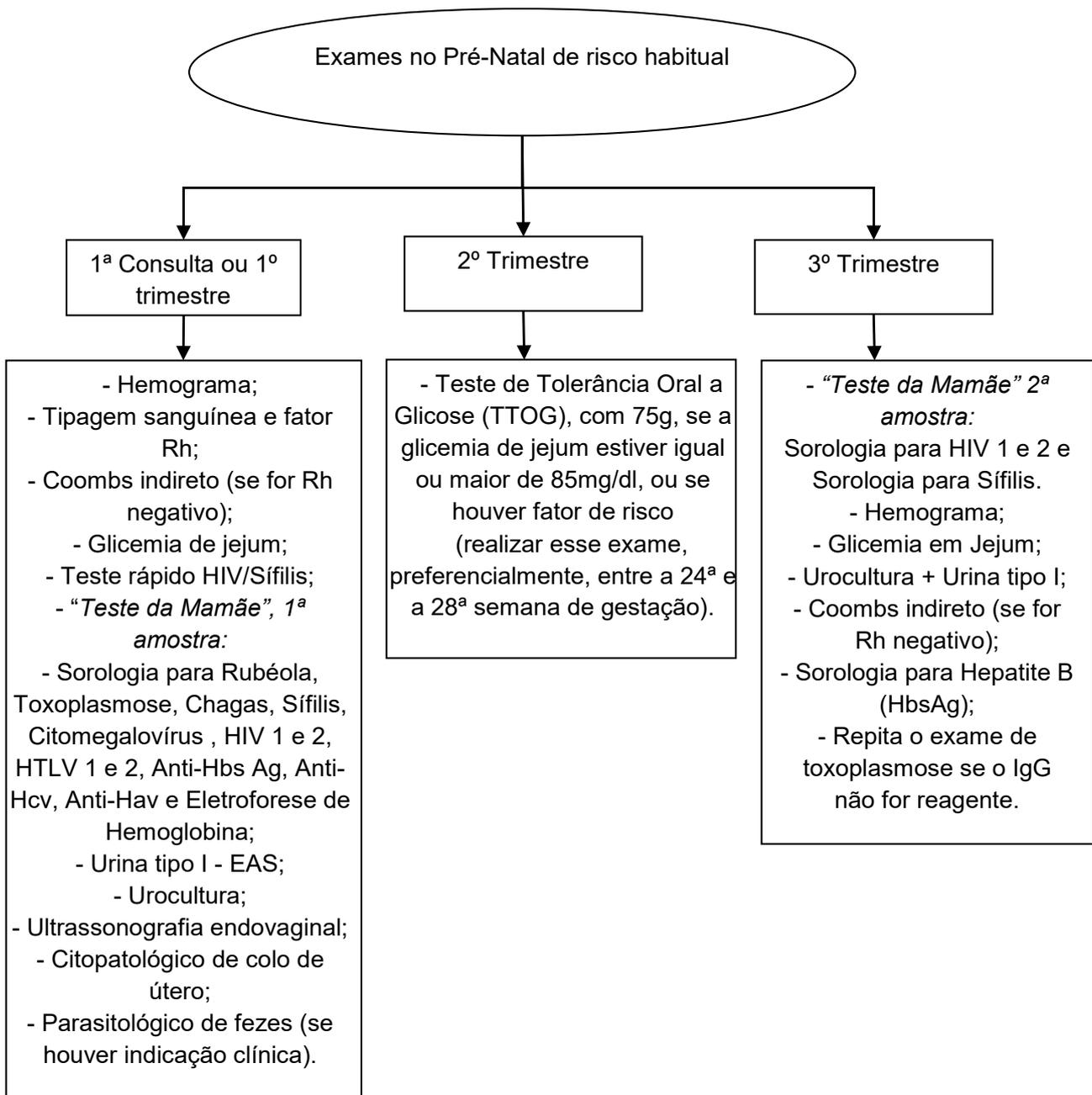
*O exame físico de adolescentes deverá seguir as orientações do Protocolo de Saúde dos Adolescentes.

**Prescrever sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia), durante toda gestação e ácido fólico - (5mg/dia), até a 12ª semana de gestação.

***Reforçar para a gestante da importância da alternância da consulta pré-natal, com enfermeiro e/ou médico, conforme cronograma de consulta por trimestre, e realização, de no mínimo, uma consulta odontológica.

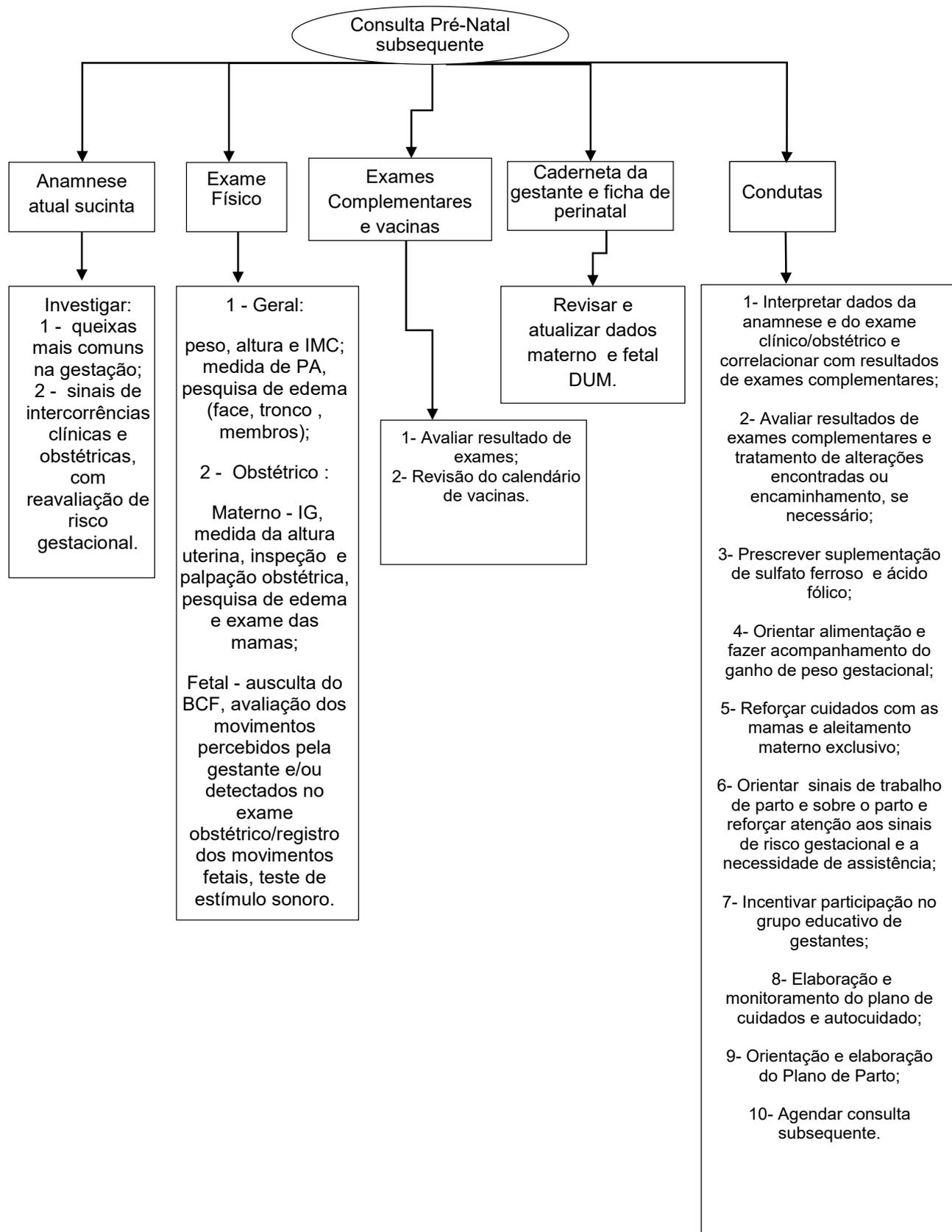
Fonte: Adaptado de Brasil (2012; 2019) e MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA III. EXAMES NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL



