PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DIVISÃO SAÚDE DA FAMÍLIA E LINHAS DE CUIDADOS
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER

PORTO VELHO – RO 2018

Secretária: Eliana Pasini
Secretário Adjunto: Marcus Vinícius de Oliveira Costa

Elaboração:
Departamento de Atenção Básica: Drº Marcuce Antonio de Miranda
Departamento de Média e Alta Complexidade: Saimon Cavalcante de Araujo
Divisão de Serviços Especializados : Enfª Rosecleide Campos Miranda Almeida
Divisão de Apoio por Imagem : Radiologista Paula Caroline Guimarães
Enf Esp ª Flaviane Reges de Souza
Divisão de Imunização : Enfª Elizeth Gomes Pinto
Divisão de Saúde da Família e Linhas de Cuidados: Enfª Espª Vanessa Lima de Souza
Coordenação de Saúde da Mulher: Enf Esp ª Elileide Fróes Jácome
Departamento de Assistência Farmacêutica:Ligia Fernandes Arruda Silveira Pereira
Divisão de Apoio ado Diagnostico : Gilmara Silva de Araujo
Chefe do Programa de Residente Médica de Medicina de Saúde de Família e Comunidade da Universidade Federal de Rondonia :Drª Andressa Tumelero
Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia: Enf ª Silvia Maria Neri Piedade

Avenida ,GOV .JORGE Texeira nº 1146 Bairro Nova Porto Velho
Porto Velho-RO
Cep: 76820116
Fone: 69 3901-2834
Email: saudemulhersemusapvh@gmail.com

Autores: Claudete Martins, Camila Teixeira, Lívia Leite, Ida Perea, Maria Riva, Jaqueline Barbosa Costa, Silvye Amado, Alexandre Rech, Mailene Lisboa.

Colaboradores:
Acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal de Rondônia – Kelvyn Cristopher Bueno de Godoy Oliveira, Josiane Pego Paiva Guedes.
Residente de Medicina de Família e Comunidade – Luana de Souza, Residente de Medicina de Família e Comunidade Fabricio Calvo
Dra Rita de Cássia Alves – Médica Ginecologista e Obstetra, Enfª Ana Emanuele de Carvalho Chagas, Enfª esp. Oseane Alves Marques, Enfª Talita Loise Neves Freire de Oliveira,
Enfº Ronaldo Vital de Menezes, Enfª Kely Raquel Przybsz, Enfª Karla da Silva Guimarães Rocha, Enfª Tamires dos Pazeres de Oliveira , Enfª Drucila de Sá Soares, Enfª Caroline Cardoso Nogueira, Enfª Marta Vieira das Costa Ferreira, Assistente Social Noeli Nunes e Psicologa Milka Miranda Freire .

Revisão Área técnica Saúde da Mulher: Enf ª Mestre Aline dos Anjos Vilela, Fisioterapeuta Cristilane de Souza Delgado, Enfª Espª Elileide Fróes Jacome, Enfº Lívia Julienne da Silva Lima, Odontólogo Fabrício da Silva Santos, Enf ªObstetrica Vanessa Carvalho Prado Ida, Odontóloga Itacy Alves Ferreira Silva Lamnel , Enfª Maria de Lurdes da Silva Oliveira, Mrs ª Luciene Carvalho Piedade, Enfª Espª Ewline da Silva Gomes, Psicologa Jane Carvalho Cardoso.

2ª Edição –Abril de 2018.

APRESENTAÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas nacionais para a Saúde das Mulheres vêm passando por transformações que exigem uma compreensão ampliada acerca do processo saúde doença bem como de práticas seguras e tecnicamente subsidiadas pelos profissionais de saúde.

Sob esta lógica, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA) por meio do seu Departamento de Atenção Básica (DAB), considerando que a saúde da mulher é uma prioridade em seu Plano Municipal de Saúde, elaborou o presente documento "**Protocolo e Diretrizes de Atendimento à Saúde da Mulher no Município de Porto Velho**" que reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis em nosso município e incorporando, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços nas práticas nos campos dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria na atenção ao pré-natal, no planejamento familiar, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e do tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/aids, na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e do câncer ginecológico.

A presente obra técnica caracteriza-se assim, por um conjunto de orientações consideradas necessárias para a tomada de decisão segura por parte dos profissionais de saúde inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), frente as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Velho em todos o seu ciclo de vida.

