Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção Primária
Gerência de Programas Estatégicos
Programa Saúde da Mulher

Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Tubarão, 2010
GRÁFICA Copiart EDITORA

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Prefeito
Dário Elias Berger

Secretário de Saúde de Florianópolis
João José Cândido da Silva

Secretário Adjunto
Clécio Antônio Espezin

Diretor de Planejamento, Informação e Captação de Recursos
Mário José Bastos Júnior

Diretor do Fundo Municipal de Saúde e Logística
Eleudemar Ferreira Rodrigues

Diretor de Vigilância em Saúde
Antonio Anselmo Granzotto de Campos

Diretor de Média Complexidade
Evelyn Cremonesi

Diretor de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria
Karin Cristine Gueller

Diretor de Atenção Primária
Carlos Daniel Moutinho Junior

Gerente de Programas Estratégicos
Márcia Sueli Del Castanhel

Coordenação do Programa Saúde da Mulher
Caroline Schweitzer de Oliveira

Departamento de Integração de Ensino e Serviço
Maria Francisca dos Santos Daussy

Equipe Técnica de Elaboração - 2006
Adriana dos Santos
Enfermeira do Distrito Norte
Andrea Caldeira de Andrada Ferreira
Médica Ginecologista e Obstetra do Distrito Norte
André Luis Andrade Justino
Médico de Família do Distrito Sul
Daniela Gonçalves
Enfermeira do Distrito Sul
Elizabeth Kessler Becker
Enfermeira do Distrito Sul
Elizimara Ferreira Siqueira
Enfermeira e Coordenadora do Distrito Continente
Roxana Knobel
Médica Ginecologista e Obstetra do Departamento de Tocoginecologia da UFSC
Ramon Tartari
Médico Ginecologista e Obstetra do Distrito Continente

Sonia Maria Polidoro Pereira
Enfermeira do Setor de Controle e Avaliação

Coordenação da Revisão -2008
Daniela Eda Silva
Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

Equipe da Revisão - 2008
Ana Cristina Vidor
Médica de Família do Distrito Continente
Angélica Manfroi
Médica de Família do Departamento de Saúde da Família
Duarte S. Costa
Médica Ginecologista e Obstetra do Distrito Centro
Fernanda Vieira Cardoso
Enfermeira do Distrito Norte
Marcela Dohms
Médica de Família do Distrito Leste
Nilta Lídia Espíndola
Enfermeira do Programa Saúde da Mulher
Ricardo Ferreira
Médico Ginecologista e Obstetra do Distrito Leste
Maria Francisca dos Santos Daussy
Enfermeira do Distrito Sul

Coordenação da Revisão -2010
Caroline Schweitzer de Oliveira
Enfermeira do Programa Saúde da Mulher

Equipe Técnica de Revisão
Elizabeth Kessler Becker
Enfermeira do Distrito Sul
Marcela Dohms
Médica de Família do Distrito Leste
Márcia Sueli Del Castanhel
Enfermeira Gerente de Programas Estratégicos
Maria de Fátima Mota Zampieri
Enfermeira Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC
Missouri Paixão
Enfermeira Gerente de Unidades Básicas e Regionais de Saúde
Nilta Lidia Espindola
Enfermeira do Programa Saúde da Mulher
Cilene Fernandes Soares
Responsável Técnica de Enfermagem

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação:
Cláudio José Girardi

Impressão:
Gráfica e Editora Copiart
Rua São João, 247 - Morrotes
Tubarão - Santa Catarina
copiart@graficacopiart.com.br
Fone: 48 3626 4481

Ficha Catalográfica

F 66 Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher.
Protocolo de atenção integral a saúde da mulher. / Secretaria Municipal de Saúde. - - Tubarão : Ed. Copiart, 2010.
128 p. : il. color. ; 26 cm.
ISBN 978-85-99554-40-1

1. Mulheres – Saúde e higiene. 2. Educação sexual. 3. Violência sexual. 4. Contracepção. 5. Mulheres – Doenças.

CDD (21. ed.) 613.04244

Elaborada por: Sibele Meneghel Bittencourt – CRB 14/244

Apresentação

O Programa de Saúde da Mulher tem por objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional. Normatiza, organiza e monitora, juntamente com os Distritos Sanitários, as ações de atenção à saúde da mulher em todos os níveis de complexidade na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis.

As ações estão voltadas para as linhas do cuidado que compreendem cinco eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal; parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama e violência sexual.

Garantir a atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O início precoce do pré-natal, o acompanhamento pela equipe de saúde da família, a realização dos exames necessários e a referência de assistência ao parto com segurança, promovem uma assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico e puerperal.

A relevância do câncer do colo uterino e da mama, caracterizados pelos elevados índices de incidência e mortalidade, justificam o direcionamento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce, através da coleta do exame citopatológico, do exame clínico de mama e da mamografia, com referência para o tratamento e o seguimento dos resultados alterados.

Este protocolo foi revisado e atualizado a partir de um grupo interdisciplinar e

representativo da Rede de Atenção do município de Florianópolis, enriquecido pela prática profissional de cada membro deste grupo, levando em conta o diagnóstico situacional da saúde da mulher em nosso município. Tiveram como subsídios as evidências científicas atuais, o Pacto pela Saúde 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Atenção Oncológica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Humanização do SUS.

Que este protocolo seja um referencial para a qualificação da assistência à mulher no município, com impacto positivo na saúde da população. Compreendemos que não se encerra aqui este trabalho, uma vez que as atualizações e novas revisões deverão ser feitas periodicamente.

João José Cândido da Silva

Secretário de Saúde de Florianópolis

Sumário

1 Planejamento da vida sexual e reprodutiva 9

1.1 Assistência às vítimas de violência sexual 10

1.2 Assistência à pré-concepção 11

1.2.1 Orientações e condutas específicas na assistência pré-concepcional 11

1.3 Assistência à anticoncepção 13

1.4 Métodos contraceptivos 15

1.4.1 Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados 15

1.4.2 Anticoncepcionais Injetáveis Mensais Combinados 15

1.4.3 Anticoncepcionais Hormonais Orais de Progestógenos 18

1.4.4 Anticoncepcão de Emergência 19

1.4.5 Anticoncepcional Injetável Trimestral de Progestogênio 20

1.4.6 Dispositivo intra-uterino (DIU) 21

1.4.7 Métodos comportamentais 22

1.4.8 Métodos de barreira 23

1.4.9 Anticoncepção cirúrgica 23

1.4.9.1 Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica 23

1.5 Anticoncepção na adolescência 26

1.6 Assistência ao climatério 30

1.6.1 Atenção à saúde da mulher no climatério 31

1.6.1.1 Contra-indicações para o uso da terapia hormonal (TH) 33

1.6.2 Vaginite atrófica 33

2 Pré-natal 35

2.1 Assistência ao pré-natal de baixo-risco 35

2.2 Captação e vinculação no pré-natal 41

2.3 Roteiro para a primeira consulta de pré-natal 44

2.3.1 Anamnese 44

2.3.2 Exame fisico 45

2.3.3 Suplementação de ácido fólico 45

2.4 Exames preconizados no pré-natal 46

2.4.1 Aconselhamento pré-teste para diagnóstico de HIV 47

2.4.2 Resultados dos exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas 48

2.5 consultas subsequentes: condutas e orientações 53

2.5.1 Controles maternos 53

2.5.2 Controles fetais 53

2.5.3 Condutas profissionais nas consultas subsequentes 55

2.5.4 Orientações de acordo com as semanas de gestação 55

2.5.5 Atividades educativas 56

2.5.6 Sugestões de temas para grupos/ encontros de gestantes e/ou casais 57

2.5.7 Visita à maternidade 57

2.6 Saúde bucal na gestação 58

2.6.1 Consulta odontológica da gestante 58

2.6.2 Temas para serem abordados nos grupos de gestantes pelo(a) cirurgião(a) – dentista 58

2.7 Classificação de pré-natal alto risco 59
2.7.1 Situações para maior controle 59
2.7.2 Situações para encaminhamento à assistência ao pré-natal de alto risco 60
2. 7.3 Situações que deverão ser encaminhadas diretamente às maternidades..... 60
2.7.4 Doença Hipertensiva Específica da Gestação..... 61
2.7.4.1 Pré-eclâmpsia 61
2.7.4.2 Eclâmpsia..... 62
2.8 Assistência ao puerpério..... 63
2.8.1 Condutas na consulta de puerpério 64
2.8.2 Anticoncepção no puerpério 66
3 Câncer de mama 67
3.1 Rastreamento e detecção precoce do câncer de mama..... 67
3.1.1 Detecção precoce do cancer de mama..... 67
3.2 Exame clínico das mamas (ecm)..... 69
3.3 Condutas em relação aos resultados da mamografia 70
3.4 Critérios para indicação de biópsia de mama 70
3.4.1 Biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF) 70
3.4.2 Biópsia-punção por agulha grossa (BPAG) 70
3.4.3 Condutas frente aos resultados de BPAG e mamotomia (MT)..... 72
3.4.4 Biópsia cirúrgica 72
3.4.5 Condutas frente os casos alterados 72
4 Câncer de colo de útero 73
4.1 Rastreamento e controle do câncer de colo de útero 73
4.1.1 Aspectos anatômicos e fisiológicos do útero 73
4.1.2 Detecção precoce/rastreamento do câncer de colo de útero 74
4.1.2.1 Recomendações prévias para a realização da coleta de exame colpocitológico..... 75

4.2 Consulta/coleta do exame colpocitológico 76
4.2.1 Fases que antecedem a coleta 76
4.2.2 Roteiro para consulta 77
4.3 Condutas baseadas no resultado do exame colpocitológico 82
5 Assistência às mulheres portadoras de colpites e cervicites 88
5.1 Condutas no tratamento de colpites 92
5.2 Condutas no tratamento de cervicites 94
5.2.1 Tratamento 95
5.3 Dor pélvica 95
5.3.1 Tratamento 97
5.4 Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) 97
5.4.1 Infecção clínica pelo HPV 98
6 Assistência à mulher relacionada ao ciclo menstrual 101
6.1 Variações do ciclo menstrual 101
6.2 Causas de irregularidade menstrual 102
6.3 Sangramento uterino disfuncional 102
6.4 Tensão pré-menstrual 104
7 Referências bibliográficas 106
Apêndices 111
Apêndice A: Termo de consentimento informado - DIU 113
Apêndice B: Declaração de participação no planejamento familiar para procedimento cirúrgico 117
Apêndice C: Termo de consentimento informado - Laqueadura 121
Apêndice D: Termo de consentimento informado - Vasectomia 125

1 Planejamento da vida sexual e reprodutiva

A Política Nacional de Planejamento Familiar é concebida hoje, pelo Ministério da Saúde, como Política da Vida Sexual e Reprodutiva, com o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa e não estão, necessariamente, planejando uma família.

A Atenção à Vida Sexual e Reprodutiva tem como base a Constituição Brasileira de 1988 e a Lei do Planejamento Familiar de 1996, além do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O planejamento da vida sexual e reprodutiva constitui-se numa questão de cidadania, como reconhecimento e garantia do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, possibilitando que os(as) usuários(as) tenham acesso às informações, à escolha livre e informada dos métodos contraceptivos e possam, assim, decidir livre e responsavelmente sobre ter ou não ter filhos, quando tê-los, de acordo com sua orientação reprodutiva e sexual.

Pautado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas. O Planejamento Familiar no Brasil é regulamentado pela a Lei nº 9263 de 12/11/1996, que é ampla e abrangente, e garante o Planejamento Familiar como um direito de todos, sob a perspectiva

da equidade de gênero. Em seu artigo 3º define um conjunto de ações que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

A atuação dos(as) profissionais de saúde na assistência pré-concepcional, anticoncepcional e infertilidade envolvem o atendimento individual, para casais, ou em grupo, sendo o aconselhamento parte indissociável desta assistência.

1.1 Assistência às vítimas de violência sexual

Uma das principais preocupações atuais em relação à saúde sexual e reprodutiva é a violência sexual, que atinge milhões de pessoas e, especialmente, as meninas e as mulheres. Diversas pesquisas sobre o tema revelam que esses números são sub-notificados, considerando que a vítima, por medo, falta de credibilidade do sistema legal ou por coerção, não registra sua queixa junto às autoridades policiais. Além disso, destacam que grande parte dessas ocorrências se dá no âmbito doméstico.

Define-se violência sexual como aquela proveniente de condutas que afetam a integridade sexual, física ou psicológica. A violência sexual, além de uma questão importante no campo da segurança, constitui um problema de saúde pública e uma das causas mais relevantes da morbidade e mortalidade materna.

As condutas clínicas na assistência à vítima de violência sexual podem ser divididas em imediatas e tardias. O atendimento deve ser iniciado, preferencialmente, dentro das primeiras 72 horas após a violência, considerando a maior eficácia de algumas intervenções nesse período.

Devem ser oferecidos, de imediato, serviços de anticoncepção de emergência, profilaxia para o HIV, hepatite B, doenças sexualmente transmissíveis, exame ginecológico minucioso, documentando todas as lesões e coletando a secreção vaginal, ou sêmen contendo espermatozóides, para identificação do agressor (VENTURA, 2004).

O município de Florianópolis conta, desde 2000, com a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, RAIVVS, uma rede inter-institucional que atua em conso-

nância com o documento "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", publicado pelo Ministério da Saúde em 1999.

A rede visa prevenir e tratar os agravos resultantes da violência sexual contra mulheres, crianças e adolescentes; prevenir a violência doméstica e, em especial, a violência de gênero, proporcionar atendimento integral às vítimas de violência sexual; evitar a revitimização; realizar prevenção e profilaxia do HIV e de outras infecções de transmissão sexual; realizar a interrupção legal da gravidez, quando esta decorrer da violência sexual; incentivar a denúncia das agressões sexuais e favorecer a coleta de provas para diminuir a impunidade dos agressores sexuais.

Em caso de vítimas que sofreram violência nas últimas 72 horas, os(as) profissionais de saúde devem encaminhá-las conforme o Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, disponível em http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/

1.2 Assistência à pré-concepção

A Assistência à pré-concepção tem como objetivo orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar, com o intuito de identificar os fatores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação.

A equipe de saúde deverá, ao assistir as mulheres/casais, prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

1.2.1 Orientações e condutas específicas na assistência pré-concepcional

- Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas ou ilícitas e verificação da necessidade de assistência especializada.
- Orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids), sífilis, gonorréia, clamídia e outras infecções como toxoplasmose, hepatite B, vírus da Inclusão Citomegálica (JIMENEZ, KRAJDEN, UHLIG, 2005).

- Instituir outras medidas educativas, como a orientação para o registro sistemático das datas das menstruações.
- Realizar anamnese, exame físico, exame ginecológico completo, avaliação vacinal e solicitação de exames laboratoriais (Sorologia para Lues, rubéola, HbsAg, toxoplasmose e HIV; dosagem de hemoglobina e glicemia em jejum).
- Realizar avaliação do estado geral de saúde, com aferição dos sinais vitais e do peso pré-gravídico. Aquelas que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade deverão ser encaminhadas à orientação nutricional, visando à promoção do estado nutricional equilibrado. Alterações dos sinais vitais devem ser avaliadas pela equipe profissional.
- Realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino, caso não o tenha feito há mais de um ano.
- Realizar avaliação quanto à presença de patologias crônicas que necessitem de uso prolongado, ou mesmo esporádico, de medicação que possa comprometer a fertilidade, a concepção e o feto: menopausa prematura; quimioterápicos (provocam alterações das funções ovarianas e testiculares); lítio (causa ablação da tireóide fetal); antagonistas dos folatos (aumentam o risco de malformações do SNC; o uso prolongado pode acarretar diminuição da absorção do ácido fólico); e prednisolona (JIMENEZ, KRAJDEN, UHLIG, 2005).
- Adequar à situação vacinal (rubéola, tétano e hepatite B) após avaliação pela equipe de saúde.
- Avaliar as condições de trabalho, verificando o risco de exposição a tóxicos ambientais, agentes químicos e radioativos, e realizar a orientação sobre seus efeitos deletérios na concepção e na saúde em geral: chumbo (presente nas tintas e vernizes); óxido de etileno (usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em alguns pesticidas); dibromo cloropropano (e outros agentes encontrados em inseticidas) e radiação ionizante (JIMENEZ, KRAJDEN, UHLIG, 2005).
- Realizar aconselhamento genético, esclarecendo sobre riscos como idade materna e/ou paterna avançada; filhos(as) afetados(as) em gestações anteriores; antecedentes

de familiares com doença genética e características étnicas especiais.

- Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 60 a 90 dias antes da concepção estendendo até a 12ª semana gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural. A prescrição cabe ao(a) profissional médico(a) ou enfermeiro(a).

1.3 Assistência à anticoncepção

No que se refere à anticoncepção, a orientação/aconselhamento constitui a informação correta, completa e de acordo com as necessidades do(a) usuário(a) sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e cientificamente comprovados, bem como reflexão sobre conhecimentos, valores, atitudes e práticas dos(as) usuários que facilitem ou dificultem a utilização de anticoncepcionais. Por meio de uma orientação efetiva o(a) usuário(a) pode escolher o método mais adequado às suas necessidades, seu estilo e seu momento de vida atual (BEMFAM, 2007).

A escolha de um método anticoncepcional depende de vários fatores, como: história pessoal (idade, freqüência das relações sexuais, paridade, aleitamento); condições clínicas que possam contra-indicar algum método; vulnerabilidade a infecções de transmissão sexual; acesso ao método; intenções reprodutivas e condições de diálogo com o(a) parceiro(a), além de questões culturais e mitos sobre a anticoncepção.

Após a seleção dos métodos, o(a) profissional deve fornecer informações detalhadas sobre o mesmo e certificar-se de que o(a) usuário tenha compreendido as informações essenciais: uso correto, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, facilidade de uso, possíveis complicações e importância da consulta de retorno e do acompanhamento.

Do ponto de vista clínico a seleção de um método anticoncepcional está normatizada pelos critérios clínicos de elegibilidade, definidos pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002), e tem como objetivo auxiliar os(as) profissionais de saúde na orientação das usuárias referente à escolha dos métodos anticoncepcionais. Esses critérios são divididos em quatro categorias, baseadas nos riscos e benefícios do uso de cada método;

- Categoria 1: Condições clínicas em que o método é isento de riscos e pode ser usado sem restrições;
- Categoria 2: Condições clínicas em que os benefícios em usar o método superam os riscos teóricos e comprovados. Em geral, o método pode ser usado, mas com acompanhamento médico;
- Categoria 3: Condições clínicas em que os riscos do método ultrapassam os benefícios. Sob estas condições, normalmente, o método não deve ser utilizado. Entretanto, se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceitáveis para o/a usuário, pode eventualmente ser usado. Nesse caso, é imprescindível um acompanhamento médico mais rigoroso;
- Categoria 4: Condições clínicas sob as quais o método representa risco inaceitável para a saúde e não deve ser usado.

A prescrição dos métodos contraceptivos é de responsabilidade do **profissional médico(a) e do(a) enfermeiro(a)**. No entanto, o(a) profissional enfermeiro(a) somente poderá prescrever os métodos contraceptivos se a paciente se enquadrar na categoria 1 dos critérios de elegibilidade clínica da OMS.

Quadro 1: Atribuições dos(as) profissionais na Assistência ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva.

Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva	
Atribuições	**Profissionais**
Captação da clientela	Multiprofissional (principalmente da ESF)
Orientação sobre necessidade de uso dos métodos	Multiprofissional
Prescrição de anticoncepcionais (orais e injetáveis)	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição do anticoncepcional de emergência	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aplicação de anticoncepcionais injetáveis	Auxiliares, técnico(a) em Enfermagem ou enfermeiro(a)
Prescrição do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)

Inserção e remoção de DIU	Médico(a) capacitado(a)
1ª Revisão do DIU	Médico(a) que realizou a inserção
Revisões subseqüentes do DIU	Médico(a) e enfermeiro(a)
Prescrição de Laqueadura ou Vasectomia	Médico(a) e enfermeiro(a)
Orientação e/ou indicação do preservativo masculino e feminino	Multiprofissional (principalmente da ESF)
Aconselhamento e prescrição do Diafragma	Médico(a) e enfermeiro(a)
Aconselhamento e prescrição dos métodos naturais e comportamentais	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consultas de rotina	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consulta subseqüente e acompanhamento da paciente que optou a adesão ao contraceptivo hormonal oral e/ou injetável	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Dispensação e orientação sobre efetividade e segurança dos métodos hormonais	Farmacêuticos(as) e equipe de enfermagem

1.4 Métodos contraceptivos

1.4.1 Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados

Disponíveis na rede: Etinilestradiol 0,02mg + Gestodeno 0,075mg, Etinilestradiol 0,03mg + Desogestrel 0,15mg, Etinilestradiol 0,03mg + Lenonorgestrel 0,015mg.

1.4.2 Anticoncepcionais Injetáveis Mensais Combinados

Disponíveis na rede: Noretisterona 50mg + Estradiol 5mg/ml (Mensal). Modo de uso: Aplicar no primeiro dia do ciclo menstrual.

Algestona 150mg + Estradiol 10mg/ml (Mensal). Modo de uso: Aplicar no oitavo dia do ciclo menstrual.

Quadro 2: Roteiro para avaliação do uso de anticoncepcionais orais combinados e ou injetáveis mensais combinados.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta "SIM" contra-indica o uso destes métodos; neste caso, a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1. Você fuma e tem 35 anos ou mais? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados. Ajude a escolher um método sem estrogênio.
2. Você tem pressão alta? Não. Sim. Se a pressão arterial (PA) for entre 140-159/90-99: pode-se fornecer anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados e verificar PA no retorno; se persistir nessa faixa, recomendar outro método ou monitorar cuidadosamente a PA em cada retorno. Se PA de 160/100 ou mais: não fornecer anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados. Ajude a escolher um método sem estrogênio.
3. Você está amamentando um bebê com menos de 6 meses? Não. Sim. Se a amamentação não for exclusiva, orientar para associar preservativos ou espermicidas. Outros métodos também eficazes são melhores escolhas do que os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados, contra-indicados quando a mulher está amamentando, independentemente da idade do bebê.
4. Você tem qualquer problema sério no coração ou de circulação? Você já teve tais problemas? Que problemas foram esses? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados se a mulher referir história atual ou passada de doença cardiovascular, AVE, trombose venosa profunda, diabetes há mais de 20 anos ou com lesão ocular, neurológica ou renal: ajude-a a escolher outro método eficaz.
5. Você tem ou teve câncer de mama? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados. Ajude a escolher outro método não-hormonal.
6. Você tem icterícia, cirrose hepática, hepatite aguda ou tumor no fígado? Não. Sim. Não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados e oriente-a na escolha de outro método não hormonal.