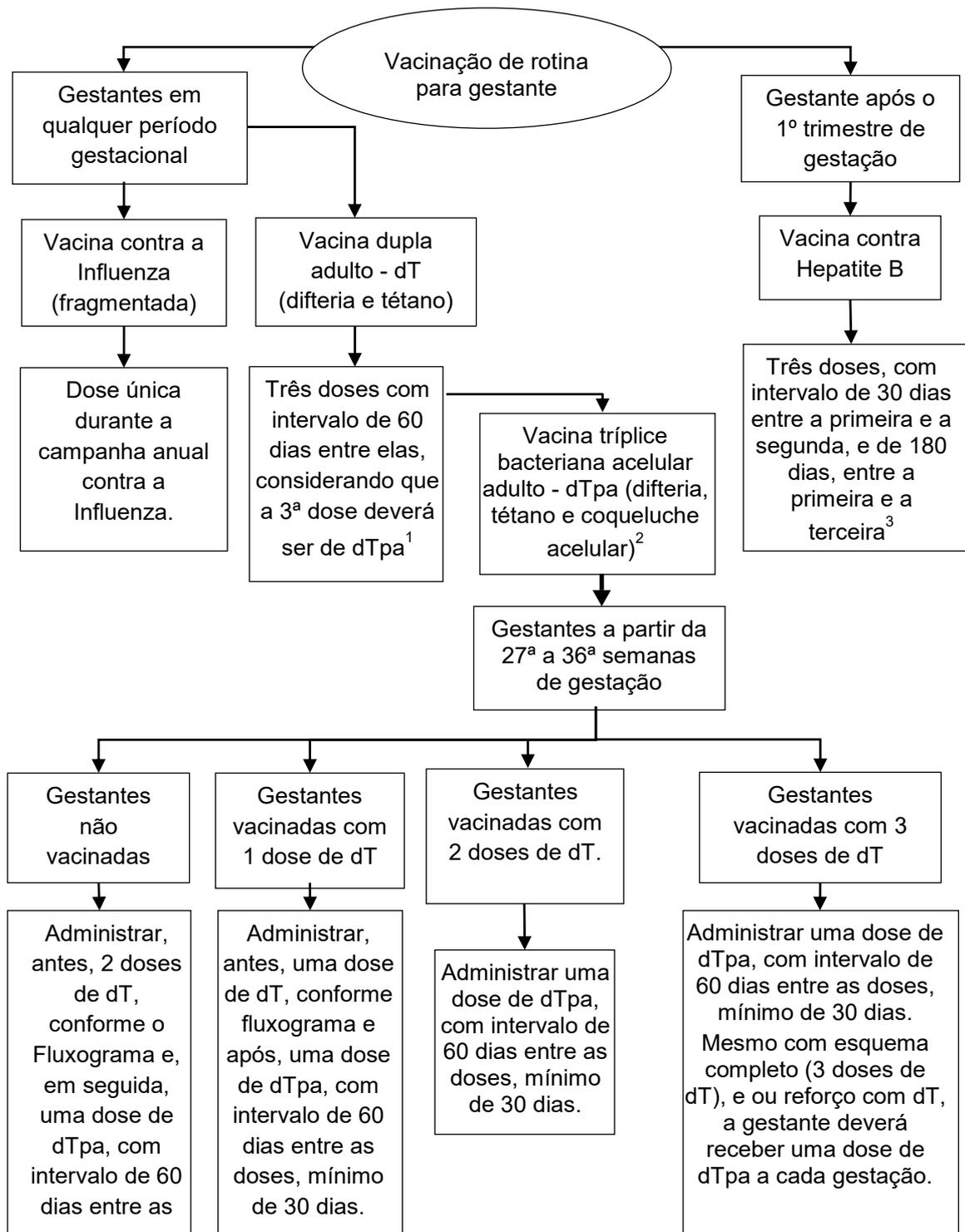
Fonte: Adaptado de Brasil (2012; 2019; 2021) e MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA IV. CONSULTA SUBSEQUENTE DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL



Fonte: Adaptado de Brasil (2012; 2019) e MATÃO *et al.*, 2017.