Sabedores que são nos espaços das UBS que surgem a maioria das demandas de necessidades de saúde deste grupo, este material concentra esforços e conhecimentos de um grupo de profissionais, tecnicamente habilitados na linha de cuidado da Saúde da Mulher, respeitando a lógica da Rede de Atenção à Saúde de Porto Velho e subsidiando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

O presente **Protocolo e Diretrizes de Atendimento à Saúde da Mulher no Município de Porto Velho** foi pensado na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA) através da Coordenação de Saúde da Mulher, especialmente para os trabalhadores do SUS local e objetivando fortalecer e garantir a efetividade e resolutividades da assistência prestada e contribuindo para que as mulheres de Porto Velho avancem nas suas conquistas, na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Marcuce Antonio Miranda dos Santos
Enfermeiro. Doutor em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Docente da União das Escolas Superiores de Rondônia (UNIRON) e Pesquisador do Observatório de Violência, Saúde e Trabalho (OBSAT-UNIR).

SUMÁRIO

PARTE 1 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA AS GESTANTES DE BAIXO RISCO 8

1.INTRODUÇÃO 9

1.2 Atribuições dos profissionais no pré-natal 9

1.3 Acolhimento e classificação de risco 12

1.4 Diagnósticos da Gravidez 16

1.5 Exames de Rotina Preconizados 17

1.6 Calendário de consultas 19

1.7 Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF) 20

1.8 Situações de risco gestacional que deve ser encaminhado para o centro de Referência em Saúde da Mulher 21

1.9 Necessidades nutricionais da gestante 22

1.10 Ultrassonografia de rotina 25

1.11 Colpocitologia oncótica e bacterioscopia da secreção vaginal 25

1.12 Fluxograma de referência e contra referência para pré-natal e parto 26

1.13 Referência e contra referência para as gestantes 26

1.14 Medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde utilizados por Enfermeiros e Médicos 27

1.15 FLUXOGRAMA DE MOLA HIDATIFORME 34

1.16. Esquema Vacinal 35

1.16.1 Imunização contra o tétano 35

1.16.2 Imunização contra Hepatite B 36

1.16.3 Vacina Contra Influenza (Fragmentada) 37

1.16.4 - Vacinação DTPa 37

PARTE 2 PERÍODO PUERPERAL 39

2.1 Consulta de puerpério 40

2.2 Diretrizes para consulta puerperal 40

2.3 Diretrizes avaliação do Recém-nascido 42

2.4 Aspectos legais e direitos na gestação 44

PARTE 3 PROTOCOLO DE DIREITO REPRODUTIVO NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMILIA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO 46

3.1 Planejamento Familiar 47

3.2 Adesão ao programa 48

3.3 Métodos de barreira 48

3.3.1 Preservativo masculino 48

3.3.2 Preservativo feminino 49

3.3.3 Protocolo para distribuição nas Unidades Básicas de Saúde 49

3.3.4 Diafragma 49

3.3.5 Dispositivo intrauterino 51

3.4 Métodos definitivos 53

3.4.1. Laqueadura tubária 54

3.4.2. Vasectomia 55

3.5 Anticoncepcionais hormonais 57

3.5.1 Anticoncepcional oral 57

3.5.2 Anticoncepção hormonal injetável 61

3.6 Anticoncepção de emergência 62

3.6.1 Tipos de composição 63

3.7 Fluxograma de atendimento para planejamento reprodutivo na Unidades de Estratégia de Saúde da Família de Porto Velho 65

PARTE 4 DIRETRIZES BÁSICAS PARA PREVEÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMILIA 66

4.1 Diretrizes básicas para prevenção do Câncer de Colo de Útero 67

4.2 Técnica de coleta 68

4.3 Situações especiais para coleta de PCCU 69

4.4 Conduta frente ao resultado 70

4.5 Fluxograma de atendimento 70

4.5.1 - Encaminhamentos para atenção secundária de saúde Centro de Referência Saúde da Mulher. **70**

4.6 Diretrizes básicas para prevenção do Câncer de mama **71**

PARTE 5 CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS **77**

PARTE 6 ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO **83**

PARTE 7 ATENDIMENTO A MULHER EM ABORTAMENTO **88**

PARTE 8 ACOLHIMENTO A MULHER VITIMA DE VIOLÊNCIA **92**

PARTE 9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO **99**

PARTE 10 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL **104**

REFERÊNCIAS91

ANEXOS **108**

ANEXO I – Ficha de cadastramento SISPRENATAL **109**

ANEXO II – Ficha de consulta puerperal SISPRENATAL **110**

ANEXO III – Ficha de desfecho de SISPRENATAL **111**

ANEXO IV – Formulário de encaminhamento para atendimento no Centro de Referencia Saúde da Mulher **112**

ANEXO V- Consentimento informado para contracepção cirúrgica **113**

ANEXO VI – Formulário Consulta da Mulher **115**

ANEXO VII – Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero **117**

ANEXO VIII – Requisição de mamografia **119**

ANEXO IX- Ficha de investigação de óbito materno **121**

ANEXO X- Ficha de investigação de óbito em mulheres em idade fértil –MIF **133**

ANEXO XI – Ficha de Notificação/Investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências **135**

ANEXO XII – Nota Técnica Pré-Natal do Papai **136**

ANEXO XIII – Ficha de Referência e Contra-referência **138**

P A R T E I

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA AS GESTANTES DE RISCO.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, o Brasil avançou na melhoria da atenção e assistência ao parto e nascimento, decorrente de uma série de esforços e incentivos do governo e da sociedade. Entretanto, a redução da morbimortalidade materna e infantil continua a ser um desafio para o País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito as ações dos serviços de saúde, entre eles a Atenção Primária (BRASIL, 2012).