7. Você sofre de cefaléia intensa com visão turva com freqüência? Não. Sim. Se a mulher sofre de enxaqueca e refere visão turva, perda temporária de visão, escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague, dificuldade de fala ou locomoção: não forneça anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados e ajude-a na escolha de outro método sem estrogênio.
8. Você está tomando medicamentos para convulsões? **Está tomando rifampicina ou griseofulvina?** Não. Sim. Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, rifampicina, griseofulvina, forneça-lhe preservativos ou espermicidas para usar junto com os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados, ou assista-a na escolha de outro método eficaz, se o tratamento for prolongado ou se ela preferir.
9. Você acha que pode estar grávida? Não. Sim. Forneça-lhe preservativo ou espermicida para usar até ter certeza de que não está. Então ela poderá iniciar anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados.
10. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual? Não. Sim. Se a possibilidade de gravidez é baixa e a mulher tem sangramento vaginal que sugere uma condição médica subjacente, ela pode usar os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados, pois nem a condição nem o seu diagnóstico serão afetados pelo método. Avalie e trate a condição adequadamente e reavalie o uso de anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados de acordo com os achados.
11. Você deverá submeter-se a uma cirurgia que a deixará acamada por uma ou mais semanas? Você teve um parto nos últimos 21 dias? Não. Sim. Se há possibilidade de cirurgia que exija repouso por algumas semanas, o ideal é a interrupção temporária do método. Nos primeiros 21 dias após o parto os anticoncepcionais orais combinados ou anticoncepcionais injetáveis mensais combinados não devem ser administrados e deverá receber instruções sobre quando começar a tomá-los posteriormente.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.3 Anticoncepcionais Hormonais Orais de Progestógenos

Disponíveis na rede: Noretisterona 0,35mg (Minipílula).

Quadro 3: Roteiro para avaliação do uso de anticoncepcionais orais de progestógenos "minipílula".

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta "SIM" contra-indica o uso destes métodos, e a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1. Você tem ou teve câncer de mama? Não. Sim. Não forneça minipílula. Ajude a escolher outro método não-hormonal.
2. Você tem icterícia, cirrose hepática, hepatite ou tumor no fígado? Não Sim. Não forneça minipílula. Encaminhe-a para avaliação e tratamento e oriente-a na escolha de outro método não hormonal.
3. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas? Não. Sim. Orientar para iniciar quando tiver mais de 6 semanas.
4. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual? Não. Sim. Se a probabilidade de gravidez é baixa e a mulher apresenta sangramento vaginal inexplicado, que sugere uma condição médica subjacente, ela pode receber minipílula desde que não interfira na condição subjacente ou no seu diagnóstico. Se for apropriado, investigue e trate qualquer problema subjacente ou encaminhe-a. Reavalie o uso de minipílula de acordo com os achados.
5. Você está tomando medicamentos para convulsões? **Está tomando rifampicina ou griseofulvina?** Não. Sim. Se a mulher está tomando fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, rifampicina, griseofulvina, forneça-lhe preservativos ou espermicidas para usar junto com a minipílula, ou assista-a na escolha de outro método eficaz, se o tratamento for prolongado ou se ela preferir. O uso destes medicamentos não contra-indica o uso da mini-pílula, mas diminui sua eficácia.
6. Você acha que pode estar grávida? Não. Sim. Forneça-lhe preservativo ou espermicida para usar até ter certeza de que não está. Então ela poderá iniciar a minipílula.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.4 Anticoncepcão de Emergência

Disponíveis na rede: Levonorgestrel 0,75mg.

As pílulas anticoncepcionais de emergência (Levonorgestrel 0,75 mg) são métodos usados após a relação sexual desprotegida, para evitar gravidez inoportuna ou indesejada. Não deve ser usado como método de rotina.

Principais indicações:

- Violência sexual;
- Ruptura do preservativo;
- Deslocamento ou expulsão do DIU e diafragma;
- A relação sexual sem uso de método contraceptivo, ou uso inadequado do método contraceptivo, como esquecimento prolongado do contraceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência, ou interpretação equivocada da temperatura basal (BRASIL, 2005).

Posologia: 01 comprimido a cada 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, até 72 horas após a relação desprotegida, ou 02 comprimidos via oral (VO) em dose única. Evidenciam-se efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, prazo dentro do qual a pílula de emergência ainda pode ser tomada. No entanto, a eficácia do método é inversamente proporcional à demora no seu uso (BRASIL, 2005). Se houver vômitos até 01 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se, precedido do uso de um antiemético, conforme prescrição médica.

Em caso de vítimas que sofreram violência sexual nas últimas 72 horas, os profissionais de saúde devem encaminhá-las conforme o Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, disponível em http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/

1.4.5 Anticoncepcional Injetável Trimestral de Progestogênio

Disponíveis na rede: Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (trimestral).

Quadro 4: Roteiro para avaliação do uso de anticoncepcional injetável trimestral.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta "SIM" contra-indica o uso deste método, e a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1. Você está amamentando um bebê com menos de 6 semanas? Não. Sim. Orientar para iniciar quando tiver mais de 6 semanas.
2. Você tem qualquer problema sério no coração ou de circulação? **Você já teve tais problemas? Que problemas foram esses?** Não. Sim. Não forneça anticoncepcional injetável trimestral se a mulher referir infarto, derrame cerebral, doença coronariana, dor intensa no peito com falta de ar, hipertensão grave, diabetes por mais de 20 anos ou dano à visão, aos rins ou ao sistema nervoso, decorrentes do diabetes. Ajude a escolher outro método eficaz.
3. Você tem ou teve câncer de mama? Não. Sim. Não forneça anticoncepcional injetável trimestral. Ajude-a a escolher um outro método não-hormonal.
4. Você teve cirrose hepática grave, hepatite ou tumor no fígado? Não. Sim. Não forneça anticoncepcional injetável trimestral. Encaminhe-a para avaliação e tratamento. Ajude-a a escolher um método não-hormonal.
5. Você tem tido sangramento vaginal maior do que o usual? Não. Sim. Se a probabilidade de gravidez é pequena e a mulher apresenta sangramento vaginal inexplicado que sugere uma condição médica subjacente, ela pode receber o anticoncepcional injetável trimestral, uma vez que nem a condição subjacente nem seu diagnóstico serão afetados. Se for apropriado, investigue e trate qualquer problema subjacente ou encaminhe. Reavalie o uso de o anticoncepcional injetável trimestral de acordo com os achados.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.6 Dispositivo intra-uterino (DIU)

Disponíveis na rede: DIU TCu 380A.

Orientações que os profissionais de saúde devem fornecer à usuária/casal na indicação do DIU:

- Orientar sobre os outros métodos contraceptivos existentes;
- Esclarecer os possíveis efeitos colaterais do DIU;
- A usuária deve estar incluída nas categorias 1 ou 2 dos critérios de elegibilidade da OMS (2002);
- A usuária deve assinar o Termo de Consentimento Informado às Usuárias de DIU TCu 380A (apêndice A);
- Encaminhar para o(a) ginecologista de referência ou médico(a) habilitado(a).

Quadro 5: Roteiro para avaliação do uso do DIU.

Faça as perguntas abaixo; qualquer resposta "SIM" contra-indica o uso destes métodos, e a mulher deve ser orientada conforme as instruções abaixo, segundo a Categoria 1 dos Critérios de Elegibilidade. Apenas o(a) profissional médico(a) poderá manter a indicação deste método, em casos específicos e sob acompanhamento rigoroso.

1.Você acha que pode estar grávida? Não. Sim. Investigue a possibilidade de gravidez. Não insira o DIU. Forneça espermicida e/ou preservativo para a mulher usar até ter certeza de que ela não está grávida.
2. Nos últimos três meses, você teve sangramento vaginal anormal, especialmente nos intervalos entre menstruações ou após as relações sexuais? Não. Sim. Se a mulher teve sangramento vaginal inexplicado, que sugira uma condição médica subjacente, não insira o DIU até identificar o problema, tratar ou encaminhar para tratamento.
3. Você teve um parto há mais de 48 horas e menos de quatro semanas? Não. Sim. Adie a inserção do DIU até quatro semanas ou mais depois do parto. Se necessário, forneça preservativo ou espermicida para a mulher usar até então.

4. Você teve uma infecção após o parto? Não. Sim. Se a mulher apresenta infecção do trato genital durante os primeiros 42 dias após o parto, não insira o DIU. Encaminhe para tratamento. Ajude a escolher um outro método eficaz.
5. Você teve uma doença sexualmente transmissível (DST) ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses? Você tem uma DST ou DIP, ou outra infecção qualquer nos órgãos genitais, atualmente? (Os sinais e sintomas de DIP são: infecção pélvica grave com dor no baixo ventre e, muitas vezes, corrimento vaginal anormal, febre, polaciúria e disúria). Não. Sim. Não insira o DIU agora. Recomende enfaticamente o uso de preservativo para proteção contra DST. Encaminhe ou trate a mulher e o(s) parceiro (s). O DIU pode ser inserido três meses após a cura da infecção, a menos que haja a probabilidade de reinfecção.
6. Você está infectada com o HIV? Você tem AIDS? Não. Sim. Se a mulher tem AIDS, está infectada com HIV ou está sendo tratada com medicação que deprima o seu sistema imunológico, a decisão de inserir um DIU deve ser feita com muito cuidado. Em geral, não insira o DIU a menos que outros métodos não sejam aceitáveis ou não estejam disponíveis. Seja qual for o método escolhido, recomende enfaticamente o uso de preservativo.
7. Você acha que pode contrair uma DST no futuro? **Você ou o seu parceiro têm mais de um parceiro sexual?** Não. Sim. Se a mulher corre risco de contrair uma DST, explique que as DST's podem levar à esterilidade. Encoraje a usar preservativo para proteção contra DST. Não insira o DIU. Ajude-a a escolher um outro método.
8. Você tem câncer nos órgãos genitais ou tuberculose pélvica? Não. Sim. Se a mulher tiver câncer cervical, de endométrio, de ovário, doença trofoblástica benigna ou maligna ou tuberculose pélvica, não insira o DIU. Encaminhe para tratamento. Ajude a escolher um outro método eficaz.

Fonte: Adaptado do Manual de Orientação em Anticoncepção. FEBRASGO, 2004.

1.4.7 Métodos comportamentais

São conhecidos como métodos de abstinência periódica, aqueles que implicam modificações do comportamento sexual do casal, mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual.

- Método de Ogino-Knaus (Calendário ou Tabelinha)

- Método do Muco cervical ou Billings
- Método da Temperatura Basal Corporal
- Método Sintotérmico

1.4.8 Métodos de barreira

Disponíveis na rede: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermicida (nonoxinol).

1.4.9 Anticoncepção cirúrgica

Como a laqueadura e a vasectomia são métodos definitivos, sua indicação deve obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº. 9.263, de 12/01/96. Tanto o profissional médico(a) quanto enfermeiro(a) poderão indicar tal procedimento.

1.4.9.1 Condutas para o Aconselhamento em Anticoncepção Cirúrgica

- Realizar consulta individual ou ao casal, e/ou atividade educativa;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos reversíveis existentes;
- Esclarecer sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e as dificuldades de sua reversão;
- Solicitar os exames pré-operatórios: Glicose, hemograma, TAP, TTPa, PU, BHCG e, para usuários(as) acima de 40 anos, ECG.

Segundo a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 12/01/96, Art. 10°, somente é permitida a Esterilização Voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Encaminhamentos necessários para anticoncepção cirúrgica:

O(a) usuário(a) deverá receber:

- Declaração de Participação no Planejamento Familiar (apêndice B);
- Termo de Consentimento Informado que deverá ser assinado e reconhecido em cartório, e que somente terá validade legal para a realização do procedimento após decorridos 60 (sessenta) dias (apêndice C e D).

O Centro de Saúde deverá:

Encaminhar a **listagem dos(as) usuários(as)** para a Regulação, respeitando os 60 dias da assinatura do Termo de Consentimento para o agendamento da anticoncepção cirúrgica. Após o agendamento, o(a) usuário(a) deverá ser orientado(a) a levar:

- Declaração de Participação no Planejamento Familiar e Termo de Consentimento;
- Documento de Identidade, Cartão Nacional de Saúde e Cartão SUS;
- Resultados dos exames solicitados.

Quadro 6: Periodicidade de retorno da usuária ao Centro de Saúde X Métodos contraceptivos.

Métodos Contraceptivos	Periodicidade
Preservativo Masculino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.
Preservativo Feminino	Primeiro retorno depois de um mês para avaliar uso correto, efeitos colaterais e eficácia do método. Demais retornos de acordo com a disponibilidade.
Diafragma	Na primeira semana, para avaliar o uso correto. Retornos posteriores: anuais.
Minipílula (Norestisterona)	Na primeira semana, para avaliar o uso correto. Retornos posteriores: bimensais.
Contraceptivo hormonal oral	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subseqüentes: semestrais
Contraceptivo hormonal injetável	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subseqüentes: semestrais.
Anticoncepção de emergência	Retorno depois de um mês.
DIU	Primeiro retorno depois de um mês. Retornos subseqüentes: trimestrais.

Fonte: Adaptada de Brasil (2002) e Halbe (2000).

1.5 Anticoncepção na adolescência

A anticoncepção na adolescência constitui-se como medida de prevenção de situações como a gravidez indesejada e o aborto, causando danos muitas vezes irreparáveis à saúde das adolescentes. No caso brasileiro, do total de abortos, 7% a 9% são de adolescentes, sendo a maioria entre 17 e 19 anos de idade (BRASIL, 2009).

A adolescência é uma fase que acarreta importantes mudanças biopsicossociais e que determina especificidades emocionais e comportamentais que repercutem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, de ambos os sexos. (FEBRASGO,2005).

A atenção à saúde do adolescente requer do profissional de saúde o conhecimento e cumprimento dos princípios fundamentais prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8069, de 13/07/1990) e pelos Códigos de Ética das categorias profissionais, levando em consideração o respeito, a autonomia, a liberdade, a privacidade, a confiabilidade e o sigilo das informações compartilhadas.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ONU (Cairo, 1999) e Código de Ética Médica, após o "Fórum 2002 - Adolescência, Contracepção e Ética", estabeleceram as seguintes diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes:

1. O adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta. Deve-se lembrar que a privacidade não está, obrigatoriamente, relacionada à confidencialidade.

2. Confidencialidade é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista, não podem ser passadas aos seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apóia-se em regras da bioética médica, através de princípios morais de autonomia.

3. A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas, violência, entre outras situações.

4. Destaca-se a importância da postura do profissional de saúde, durante o atendimento aos jovens, respeitando seus valores morais, sócio-culturais e religiosos.

5. O sigilo médico é um direito garantido e reconhecido pelo artigo 103 do Código de Ética Medica.

6. Em situações de exceção, como déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos, desejo do adolescente de não ser atendido sozinho, entre outros, faz-se necessária a presença de um acompanhante durante o atendimento.

7. Nos casos em que haja referência explícita ou suspeita de abuso sexual, o profissional está obrigado a notificar o conselho tutelar, de acordo com a lei federal 8069-90, ou a Vara da Infância e Juventude, como determina o ECA, sendo relevante a presença de outro profissional durante a consulta. Recomenda-se a discussão dos casos em equipe multidisciplinar, de forma a avaliar a conduta, bem como o momento mais adequado para a notificação.

8. O profissional de saúde deve aproveitar as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados à sexualidade e à saúde reprodutiva.

9. A orientação deve incidir sobre todos os métodos, com ênfase na dupla proteção (uso de preservativos), sem juízo de valor.

10. A prescrição de métodos anticoncepcionais deverá estar relacionada à solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios de elegibilidade, independentemente da idade.

11. A prescrição de métodos anticoncepcionais a adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico(a).

12. Na atenção a menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário.

13. O médico(a)/enfermeiro(a) pode prescrever contracepção de emergência, com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção, às adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, nas seguintes situações:

a. não estar usando qualquer método contraceptivo
b. falha do método contraceptivo utilizado
c. violência sexual

Observações:

• A contracepção de emergência não é um método abortivo, conforme as evidências científicas demonstram.

• Deixar de oferecer a contracepção de emergência nas situações em que está indicada, pode ser considerada uma violação do direito do paciente, uma vez que este deve ser informado a respeito das precauções essenciais.

14. Nos casos de violência sexual, devem ser respeitadas as normas do Ministério da Saúde, que

inclui a contracepção de emergência, devendo a mesma estar disponibilizada nos serviços que atendem essas adolescentes.

15. Os adolescentes de ambos os sexos tem direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito à sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito.

A consulta de aconselhamento para anticoncepção é um momento no qual surgem dúvidas e informações íntimas são reveladas. Nesse sentido, além do conhecimento técnico e científico, o profissional de saúde deve desenvolver empatia, confiança e respeito, para que o(a) adolescente estabeleça vínculo de confiança, garantindo atendimento humanizado, integral e acolhedor.

Para identificar o método ideal, devem-se abordar seus costumes e individualidades: freqüência da atividade sexual, número de parceiros, motivação para iniciar o método, efeitos e para efeitos da terapia contraceptiva sobre o organismo feminino, riscos de contrair DST, entre outros (Giordano, M.V; Giordano, L.A., 2009).

De uma forma geral, as adolescentes podem usar a maioria dos métodos contraceptivos. Entretanto, alguns são mais adequados para esse grupo etário, conforme o quadro a seguir.

Quadro 7: Indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos para adolescentes.

MÉTODOS	CARACTERÍSTICAS
Métodos Comportamentais	As variações dos ciclos menstruais nesta faixa etária são significativas e não há possibilidade de prever o período fértil com segurança. Os métodos relacionados às transformações do muco cervical, temperatura basal e sintotérmico, além de sofrerem prejuízo pelas conseqüências das variações do ciclo, exigem disciplina e autocontrole, características pouco freqüentes nesta idade. Além disso não protegem contra nenhum tipo de DST.
Preservativo Feminino e Preservativo Masculino	Devem ser utilizados em toda a relação sexual, independente do uso de outro método anticoncepcional, pois oferecem dupla proteção: previnem as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. Se usados corretamente em todas as relações, os preservativos se mostram com alta eficácia.

Diafragma	Uso restrito, pois exige altos níveis de colaboração, participação e instrução da usuária. Necessita avaliação médica prévia.
DIU	O DIU poderá ser indicado somente para adolescentes que tiveram gestação anterior, pois apresenta maior risco de expulsão nas nulíparas, além de maior risco para DIP.
Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados	Recomendam-se os de baixa dose. Podem ser utilizados nos casos de ciclos irregulares. Avaliar riscos e benefícios. Recomenda-se iniciar após 6 meses da menarca; mas se o risco de gravidez for grande, pode ser iniciada logo após a menarca.
Anticoncepcionais Hormonais Orais de Progestógenos (minipílula)	Têm menor eficácia, provocam alterações menstruais e devem ser usados no caso de contra-indicação da pílula combinada, ou se o aleitamento materno for exclusivo.
Anticoncepcionais Injetáveis Mensais Combinados	Deve ser usado o de mais baixa dosagem. Recomenda-se iniciar 2 anos após a menarca.
Anticoncepcional Injetável Trimestral de Progestogênio	Deve ser indicado para adolescentes que não toleram outros métodos ou que não os usam corretamente. Suas principais indicações são: não inibe a lactação, previne a anemia e diminui a ocorrência de candidíase vulvovaginal. Recomenda-se iniciar 2 anos após a menarca.
Anticoncepção de Emergência	Pode ser prescrita às adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, em algumas situações com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção(ver item 1.4.4, pg.19).

Fonte: Adaptado Protocolo Planejamento Familiar, Curitiba, 2005 e Manual de Orientação: Saúde da adolescente, FEBRASGO, 2004.

1.6 Assistência ao climatério

O climatério é um dos períodos evolutivos da vida da mulher. É uma fase de transição, complexa, que pode ser encarada como fenômeno patológico ou saudável, dependendo da compreensão que a mulher tem deste período, da influência familiar, dos cuidados relativos à sua saúde, das atividades sociais e profissionais desenvolvidas, da sua personalidade, das crenças e valores, do contexto em que vive e do grau de escolaridade, entre outros (ZAMPIERI, 2005).

Os(as) profissionais de saúde têm um papel primordial junto às mulheres que vivenciam este período, prestando atenção primária à saúde, em nível individual ou grupal; compartilhando conhecimentos com as mulheres e familiares sobre as mudanças e cuidados necessários; propiciando oportunidades para que estas expressem seus sentimentos, medos e dúvidas; desenvolvendo ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças; trabalhando as questões de gênero e fortalecendo os potenciais e capacidades das mulheres para enfrentar as dificuldades vividas nesta etapa de transição da vida (ZAMPIERI, 2005).

A fase do climatério não tem um limite preciso para seu início ou término, podendo ir desde os 35 aos 60 anos.

A instalação da menopausa é definida pela cessação completa ou permanente de menstruação (12 meses de amenorréia). Ocorre freqüentemente no climatério e a idade média é de 51,4 anos (BRASIL, 2009).

O diagnóstico do climatério e da menopausa é eminentemente clínico:

Na **perimenopausa**, que pode ser definida como o período de tempo próximo da menopausa, as alterações hormonais tornam-se mais intensas, gerando um encurtamento ou alongamento dos ciclos, além daqueles considerados normais.

A maior parte dos ciclos é anovulatória, podendo gerar sangramentos irregulares, acompanhados ou não de sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais). Essa irregularidade também está relacionada com o hiperestímulo estrogênico sem contraposição da progesterona, resultando em alterações endometriais. Nesta fase,

uma vez que já não há produção da progesterona suficiente pelo corpo lúteo, pode ser necessária a complementação de progesterona cíclica, para evitar hemorragias, indesejáveis em qualquer período da vida das mulheres e indicativas de investigação endometrial (BRASIL, 2009).

A **pós-menopausa** ocorre principalmente nas mulheres em idade compatível com a menopausa natural, em amenorréia há mais de um ano, com ou sem sintomas (neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais como o comprometimento do trofismo vaginal).