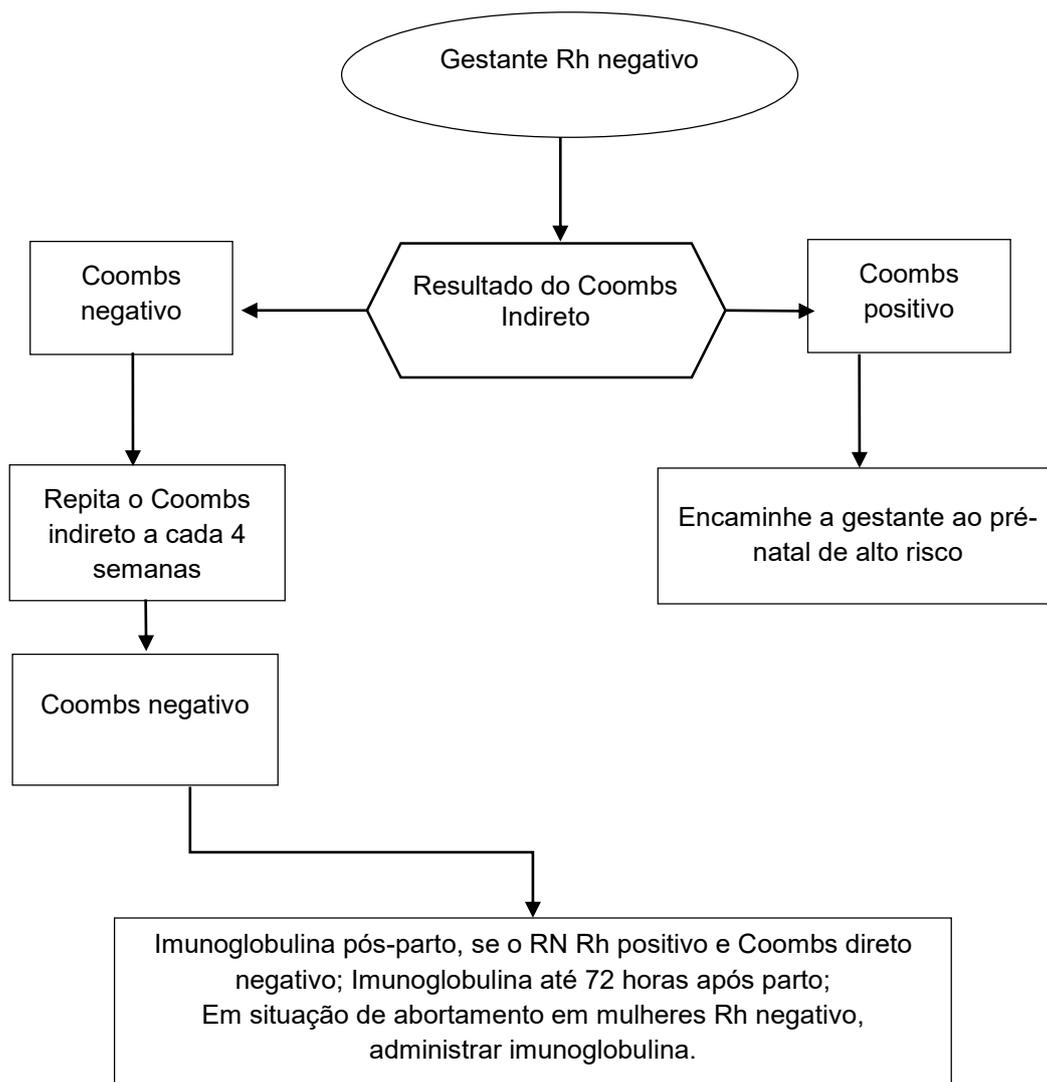
FLUXOGRAMA V. VACINAÇÃO DE ROTINA PARA GESTANTE



1. Nos comunicantes, com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. É possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não perder a oportunidade de vacinação. A última dose deve ser feita, até no máximo, 20 dias antes da data provável do parto.
2. Gestantes, em áreas de difícil acesso, administrar a vacina dTpa, a partir da vigésima (20ª) semana de gestação, adequando a administração das doses, conforme o Fluxograma acima.
3. Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

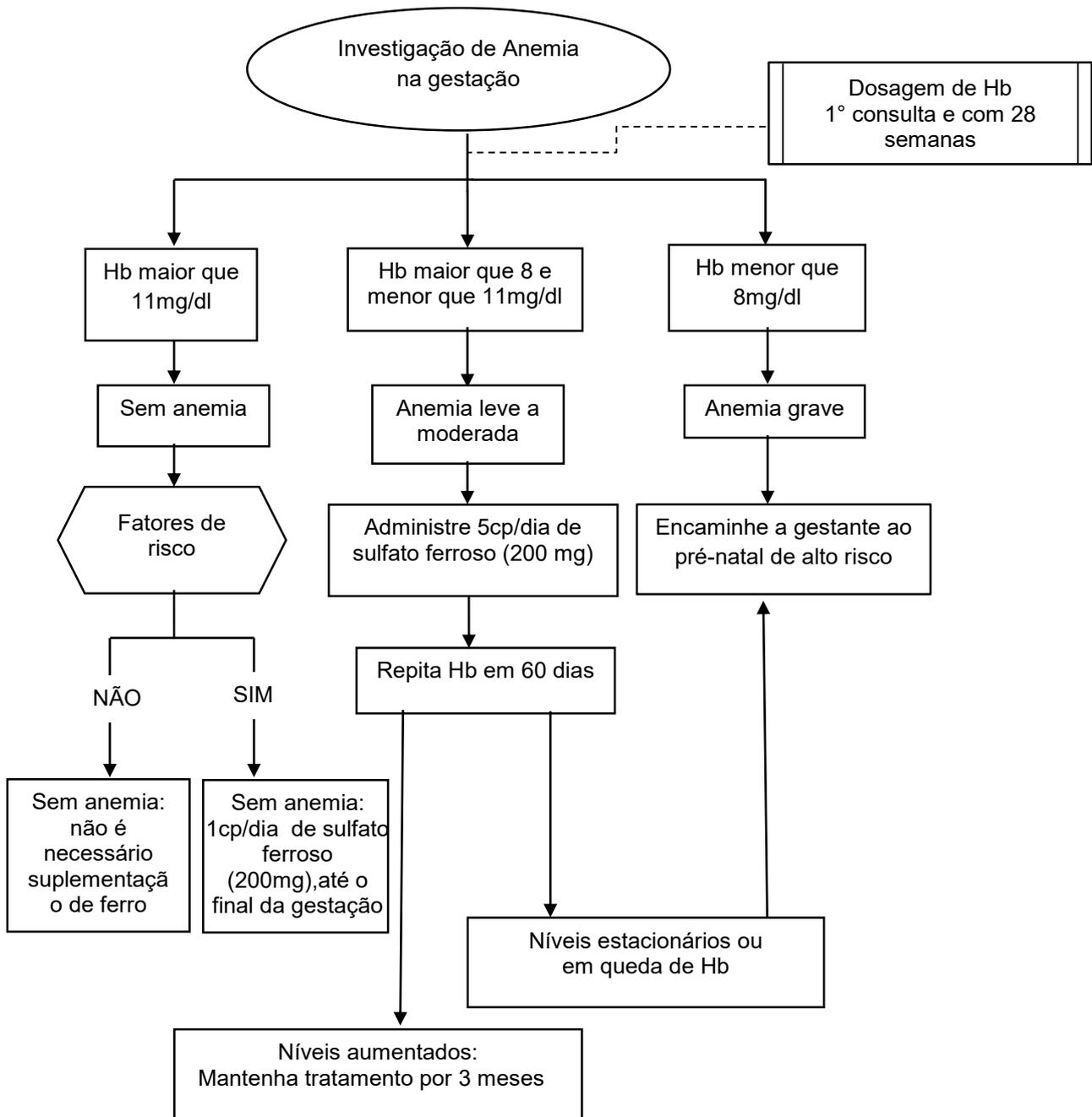
Fonte: Brasil (2012; 2019); MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA VI. GESTANTE COM RH NEGATIVO



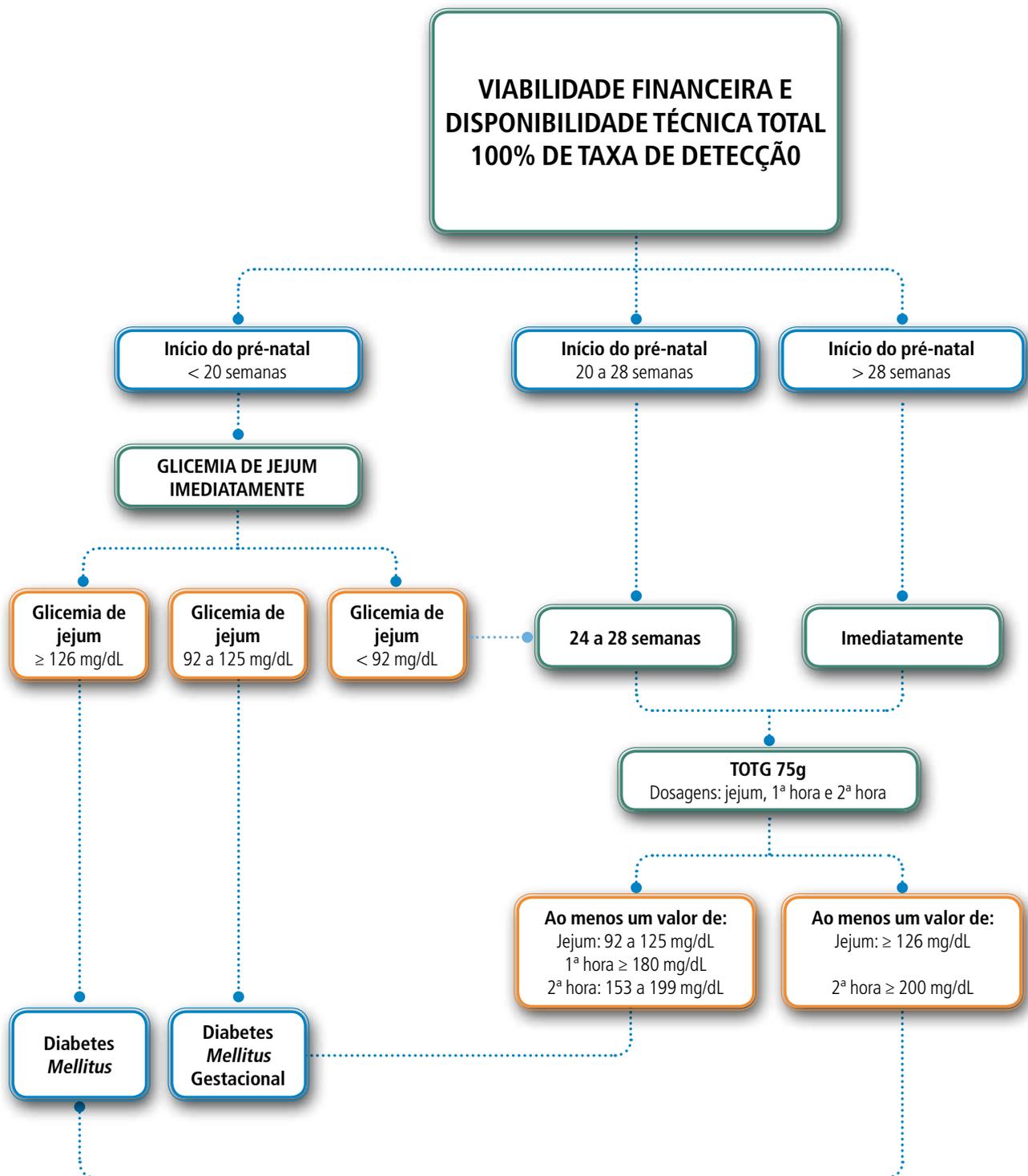
Fonte: Brasil (2012; 2019); MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA VII. RASTREAMENTO E CONDUTA NA GESTANTE COM ANEMIA FALCIFORME