De acordo com a Organização Mundial Saúde (OMS), o pré-natal deve ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos (as), enfermeiros (as), nutricionistas, técnicos (as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais.

No âmbito da mudança das necessidades vivenciadas pela população Brasileira, promoveu o lançamento em 2011 da Rede Cegonha, uma ação do Ministério da Saúde, em conjunto e pactuado nas Comissões Intergestoras que visa ampliar a acessibilidade e qualidade da atenção à saúde através da construção e solidificação das redes de cuidados, que garantam aos homens, mulheres, e adolescentes o direito à saúde sexual e reprodutiva nas várias linhas de cuidados, bem como uma atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento sem violência, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2012b).

O profissional de saúde responsável pela primeira consulta deverá fazer o cadastramento da mulher no **SISPRENATAL WEB** e preencher a caderneta da gestante corretamente, tanto na primeira consulta quanto nas subsequentes que tenham sido realizadas por ele. O profissional médico(a), deverá também fazer o preenchimento adequado da caderneta, visando garantir a qualidade das informações a respeito do atendimento à gestante. O fluxograma e o protocolo que se segue servem para o manejo, acompanhamento e tratamento realizados por médicos e enfermeiros das Unidades Saúde da Família, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

A gestante, embora seja considerada como de baixo risco, deverá ter seu atendimento garantido e suas consultas realizadas tanto pelo profissional enfermeiro, quanto pelo profissional médico.

1.2 Atribuições dos Profissionais no Pré-Natal

Agente Comunitário de Saúde

- Realiza visitas domiciliares, identificando gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene sanitária; amamentação e vacinação;

- Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar o enfermeiro ou o médico de sua equipe caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;
- periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e Deve avisar o médico, ou o enfermeiro, no caso de adolescente, sobre a não aceitação da gravidez pela adolescente ou por sua família;
- Orienta sobre a tratamento;
- Realiza a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subsequentes;
- Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Verifica o peso, a altura e a pressão arterial e anota os dados no cartão da gestante;
- Verificar e realizar o cadastro das gestantes no SISPRENATAL;
- Conferir as informações preenchidas na caderneta da gestante;
- Fornece medicação, mediante receita médica, ou medicamentos padronizados para o programa;
- Aplica vacinas;
- Participa/ realizar das atividades educativas.
- Realizar a primeira classificação de risco para identificar possíveis sinais de alarme;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre direito reprodutivo.

Enfermeiro (a)

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a do médico;
- Realiza cadastramento no SISPRENATAL web e preenchimento da caderneta da gestante;
- Solicita exames de rotina e teste rápido, orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico ou unidade de referência de alto risco;

- Realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera etc.;
- Realiza visita domiciliar, quando for o caso;
- Fornece a caderneta da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realiza coleta de exame citopatológico e exame clínico da mama.

Médico (a)

- Realiza consulta de pré-natal, intercalando com o (a) enfermeiro(a);
- Realiza cadastramento no SISPRENATAL web e preenchimento da caderneta da gestante;
- Solicita exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas e operacionais;
- Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza coleta de exame citopatológico e exame clínico das mamas;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participar/realizar de grupos de gestantes e visita domiciliar quando for o caso;
- Atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário.

Cirurgião-Dentista

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação;
- Verificar o fornecimento da caderneta da gestante e preencher as informações das consultas e tratamento odontológicos;
- Solicita exames e orienta tratamento caso necessário;
- Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco; Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza consulta odontológica de pré-natal;
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Participa/realizar de grupos de gestantes e visita domiciliar quando for o caso;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placas, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventiva.
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observado os cuidados indicados em cada período da gestação e encaminhar se necessário para os CEO.

- Orientar as gestantes e sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal.
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança.
- Realizar atendimento e orientações no puerpério

1.3 Acolhimento e Classificação de Risco

O acolhimento é uma ferramenta técnico assistencial que propõem a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros de tecnologias leves, humanitárias e de solidariedade, visa operacionalizar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram o serviço de saúde, partindo da escuta qualificada e dar resolutividade mais adequada ao problema exposto, por tanto o acolhimento não é um espaço ou um local, mais uma postura ética e solidária. Não se constitui como apenas uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção a saúde.

O acolhimento da gestante implica na responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta ativa, possibilitando a criação do vínculo e da avaliação de vulnerabilidade conforme contexto social.