Nesta fase o FSH poderá estar aumentado cerca de 10 a 15 vezes, enquanto que o LH, de 3 a 5 vezes. O estradiol, por sua vez diminuído em até 80%, vai sendo nesta fase substituído pela estrona, que predomina na pós-menopausa. O estradiol sérico é então resultante da conversão periférica dos androgênios produzidos pelos ovários (estroma) e supra-renais em estrona. Essa conversão, através da aromatização, pode ocorrer no tecido adiposo, fígado, músculos, rins e provavelmente na pele. Nas mulheres obesas, principalmente naquelas com resistência à insulina, há uma diminuição na produção da globulina carreadora dos hormônios esteróides (SHBG), com uma maior quantidade de androgênios livres, que são transformados perifericamente em estrogênios. Também na dependência dessas conversões hormonais, existem mulheres assintomáticas, com sintomatologia discreta ou ainda com manifestações androgênicas (BRASIL, 2009).

1.6.1 Atenção à saúde da mulher no climatério

O uso de hormônios ainda é controvertido, sendo necessária uma seleção prévia para escolher quais mulheres poderiam de um modo efetivo, beneficiar-se com este tratamento.

As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (carência hormonal); portanto, o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem com uma abordagem menos agressiva e invasiva possível. Por outro lado, há práticas e terapias tradicionais como a fitoterapia, homeopatia e/ou acupuntura que, aliadas a um estilo de vida adequadamente saudável no referente à alimentação, atividade física, saúde mental e emocional podem apoiar de forma satisfatória a mulher durante o climatério. (BRASIL, 2009).

O tratamento e aconselhamento às mulheres no climatério / menopausa devem ser orientadas no sentido da evolução natural dos sintomas. É importante reforçar a necessidade de uma dieta equilibrada e rica em cálcio, a realização de exercícios físicos regulares e adequados para cada mulher e a exposição ao sol em horários não nocivos. Para essas mulheres, é importante a escuta terapêutica, e seria de grande ajuda a formação de grupos de apoio. Também devem ser reforçados aspectos da vida social, atividades de lazer e sexualidade.

A propedêutica das mulheres no climatério consiste na realização de testes de "screening" para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio, cólon, de acordo com as diretrizes propostas. Também devem ser rastreados o diabetes e a dislipidemia; investigação de DST/HIV.

A densitometria óssea estaria indicada, se possível, em pacientes com risco aumentado para osteoporose em duas situações principais: mulheres na pós-menopausa tardia e que não fizeram reposição hormonal ou na pós-menopausa recente, na qual o seu resultado possa ajudar na decisão do uso ou não da reposição hormonal.

Todavia, a terapia hormonal pode ser utilizada sempre que houver indicação, individualizando cada caso, optando-se pelo esquema mais adequado, com a menor dose e pelo menor período necessários.

Dessa forma, o uso da Terapia Hormonal (TH) deverá ser indicado individualmente, de comum acordo com a usuária, baseado na avaliação dos riscos e benefícios de cada caso. Quando houver sintomatologia, existe indicação clara para o uso da TH, pelo menos por curto tempo. A TH não será prescrita se houver uma contra-indicação ou uma decisão da paciente em não usar, desde que adequadamente informada. O uso prolongado da TH para a prevenção de doenças degenerativas, especialmente em mulheres assintomáticas, deve ser decidido individualmente, de acordo com as características e riscos de cada mulher.

Medicações disponíveis na rede:

- Estrogênio conjugado 0,3mg comprimido, estrogênio conjugado 0,625mg creme vaginal.

1.6.1.1 Contra-indicações para o uso da terapia hormonal (TH)

- Câncer de endométrio (contra-indicação relativa).
- Câncer de mama ou lesão suspeita ainda sem diagnóstico;
- Doença isquêmica cerebral/cardíaca recente;
- Doença tromboembólica recente;
- Hepatopatia grave ou recente;
- Hiperplasia ductal atípica na mama;
- Hipertensão arterial grave, sem controle;
- Sangramento vaginal de causa não estabelecida;

Diante das diversas possibilidades, é necessário que as mulheres tenham acesso à informação sobre limites, riscos e vantagens de cada uma e acesso a atendimento humanizado e de qualidade que garanta seus direitos de cidadania.

1.6.2 Vaginite atrófica

Tratamento indicado: Terapia Hormonal (TH) local: estrogênios conjugados em creme vaginal, 1x/dia na primeira semana e 2x/semana, conforme orientação clínica. Pode ser orientado o uso de lubrificantes vaginais à base de água (gel) nas relações sexuais.

O tratamento é de competência dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as).

2 Pré-natal

2.1 Assistência ao pré-natal de baixo-risco

A atenção ao pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso durante a gravidez, implica considerar os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos da mulher que está incluída no processo gravídico.

O principal objetivo é acolher a mulher desde o princípio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Na assistência ao pré-natal é importante que o(a) profissional tenha sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores e o seu modo de vida, que esteja disponível e atento as necessidades da mulher e família e tenha habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. O(a) profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante, contribui para fortalecer os potenciais desta para que possa conduzir o parto e assumir o protagonismo do processo de nascimento.

A Equipe de Saúde da Família deve acompanhar a gestante nas consultas individuais, nos grupos de educação em saúde, e em visita domiciliar para garantir a realização do pré-natal. Além de realizar busca ativa em caso de gestantes faltosas ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Para o acompanhamento do pré-natal humanizado e em equipe são definidas algumas atribuições para os seguintes profissionais: Agente Comunitário(a) de Saúde; Técnico(a) de Enfermagem; Enfermeiro(a) e Médico(a), Cirurgião(a) - Dentista.

Compete ao(a) Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS):

- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar, priorizando as gestantes de risco;
- Captar todas as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las ao Centro de Saúde para a inscrição no Programa de Humanização de Pré-Natal;
- Captar todas as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- Informar às pessoas de sua área de atuação sobre o Atendimento ao Pré-Natal;
- Orientar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Orientar todas as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação, priorizando aquelas em situações de risco;
- Realizar visita domiciliar precoce, entre o 5º ao 7º dia pós-parto, para todos os recém-nascidos e puérperas.

Compete ao(a) Técnico(a) e/ou Auxiliar em Enfermagem:

- No acolhimento realizar avaliação inicial, com o objetivo de identificar situações de risco e/ou emergência, e encaminhar para avaliação do profissional enfermeiro(a), ou médico(a);
- Agendar consulta com os profissionais do Centro de Saúde, para o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) no Programa de Humanização de Pré-Natal, o mais precoce possível;
- Avaliar a situação vacinal e atualizar o esquema vacinal se necessário;
- Verificar a pressão arterial, pesar e medir a altura da paciente na primeira avaliação;
- Encaminhar a gestante para participar dos grupos educativos desenvolvidos no CS;
- Encaminhar a gestante para a Equipe de Saúde Bucal;
- Participar de grupos de educação em saúde;
- Realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente, as de risco;

- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos e puérperas, entre o 5º e o 7º dia pós-parto;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Realizar registro dos dados do atendimento no SISPRENATAL.

Compete ao(a) Enfermeiro(a):

- Captar a gestante para iniciar o pré-natal precocemente, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação;
- Na suspeita de gravidez, ou atraso menstrual, solicitar o teste de gravidez (BHCG);
- Nos casos de BHCG positivo, abrir o prontuário eletrônico, registrar a gestante no sistema para obter o número do SISPRENATAL e registrá-lo na carteira da gestante;
- Nos CS não informatizados, obter o número de SISPRENATAL da listagem fornecida;
- Aferir a pressão arterial e medida de peso e altura da gestante;
- Realizar a consulta de pré-natal e intercalar as suas consultas com as do médico(a), dependendo da classificação por grau de risco ou necessidade;
- Identificar situação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Solicitar e avaliar os resultados de todos os exames de pré-natal;
- Realizar o exame de colpocitologia oncótica, se necessário, e encaminhar as citologias alteradas ao médico(a) de família de sua área de abrangência ou ginecologista;
- Prescrever medicações conforme o protocolo;
- Se for detectado algum risco, referir a gestante à avaliação médica do CS; e/ou encaminhar direto para maternidade;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à freqüência nas consultas agendadas (CS e serviços de referência) e ao uso adequado da medicação instituída;

- Monitorar as gestantes de sua responsabilidade com Infecção do Trato Urinário (ITU), quanto à freqüência nas consultas agendadas no CS, ao uso adequado da medicação instituída e ao controle de cura da infecção;
- Estimular e desenvolver atividades educativas, tais como, grupo de gestantes, e /ou casais grávidos; atividades educativas em sala de espera;
- Divulgar e convidar as gestantes quanto à programação das atividades educativas;
- Organizar e agendar as visitas à(s) maternidades;
- Promover a vigilância em saúde de todas as gestantes com especial atenção às de risco;
- Avaliar o esquema de imunização e indicar a realização das vacinas se necessário;
- Realizar consulta puerperal entre o 7º ao 10º dia pós-parto, conforme agendamento do Capital Criança;
- Realizar registro dos dados do atendimento no SISPRENATAL.

Compete ao(a) Médico(a):

- Inscrever a gestante no Programa de Humanização de Pré-Natal, através do prontuário eletrônico na primeira consulta, obtendo o número do SISPRENATAL e registrando-o na carteira da gestante;
- Nos CS não informatizadas, obter o número de SISPRENATAL da listagem fornecida;
- Realizar consulta de pré-natal;
- Identificar o risco gestacional a cada consulta e, quando identificado, realizar o encaminhamento por escrito ao serviço de referência de pré-natal de alto risco, após orientação dos cuidados;
- Participar com a equipe na vigilância em saúde das gestantes, principalmente as de risco;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à freqüência nas consultas agendadas (CS e serviços de referência) e ao uso adequado da medicação instituída;
- Monitorar as gestantes de sua responsabilidade com Infecção do Trato Urinário (ITU), quanto à freqüência nas consultas agendadas no CS, ao uso adequado da medicação

instituída e ao controle de cura da infecção;

- Estimular e desenvolver atividades educativas, tais como, grupo de gestantes, e /ou casais grávidos; atividades educativas em sala de espera;
- Divulgar e convidar as gestantes quanto à programação das atividades educativas;
- Avaliar o esquema de imunização e indicar a vacinação quando necessário;
- Realizar e/ou participar de grupos de educação em saúde;
- Realizar a consulta puerperal entre o 7º ao 10º dia pós-parto, conforme agendamento do Capital Criança, e a consulta do 30º ao 45º dia pós-parto;
- Registrar os dados do atendimento no SISPRENATAL.

Compete ao(a) Cirurgião(a) - Dentista:

- Garantir o atendimento odontológico para a gestante que estiver realizando o pré-natal no CS;
- Realizar exame clínico e tratamento curativo básico, profilaxia e adequação do meio bucal;
- Encaminhar às especialidades odontológicas quando necessário;
- Incentivar o aleitamento materno, salientando a importância deste para o desenvolvimento da boca;
- Orientar a gestante sobre a prevenção de doenças bucais;
- Participar, apoiar ou realizar as atividades educativas nos grupos do Centro de Saúde;
- Orientar a gestante para retorno à consulta puerperal;
- Garantir o atendimento odontológico da puérpera e mãe até o bebê completar 1 (um) ano.

Quadro 8: Atribuições dos(as) Profissionais na Assistência ao Pré-Natal.

Atribuições	Profissionais
Captação precoce	Todos, com ênfase para o ACS
Diagnóstico de gravidez – BHCG (Hormônio Beta Gonadotrofina Coriônica)	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Informação / orientação em saúde	Multiprofissional
Consulta de pré-natal de baixo-risco	Médico(a) e enfermeiro(a) de forma alternada
Classificação de risco gestacional	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Solicitação e avaliação de exames laboratoriais de rotina e USG obstétrica	Médico(a) ou enfermeiro a)
Solicitação de USG obstétrico morfológico	Médico(a)
Solicitação de exames complementares	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Prescrição de medicamentos gerais	Médico(a)
Prescrição de Ácido Fólico e Sulfato Ferroso	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Prescrição de vacinação anti-tetânica (dupla adulto)	Multiprofissional
Visita domiciliar	Multiprofissional
Registro no cartão e ficha perinatal	Multiprofissional
Encaminhamentos para visita à maternidade	Multiprofissional
Registro no SISPRENATAL	Médico(a) e enfermeiro(a)
Consulta odontológica	Cirurgião-dentista(a)
Acompanhamento da gestante HIV	Médico(a) ESF, infectologista e gineco-obstetra de referência alto risco.

2.2 Captação e vinculação no pré-natal

Toda mulher da área de abrangência do Centro de Saúde, com história de atraso menstrual superior a 7 (sete) dias, deverá ser acolhida pela Equipe de Saúde da Família e encaminhada para consulta de acolhimento com enfermeiro(a) ou médico(a) para diagnóstico da gestação e solicitação do Teste de Gravidez (BHCG sérico), preferencialmente, no mesmo dia. Nesta consulta de acolhimento deve ser indicada a suplementação de ácido fólico (item 2.3.3) e orientar a mulher a trazer o resultado do BHCG.

Confirmada a gestação, deverá ser agendado a primeira consulta de Pré-Natal (PN) com o profissional médico(a) ou enfermeiro(a), sendo que a captação deve ser precoce (antes de 120 dias).

Na primeira consulta de PN deverá ser realizado o cadastro da gestante no SIS-PRENATAL, o preenchimento do prontuário (Ficha Obstétrica), do cartão da gestante e solicitação dos exames de rotina. Orientar a mulher para a consulta subseqüente com o médico e também, para o cirurgião dentista. Estes registros devem ser minuciosamente preenchidos em todas as consultas de pré-natal.

A segunda consulta deverá ser agendada previamente, no prazo máximo de 30 dias, principalmente, para avaliação dos resultados dos exames e classificação do risco gestacional. (Fluxograma 1: Captação da Gestante no Pré-natal).

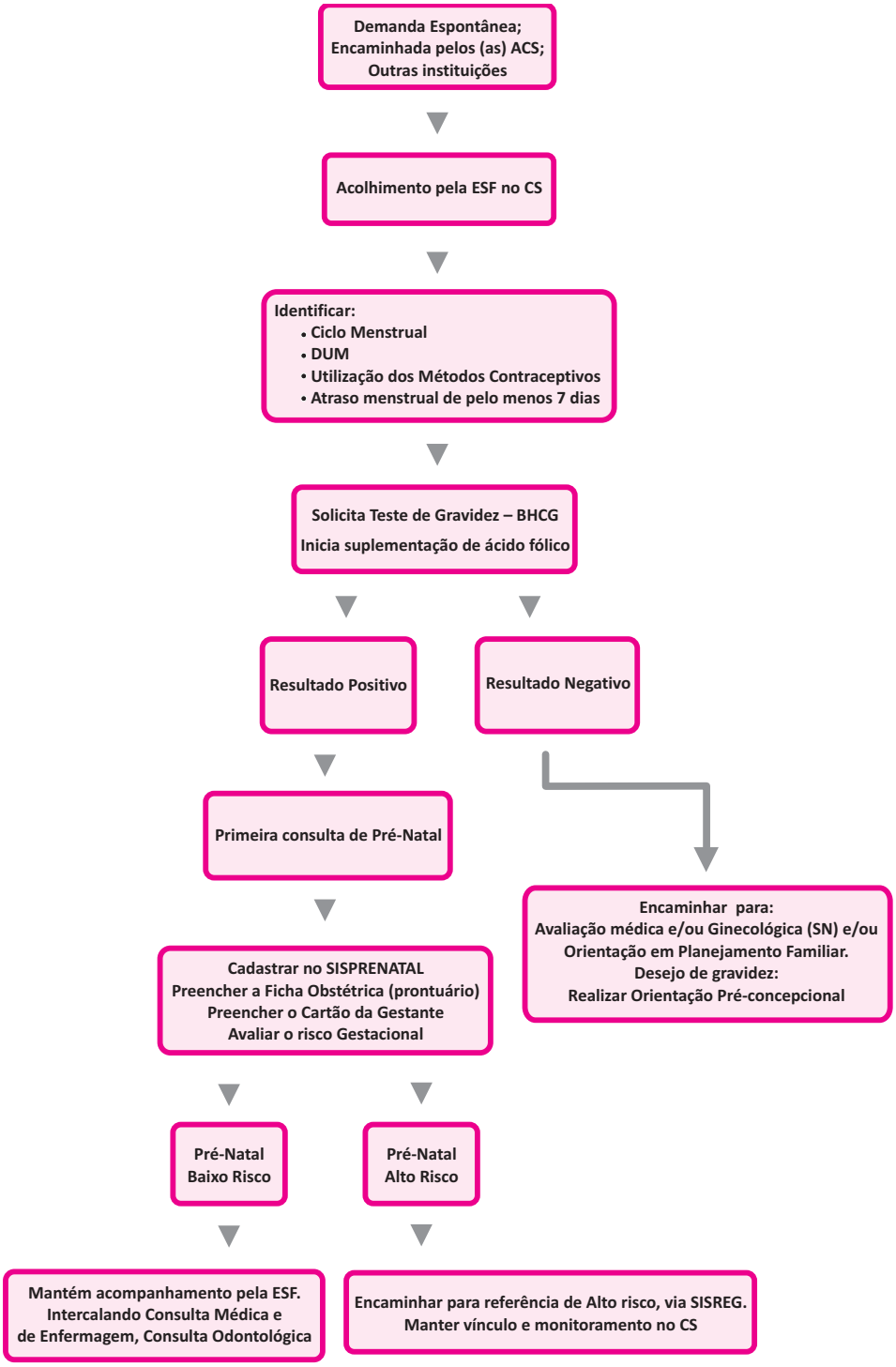
As demais consultas deverão ser alternadas entre o profissional médico(a) e enfermeiro(a), garantindo uma consulta médica por trimestre, no mínimo.

O total de consultas deverá ser no mínimo de 06 (seis), iniciando o mais precoce possível, preferencialmente, até 12ª semana de gestação, com intervalo mensal até a 36ª semana, uma consulta na 38ª semana e a partir desta, semanal, até a 40ª semana e 6 dias. A partir da 41ª semana a gestante deverá ser referenciada por escrito à Maternidade e monitorada pela equipe ESF.

Quadro 9: Calendário das consultas de Pré-Natal

Idade Gestacional	Intervalo entre as consultas
Da 12ª semana até a 37ª semana	Consultas mensais
Da 38ª semana até a 40ª semana e 6 dias	Consultas semanais
Na 41ª semana	Encaminhar para maternidade e manter o monitoramento pela ESF

FLUXOGRAMA 1: Captação da Gestante para Assistência Pré-Natal



2.3 Roteiro para a primeira consulta de pré-natal

2.3.1 Anamnese

Na anamnese deve constar a coleta e o registro da história clínica, social e familiar da mulher e abordar os seguintes aspectos:

História Clínica: identificação; dados socioeconômicos; psicológicos e culturais; antecedentes pessoais e familiares; antecedentes ginecológicos e obstétricos; sexualidade; história prévia de doenças sexualmente transmissíveis; história patológica pregressa; reações alérgicas.

Gestação Atual: queixas, necessidades, sentimentos e conhecimentos sobre a gestação; ocupação habitual; investigação da data da última menstruação (DUM) para cálculo de idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP); dados antropométricos; avaliação nutricional; principais sinais e sintomas relacionados à gravidez (náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaléia, sincope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas); hábitos alimentares; uso de tabaco, álcool ou drogas lícitas ou ilícitas; situação vacinal.

INDICAÇÃO DA VACINAÇÃO ANTITETÂNICA:

Gestante não vacinada: realizar o esquema completo, 3 doses, iniciando a primeira dose o mais precoce possível. Para gestantes com esquema incompleto, sem condições de completar durante a gestação, indicar duas doses no pré-natal: a primeira o mais precoce possível e a segunda até o 20° (vigésimo) dia antes da data provável do parto, a terceira para o puerpério. Reforço: a cada cinco anos se ocorrer nova gravidez.

Gestante vacinada: Considera-se esquema completo quando a mulher tiver as 3 doses registradas, se passou mais de 5 anos, indicar uma dose de reforço. Se registrado apenas uma dose, completar o esquema com mais duas doses. Se tiver registro de 2 doses, completar o esquema com mais 1 dose.

Esquema não comprovado: indicar o esquema completo: 3 doses, com intervalo de 60 dias entre as mesmas.

2.3.2 Exame fisico

Durante o exame físico e nas demais etapas da consulta, alguns pequenos gestos contribuem para o cuidado humanizado: lavar as mãos; explicar cada procedimento realizado; informar sobre os seus achados e tranqüilizar a gestante; ao iniciar o exame, fazê-lo no sentido céfalo-caudal e manter a privacidade da gestante. (ZAMPIERI, 2004).

O exame físico é subdivido em geral e obstétrico.

Exame Geral: determinação do peso e altura; aferir a pressão arterial; inspeção da pele e mucosas; ausculta cardiopulmonar; exame do abdômen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros).

Exame Específico: inspeção e palpação de mamas: avaliar simetria e tipo de mamilos (normais, planos, invertidos); palpação obstétrica e identificação da situação, posição e apresentação fetal (a partir da 28° semana); medida da altura uterina (AU); ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) após a 12° semana; avaliar genitália externa; proceder a coleta do exame colpocitológico para gestantes cujo último exame tenha sido realizado há mais de um ano (apenas ectocérvice).

2.3.3 Suplementação de ácido fólico

Indicação: para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural e principalmente para as mulheres com história de recém-nato com defeito do tubo neural em gestações anteriores; com parentes em 1º grau que apresentaram defeito do tubo neural e aquelas tratadas com ácido valpróico ou carbamazepina.

Posologia: 5mg/dia de ácido fólico até 12ª semana de gestação.

A prescrição cabe ao(a) profissional médico(a) ou enfermeiro(a).

2.4 Exames preconizados no pré-natal

Quadro 10: Exames preconizados por período gestacional.

PERÍODO GESTACIONAL	EXAMES
Primeira consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator RH VDRL Anti-HIV (realizar aconselhamento pré-teste, item 3.2) HbsAg Glicemia em jejum Toxoplasmose IgM e IgG Rubéola IgG (Se na história IgG +, não precisa solicitar o exame) PU + Urocultura Antibiograma Colpocitológico
2º trimestre	Ultrassonografia obstétrica (entre a 17ª e 22ª semana) Parasitológico de fezes (SN) Coombs indireto (se Rh negativo) Curva Glicêmica de 75g, 2 dosagens oral, de acordo com o fluxograma 3 (Rastreamento do Diabetes Gestacional) Hemograma VDRL PU + Urocultura
ULTRA-SONOGRAFIA MORFOLÓGICA	Critérios adotados para solicitação: Idade gestacional entre 20 e 26 semanas; História familiar de malformações; História familiar de alterações genéticas; Gestação anterior com malformação anatômica, ou com alteração genética; Antecedentes maternos de doenças como: diabetes, convulsões; Uso de drogas teratogênicas; Suspeita de infecções congênitas (Rubéola, Citomegalovírus, Toxoplasmose, Parvovírus); Alterações ecográficas na gestação atual; Alterações do Volume Amniótico (Polihidrâmnio ou Oligohidrâmnio).