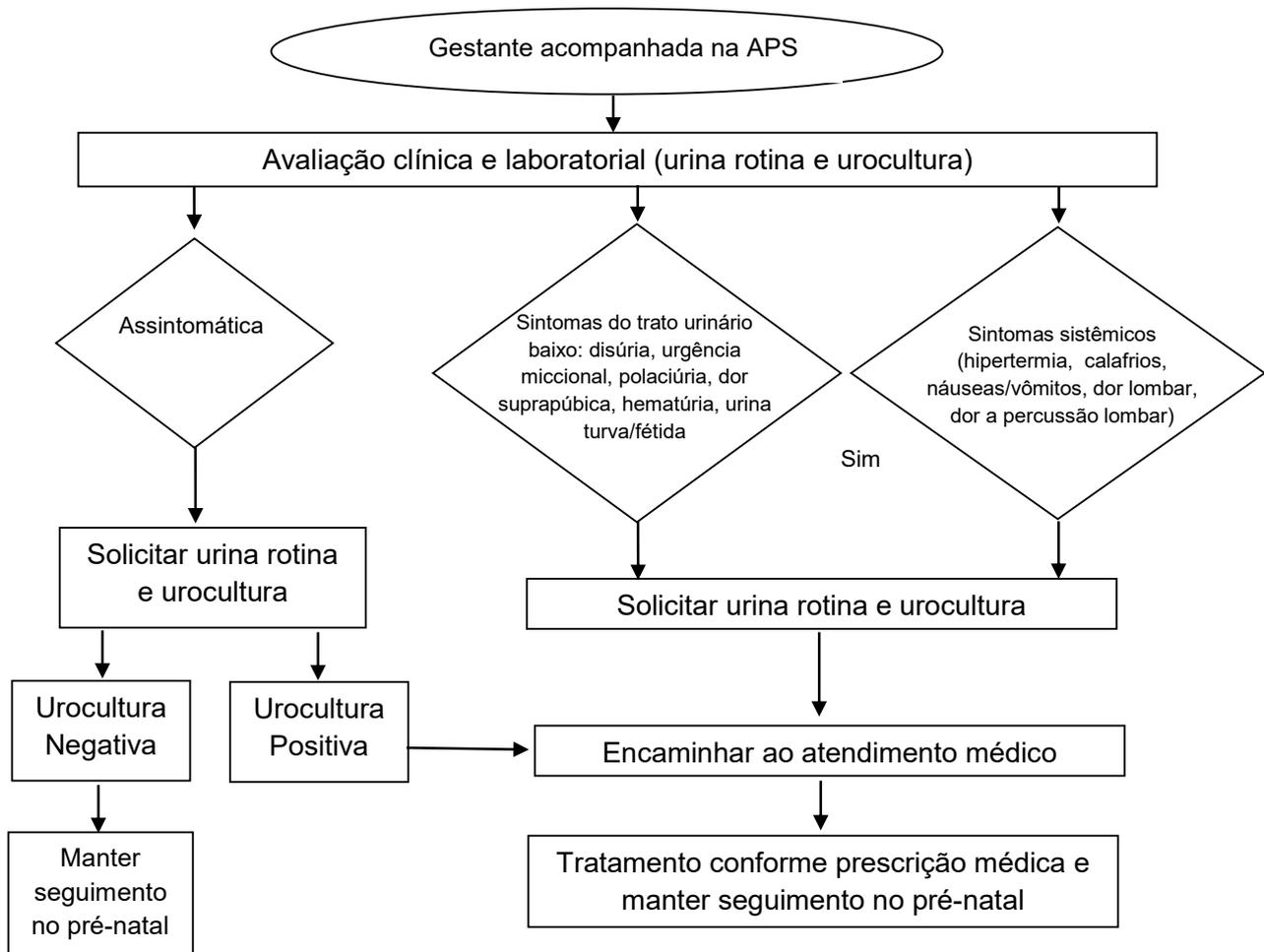
Fonte: Brasil (2012; 2019); MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA VIII. INVESTIGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA GLICEMIA



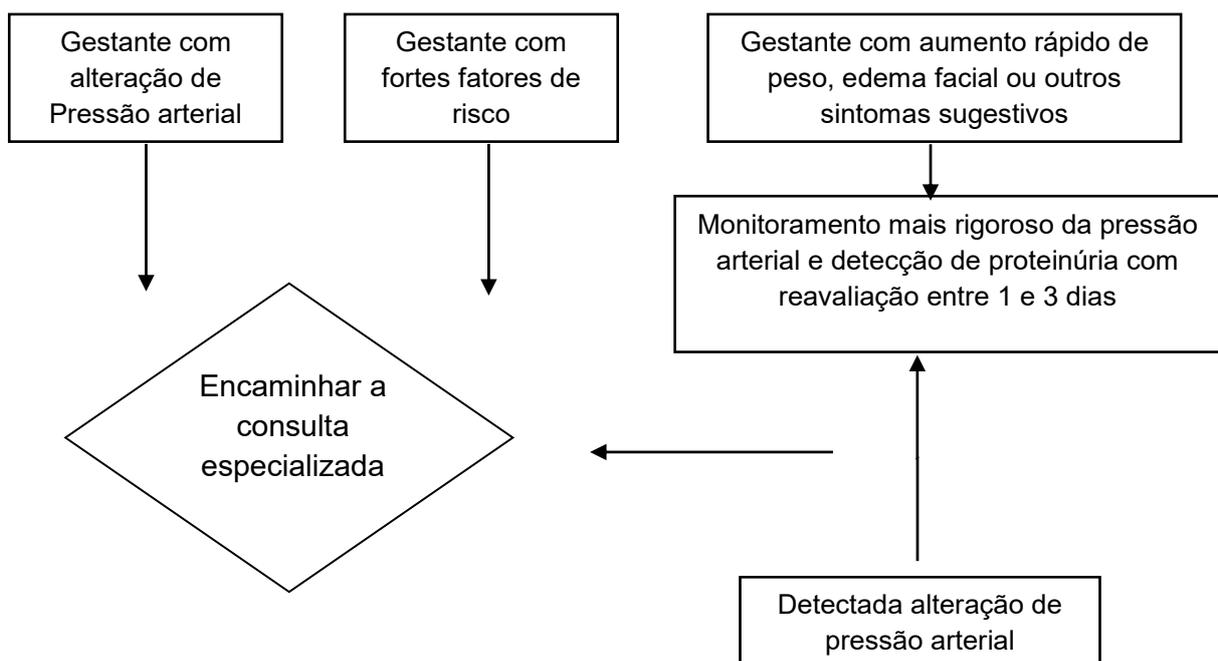
Fonte: OPAS (2016).