3º trimestre	Hemograma VDRL Anti-HIV (realizar aconselhamento pré-teste, item 2.3.1) HbsAg Repetir Toxo se IgG não reagente PU + Urocultura Bacterioscopia de secreção vaginal (solicitar em torno da 30ª semana se tiver antecedente de prematuridade). Cultura para clamídia e gonococo (SN) Cultura para Estreptococo Beta Hemolítico vaginal (grupo B) (solicitar na 35ª semana);

Fonte: Adaptado do Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanização, 2006.

2.4.1 Aconselhamento pré-teste para diagnóstico de HIV

O diagnóstico de infecção pelo HIV, no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus.

O teste do HIV deve ser obrigatoriamente oferecido, com o aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal e no último trimestre de gestação.

Condutas para o aconselhamento pré teste:

- O(a) profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca do seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença de ser portador(a) de infecção e desenvolver a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, sobre os conceitos de "vulnerabilidade" e "situações de risco", e sua importância na exposição ao risco para infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa;
- Explicar o que é teste anti-HIV, como é feito, o que mede, suas limitações, explicando o significado de resultados negativo, indeterminado e positivo;
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para a mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e pós-parto, e o

controle da infecção materna;

- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo esse processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

2.4.2 Resultados dos exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas

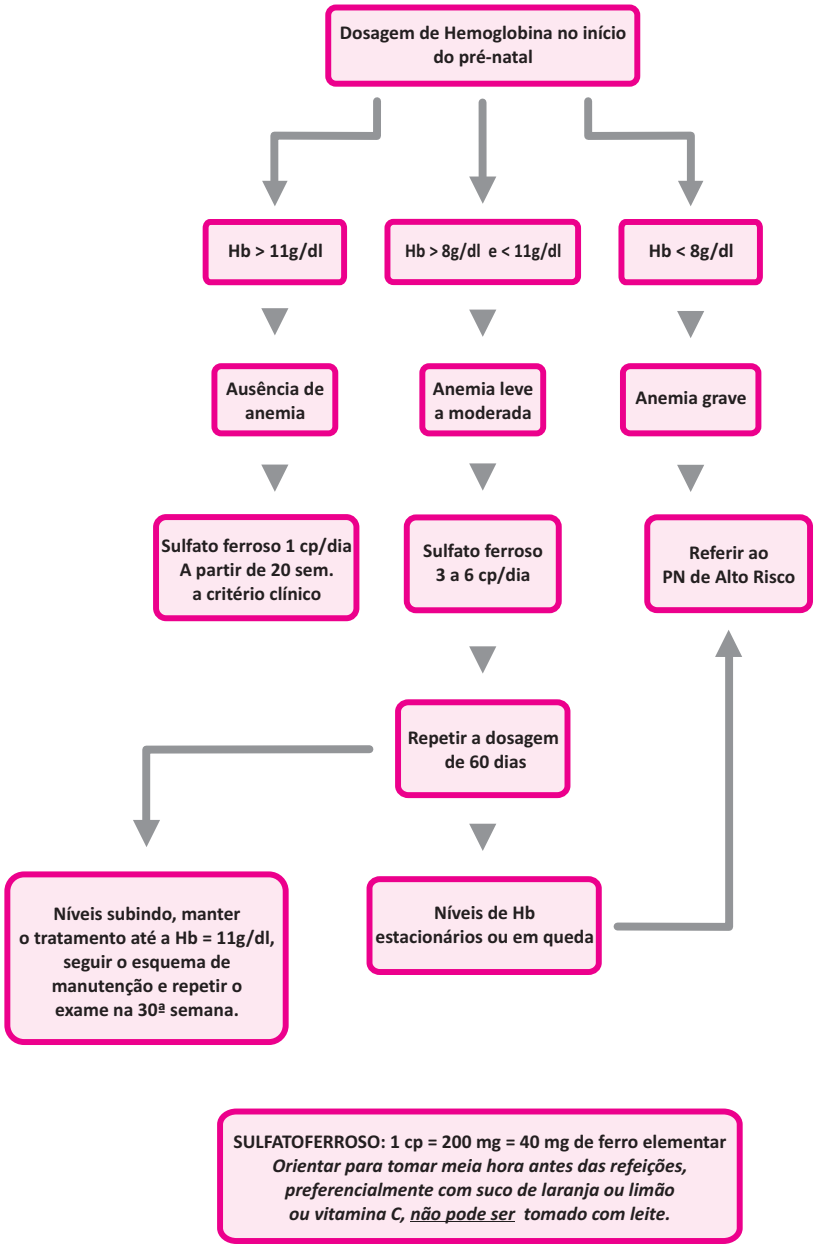
Quadro 11: Resultados dos exames de PN e condutas profissionais

EXAMES	RESULTADOS	CONDUTAS
Tipagem sanguínea	Se a gestante for Rh negativo e o pai da criança for Rh positivo ou fator Rh desconhecido.	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repetí-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Se positivo, referir ao pré-natal de alto risco.
Sorologia para Lues	VDRL positivo (Notificação Compulsória)	Sífilis primária: tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.400.000UI.). Sífilis secundária e latente recente (até 1 ano): tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega), repetir em uma semana, dose total 4.800.000. Sífilis terciária tardia (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida): tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UI. Tratar o parceiro sempre.
	VDRL negativo	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.
HIV	Resultado negativo	Orientação e repetir no início do 3o trimestre
	Resultado positivo (Notificação Compulsória)	Encaminhar para infectologista e Pré-Natal de alto risco.

EXAMES	RESULTADOS	CONDUTAS
Parcial de urina	Proteinúria	a) "traços": repetir em 15 dias b) "traços" + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco c) "maciça": referir ao pré-natal de alto risco.
	Piúria ou Bacteriúria	Solicitar urocultura com antibiograma.
	Hematúria	a) se piúria associada, solicitar urocultura. b) se isolada, excluído sangramento genital, investigar.
	Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
Urocultura + antibio-grama	Negativa	Repetir a cada trimestre.
	Positiva	Tratar conforme antibiograma com antibióticos seguros na gestação. Sem antibiograma, utilizar Cefalosporina ou Nitrofurantoína. Repetir Urocultura após o tratamento (7 dias).
Dosagem de hemo-globina	Resultado: ver fluxograma 2	Condutas e prescrição de ácido fólico: ver fluxograma 2
Glicemia em Jejum	Resultado: ver fluxograma 3	Condutas: ver fluxograma 3
Sorologia para Rubéola	IgG negativa	Encaminhar para imunização no puerpério e orientar evitar contato com crianças doentes
	IgG positiva	Imune
Sorologia para HbsAg	Resultado positivo (Notificação compulsória)	Solicitar anti Hbs.
	Resultado negativo e anti Hbs positivo	Sem hepatite no momento, imune
	Resultado negativo e anti Hbs negativo	Vacinar ainda nesta gestação

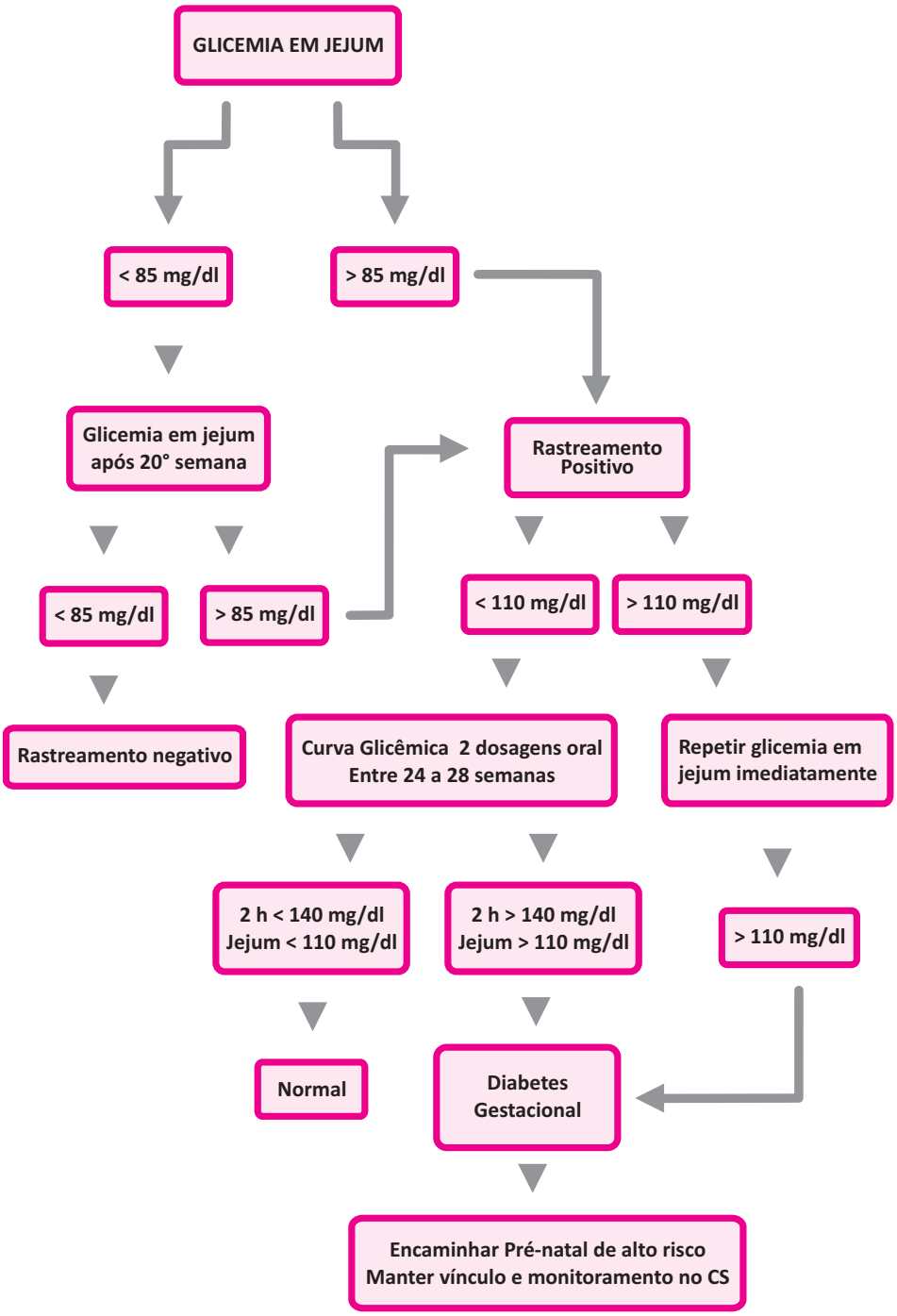
EXAMES	RESULTADOS	CONDUTAS
Sorologia para Toxoplasmose	IgG positiva e IgM negativo	Imune
	IgG negativo e IgM negativo	Não Imune Repetir no terceiro trimestre. Realizar orientação: evitar contato com cães e gatos, evitar consumo de carne crua e ovos crus, cuidados higiênicos ao lidar com terra.
	IgG negativo ou positivo e IgM positivo (Notificação compulsória)	Toxoplasmose aguda Referir PN de alto risco.

FLUXOGRAMA 2: Investigação de Anemia e Suplementação de Sulfato Ferroso



Fonte: Adaptado do Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. MS, 2005

FLUXOGRAMA 3: Rastreamento de Diabetes Gestacional



Fonte: Adaptado do Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. MS, 2005

2.5 consultas subsequentes: condutas e orientações

2.5.1 Controles maternos

- Fazer a anamnese voltada ao estágio atual do processo de gravidez, avaliando os sinais e sintomas de cada fase de gestação, observando o estado emocional frente à gravidez e ao parto;
- Fazer o controle do calendário de vacinação e encaminhar, se necessário.
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC), anotar no gráfico da Ficha Obstétrica e Cartão de Pré-Natal e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Medida da pressão arterial;
- Proceder ao exame físico de acordo com a situação gestacional atual;
- Pesquisa de edema;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico da Ficha Obstétrica e Cartão de Pré-Natal e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Fazer a avaliação dos exames laboratoriais e condutas específicas.

2.5.2 Controles fetais

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliar a percepção materna da movimentação fetal e/ou detectados no exame obstétrico;
- Orientar quanto ao Registro Materno Diário de Movimentos Fetais (MOBILOGRAMA).

A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal de constatação de vida, todavia, a monitorização dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu bem-estar é relativamente recente. O mobilograma é um instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contra-indicações.

Em gestantes de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 32° semana de idade gestacional. A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso consiga registrar 6 (seis) movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa. Entretanto, se após uma hora, não foi capaz de contar 6 (seis) movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir 6 (seis) movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde.

Assim, considera-se como "inatividade fetal" o registro com menos de 6 (seis) movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

Orientar a gestante a escolher um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais; alimentar-se previamente ao início do registro; sentar-se com a mão sobre o abdômen; registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS - MOBILOGRAMA
1° Alimentar-se antes de começar o registro;
2° Em posição semi-sentada, com a mão sobre o abdômen;
3° Marcar o horário de início;
4° Registrar seis movimentos e marcar o horário do último;
5° Se, em uma hora, o bebê não mexer seis vezes, iniciar novo registro. Se após a segunda hora persistir a diminuição, procurar a unidade de saúde.

DIA	HORÁRIO INÍCIO	MOVIMENTOS FETAIS						HORÁRIO TÉRMINO
		1	2	3	4	5	6	

2.5.3 Condutas profissionais nas consultas subsequentes

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessário;
- Anotar todos os dados (queixas, resultados de exames e exame físico) no prontuário da gestante e no cartão de pré-natal;
- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- Encaminhar para consulta odontológica;
- Iniciar suplementação de sulfato ferroso profilático ou terapêutico (conforme Fluxograma 2);
- Prescrição de Suplementação de ácido fólico;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços de referência, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela Equipe de Saúde da Família;
- Realizar ações educativas individuais e/ou em grupos;
- Convidar para o Grupo de Gestantes (convidar a cada consulta);
- Agendamento das consultas subseqüentes.

2.5.4 Orientações de acordo com as semanas de gestação

Quadro12: Orientações de acordo com as semanas de gestação

1 a 12 semanas orientar sobre:
• Importância do acompanhamento do Pré-natal; • Estimular a participação do companheiro(a) e dos familiares durante o processo de gestação; • Esclarecer quanto aos sinais e sintomas comuns e risco na gravidez; • Importância e orientações quanto ao aleitamento materno; • Orientar sobre os hábitos alimentares e ganho de peso; • Orientar sobre exercícios físicos e respiratórios; • Hábitos de vida, (uso de álcool, fumo, drogas), higiene, vestuário; • Auto-cuidado; • Atividade sexual; • Aspectos psicológicos da gravidez; • Participação em atividades educativas; • Consulta odontológica; • Realização do exame colpocitológico.

13 a 25 semanas – reforçar e orientar:
• Sobre a importância da participação do(a) companheiro(a) e dos familiares durante o processo de gestação; • O sono e repouso; • Exercícios e relaxamento; • Sexualidade e lazer; • Importância do aleitamento materno e preparo da mama; • Higiene, vestuário e trabalho; • Alimentação; • Importância da vacina antitetânica • As modificações e distúrbios gravídicos relativos a este período e cuidados necessários; • Participação em atividades educativas.
16 a 35 semanas – reforçar e orientar:
• Exercícios respiratórios e abdominais; • Cuidados com a postura; • Sexualidade; • Atividade física; • As modificações e distúrbios gravídicos relativos a este período e cuidados necessários; • Capacidade de o bebê perceber as sensações auditivas; • Os cuidados com recém-nascido; • Contracepção pós-parto.
Entre a 36° e 41° semana orientar, principalmente sobre:
• Possíveis intercorrências como: rompimento da bolsa, contrações; ocorrência de sangramentos; Sinais e Sintomas do Trabalho de parto; • Movimentação fetal • Amamentação; • Cuidados com o RN, • Direitos trabalhistas; • Puericultura.

Fonte: Quadro adaptado do livro "Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher", (Zampieri, Garcia, Boehs, Verdi,2005)

2.5.5 Atividades educativas

Faz parte indissociável do atendimento pré-natal a realização de ações educativas. Essa possibilidade de intercambio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

O(a) profissional de saúde tem um papel fundamental na educação e saúde, socializando conhecimentos e experiência no âmbito coletivo ou individual sobre o ciclo grávido-puerperal, preparando a mulher e o homem para o parto e exercício da maternidade e paternidade, proporcionando um espaço para as mulheres expressarem seus sentimentos, tabus e medos. Em nível coletivo, isto pode ser feito por meio de grupo de gestantes e casais grávidos, atividades em sala de espera ou em escolas. A programação deve ser feita em conjunto com os participantes, devendo ser flexível e congruente com as necessidades desta clientela.

2.5.6 Sugestões de temas para grupos/ encontros de gestantes e/ou casais

Temas: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê; Alimentação; Amamentação; Ambiente adequado para o bebê; Aspectos emocionais; Atividade física; Auto-cuidado e auto-estima; Cuidados com RN; Depressão pós-parto; Direitos trabalhistas na gestação; Eliminações vesical, intestinal, vaginal; Evolução do feto; Exames realizados no período pré-natal; Gestação atual, experiências anteriores e expectativas; Gestação de risco; Gestante vítima de violência; Gravidez na adolescência; Importância da Consultas Puerperais; Importância e adesão ao pré-natal; Imunização; Maneiras facilitadoras para realização do parto; Mudança fisiológica do corpo; Planejamento familiar; Risco para saúde do bebê e família (tabagismo, alcoolismo e outras drogas); Saúde bucal; Sexualidade; Sinais e trabalho de parto; Tipos de parto e Trabalhar mitos e tabus sobre gestação na família.

2.5.7 Visita à maternidade

Para solicitar a visita às maternidades, a Equipe de Saúde da Família deve organizar:

- Grupo de Casais/Grupo de Gestantes/Encontro de Gestantes;
- Garantir as consultas para as gestantes como prioridade;
- Oferecer as visitas à maternidade da preferência da gestante;

Organizar a lista de interessadas(os) e encaminhar para o Programa Saúde da Mulher que disponibilizará data, horário e locomoção para a visita.

A gestante tem direito a levar um(a) acompanhante na visita.

2.6 Saúde bucal na gestação

As gestantes deverão ser agendadas para a consulta odontológica após a primeira consulta do pré-natal e o atendimento deverá ser o mais precoce possível.

Na necessidade de intervenções sob anestesia (lidocaína com adrenalina 1:100.000), devem ser feitas, preferencialmente, no segundo trimestre de gestação, por oferecer maior segurança para o feto

2.6.1 Consulta odontológica da gestante

- **Anamnese:** intercorrências na gravidez, queixa principal, inquérito de saúde.
- Exame clínico bucal.
- Preenchimento da ficha clínica odontológica, com posterior planejamento do tratamento odontológico.
- Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- Encaminhamentos e retornos quando necessário.
- O(a) Cirurgião(a) - Dentista ou TSB/ASB treinados(as) deverão atuar nos grupos de gestantes dos CS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal.

2.6.2 Temas para serem abordados nos grupos de gestantes pelo(a) cirurgião(a) – dentista

- Aleitamento materno; Uso de bicos e chupetas; Transmissibilidade de bactérias causadoras da doença cárie;
- Início da calcificação dos dentes decíduos por volta do quarto mês de vida intra-uterina e da dentição permanente a partir do primeiro mês de vida do bebê; desta forma condições desfavoráveis durante a gestação, tais como: uso de medicamentos, carências nutricionais, infecções entre outros, podem trazer problemas na formação e mineralização dos dentes;
- Desenvolvimento do paladar do bebê na vida intra-uterina (uma dieta rica em açúcares a

partir do 4º mês de gestação pode desenvolver avidez pelo açúcar no bebê);

- Orientações sobre a prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor (a suplementação com flúor não é recomendada para gestantes);
- Doenças da gengiva; alterações hormonais.

2.7 Classificação de pré-natal alto risco

A gestação é um fenômeno normal e na maioria dos casos, sua evolução ocorre sem qualquer complicação, cerca de 10 a 20% das mulheres, a gestação pode ocasionar problemas mais ou menos graves que se enquadram nas gestações de alto risco.

Durante o pré-natal pode-se diagnosticar alguns fatores de riscos que podem comprometer o desenvolvimento da gestação, aumentando significativamente a probabilidade de intercorrências.

Devem ser necessariamente referenciadas as situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e ou fatores previníveis que demandem intervenções mais complexas.

Na identificação destes fatores de risco o profissional de saúde deverá encaminhar a gestante para o serviço de Pré-natal de Alto Risco, via SISREG, mas, o monitoramento e o acompanhamento da gestante devem ter continuidade no Centro de Saúde com a Equipe Saúde da Família, através de consultas com o profissional médico(a) e/ou enfermeiro(a).

2.7.1 Situações para maior controle

Situações que não necessitam encaminhamento a princípio:

- Adolescente (menos de 16 anos);
- Multípara;
- Primípara com mais de 35 anos;
- Situação de vulnerabilidade social.

2.7.2 Situações para encaminhamento à assistência ao pré-natal de alto risco

História Reprodutiva Anterior de: abortamento habitual (mais de dois abortos espontâneos em gestações anteriores); hemorragia pós-parto; malformação fetal; mortalidade perinatal; pré-eclâmpsia/eclâmpsia; prematuridade; restrição do crescimento intra-uterino.

Intercorrências Clínicas Crônicas: câncer; cardiopatias; doença hipertensiva específica da gestação; doença trofoblástica; doenças auto-imunes (colagenoses); em uso de medicações teratogênicas; endocrinopatias; epilepsia (avaliar e encaminhar sn); desnutrição materna; gestação múltipla; hemopatias; hipertensão arterial crônica; isoimunização Rh; nefropatias; oligodrâmnio ou polidrâmnio; pneumopatias; pós-datismo; pré-eclâmpsia; qualquer patologia descompensada; toxoplasmose.

Gestante HIV positivo: deverá ser encaminhada para ginecologia de alto risco e infectologia, via Regulação, para avaliação e definição de conduta, de forma individualizada. Após esta avaliação deverá retornar ao Centro de Saúde de origem, para manter acompanhamento multiprofissional, com a equipe da Estratégia Saúde da Família.

Prevenção e tratamento de Trombose Venosa Profunda em Gestantes em situação de alto risco: para as gestantes com vasculopatias e que necessitam de **HEPARINA** 5.000UI/0,25 ml solução injetável, a prescrição será realizada pela ginecologia de alto risco da rede, obstetras das maternidades e da rede privada. Atualmente, a dispensação da medicação é realizada na Farmácia Escola UFSC/PMF, mediante o preenchimento do Formulário para Cadastro aos Serviços de Referência no Pré-Natal de Alto Risco: Dispensação de Heparina para Gestantes.

2. 7.3 Situações que deverão ser encaminhadas diretamente às maternidades

- Pré-eclâmpsia severa;
- Prenhez ectópica;
- Rotura prematura das membranas;
- Sangramento em qualquer idade gestacional;
- Trombose venosa profunda.

2.7.4 Doença Hipertensiva Específica da Gestação

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil, além de determinar grande morbi-mortalidade perinatal. O diagnóstico e o tratamento precoce são imprescindíveis para diminuir esses índices.

A pressão arterial na gestante deve ser mensurada de maneira adequada, sendo que se recomenda que seja feita a comparação dos níveis pressóricos verificados no decorrer da gestação, relacionando-os ao resultado da PA verificada na primeira consulta de pré-natal.

2.7.4.1 Pré-eclâmpsia

Independente da gravidade do quadro clínico, toda mulher com diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser inicialmente hospitalizada para avaliação e posteriormente acompanhada em pré-natal de alto risco.

Sinais e Sintomas de alerta: hipertenção proteinúria, edema, cefaléia, escotomas, epigastralgia, ácido úrico > 6mg/dl.

São indicativos de:

• **Urgência:** pressão arterial diastólica maior ou igual a 110mmHg com ausência de sintomatologia clínica: o não comprometimento de órgãos-alvo permite o controle pressórico em até 24h, se o quadro não se agravar;

• **Emergência:** pressão arterial diastólica maior ou igual a 110mmHg com presença de sintomatologia clínica: o controle pressórico deve ser rápido, em até uma ou duas horas. A impossibilidade de previsão na evolução do quadro impõe como medida ideal, o encaminhamento e a internação da paciente para acompanhamento hospitalar.

Conduta: Terapia anti-hipertensiva (enquanto se aguarda transferência para o hospital de referência):

• **Hidralazina:** Dilui-se o conteúdo de 1 ampola (20 mg) em 9ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa (IV), seguida por período de 20 minutos de observação. Efeitos colaterais:

rubor facial, cefaléia e taquicardia.

ATENÇÃO

- **Furosemida** não deve ser utilizado na hipertensão aguda, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou de edema agudo de pulmão;
- **Alfametildopa**, bem como os **betabloqueadores orais**: não apresentam indicação para a crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação superior a quatro/seis horas.
- **Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA)** – captopril, enalapril e outros: estão **proscritos** na gestação por estarem associados com morte fetal e malformações fetais.

2.7.4.2 Eclâmpsia

Constitui-se em emergência e a paciente deve ser transferida o mais rápido possível para o hospital de referência.

O transporte adequado da mulher eclâmptica, até o hospital de nível secundário ou terciário, é de importância capital para a sobrevida da gestante. Nessa situação, a gestante deve estar sempre com:

- Vaga confirmada em centro de referência, idealmente hospital terciário;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);
- Pressão arterial controlada com hidralazina (5-10mg, EV);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos. E manutenção com o esquema IM (10g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5g, preferencialmente na região do ventro-glúteo). Esse esquema deve ser o preferido, pois produz cobertura terapêutica por quatro horas após as injeções e evita os riscos de infusão descontrolada de sulfato de magnésio durante o transporte;
- O(a) médico(a) deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher durante a remoção.

Sulfato de magnésio é a droga anticonvulsivante de eleição (a grande vantagem sobre os demais anticonvulsivantes consiste no fato de não produzir depressão do SNC).

Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada é a prevenção de nova crise.

Disponível na rede: $MgSO_4.7H_2O$ a 50%: 1amp = 10ml = 5g

ESQUEMA PARA USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO

- Dose de ataque (esquema misto EV e IM) para transferência da gestante:
- Administrar sulfato de magnésio 4g (4 ampolas a 10% ou 2 ampolas a 20%), EV, lentamente, em 20 minutos. Logo após, aplicar mais 10g de sulfato de magnésio a 50% (2 ampolas) divididas em duas aplicações, IM, 1 ampola (5g) em cada glúteo profundamente.

O(a) médico(a) deve estar presente durante a administração deste medicamento. Deve-se deixar preparado o glucionato de cálcio a 10%, uma ampola de 10ml para aplicação imediata, no caso de parada respiratória (antídoto do sulfato de magnésio) e administrar O_2.

2.8 Assistência ao puerpério

As consultas de puerpério são de competência do(a) médico(a) de família, enfermeiro(a) e gineco-obstetra. Elas são fundamentais no processo de acompanhamento da saúde materna e do neonato iniciado no pré-natal. Consta de duas consultas; a primeira no período de 7 a 10 dias e é agendada na maternidade por uma agente de saúde do Capital Criança, antes da alta. E a segunda deve ocorrer até o 42º dia pós-parto.

Têm como objetivos:

- Avaliar interação entre mãe e RN;
- Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN;
- Identificar e conduzir situações de risco e/ou intercorrências;
- Orientar e apoiar a família;
- Orientar os cuidados básicos com RN;
- Orientar quanto ao planejamento da vida sexual e reprodutiva;
- Orientar, incentivar e avaliar quanto à amamentação.

A Equipe de Saúde da Família deverá acolher a puérpera e acompanhante com respeito, escutando atentamente suas dúvidas, queixas e expectativas, procurando

esclarecê-las com o cuidado de não repassar informações em demasia. Por ser um período de significativas alterações, a família deverá ser orientada quanto às modificações fisiológicas e psicológicas promovendo suporte ao binômio mãe/filho.

Um olhar criterioso tem que ser prestado neste período puerperal. A morbi-mortalidade materna e neonatal é preponderante nas primeiras semanas após o parto, assim, a prestação de um cuidado integral e o envolvimento de todos(as) os(as) profissionais corrobora para a qualidade de saúde do binômio, prevenindo riscos presumíveis.

Visitas domiciliares são recomendadas na primeira semana após a alta, portanto, a ESF poderá acompanhar a puérpera desde o seu retorno da maternidade, orientando quanto aos primeiros cuidados com RN, higiene pessoal, cuidados em relação à amamentação e observando a inter-relação familiar no seu contexto.

Em situações especiais como no caso de óbito neonatal, doação do RN ou internação em Unidade de Neonatologia devemos oportunizar a esta puérpera um diálogo aberto sem censuras, promovendo apoio e, se necessário, encaminhá-la ao atendimento psicológico garantindo a integralidade neste processo.

2.8.1 Condutas na consulta de puerpério

Verificar no cartão de Pré-Natal e da criança:

- Acompanhamento pré-natal (condições da gestação);
- Atendimento ao parto e ao RN;
- Avaliar a situação das sorologias para sífilis e HIV;
- Avaliar uso de suplementação vitamínica e/ou outros medicamentos;
- Dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.

Anamnese: identificar as queixas principais. Avaliar: aleitamento materno; alimentação, sono e atividades físicas; condições psicossocioemocionais (atenção para depressão puerperal e situações de vulnerabilidade social); dor, fluxo vaginal, sangra-

mentos, queixas urinárias, febre; planejamento da vida sexual e reprodutiva.

Avaliação clínica-ginecológica:

- Estado geral: estado de consciência, situação psicológica, pele, edema;
- Exame abdominal: atentar para avaliar a involução uterina e dor à palpação, e incisão cirúrgica se cesárea;
- Exame ginecológico: observar loqueação, lacerações, equimoses, edemas, incisão de episiotomia na vagina, vulva e períneo.
- Avaliar mucosas;
- Avaliar as mamas;
- Avaliar os MMII: varizes, edema, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e sinal de Homan (Santos 2002)
- Avaliar sinais vitais;
- Observar vínculo mãe – RN;
- Anotar os dados da consulta no prontuário.

Orientações no puerpério: Aleitamento Materno Exclusivo, os(as) profissionais da ESF e os(as) ACS deverão incentivar o aleitamento materno, articulando e orientando os familiares para que possam apoiar a puérpera neste processo. O envolvimento do(a) ACS no acompanhamento da puérpera poderá contribuir no sucesso da amamentação, pois a detecção precoce dos sinais desmame precoce poderá evitar complicações na amamentação. Atentar para as mulheres cuja amamentação está contra-indicada.

Orientar, também, em relação a alimentação saudável; atentar para ingesta hídrica, atividade física; atividade sexual; higiene; sono e repouso, contracepção pós-parto; cuidados com as mamas; cuidados com o recém nascido; direitos da mulher (sexuais, reprodutivos, sociais e trabalhistas) e prevenção de DST/AIDS.

Encaminhamentos: avaliar a situação vacinal (tétano, rubéolo) e encaminhar se necessário. Prescrever suplementação de ferro (60 mg/dia) de ferro elementar até 3 (três) meses após o parto, para as mulheres com anemia diagnosticada. Agendar a pró-

xima consulta de puerpério (até 42 dias pós - parto) para o(a) médico(a) de família ou gineco-obstetra.

Consulta puerperal do 30º ao 42º dia: seguir roteiro da primeira consulta, atentar para a anticoncepção no puerpério e encerrar o **SISPRENATAL.**

2.8.2 Anticoncepção no puerpério

A orientação relativa ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva deve ser o mais precoce possível, em torno de 40 dias pós-parto. Dentre os métodos indicados está o método de Amenorréia da Lactação (LAM) que é um método temporário que só pode ser utilizado pelas puerpéras sob as seguintes condições: em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), amenorréia e RN com menos de seis meses de vida. A ausência de qualquer uma das três condições reduz a eficácia do método. Os métodos disponíveis na rede são:

- Anticoncepcional hormonal oral de progestogênio (Noretisterona 0,35mg)) e
- Anticoncepcional hormonal injetável trimestral (Medroxiprogesterona 150mg): Utilizadas principalmente no pós-parto, pois não alteram a qualidade nem a quantidade do leite materno, e por mulheres que têm contra-indicações ao estrogênio das pílulas combinadas.
- Anticoncepcional hormonal oral combinado: se não estiver amamentando ou se não for aleitamento materno exclusivo.
- DIU: logo após o parto na maternidade ou em torno de 40 dias pós-parto.
- Preservativo masculino ou feminino: indicar o uso de preservativo desde a primeira relação sexual pós-parto.

A busca do êxito nas ações desenvolvidas junto à mulher no seu ciclo grávido-puerperal é resultado do envolvimento e compromisso multiprofissional com o binômio mãe/filho no seu contexto.

3 Câncer de mama

3.1 Rastreamento e detecção precoce do câncer de mama

Os(as) profissionais de saúde devem atuar na promoção dos fatores evitáveis do câncer de mama, por meio de programas de educação em saúde, como também, na detecção precoce através do rastreamento mamográfico e do exame clínico de mama.

São fatores de risco para o câncer de mama: antecedentes familiares; consumo de álcool e tabagismo; exposição a radiações ionizantes; grande ingestão de gorduras saturadas; menarca precoce; menopausa tardia; nuliparidade; primeira gestação após os trinta anos de idade; uso indiscriminado de preparados hormonais.

Os sintomas do câncer de mama palpável são: o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, com abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila.

3.1.1 Detecção precoce do cancer de mama

Para a detecção precoce do câncer de mama recomenda-se:

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama (ECM) para todas as mulheres, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.
- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, conforme preconiza o INCA/MS. Para mulheres acima de 40 anos o exame é indicado a critério clínico.

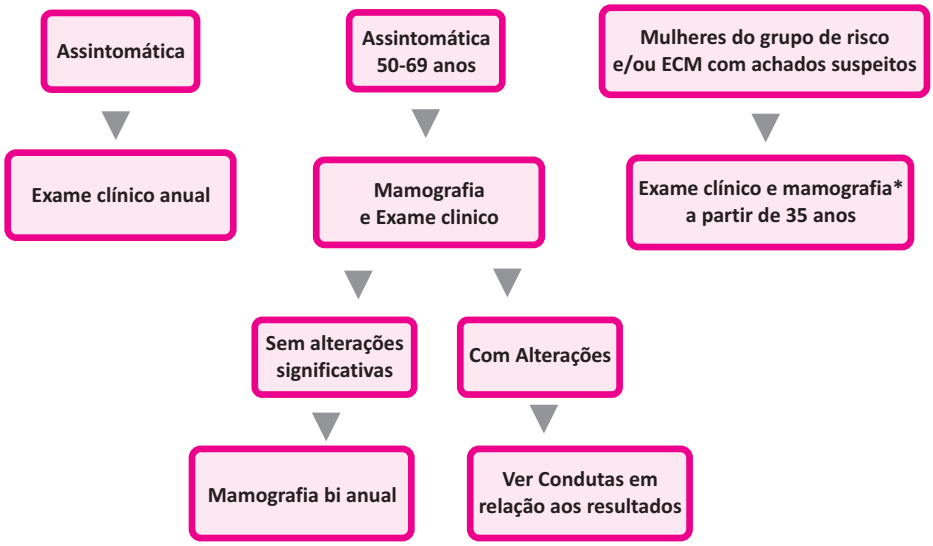
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama e/ou com achados suspeitos no ECM, e nas mulheres abaixo de 35 anos realizar ultrassonografia de mama.
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 45 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

A solicitação do exame mamografia é de competência do profissional médico(a) e ou enfermeiro(a).

FLUXOGRAMA 1: Rastreamento e Detecção Precoce de Câncer de Mama



*Em mulheres com história familiar de Câncer de mama, investigar a idade da ocorrência do evento e iniciar a investigação com dez anos de antecedência. Para estas mulheres, a investigação através do exame por imagem – Mamografia deve ser anual.

3.2 Exame clínico das mamas (ecm)

O exame clínico de mama é realizado com a finalidade de detectar anormalidades na mama ou avaliar sintomas referidos por pacientes, detectar possíveis cânceres da mama palpáveis num estágio precoce de evolução. É, também, uma oportunidade para as orientações sobre a composição e variabilidade da mama normal e sobre o câncer de mama, seus sintomas e fatores de risco.

As técnicas de ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas, dos linfonodos axilares e supraclaviculares, e a expressão mamilar (Brasil, 2006).

Técnica do Exame Clínico de Mamas: Examinar e realizar orientações para o auto-exame.

Inspeção: Observar a usuária sentada ou deitada, verificar a simetria, abaulamentos, afundamentos, integridade da pele e observar os contornos aos movimentos.

Palpação: Realizar a palpação de forma "dedilhada" na região peitoral e dos linfonodos axilares.

Expressão: Inclui toda a aréola, se na descarga papilar estiver presente líquido transparente ou hemorrágico (marrom, água de rocha) deve ser colhido para exame citopatológico. **O exame citopatológico da descarga mamilar pode ser solicitado por profissional médico(a) ou enfermeiro(a).**

3.3 Condutas em relação aos resultados da mamografia

Categoria	Interpretação	Conduta
0	Incompleto Necessita de avaliação adicional	Realizar USG mamária
1	Negativo	Rotina de Rastreamento
2	Benigno	Rotina de Rastreamento
3	Provavelmente benigno	Realizar dois (2) controles mamográficos, com intervalo semestral, seguidos de dois (2) controles com intervalo anual
4	Suspeito	Realizar estudo histopatológico, que pode ser realizado por meio de Biopsia por Agulha Grossa (BPAG), mamotomia ou biópsia cirúrgica.
5	Altamente sugestivo de malignidade	Realizar estudo histopatológico, que pode ser realizado por meio de Biopsia por Agulha Grossa (BPAG), mamotomia ou biópsia cirúrgica.

3.4 Critérios para indicação de biópsia de mama

3.4.1 Biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF)

Cisto redondo ou ovalado de grande proporção;

Cisto complexo ou lesão sólida irregular espiculada ou microlobulada ao exame de imagem.

3.4.2 Biópsia-punção por agulha grossa (BPAG)

- Lesão em que o resultado da BAAF sugere atipia celular (positiva ou suspeita), ou o resultado for incompatível com a suspeita clínica/exame de imagem, e quando o material aspirado for insuficiente para o diagnóstico.
- Nódulo sólido, irregular, espiculado, microlobulado ou com microcalcificações no interior.

- Lesão BIRADS 4 ou 5.
- Lesão palpável: não necessita obrigatoriamente ser guiada por USG.
- Lesão não palpável ou microcalcificações agrupadas com densidade associada: a BPAG deverá ser guiada por USG (microcalcificações sem densidade associada dificilmente serão evidenciadas pela USG).

Outras lesões não especificadas e suspeitas de câncer de mama encaminhar a usuária a(ao) mastologista para definir a melhor conduta diagnóstica.

Quadro 13: Conduta nos casos discordantes lesões Categoria 4 e 5 (BIRADS).

Categoria	Resultado da BPAG ou MT	Análise do procedimento	Indicação
4	Benigno	BPAG ou MT adequada	Controle mamográfico em 6/6 meses.
4	Benigno	BPAG ou MT não adequada	Biópsia cirúrgica
4	Carcinoma *in situ*, *radial scar*, hiperplasia atípica ou se o patologista solicitar mais material	BPAG ou MT adequada e/ou não adequada	Biópsia cirúrgica
4	Carcinoma infiltrante	BPAG ou MT adequada e/ou não adequada	Tratamento
5	Benigno	BPAG ou MT adequada e/ou não adequada	Biópsia cirúrgica
5	*Carcinoma in situ*, *radial scar*, hiperplasia atípica ou se o patologista solicitar mais material	BPAG ou MT adequada e/ou não adequada	Biópsia cirúrgica
5	Carcinoma infiltrante	BPAG ou MT adequada e/o não adequada	Tratamento

A solicitação dos procedimentos de BPAG ou BAAF ou MT é de competência médica.

3.4.3 Condutas frente aos resultados de BPAG e mamotomia (MT)

Nos casos de BPAG e mamotomia com resultado histopatológico benigno, é necessário saber como foi o procedimento para decidir a conduta. O procedimento (BPAG, mamotomia) é considerado adequado se produzir fragmentos íntegros (mínimo 3) e se a lesão for atingida.

Em lesões com Categoria 4 (BI-RADS), nos casos de procedimento adequado deve-se fazer dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual; nos casos não adequados indicar biópsia cirúrgica.

Nas lesões Categoria 5 (BI-RADS), se o resultado histopatológico for benigno, deve-se proceder a investigação com biopsia cirúrgica, tanto nos casos de procedimento adequado, quanto nos casos de procedimento não adequado.

3.4.4 Biópsia cirúrgica

Tratando-se de lesão não palpável, a biópsia cirúrgica deve ser precedida de marcação pré-cirúrgica, que pode ser guiada por raios X (mão livre, biplanar ou estereotaxia) ou por ultrassonografia.

A biópsia cirúrgica também está indicada nos casos de exame histopatológico radial scar, hiperplasia atípica, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor e material inadequado, quando a biópsia for realizada em material obtido por meio PAG ou mamotomia.

3.4.5 Condutas frente os casos alterados

As mulheres com resultados alterados deverão ser encaminhadas aos serviços de referência de média complexidade, via Regulação, pelos(as) profissionais médicos(as) da ESF, ginecologistas e mastologistas, para prosseguimento da investigação diagnóstica, através de mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina, assim como para o tratamento de lesões benignas mamárias e para realização de biópsias cirúrgicas.

Aquelas que tiverem diagnóstico confirmado de câncer de mama deverão ser encaminhadas para o serviço de alta complexidade – CEPON.

4 Câncer de colo de útero

4.1 Rastreamento e controle do câncer de colo de útero

O câncer de colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, em 1988, definiram o consenso para a indicação do exame colpocitológico:

- **Em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez por ano e, após 2 (dois) exames anuais consecutivos negativos, indicar o exame a cada 3 anos.**

Tal recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (INCA, 2005).

Os fatores de riscos associados para o desenvolvimento do câncer do colo do útero são: infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV; início precoce da atividade sexual; não utilização de preservativo; tabagismo, diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados; baixa condição sócio-econômica; imunossupressão; uso prolongado de contraceptivos orais; higiene intima inadequada.

4.1.1 Aspectos anatômicos e fisiológicos do útero

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cer-

vical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco, epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar, JEC, que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical.

No período da menacme, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse, ectopia ou eversão. Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas, escamosas, dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nessa região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona em que se localizam mais de 90% das lesões cancerosas do colo do útero.

4.1.2 Detecção precoce/rastreamento do câncer de colo de útero

No Brasil, a principal estratégia utilizada para a detecção precoce/rastreamento do câncer de colo de útero é a realização da coleta de material para exame colpocitopatológico e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do câncer do colo do útero; exame de Papanicolau; citologia oncótica.

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta cobertura de 80% e é realizado dentro dos padrões de qualidade, diminui efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

Para um efetivo rastreamento é necessário o que os(as) profissionais do Centro de Saúde:

- Estabeleçam a cobertura do exame colpocitológico, por meio do planejamento local do CS;
- Identifiquem a população feminina na área adscrita da Equipe da Estratégia da Saúde da Família;
- Identifiquem as mulheres do grupo de risco (mulheres com vida sexual ativa em qualquer idade e, em especial, mulheres com idade entre 25 e 59 anos);
- Sensibilizem a população e, sobretudo, as mulheres para a necessidade da realização do exame;
- Estimulem a captação das mulheres pelo ACS e o encaminhamento ao Centro de Saúde para exame;
- Estabeleçam a livre demanda ou agendamento prévio para coleta e entrega do resultado;
- Realizem orientações prévias, preferencialmente por escrito, para a coleta adequada do exame;
- Façam a busca ativa e seguimento das mulheres com alterações que necessitam de tratamentos e encaminhamentos para especialidades.

4.1.2.1 Recomendações prévias para a realização da coleta de exame colpocitológico

- Não utilizar duchas ou medicamentos vaginais;
- Não ter realizado ultrassonografia transvaginal nas últimas 48 horas;
- Evitar relações sexuais com penetração vaginal durante 48 horas antes da coleta;
- Não utilizar anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame;
- Aguardar o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como apresentação de sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.

Situações Especiais

- A presença de colpites, leucorréia ou colpocervicites pode comprometer a interpretação do exame colpocitológico. Nesses casos, a mulher deve ser tratada

e retornar para coleta do exame. Se for improvável seu retorno, a oportunidade da coleta não deve ser perdida. Nesse caso, o excesso de secreção deve ser retirado com pinça Cheron com algodão ou gaze, embebidos em soro fisiológico, e só então deve ser procedida à coleta do exame.