FLUXOGRAMA IX. CONDUTA QUANTO AS ALTERAÇÕES URINÁRIAS



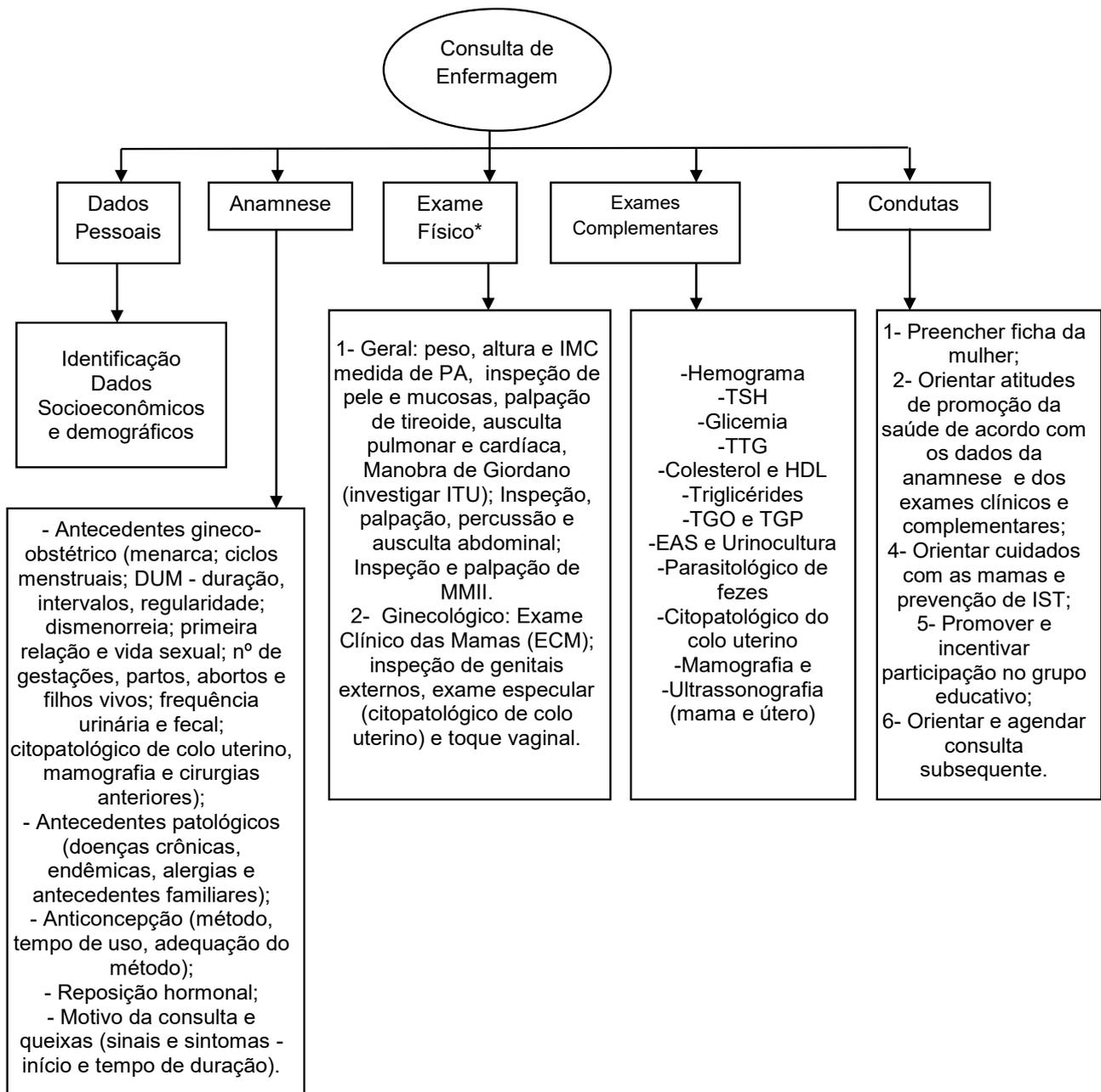
Fonte: Adaptado de Brasil (2021).

FLUXOGRAMA X. CONDUTAS DE ACORDO COM A SUSPEITA/PRESENÇA DE ALTERAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL



Fonte: Brasil (2012; 2019); MATÃO *et al.*, 2017.

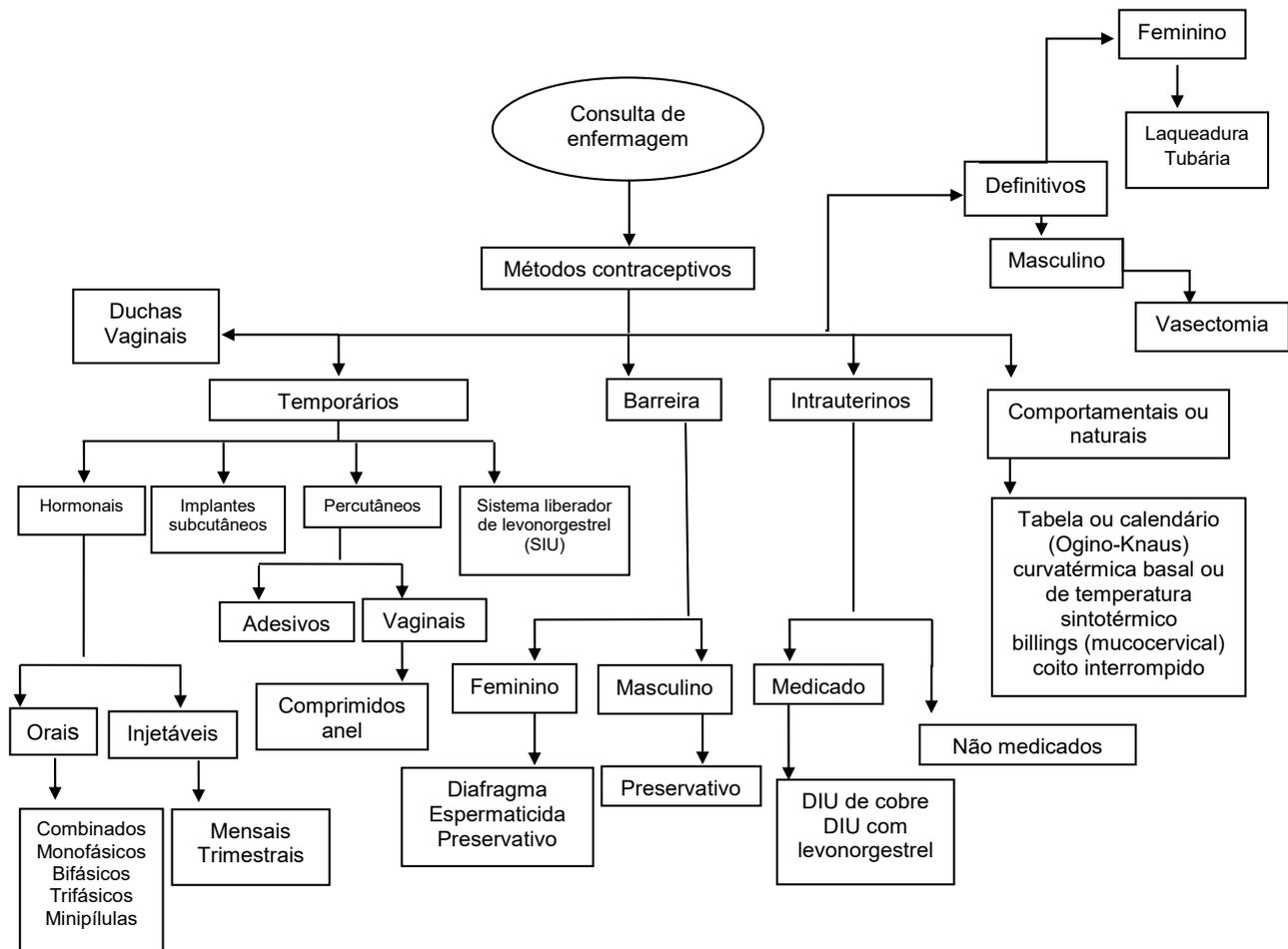
FLUXOGRAMA XI. CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA



*Somente para mulheres que realizaram o exame citopatológico de colo de útero e mamografia.

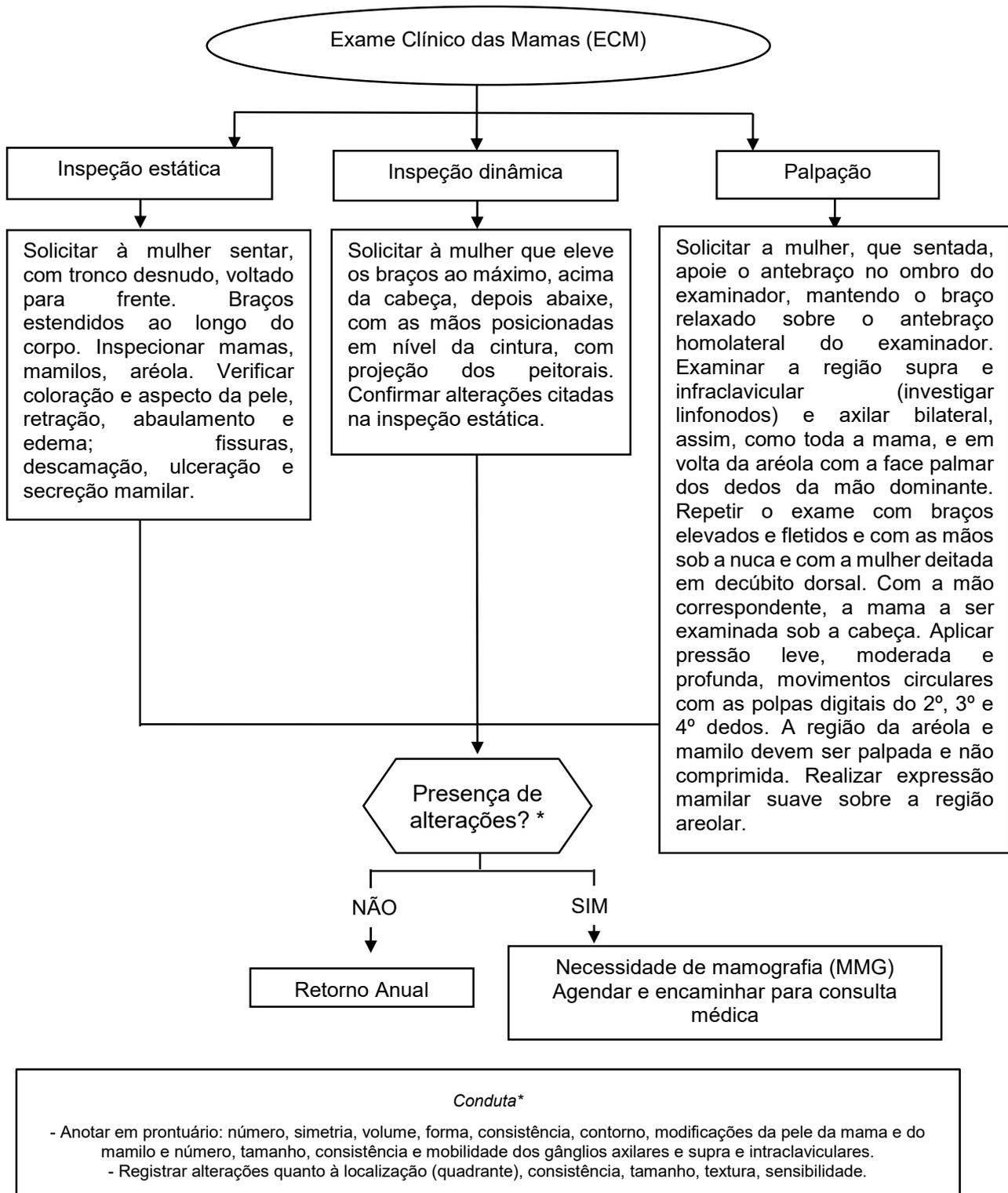
Fonte: Adaptado de Brasil (2016) e MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA XII. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



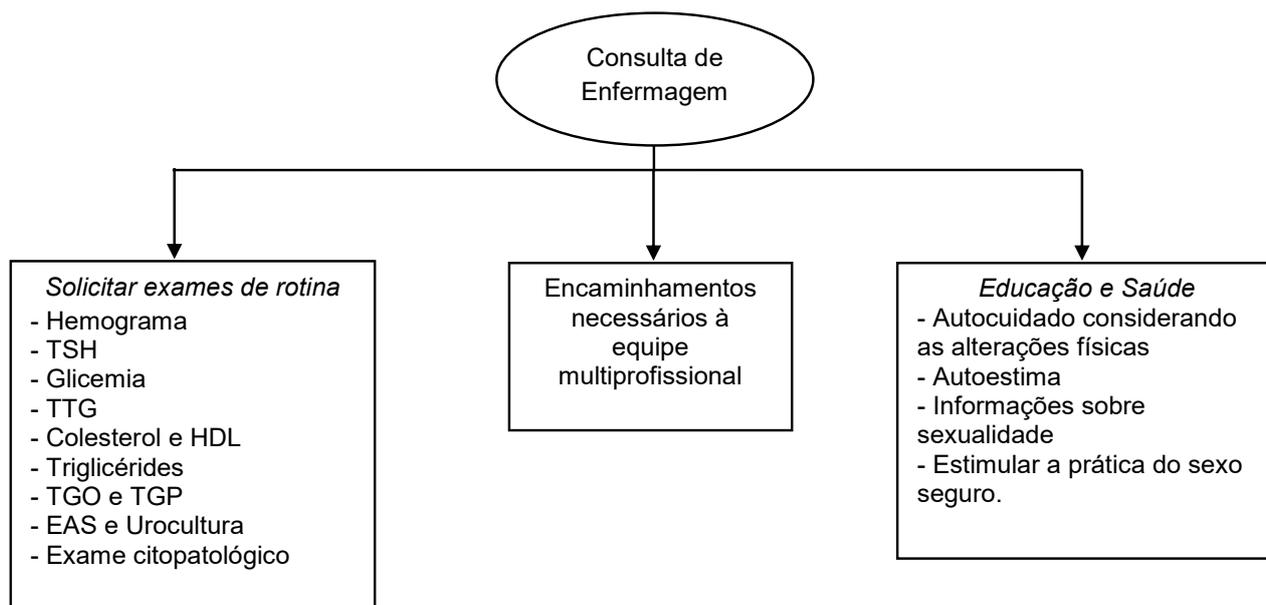
Fonte: Brasil (2016); MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA XIII. EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)