- **Mulheres grávidas:** não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente, até o 7º mês de gestação. Deve-se realizar apenas a Coleta da Ectocervice.
- **Mulheres submetidas à histerectomia:** se histerectomia total recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal e se for histerectomia subtotal: rotina normal.
- **Mulheres virgens, mulheres lésbicas e/ou mulheres que fazem sexo com mulheres, e outras:** a relação causal entre a penetração vaginal e o desenvolvimento do câncer do colo do útero não é absoluta. Embora a penetração peniana implique uma maior exposição a agentes etiológicos relacionados a colpites, cervicites, DSTs e HPV, aumentando, portanto, a vulnerabilidade da cérvix ao desenvolvimento de células neoplásicas existe outros fatores predisponentes que não estão a ela diretamente relacionados. Assim, na assistência as mulheres que não apresentam vida sexual ativa, ou que apresentam atividade sexual esporádica ou rara, ou, cuja vida sexual não inclui, ou inclui de forma pouco significativa a penetração vaginal (virgens, mulheres lésbicas e/ou mulheres que fazem sexo com mulheres e outras) a realização do exame preventivo do colo do útero vai depender de uma avaliação geral individualizada. Alternativa, nestes casos, é a coleta do material de fundo de saco vaginal, utilizando para isso, cotonete ou swab.

4.2 Consulta/coleta do exame colpocitológico

4.2.1 Fases que antecedem a coleta

Para aperfeiçoar o procedimento é indispensável que a sala para a coleta do exame apresente o material necessário, que tenha um banheiro, ou um local apropriado e privativo para a troca da roupa da usuária.

Os **equipamentos necessários** são: mesa ginecológica; escada de dois de-

graus; mesa auxiliar; foco de luz com cabo flexível; biombo; cesto de lixo com pedal; e hamper.

Materiais necessários: espéculo de tamanhos variados: pequeno, médio, grande e para virgem, podem ser descartáveis ou, de inox; balde com solução detergente em caso de instrumental não descartável; lâminas de vidro com extremidade fosca; espátula de Ayre; escova endocervical; pinça de Cheron; lugol; ácido acético de 2 a 5%; um par de luvas para procedimento; solução fixadora: álcool a 96,1% ou Spray de Polietilenoglicol; gaze; frasco tipo tubete; avental; lençóis: devem ser preferencialmente descartáveis; formulários de requisição do exame colpocitológico; lápis grafite ou preto nº 2 e livro de registro.

Preparação da lâmina: a lâmina e o frasco que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados previamente:

- Identificar a lâmina escrevendo o **nome completo da mulher e a data de nascimento** com lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca. Não usar caneta hidrográfica ou esferográfica, pois leva à perda da identificação do material. Essas tintas se dissolvem durante o processo de coloração das lâminas no laboratório;
- Identificar o frasco com o nome do Centro de Saúde;
- Registrar os dados no Livro de Registro da coleta de preventivo.

4.2.2 Roteiro para consulta

Anamnese: identificação da usuária; dados antropométricos; condições gerais de saúde, lazer, higiene, alimentação; atividade física; tabagismo; alcoolismo/outras drogas; história individual e familiar de doenças crônicas; outras queixas.

Dados específicos da saúde sexual e reprodutiva: motivo da consulta/queixa principal; menarca; sexarca; ciclo menstrual; DUM; Climatério/Menopausa; Gestações; Partos (vaginais e cesárias); Abortos; Filhos vivos; Amamentação; Atividade Sexual (ativa/inativa); Parceiro fixo/vários parceiros; Faz uso de método contraceptivo; faz terapia de reposição hormonal; submeteu-se à radioterapia; prurido vaginal; leucorréia; dispareunia; sinusiorragia; disúria; hematúria; data do último preventivo; realiza o autoexame das mamas; data da última mamografia.

Exame ginecológico: inicia-se a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser examinada. Sob boa iluminação, observa-se atentamente, os órgãos genitais externos, prestando-se atenção à distribuição dos pelos; à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, varizes e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.

Colocação do espéculo:

- Coloca-se o espéculo, o tamanho escolhido deve levar em consideração a história ginecológica e obstétrica e a constituição física da mulher a ser examinada;
- Não deve ser usado lubrificante. Exceto em casos selecionados, principalmente em mulheres climatéricas recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico;
- O espéculo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinada de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta;
- Iniciada a introdução faça uma rotação deixando em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
- Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza;
- Nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico colpocitológico. Na inspeção do colo do útero é importante verificar e registrar suas características: colo normal; ou ausente; ou não é visualizado; alterado ou com a presença de secreção anormal.

Coleta do material: a coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice. Coleta dupla em lâmina única.

Coleta de ectocérvice:

- Utiliza-se espátula de Ayres, do lado que apresenta reentrância;
- Encaixe a ponta mais larga da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocevical em movimente de 360º em torno do o

orifício cervical, para que toda a superfície do colo seja raspada e representada na lâmina. Procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra;

- Estenda o material de maneira uniforme, dispondo-o no sentido longitudinal na metade superior da lâmina.

Coleta na endocérvice:

- Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360 graus, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
- Colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
- Distender todo o material sobre a lâmina para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular, sendo imediatamente fixados, por imersão em álcool ou com spray;
- Se a fixação do esfregaço for com álcool 96%, a lamina deve ser colocada imediatamente dentro do frasco com quantidade suficiente de álcool para que todo o esfregaço seja coberto.

Colo Uterino: observar principalmente a localização e tipo de óstio, coloração, presença de petéquias e ectopias. O diagnóstico da ectopia se faz pela inspeção visual, com ácido acético 2 a 5% e, em seguida, a aplicação de lugol para a realização do Teste Schüller.

Interpretação do resultado do Teste de Schüller:

- Se o colo estiver todo corado pelo lugol (marrom escuro), ou seja, área iodo positiva, o resultado do teste de Schüller é negativo para lesão cervical.
- Se o colo estiver com área(s) corada(s) e outras não corada(s), amarelada(s) ou inalterada(s) na cor anterior ao teste, ou seja, iodo-negativas, o resultado do teste Schüller é positivo para lesão cervical.

Orientações à usuária após coleta:

- Orientar retorno para o resultado em 10 dias úteis, exclusivamente, com o profissional médico(a) e/ou enfermeiro(a) mediante orientações/condutas clínicas conforme resultado

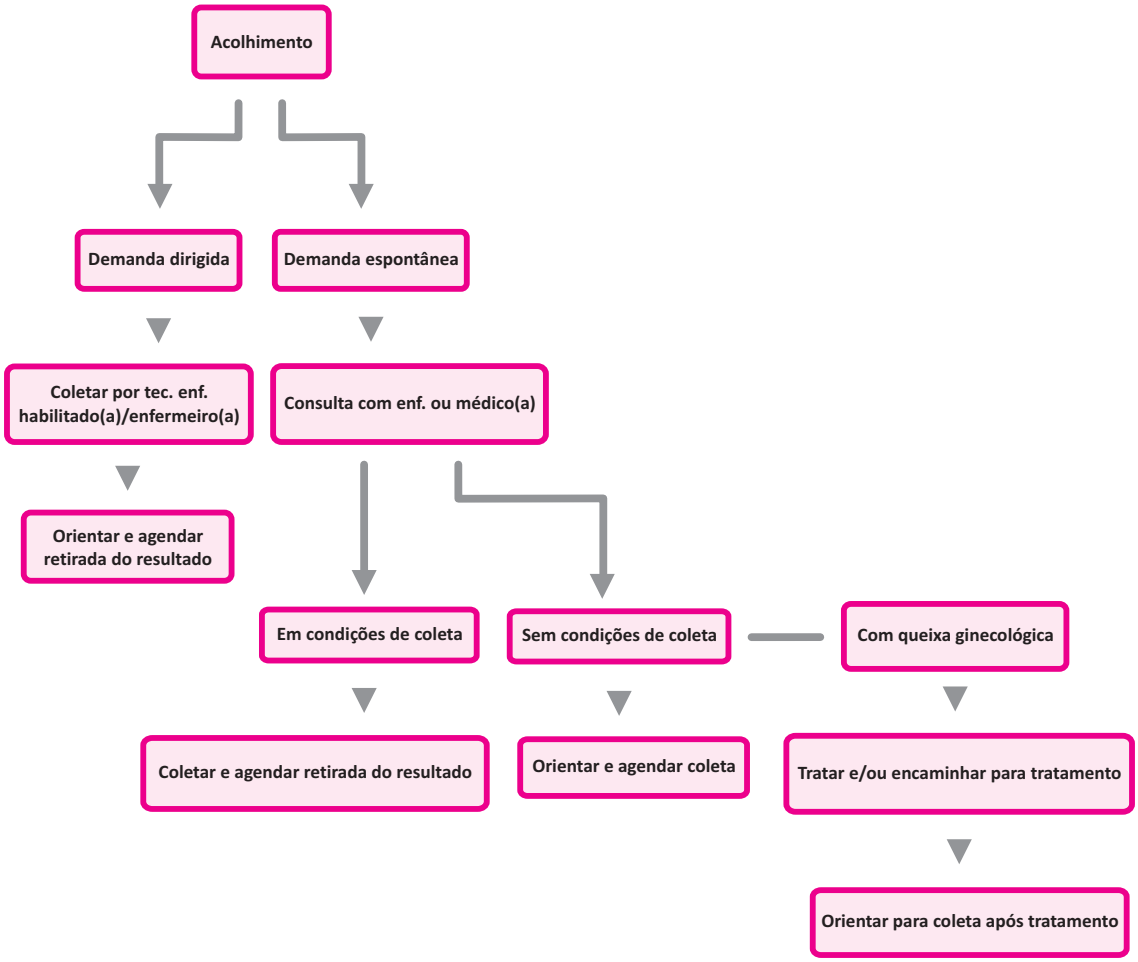
do exame colpocitológico, podendo ser demanda espontânea ou agendamento;

- Incentivar a mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, ou seja, estímulo à exposição aos fatores de proteção;
- Alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40%. Comer mais frutas, legumes, verduras, cereais e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados;
- Atividade física regular, qualquer atividade que movimente seu corpo;
- Evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas; se possível iniciar o tratamento para as mulheres fumantes.

Quadro 14: Atribuições dos(as) profissionais na Prevenção do Câncer do Colo Uterino.

Prevenção do Câncer de Colo Uterino	
Atribuições	Profissionais
Captação da clientela	Multiprofissional (principalmente a ESF)
Informação sobre saúde	Multiprofissional
Coleta de exame colpocitológico Sem Teste de Schüller	Médico(a) e/ou Enfermeiro(a) e/ou técnico(a) em enfermagem capacitado(a)
Exame clínico de mamas (ECM)	Médico(a) ou Enfermeiro(a)
Entrega de resultado de exames	Médico(a) ou Enfermeiro(a)
Encaminhamentos para serviços de média complexidade	Médico(a) ou Enfermeiro(a)
Coleta de exame colpocitológico Com Teste de Schüller	Médico(a) ou Enfermeiro(a) capacitado(a)

FLUXOGRAMA 1: Rastreamento de Câncer de Colo Uterino



4.3 Condutas baseadas no resultado do exame colpocitológico

- **Amostra insatisfatória:** repetir coleta com intervalo de 5 dias.
- **Amostra satisfatória, mas limitada por ausência de células endocervicais**: orientar para repetição do exame em um ano.
- **Processo infeccioso:** Associar a dados clínicos para indicação ou não de tratamento.
- **Presença de ASCUS** (Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas) e **AGUS** (Atipias de Significado Indeterminado em Células Glandulares): devem ser submetidas ao tratamento de infecções associadas (se houver) e à nova coleta citológica após 6 meses. Na persistência deste diagnóstico, as pacientes devem ser encaminhadas a serviço de colposcopia.

Encaminhar para Propedêutica do colo de acordo com seguintes critérios:

- Citologia positiva para HPV, LSIL (NIC I), HSIL (NIC II, NIC III / Ca"in situ"), Ca de colo.
- Persistência de ASCUS / AGUS em exame citológico repetido após 6 meses do 1º exame.
- Schüller positivo e grandes ectopias com mucorréia e indicação de colposcopia e cauterização.
- Pólipos cervicais.

De acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais (2006) o sistema de análise utilizado é o Sistema Bethesda. Este sistema divide as lesões cervicais escamosas em 4 categorias:

- Atipia em Células Escamosas de Significado Não Determinado (ASC-US);
- Lesão Intraepitelial (SIL) de baixo grau (LSIL);
- Lesão Intraepitelial (SIL) de alto grau (HSIL);
- Carcinoma de Células Escamosas.

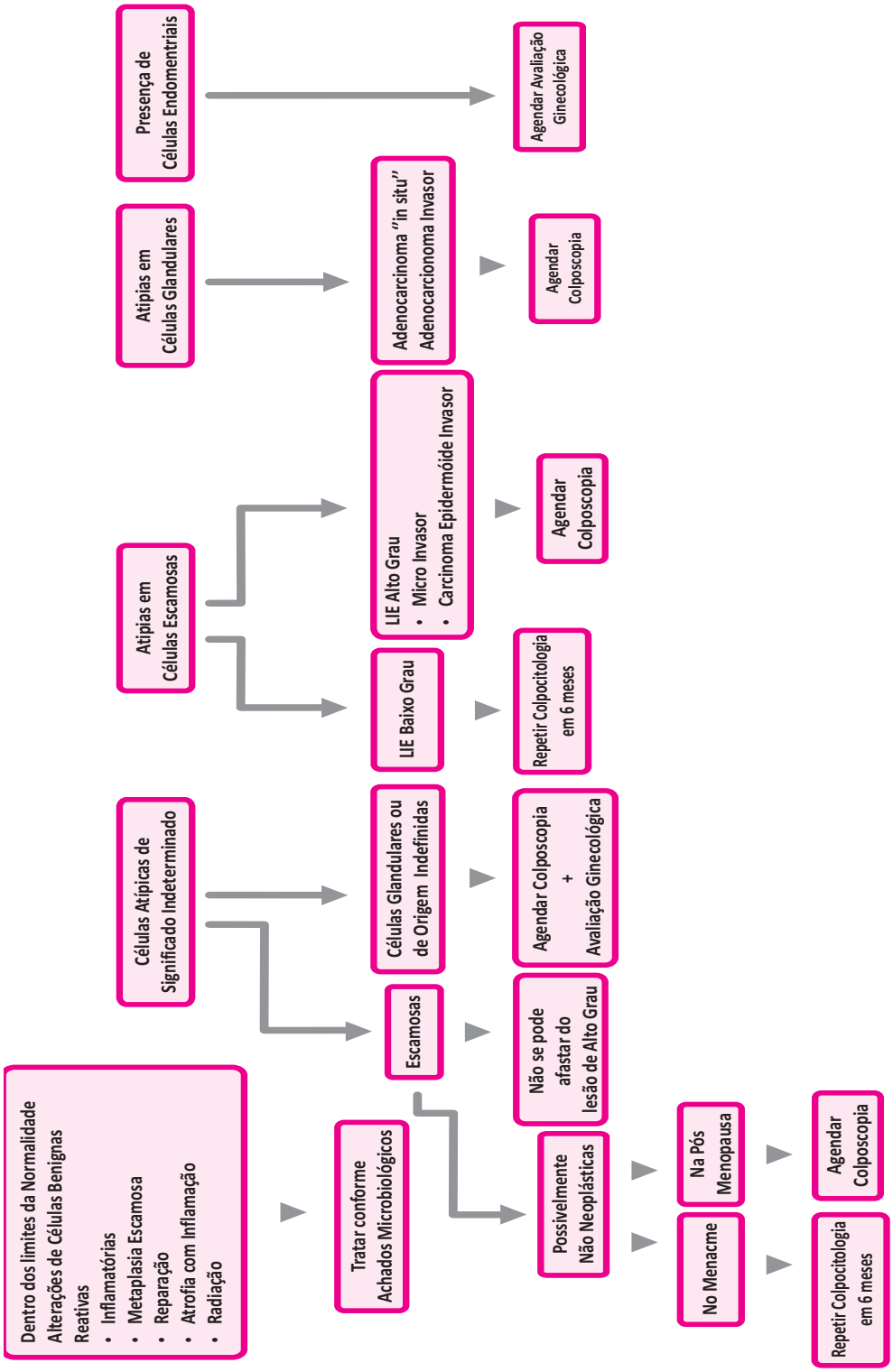
E as lesões glandulares em 6 categorias:

- Células Endometriais, citoloficamente benignas, em mulheres pós-menopausa;
- Atipia em Células Glandulares de Significado Indeterminado (AGUS);
- Adenocarcinoma Endocervical;
- Adenocarcinoma Endometrial;
- Adenocarcinoma Extrauterino;
- Adenocarcinoma não especificado.

Quadro 15: Comparação entre Sistema Bethesda, Citopatológico Cérvico - vaginal, Sistema NIC e Displasia

Classes Papanicolaou	Descrição	Gradação NIC	Sistema Bethesda
I	Normal	Normal	Normal
II	Atipias reativa/infla-matória	Atipia	Normal
II / III	Atipias supeita	Atipia	ASCUS
II / III	Atipias com HPV	Atipia condilomatosa ou coilocitótica	LSIL (baixo grau)
III	Displasia leve	NIC I	LSIL (baixo grau)
III	Displasia Moderada	NIC II	HSIL (alto grau)
III	Displasia acentuada	NIC III	HSIL (alto grau)
IV	Carcinoma in situ	NIC III	HSIL (alto grau)
V	Câncer invasivo	Câncer invasivo	Câncer invasivo

FLUXOGRAMA 2: Condutas Clínicas Frente aos Resultados



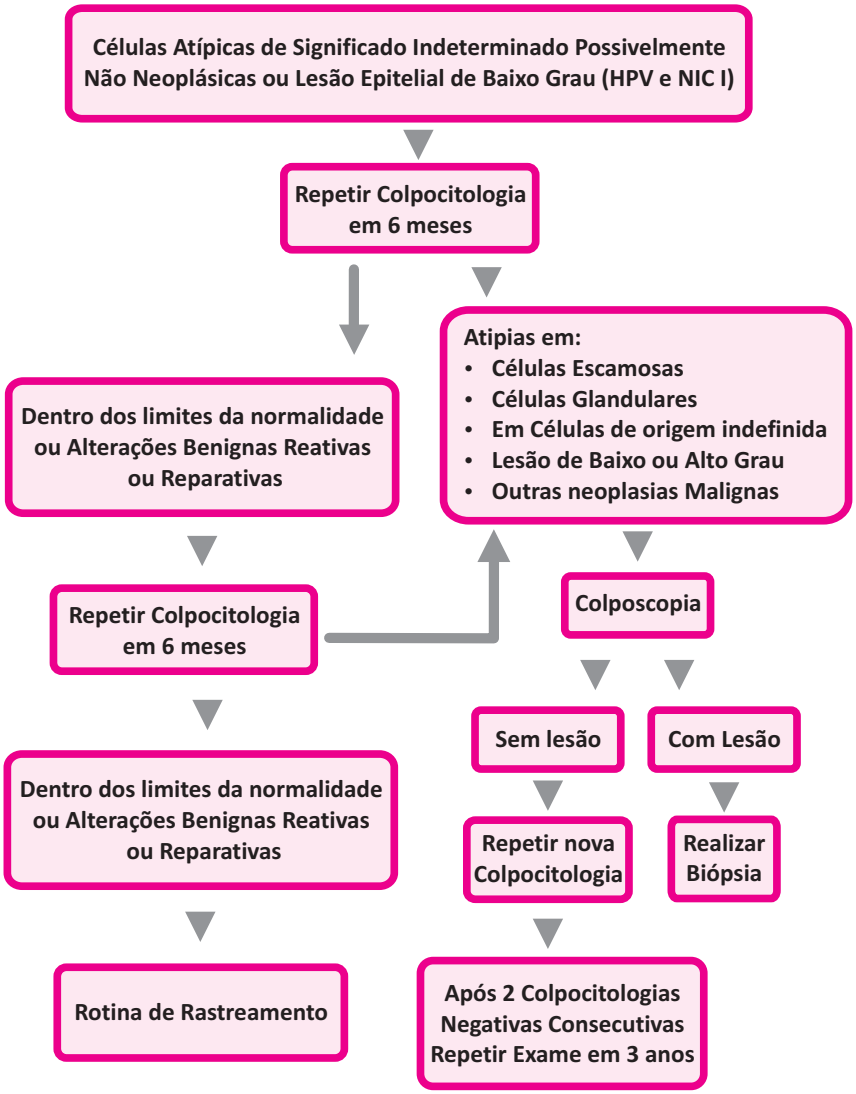
Fonte: Adaptado do Manual de Condutas Clínicas Frente aos Resultados do Exame de Papanicolaou. FOSP, 2006.

Estudos têm demonstrado desaparecimento dessas lesões em 70 a 90% das pacientes mantidas sob observação e tratamento das infecções pré-existentes.

A colposcopia apresenta alta sensibilidade (96%) e baixa especificidade (48%) e nestes casos elevam as taxas sobre diagnóstico e sobre tratamento, sendo desfavorável como primeira escolha na condução das pacientes com este laudo. A conduta preconizada é a repetição da citologia em 6 meses no Centro de Saúde.

A solicitação da colposcopia é de competência médica e do(a) enfermeiro(a), e deve ser agendada via SISREG.

Fluxograma 3: Encaminhamentos em Caso de Alterações de Células Escamosas de Significado Indeterminado Possivelmente não Neoplásicas (Hpv E Nic I)



Fonte: Adaptado Manual de Condutas Clínicas Frente aos Resultados do Exame de Papanicolaou. FOSP, 2006.

Embora o diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não pode excluir lesão intraepitelial de alto grau seja menos comum que o de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, o risco de lesão de alto grau (NIC II e NIC III) subjacente é alto (24% a 94%). A conduta recomendada para pacientes com este laudo é a colposcopia imediata.

Fluxograma 4: Encaminhamentos em Caso de Alterações de Células Escamosas de Significado Indeterminado - Não de Pode Afastar Lie de Alto Grau

Fonte: Adaptado da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas. INCA, 2006.

* Material biopsiado nos Centros de Saúde e Policlínicas deverão ser encaminhados para os laboratórios credenciados.

5 Assistência às mulheres portadoras de colpites e cervicites

Segundo Fedrizzi apud Garcia (2005), um terço das consultas ginecológicas é devido a sintomas de vulvovaginites e endocervicites, sendo o corrimento vaginal a principal causa de procura.

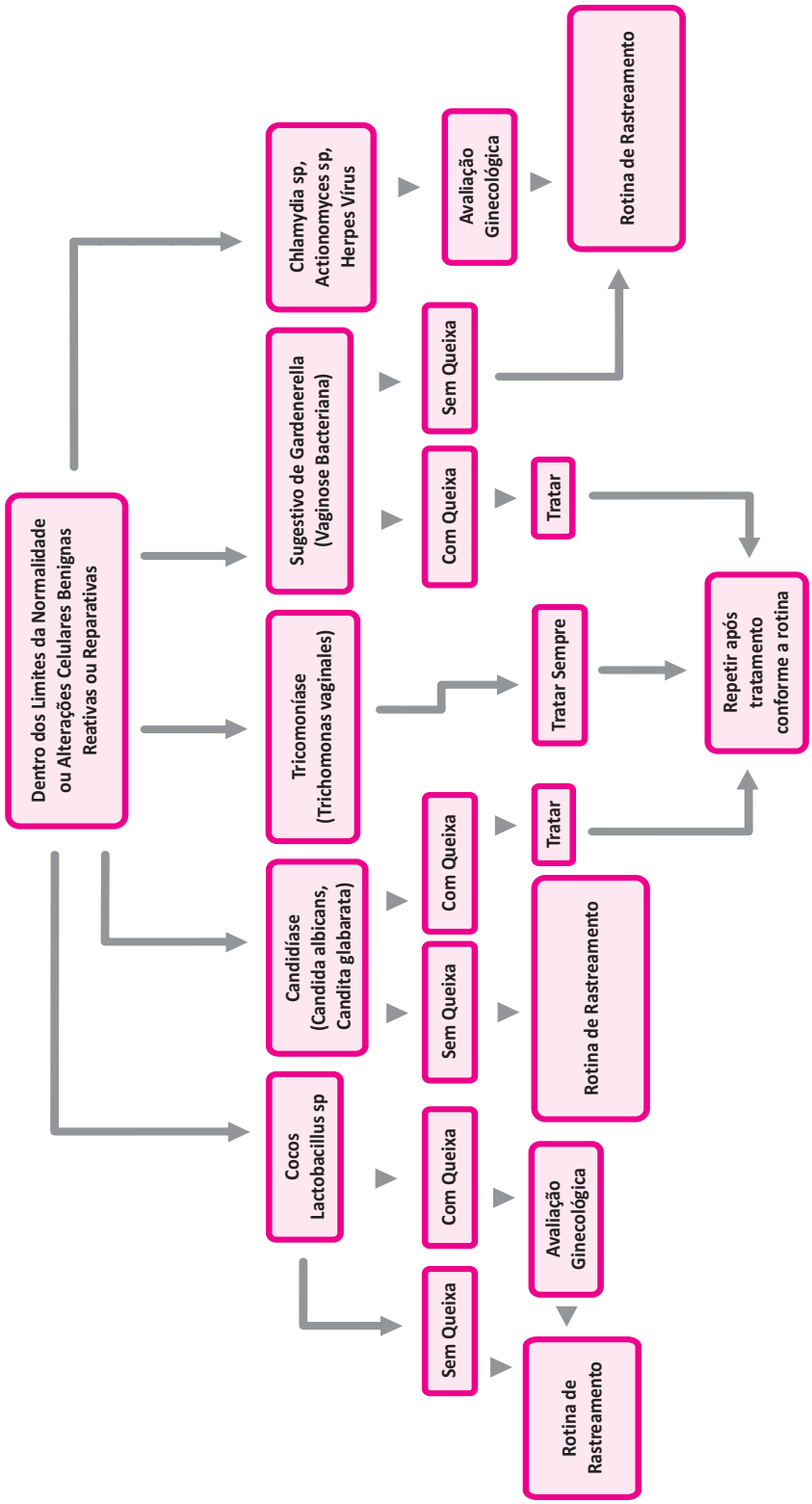
O sucesso na resolução desse problema exige que o(a) profissional realize um exame físico e uma abordagem clínica minuciosa, dando ênfase as características das secreções vaginais e endocervicais, bem como a resposta inflamatória produzida, e a avaliação dos resultados dos exames citológicos em relação aos achados microbiológicos.

Condições Predisponentes:

- Hábitos de higiene desfavoráveis;
- Relações sexuais sem uso de preservativo;
- Alérgenos (perfumes, geléias contraceptivas, tecidos, sabões, etc.);
- Agentes infecciosos (mais comuns: gardnerella, tricomonas, cândida);
- Problemas dermatológicos;
- Alteração do pH vaginal, o pH da vagina constitui uma barreira de defesa, pois a acidez detém os germes (O pH normal da vagina varia entre 3,5 e 4,5);
- Condições que alteram a flora bacteriana e/ou o pH vaginal (diabetes, queda imunológica por enfermidades ou stress, uso de antibioticoterapia, duchas vaginais, gestação, ciclo menstrual, etc.);
- Causas inespecíficas;

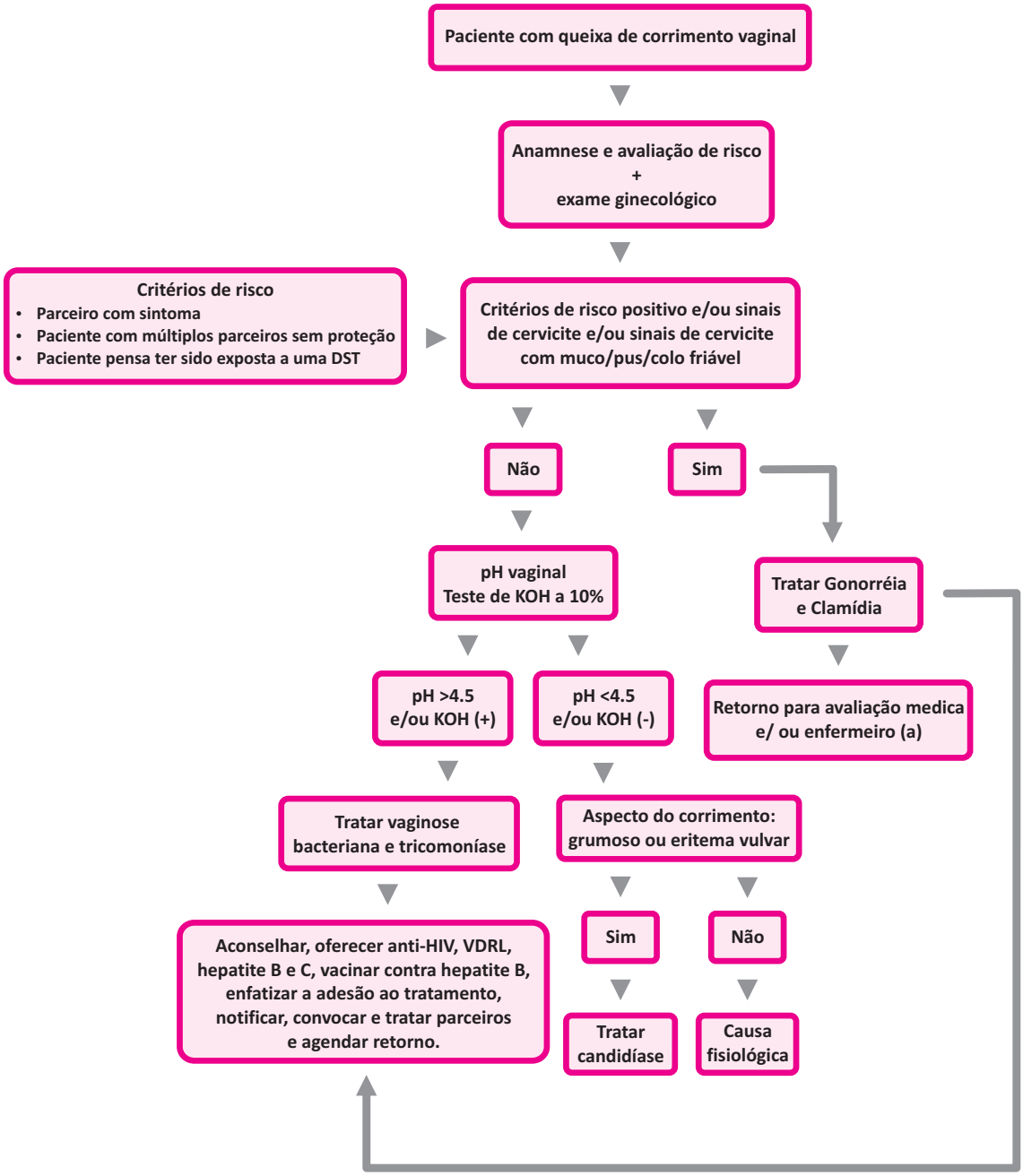
Ausência de bacilos de Döderlein (barreira de defesa do aparelho genital).

FLUXOGRAMA 5: Recomendações Quanto aos Resultados dos Achados Microbiológicos no Exame Colpocitológico



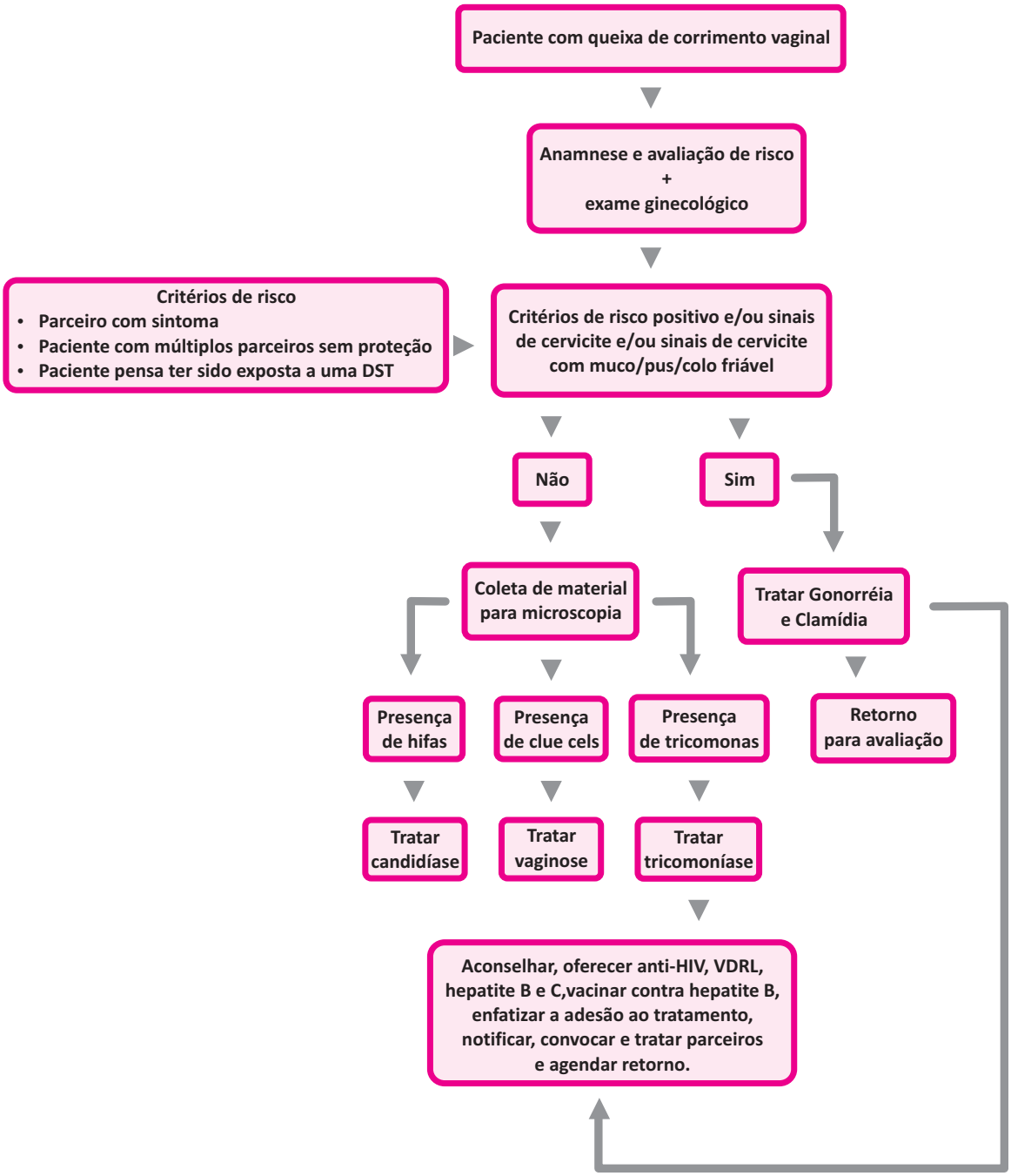
Fonte: Adaptado do Manual de Condutas Clínicas Frente aos Resultados do Exame de Papanicolau. FOSP, 2006.

FLUXOGRAMA 6: Tratamento de Corrimento Vaginal e Cervicite sem Microscopia



Fonte: Adaptado do Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2006.

FLUXOGRAMA 7: Tratamento de Corrimento Vaginal e Cervicite com Microscopia



Fonte: Adaptado do Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2006.

5.1 Condutas no tratamento de colpites

	Candida albicans	Trichomonas vaginalis	Vaginose bacteriana (Polimicrobiana, em geral por Gardnerella)
pH vaginal	pH ácido (< 5) KOH (-)	pH básico (> 5,0)	pH básico (5 a 5,5) KOH (+)
Quadro clínico	Prurido intenso, agudo. Corrimento branco semelhante a leite talhado. Sensibilidade aumentada, irritação, fissuras, ardor e edema vulvar. Disúria, dispareunia, e irritaçao vaginal Costuma melhorar durante a menstruação	Corrimento no final ou após a menstruação, desconforto, prurido, dispareunia, odor, dor em baixo ventre, intensa hiperemia vaginal e de cérvix uterina (aspecto de morango). Secreção vaginal fluida, bolhosa, de coloração amarelo-esverdeada ou acinzentada, de odor fétido. O exame colpocitopatológico pode mostrar atipias leves, que melhoram após o tratamento. Protozoários flagelados visíveis na microscopia a fresco.	Queixa de odor desagradável (cheiro de peixe podre) após a relação sexual e/ou após a menstruação. Corrimento vaginal fluido, amarelado ou acinzentado, secreção homogênea, aderente às paredes vaginais, mas facilmente removível. Ao exame ginecológico, observa-se a secreção descrita, com odor desagradável ou mesmo fétido. Ao microscópio, Clue Cells
Tratamento	Banho de assento morno, com 1 litro de água e 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, por 20 min, 2x/dia, por 7 dias	Banho de assento morno, com 1 litro de água e 1 colher(sopa) de ácido acético(vinagre), por 20 min, 2x/dia, por 7 dias.	Banho de assento morno, com 1 litro de água e 1 colher(sopa) de ácido acético (vinagre), por 20 min, 2x/dia, por 7 dias.
	• Miconazol creme vaginal: 1 aplicação à noite, durante 7 dias consecutivos; ou • Fluconazol 150mg, 1 cp, dose única, • Em gestantes dar preferência para o tratamento vaginal com Miconazol. Não utilizar medicação sistêmica. • Não existem contra-indicações deste tratamento para portadores do vírus HIV.	• Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou • Metronidazol 2g, VO, dose única. • O tratamento deve sempre incluir o parceiro, dando preferência ao uso de dose única. • Tratar também mulheres assintomáticas e seus parceiros. • Gestantes: tratar apenas após o fim do primeiro trimestre, com Metronidazol 2g VO, em dose única. • Nutrizes: tratar com Metronidazol gel, 1 aplicação a cada 12 horas, por 5 dias. Se for necessário tratamento sistêmico, utilizar Metronidazol 2g VO, em dose única, e suspender a amamentação por 24h. • Não existem contra-indicações deste tratamento para portadores do vírus HIV.	• Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou • Metronidazol 2g, VO, dose única; ou • Metronidazol gel vaginal, 1 aplicação à noite, durante 10 dias consecutivos. A paciente deve ser orientada, neste caso, a evitar as relações sexuais durante todo o tratamento. • Gestantes: Metronidazol gel vaginal, 1 aplicação à noite, durante 10 dias consecutivos. Se for necessário tratamento sistêmico, utilizar Metronidazol 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias, ou Metronidazol 2g, VO, dose única. Somente após o fim do primeiro trimestre. • Não existem contra-indicações deste tratamento para portadores do vírus HIV.
Observações	Não é necessário tratar parceiro, a não ser quando sintomático.	É considerada DST, devendo o parceiro ser tratado da mesma forma.	Geralmente o parceiro também deve ser tratado nos casos de infecções recorrentes.
Competência: A prescrição dos medicamentos é de competência do profissional médico(a) ou enfermeiro(a).			

Pontos a serem considerados:

- KOH positivo não descarta tricomoníase.
- A prescrição para o parceiro pode ser feita na mesma receita da usuária.
- Investigar e tratar doenças concomitantes.

Orientações importantes:

- Evitar ingestão de álcool (devido ao efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e que se caracteriza por mal-estar, náusea, tonturas, prurido e/ou rash cutâneo e "gosto metálico na boca").
- Importância da higiene perianal adequada (de frente para trás).
- Os banhos de assento podem ser um tratamento adequado. Entretanto, é importante desencorajar SEMPRE a lavagem vaginal profunda (duchas vaginais), que altera ainda mais o pH vaginal, destroi a flora local e pode carrear microorganismos da vulva para o canal vaginal.
- Evitar o uso de jeans e roupas muito apertadas.
- Evitar uso de calcinhas de tecido sintético, preferindo sempre o algodão.
- Não permanecer longos períodos com o biquíni molhado.
- Não coçar a região genital, a fim de evitar ferimentos.
- Importância do tratamento simultâneo do parceiro, quando indicado, devido ao risco de re-infecção nas relações sexuais.
- Reforçar a importância do uso de preservativos.

5.2 Condutas no tratamento de cervicites

Cervicite ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical, excluindo-se os processos inflamatórios que afetam a ectocérvice. É uma das patologias mais freqüentes na clinica ginecológica, afetando cerca de 50% das mulheres, em alguma fase da sua vida. (GARCIA, 2005).

São classificadas como gonocócicas ou não gonocócicas, levando em consideração seu agente etiológico. Os mais comuns são *Neisseria gonorrahoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma e Ureaplasma urealiticum* e herpes simples tipo I e II genital.

Quadro clínico:

- Cérvix edemaciada, evertida (ectopia) e friável (sangrante).
- Secreção vaginal purulenta e abundante (branco ou amarelado).
- Dispareunia e/ou sangramento ao coito.
- Na cervicite crônica: cistos ou óvulos de Naboth (pontos brancos, tipo acne, sobre o colo uterino).

Quadro 16: Atribuições dos(as) profissionais relacionados às cervicites

Atribuições	Competência Profissional
Captação da clientela para detecção de cervicites.	Multiprofissional
Informação sobre saúde.	
Exame a fresco e bacterioscopia da secreção vaginal pelo Gram.	Enfermeiro(a) e médico(a) capacitados(as).
Cultura vaginal para germes comuns.	
Raspado Uretral e Endocervical para pesquisa de Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum.	
Cultura de secreção endocervical e anal para pesquisa de Neisseria gonorrhoeae	
Cultura para Streptococcus agalactiae em vagina e reto (especialmente em gestantes).	
Raspado de lesão para pesquisa de Haemophilus ducreyi.	

5.2.1 Tratamento

Nas cervicites agudas os antibióticos são os mais indicados. Sempre tratar o parceiro.

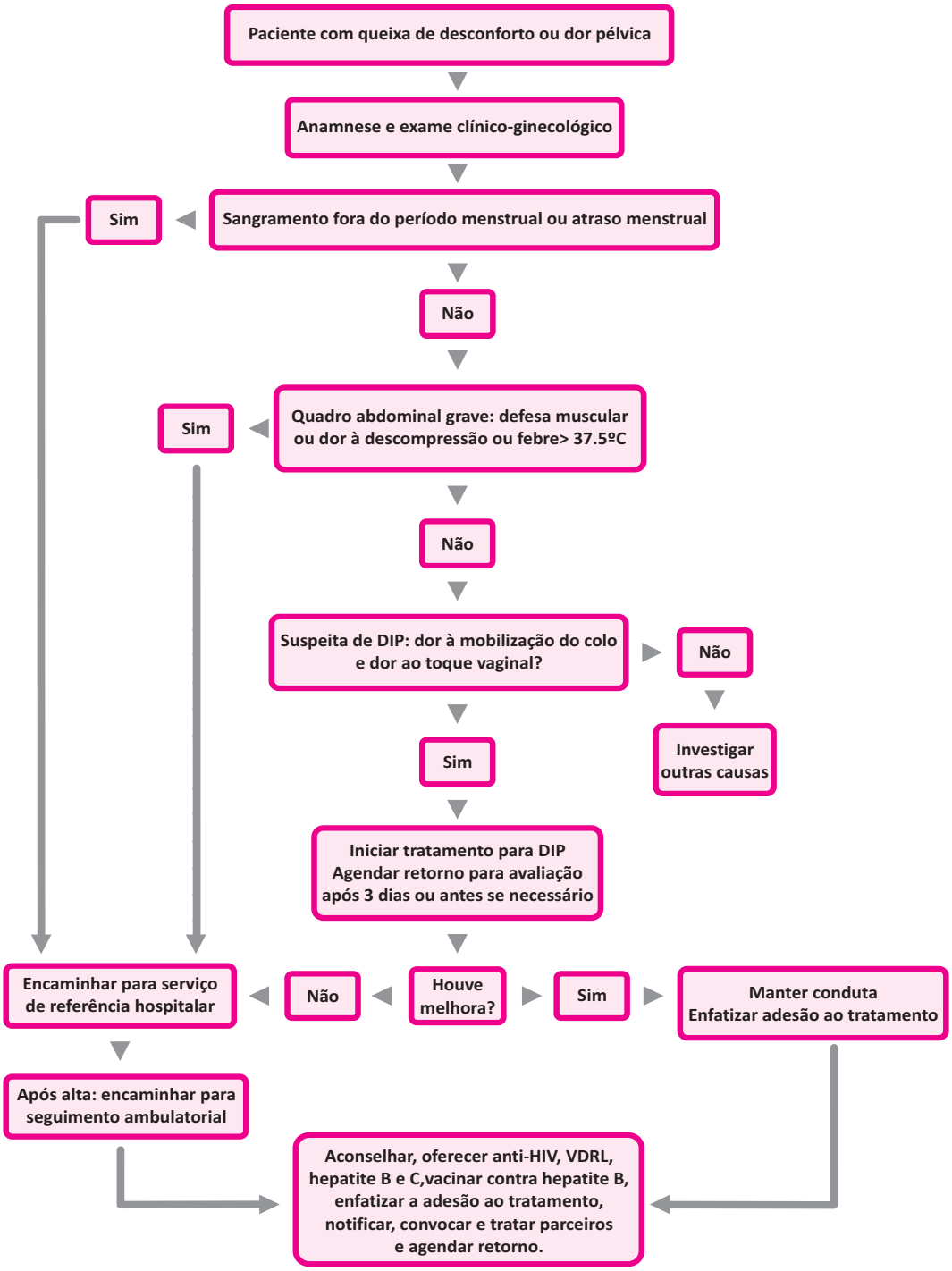
Quadro 17: Esquemas de antibioticoterapia para tratamento de cervicites.