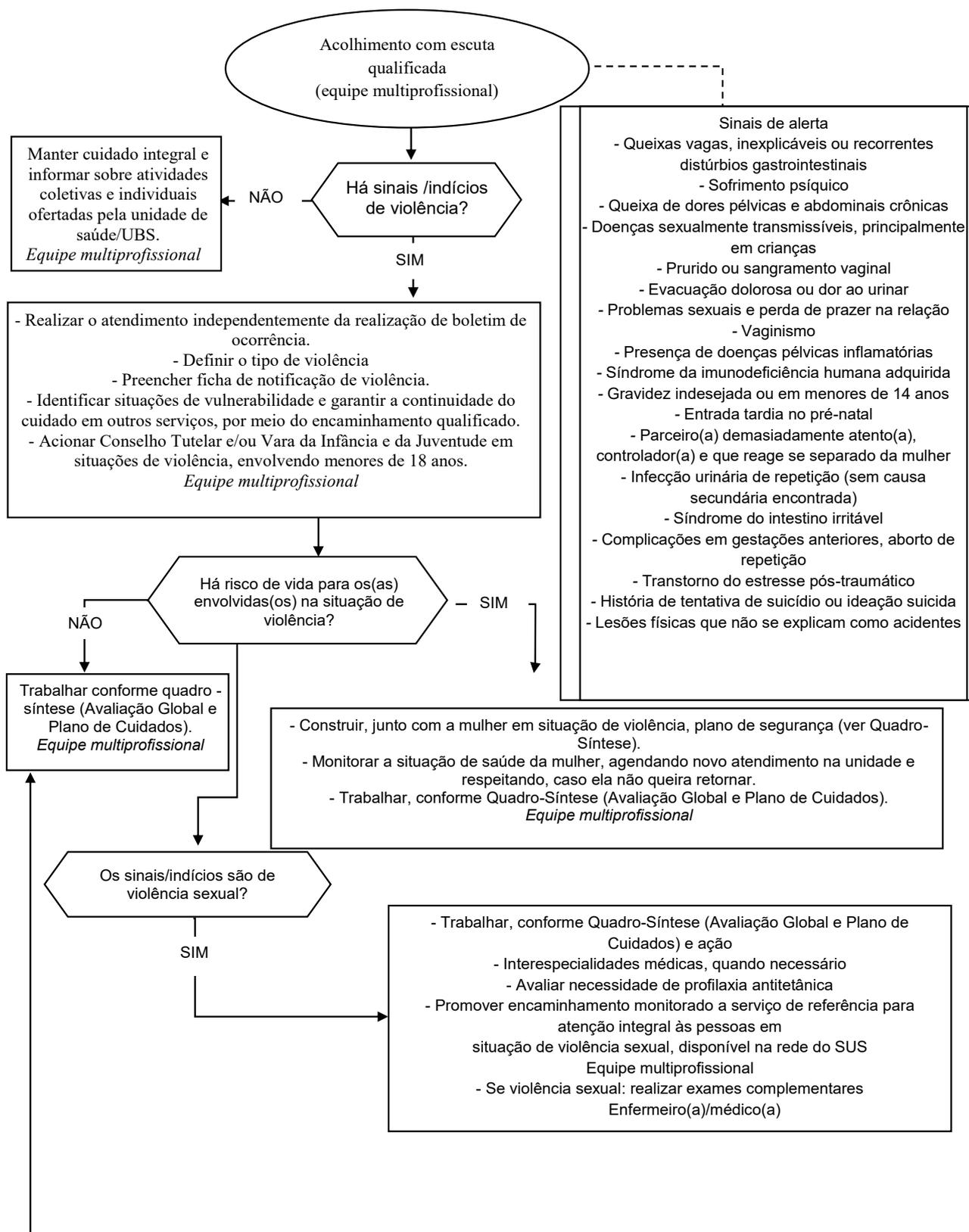
Fonte: Adaptado de Brasil (2016) e MATÃO et al., 2017. .