Chlamydia	Gonococo
• Azitromicina 1g, VO, dose única; ou • Doxicicina 100mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias (contra-indicado em gestantes ou nutrizes); ou • Eritromicina 500mg, de 6/6 horas, por 7 dias.	• Ciprofloxacino 500mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes ou menores de 18 anos); ou • Cefalexina 500mg ,VO, de 6/6 horas por 7 dias
O tratamento medicamentoso é de competência médica	

5.3 Dor pélvica

A dor pélvica é uma queixa freqüente em qualquer consultório ou centro de saúde. Pode apresentar-se sob formas variadas, sendo aguda ou crônica, de origem ginecológica ou não, com causas distintas e evoluções diferentes, o que faz com que seja necessária uma abordagem multidisciplinar e individualizada.

FLUXOGRAMA 8: Tratamento do Desconforto e Dor Pélvica



Fonte: Adaptado do Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2006.

5.3.1 Tratamento

Para Doença Inflamatória Pélvica (DIP) leve, sem peritonismo importante ou febre, é indicada a antibioticoterapia conforme o seguinte esquema: Ciprofloxacina 500mg de 12/12 horas por 14 dias, Metronidazol 250mg VO 2 comprimidos de 12/12 horas por 14 dias e Doxiciclina 100mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias. A DIP grave ou complicada deve ser tratada em nível terciário. Este tratamento é de competência médica.

Orientações

Iniciado o tratamento, a usuária deve retornar para controle em 3 dias ou antes, se houver piora do quadro.

Se a paciente for usuária de DIU, este deve ser retirado.

Algumas medidas como repouso e abstinência sexual devem ser recomendadas.

A paciente deve ser medicada também com sintomáticos, analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios não hormonais.

5.4 Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

A infecção pelo HPV tem sido associada diretamente com o câncer do colo uterino. A presença de alguns tipos de HPV é encontrada em cerca de 95% dos casos desse câncer, mas existem inúmeros tipos de HPV com baixo potencial de oncogenicidade. O desenvolvimento ou não das lesões precursoras (Lesões Intraepiteliais Cervicais - LIE) depende de vários outros fatores relacionados a/ao hospedeira/o e sua remissão espontânea é bastante comum. A realização periódica de exames preventivos do câncer do colo uterino é a medida mais efetiva para o controle das lesões induzidas pelo HPV, evitando o desenvolvimento do câncer.

O Papilomavírus Humano (HPV) está dividido em dois grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade:

- Baixo risco **(Tipos de HPV 6, 11, 42, 43 e 44)**: estão associados às infecções benignas do trato genital, como o condiloma acuminado ou plano e Lesões Intra-Epiteliais

(LIE) de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes, através de verrugas genitais visíveis, que podem aparecer na vulva, na vagina, no colo uterino, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.

- Alto risco (Tipos de HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68). Possuem uma alta correlação com as Lesões Intra-Epiteliais (LIE) de alto grau e carcinomas do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro).

A infecção é de transmissão freqüentemente sexual, apresentando-se na maioria das vezes de forma assintomática ou como lesões subclínicas (inaparentes). As lesões clínicas, quando presentes, podem ser planas exofíticas, também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. Únicas, múltiplas, localizadas, difusas, vários tamanhos. Na forma subclínica, são visíveis apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes como o ácido acético. Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares.

Não é conhecido o tempo que o vírus pode permanecer em estado latente e que fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. A recidiva das lesões do HPV está relacionada à ativação de "reservatórios" de vírus e à re-infecção pelo parceiro sexual. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões, ou seja, a incubação, que pode variar de semanas a décadas. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau são os tipos virais presentes e os co-fatores, como o estado imunológico e o tabagismo.

5.4.1 Infecção clínica pelo HPV

Na forma clínica condilomatosa as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, no homem, mais freqüentemente na glande, no sulco bálano-prepucial e na região perianal e, na mulher, na vulva, no períneo, na região perianal, na vagina e no colo do útero. Menos freqüentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucoso-nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos.

Os tipos 6 e 11 raramente se associam ao carcinoma invasivo de células escamosas; são mais associados como agentes etiológicos dos condilomas - lesões clínicas. Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 e 58, são encontrados ocasionalmente na forma clínica da infecção - verrugas genitais. Têm sido associados a lesões externas - vulva, pênis e ânus - e com neoplasias intra-epiteliais ou invasivas do colo uterino e vagina. Quando na genitália externa, estão associados a carcinoma in situ de células escamosas, papulose Bowenóide, eritroplasia de Queyrat e doença de Bowen. Mulheres com verrugas genitais podem estar infectadas simultaneamente com vários tipos de HPV 46.

O diagnóstico do condiloma vulvar é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. A biópsia está indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- As lesões não responderem ao tratamento convencional;
- As lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- O/a usuário/a for imunodeficiente.

Existem diversos métodos que podem ser utilizados na detecção precoce desse tipo de câncer, mas o exame citopatológico, ainda hoje, é o mais empregado para o rastreamento em mulheres assintomáticas. O diagnóstico deve ser confirmado pelo exame histopatológico.

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva à cura na maioria dos/as usuários/as. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecerem inalterados ou aumentar em tamanho ou número.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: ácido tricloroacético (ATA) a 80-90%, podofilina 10 - 25%, crioterapia, eletrocoagulação e exérese cirúrgica, de acordo com a complexidade do Serviço de Saúde da Rede de Atenção Básica ou de Média Complexidade. Ou seja, cada caso deverá ser avaliado individualmente para a escolha da conduta mais adequada. Fatores que podem influenciar a escolha do

tratamento são: o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia; os custos, a disponibilidade de recursos, os efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde; a preferência do(a) usuário(a) e a conveniência do método. Sempre que necessário, a mulher deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para tratamento com médicos(as) e enfermeiros(as) capacitados(as).

Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor à terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando a paciente não melhorar substancialmente depois de 3 aplicações, ou se as verrugas não desaparecerem completamente após 6 aplicações, intervalo das aplicações 1x semana. No entanto, na maioria dos casos, a resposta lenta se relaciona mais diretamente às condições do hospedeiro do que propriamente à terapêutica adotada. É necessário, portanto, que a paciente seja orientada no sentido de melhorar suas condições de saúde geral e local, e seja tranqüilizada quanto a aguardar o tempo de evolução da doença, que muitas vezes pode levar um ano. As condutas nesses casos devem ser mais conservadoras, evitando mutilações desnecessárias.

6 Assistência à mulher relacionada ao ciclo menstrual

Dentre os distúrbios menstruais mais freqüentes encontra-se o sangramento uterino anormal, uma queixa comum nos consultórios de ginecologia, acometendo mulheres de todas as faixas etárias, desde a adolescência até a perimenopausa.

O sangramento uterino anormal é uma alteração do padrão menstrual normal, caracterizando como um sintoma, e não como um diagnóstico. Por isso, o estabelecimento de sua causa específica é necessário para que se defina o tratamento adequado.

Padrões Normais de Sangramento:

Quanto à quantidade: em média, há perda sanguínea de 40 ml (30 – 70 ml) por ciclo.

Quanto à duração do fluxo: 2 – 8 dias.

Quanto ao intervalo dos sangramentos: 21 – 35 dias.

6.1 Variações do ciclo menstrual

Hipermenorréia: Refere-se ao sangramento prolongado, acima de 8 dias, ou em quantidade excessiva, maior que 80 ml, ou à associação de ambas as alterações. O volume excessivo é também denominado menorragia.

Hipomenorréia: Caracteriza-se por um fluxo de duração menor que 2 dias, ou em

quantidade inferior a 30 ml, ou à associação dos dois quadros.

Polimenorréia: Caracteriza um ciclo cujo intervalo é inferior a 21 dias.

Oligomenorréia: Refere-se a ciclos que ocorrem a intervalos acima de 35 dias.

Metrorragia: É o sangramento uterino que ocorre fora do período menstrual.

Menometrorragia: É o sangramento que ocorre durante o período menstrual e fora dele. É típico dos miomas submucosos ou pólipos endometriais. Começa como uma hipermenorréia ou menorragia e com o evoluir, transforma-se em menometrorragia.

Os valores definidos como padrões normais de sangramento podem auxiliar no diagnóstico da irregularidade menstrual, mas para identificar um sangramento fora dos padrões normais é importante levar em conta principalmente os padrões próprios do ciclo menstrual de cada mulher ao longo da vida.

6.2 Causas de irregularidade menstrual

Dentre as diversas causas orgânicas podemos citar: hipo ou hipertireoidismo; alterações de coagulação; doenças dos rins e fígado; aborto; gravidez ectópica; placenta baixa; miomas; adenomiose; pólipos; hiperplasia endometrial; doença inflamatória pélvica; tumores ovarianos produtores de hormônios; neoplasias uterinas; uso de DIU; uso de hormônios orais ou injetáveis; uso de outros medicamentos, como por exemplo, anticoagulantes e tranqüilizantes.

6.3 Sangramento uterino disfuncional

O sangramento uterino disfuncional é o sangramento anormal decorrente de alterações hormonais e não de uma lesão, uma infecção, uma gravidez ou um tumor. O sangramento uterino disfuncional ocorre mais comumente no início e no final dos anos reprodutivos: 20% dos casos ocorrem em adolescentes e mais de 50% em mulheres com mais de 40 anos. A maioria dos sangramentos uterinos anormais é do tipo

disfuncional, mas este diagnóstico somente é feito quando todas as outras possibilidades são descartadas.

O sangramento uterino disfuncional é representado por duas situações distintas. Aquele que ocorre em pacientes que estão ovulando e o que ocorre nas pacientes que não estão ovulando.

O sangramento uterino disfuncional em pacientes que estão ovulando são variáveis biológicas do ciclo menstrual normal, sem maiores conseqüências clínicas.

A anovulação crônica representa 80% dos casos de hemorragias disfuncionais. O sangramento pode ser leve ou intenso, constante ou intermitente, geralmente não associado a sintomas de tensão pré-menstrual, retenção hídrica ou dismenorréia, embora algumas vezes a paciente relate cólicas devido à passagem de coágulos pelo canal cervical. É causa freqüente de infertilidade. O exame recomendado para investigação, a ultrassonografia transvaginal, é de competência médica.

O tratamento irá variar com o tipo e a causa do sangramento uterino anormal. Nos casos em que uma doença orgânica é a causa do distúrbio menstrual, essa deverá ser tratada de modo específico.

O objetivo principal, no tratamento do sangramento uterino disfuncional, é restaurar o controle natural hormonal sobre o tecido endometrial. Na grande maioria dos casos, o tratamento hormonal é suficiente. O tratamento cirúrgico é a segunda opção, em caso de falha ou progressão do sangramento uterino disfuncional.

No sangramento uterino disfuncional ovulatório a paciente necessita apenas de esclarecimento. Se, entretanto, os ciclos forem muito curtos, a ponto de incomodar a mulher, ou a perda sangüínea for abundante ou prolongada, justifica-se um tratamento hormonal. Nestas eventualidades a prescrição de um progestogênio na segunda metade do ciclo, um esquema cíclico de estrogênio e progestogênio, ou um anticoncepcional oral é a conduta mais indicada.

6.4 Tensão pré-menstrual

A Síndrome da Tensão Pré-Menstrual consiste em um conjunto de sintomas físicos, psíquicos e comportamentais que ocorrem na segunda metade do ciclo menstrual e desaparecem com a vinda da menstruação.

Quadro 18: Tensão Pré-Menstrual

Sintomas Físicos	Sintomas Psíquicos
• Edema. • Aumento de peso. • Dores nas pernas e em região lombo-sacra. • Desconforto/dor abdominal. • Mastalgia. • Fogachos. • Vertigens. • Palpitações. • Cefaléia. • Alterações do sono. • Aumento da sensibilidade para o frio. • Acne. • Sede e apetite excessivos, em especial para doces. • Distúrbios gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação ou diarréia).	• Labilidade emocional. • Dificuldade de concentração. • Indecisão. • Esquecimentos, nervosismo, fadiga mental. • Diminuição ou aumento da libido. • Tristeza, desânimo, depressão, choro fácil. • Sensação de irracionalidade, isolamento social. • Idéias suicidas, às vezes com tentativas de suicídio ou homicídio. • Aumento do consumo de bebidas alcoólicas.

A paciente pode ter um ou mais sintomas, com diferentes quadros, intensidades e configurações. É necessário caracterizar bem a recorrência dos sintomas em vários ciclos diferentes e etapas da vida da mulher. Deve sempre ser questionado sobre idade e forma de início dos problemas, pois a maioria dos problemas poderá ser resolvida com a atuação da equipe multidisciplinar.

O tratamento precisa ser individualizado para cada paciente, de acordo com

seus sinais e sintomas e sua intensidade, sendo realizado de várias maneiras, desde uma orientação comportamental (dieta, exercícios, etc) até a utilização de medicação, quando indicado. Encaminhar para ginecologista de referência se não houver remissão dos sintomas.

Orientações

- Dieta: orienta-se a diminuição no consumo de sal e açúcar. Evitar consumo de álcool e cafeína e aumentar consumo de carboidratos e proteínas. O incremento da ingesta hídrica é fundamental.
- Exercícios Físicos: dar preferência aos aeróbicos.
- Fisioterapia.
- Apoio psicológico.
- Participação em grupos de discussão de saúde da mulher.
- Tratamento medicamentoso - Competência Médica

Sintomas leves:

Recomendar orientação comportamental: dieta e atividade física.

Nimesulida 100mg, VO, de 12/12h.

Hioscina 10mg, VO, 6/6h.

Sintomas Intensos:

Recomendar orientação comportamental: dieta e atividade física.

Nimesulida 100mg, VO, de 12/12h.

Hioscina 10mg, VO, 6/6h.

Espironolactona 200mg, VO, 1x/dia, do início dos sintomas até a menstruação.

Supressão da ovulação ou menstruação (contraceptivos cíclicos ou contínuos).

Sintomas intensos acompanhados de alterações psíquicas:

Recomendar orientação comportamental: dieta e atividade física.

Nimesulida 100mg, VO, de 12/12h.

Supressão da ovulação ou menstruação (contraceptivos cíclicos ou contínuos).

Antidepressivos: Fluoxetina 20mg, VO, 1x/dia, uso contínuo.

7 Referências bibliográficas

AQUINO, ESTELA M. L. et al. **Adolescência e reprodução no Brasil:** a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad. Saúde Pública. 2003, vol.19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Disponível em:http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia: da prática ao controle:** Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência ao Planejamento familiar: Manual Técnico**. Brasília. DF. 4ª Edição. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de Emergência: Perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Caderno de Atenção Básica; nº 9. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

_____. 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. Brasília. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério:** Atenção Qualificada e Humanização - Manual Técnico. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Caderno de Atenção Básica; nº 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. 2º Edição. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer de mama:** recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama.** Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação controle dos cânceres do colo de útero e da mama.** Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil**: 20 anos. Brasília. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde**. Relatório de Gestão 2003 à 2006: Políticas Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. DF. 2007.

_____. Ministério da Saúde**. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para Organização de Serviços de Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. DF. 2006.

COSTA, N. F. P. et al. **Normas técnicas em anticoncepção.** Rio de Janeiro, BEMFAM, 2002.

COSTA, N. F. P. et al. **Normas técnicas em anticoncepção.** Rio de Janeiro, BEMFAM, 2007.

GUERRA, M R. **Revista Brasileira de Cancerologia,** 2005. 51(3): 227-234.

GIORDANO, M.V.; GIORDANO, L.A. Contracepção na adolescência. In: Revista Adolescência e Saúde. vol. 6. n°4, out. 2009. Rio de Janeiro: UERJ.

IBGE. Estimativa Populacional 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br - Acesso em: Nov. 2009.

JIMENEZ, E.J.B. KRADJEN, M.L. UHLIG, R.F.S. **Pré-Natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido.** Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

JIMENEZ, E.J.B. KRADJEN, M.L. UHLIG, R.F.S. **Planejamento Familiar.** Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

MALUF, M. F. **O Impacto Psicológico do Câncer de Mama**. Rev. Bras. de Cancerologia; 51(2); 149-154, 2005

OLIVEIRA, MARIA. W. **Gravidez na adolescência:** Dimensões do problema. Cad. CEDES. vol.19. n. 45, 1998

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO/FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Condutas Clínicas frente aos resultados do exame de Papanicolau**. São Paulo, 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO/FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Coleta do Papanicolau e Ensino do Auto-Exame da Mama: Manual de procedimentos técnicos e administrativos.** São Paulo, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Protocolo de Saúde da Mulher.** CAMPINAS. SP. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Assessoria de Planejamento e Programação. **Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco.** Porto Alegre. RS. 2006.

SANTOS, E.R.A. Puérperio Normal. In: OLIVEIRA, ME; MONTICELLI M; BRUGGEMANN. O.M. Enfermagem Obstetrícia e Neomatológica: Textos Fundamentais: Fpolis: UFSC, CCS, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Assessoria de Planejamento e Programação. **Protocolo de Detecção Precoce e Prevenção ao Câncer de Colo de Útero.** Porto Alegre. RS. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Assessoria de Planejamento e Programação. **Protocolo de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer de Mama.** Porto Alegre. RS. 2008.

TIBA, I. **Puberdade e Adolescência**: desenvolvimento biopsicosocial. São Paulo: Ágora, 1986.

VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 2° Ed. Brasília: UNFBA, 2004.

VIEIRA, LEILA Maria; SAES, Sandra de Oliveira; DORIA, Adriana Apareceida Bini and GOLDBER, Tamara Beres Lederer. **Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil.** Ver. Bras. Saúde Materna. Infantil. 2006. Vol.6, PP. 135-140

ZAGO, A. et al. **Câncer da Mama na baixada santista**. Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):641-5.

ZAMPIERI, M.F.M.; GARCIA, O.R.Z.; BOEHS, A.; VERDI, M. (Org.) **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher.** Textos Fundamentais – série atenção primária da saúde. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

Apêndices

Apêndice A: Termo de consentimento informado - DIU

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER
CENTRO DE SAÚDE:_____

Saúde da Mulher Florianópolis

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - DIU

Eu,_____, portador da carteira de identidade número:_____ órgão emissor:_____ e cartão SUS _____venho através deste TERMO solicitar a realização do procedimento de inserção de DIU – Dispositivo Intra-uterino.

Declaro para os devidos fins que:

a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
b) Fui informada e estou ciente sobre o modo de atuação do método e dos possíveis riscos a ele associados tais como infecção pélvica e gravidez;
c) Fui informada e estou ciente que posso apresentar alguns efeitos secundários (5-10%) tais como o aumento do sangramento menstrual; cólicas e irregularidade menstrual nos primeiros meses e deverei procurar o Centro de Saúde do Balneário para acompanhamento pela equipe de saúde;
d) Fui informada e estou ciente dos sinais de alerta em caso de complicações (febre, dor, hemorragia, atraso menstrual, corrimento vaginal e perda do fio) e que deverei procurar imediatamente o Centro de Saúde para acompanhamento pela equipe de saúde;
e) Fui informada e estou ciente da necessidade de retorno à consulta a cada seis meses no primeiro ano e demais retornos são anuais;
f) Fui informada e estou ciente de que a taxa de falha do método é de cerca 0,6 a 0,8% no primeiro ano de uso (para o modelo Tcu 380A que é fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis)
g) Fui informada e estou ciente do prazo de validade que é até _____ de _____ de _____ e após este prazo estarei sujeita a uma gestação indesejada, caso não substitua o método;
h) Fui informada e estou ciente que posso solicitar a remoção do DIU e após a remoção deste, a recuperação da fertilidade é imediata e caso eu não queira engravidar preciso escolher qualquer outro método contraceptivo;
i) Fui informada e estou ciente que este método não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV;
j) Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Florianópolis, ____de _____de _____.

_____

Assinatura da Requerente

Apêndice B: Declaração de participação no planejamento familiar para procedimento cirúrgico

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER
CENTRO DE SAÚDE:_____

Saúde da Mulher Florianópolis

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO[1] NO PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Paciente:_____

Centro de Saúde de Referência:_____

Cartão do SUS: _____

Prontuário: _____

Método Contraceptivo de escolha: _____

Data da realização do Grupo de Planejamento Familiar com ações educativas:

_____/_____/_____ horário: _____:_____

Data da consulta individual: _____/_____/_____

Realizado exames pré-cirúrgicos. Assinale aqueles requisitados:

Hemograma ( ) TAP ( ) TTPa ( ) PU ( ) Glicemia ( ) Beta HCG ( )

OBS: Maiores de 40 anos solicitar ECG ( ) Raio X de tórax ( )

Outros: _____

Data da entrega do termo de consentimento: _____/_____/_____

_____

Assinatura do(a) profissional e carimbo

1 Este documento deverá estar anexado ao termo de consentimento para ser entregue no hospital

Apêndice C: Termo de consentimento informado - Laqueadura

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER
CENTRO DE SAÚDE:_____

Saúde da Mulher Florianópolis

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Laqueadura

Eu,_____, portadora da carteira de identidade número:_____ órgão emissor:_____ venho através deste TERMO solicitar a realização do procedimento cirúrgico para LAQUEADURA.

Declaro para os devidos fins que:

a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis;
b) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível:
c) Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos;
d) Devo aguardar pelo menos sessenta (60) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
e) Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico (inclusive gravidez ectópica) e do anestésico;
f) Fui informada, que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a laqueadura pode apresentar taxa de falha de 0,5%;
g) Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível na Rede Básica Municipal de Florianópolis;
h) Fui informada que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV;
i) Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Florianópolis, ____de _____de _____

_____

Assinatura da Requerente

Apêndice D: Termo de consentimento informado - Vasectomia

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER
CENTRO DE SAÚDE:_____

Saúde da Mulher Florianópolis

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Vasectomia

Eu,_____, portador da carteira de identidade número:_____ órgão emissor:_____ venho através deste TERMO solicitar a realização do procedimento cirúrgico para VASECTOMIA.

Declaro para os devidos fins que:

a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis;
b) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível:
c) Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos;
d) Devo aguardar pelo menos sessenta (60) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
e) Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico;
f) Fui informado que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar taxa de falha de 0,1 a 0,15%;
g) Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível na Rede Básica Municipal de Florianópolis;
h) Fui informado que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV;
i) Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Florianópolis, ____de _____de _____

_____
Assinatura do Requerente