FLUXOGRAMA XIV. CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO

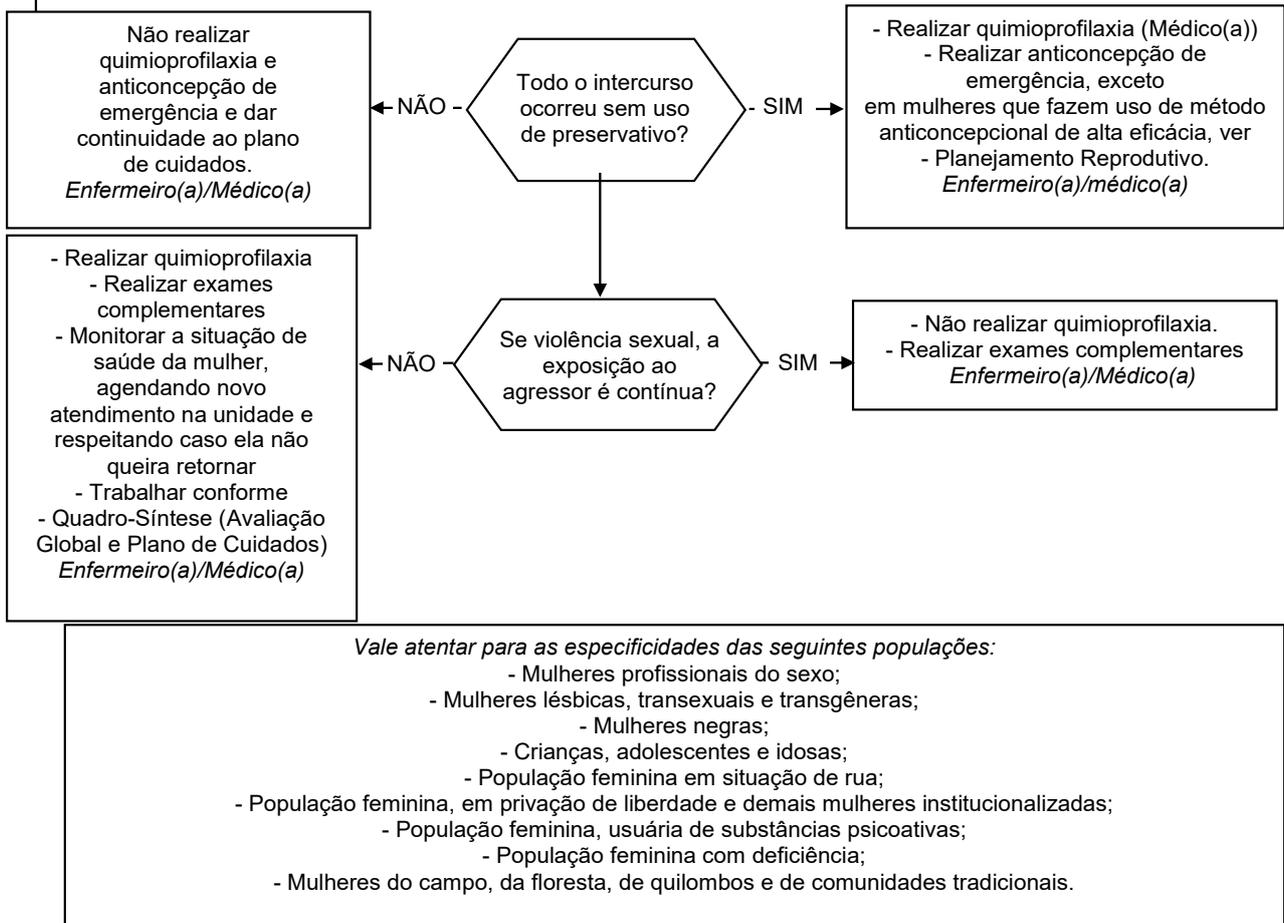


Fonte: Brasil (2016); MATÃO *et al.*, 2017.

FLUXOGRAMA XV. ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA MULHERES E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL



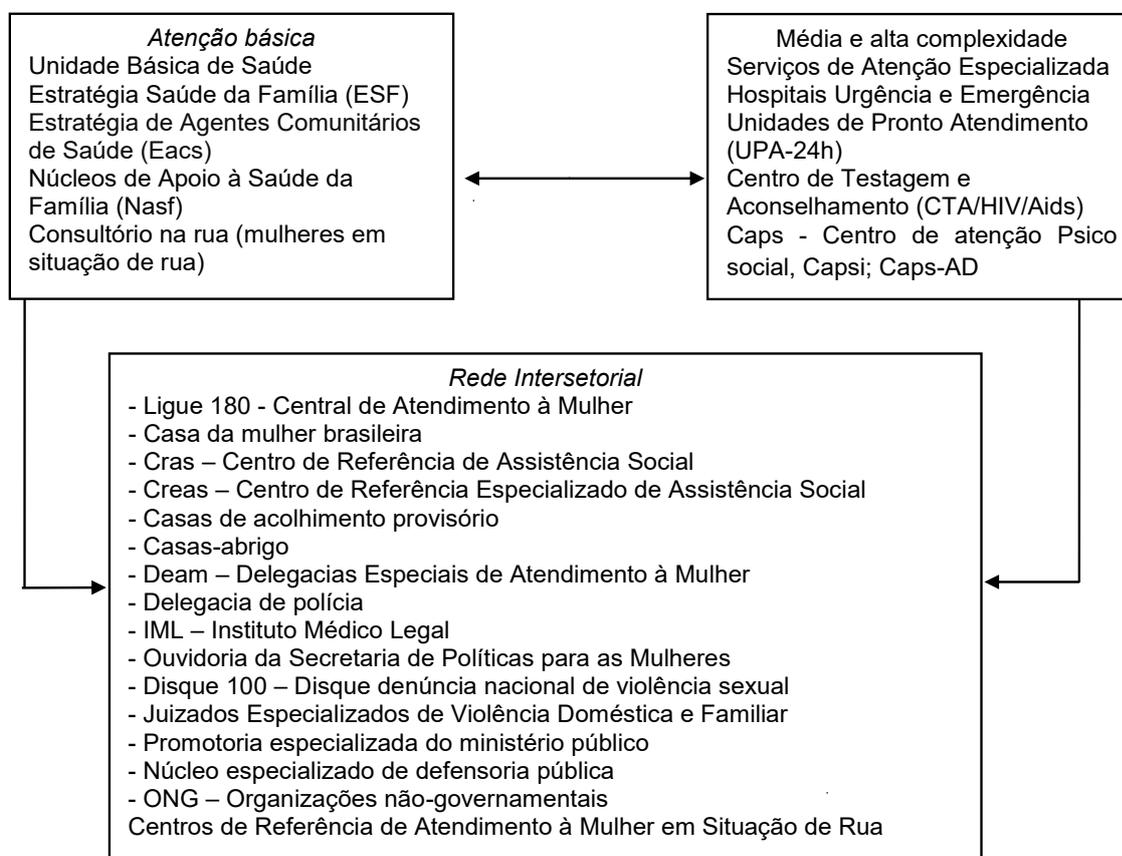
(continuação Fluxograma XV)



Fonte: Brasil (2016. p. 225); MATÃO et al., 2017.

FLUXOGRAMA XVI. REDE DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

REDE DE ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA



O termo *Rede de Atendimento* designa um conjunto de ações e serviços intersetoriais (com destaque dos setores da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que “visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento”.

Os serviços da Rede de Atenção à saúde compõem a *Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência*, e devem esgotar todos os recursos disponíveis para oferecer a Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência, desde o acolhimento com escuta qualificada até o monitoramento/seguimento das mulheres na rede de atendimento, fortalecendo a integração entre os serviços que compõem a rede.

Fonte: Brasil (2016. p. 225); MATÃO *et al.*, 2017.

QUADRO 1. DEZ PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Passo 1 – Iniciar o pré-natal na AB até a 12ª 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.
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 a 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 (2021); MATÃO *et al.*, 2017.

QUADRO 2. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

✓ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação.
✓ Realizar o cadastramento da gestante e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
✓ Realizar consulta de pré-natal de gestação de risco habitual, intercalada, com a presença do médico.
✓ Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de assistência pré-natal.
✓ Realizar testes rápidos.
✓ Prescrever medicamentos padronizados para o pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos para tratamento de IST, conforme protocolo da abordagem sindrômica).
✓ Referenciar a gestante para atendimento odontológico e médico.
✓ Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista, assistente social de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional).
✓ Orientar e encaminhar a gestante para a vacinação contra tétano e hepatite B quando não estiver imunizada.
✓ Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso haja dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para esse atendimento), encaminhar diretamente ao serviço de referência.
✓ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
✓ Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).
✓ Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
✓ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.
✓ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Fonte: Brasil (2021); MATÃO *et al.*, 2017.

QUADRO 3. FATORES DE RISCO NA GESTAÇÃO

FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS	
✓	Idade menor do que 15 e maior do 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 para adolescentes
✓	Situação conjugal insegura
✓	Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular)
✓	Condições ambientais desfavoráveis
✓	Altura menor que 1,45m
✓	IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade
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

Fonte: Brasil (2021); MATÃO *et al.*, 2017.

QUADRO 4. RECOMENDAÇÕES PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

SITUAÇÕES	RECOMENDAÇÕES
Gestantes	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
Mulheres na pós-menopausa	Seguir recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Se necessário, proceder a estrogenização previamente a realização da coleta.
Histerectomizadas	Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico, ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.
Mulheres sem história de atividade sexual	Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.
Imunossuprimidas	O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres 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. Mulheres HIV positivas, com contagem de linfócitos CD4+, abaixo de 200 células/mm ³ , devem ter priorizadas a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

Fonte: INCA, 2016; MATÃO *et al.*, 2017.

QUADRO 5. RECOMENDAÇÕES PARA CONDUTA INICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, FRENTE AOS RESULTADOS DE EXAME CITOPATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses	
	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (ASGC)	Possivelmente, não neoplásicas ou não se pode afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente, não neoplásicas ou não se pode afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir micro invasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamosa invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: INCA, 2016; MATÃO *et al.*, 2017.