As gestantes anseiam em compartilhar suas experiências e obter ajudas em suas ânsias. Com isto a assistência ao pré-natal torna se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões únicas para cada mulher e seus familiares, aparecendo de forma individualizada mesmo às que já possui mais filhos.

Os diálogos abertos e francos, a sensibilidade e a capacidade de percepção dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que seja colocado á disposição da mulher e de seu parceiro/ família como atores principais da gestação e do parto.

Os diálogos abertos e francos, a sensibilidade e a capacidade de percepção dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que seja colocado á disposição da mulher e de seu parceiro/ família como atores principais da gestação e do parto.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação das gestantes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e se baseia nos seguintes dados:

1. Situação/ queixa/ duração – QPD;
2. Breve Histórico-relato pela própria gestante, familiar ou testemunha;
3. Uso de medicação;
4. Verificação de sinais vitais;
5. Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
6. Verificação da glicemia.

OBS: A CARACTERIZAÇÃO DE UMA SITUAÇÃO DE RISCO, TODAVIA, NÃO IMPLICA NECESSARIAMENTE A REFERÊNCIA DA GESTANTE PARA ALTO RISCO. AS SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM FATORES CLÍNICOS MAIS RELEVANTES (RISCO REAL) E/OU FATORES EVITÁVEIS QUE DEMANDEM INTERVENÇÕES COM MAIOR DENSIDADE TECNOLÓGICA DEVEM SER NECESSARIAMENTE REFERENCIADAS.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis de prioridade: Ficha em Anexo XIV

- ALTO RISCO – 10 OU + PONTOS: prioridade zero, urgência, necessitam de atendimento imediato e encaminhamento.

1. Síndrome Hemorrágica (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, independente da dilatação cervical e da idade gestacional);

2. Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria;

3. Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestante hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;

Atenção - Edema não é mais considerado critério de diagnóstico.

4. Eclâmpsia - Crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia;

5. Crise Hipertensiva (PA > 160 X 110);

6. Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal, em pequena ou em quantidade, mas de forma persistente podendo se observado no exame especular ou manobra de Valsalva e elevação de apresentação fetal;

7. Isoimunização Rh;

8. Anemia grave (hemoglobina < 8);

9. Trabalho de parto prematuro (contração e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);

10. IG a partir de 41 semanas confirmadas;

11. Hipertermia (Tax > 37,8º C) na ausência de sinais ou sintomas de IVAS:

12. Suspeita/ diagnóstico de abdome agudo em gestante;

13. Suspeita de **trombose venosa profunda (dor em membro inferior, edema localizado e/ ou varicosidades aparentes)**;
14. Suspeita/ diagnóstico de pielonefrite;
15. Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico, menos de 20 semanas;
16. Vômito Inexplicável no 3° trimestre;
17. Restrição de crescimento intrauterino;
18. Oligodrâmnio;
19. Abortamento – 3 episódios de abortamento consecutivo;
20. Gemelaridade;
21. Malformação fetal ou arritmia fetal.

RISCO MÉDIO – 5 A 9 PONTOS: Atender em no máximo 30 minutos, reavaliar periodicamente podem indicar encaminhamento ao alto risco.

1. Cardiopatias;
2. Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
3. Nefropatias graves (insuficiência renal crônica e em casos de transplante);
4. Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
5. Doenças Hematológicas (doença falciforme e talassemia);
6. Hipertensão crônica: paciente que faz uso de hipertensivo;
7. Doenças Neurológicas;
8. Doenças Psiquiátricas;
9. Doenças auto-imune;
10. Alterações genéticas maternas;
11. Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais);
12. Toxoplasmose, hepatites, infecção por HIV;
13. Hanseníase;
14. Tuberculose;
15. Dependência de drogas;
16. Infecção urinária, mais de 3 episódios;
17. NCI III e bi-rads III– encaminhar para oncologista;
18. Obesidade mórbida e ou baixo peso, encaminhar ao nutricionista;
19. Infecção por Rubéola.

- BAIXO RISCO ATÉ 4 PONTOS: Pouco urgente. Atender informar expectativa do tempo de atendimento e remarca conforme calendário de consulta.

1. Idade menor que 15 anos e maior do que 35;
2. Ocupação esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
3. Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
4. Situação conjugal insegura;
5. Baixa escolaridade;
6. Condições ambientais desfavoráveis;
7. Altura menor do que 1,45 m;
8. IMC que evidencie baixo peso, sobre peso ou obesidade;
9. Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
10. Macrossomia fetal;
11. Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
12. Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior que cinco anos;
13. Nuliparidade ou multiparidade;
14. Cirurgia uterina anterior;
15. Três ou mais cesarianas;
16. Ganho ponderal inadequado;
17. Infecção urinária;
18. Anemia.

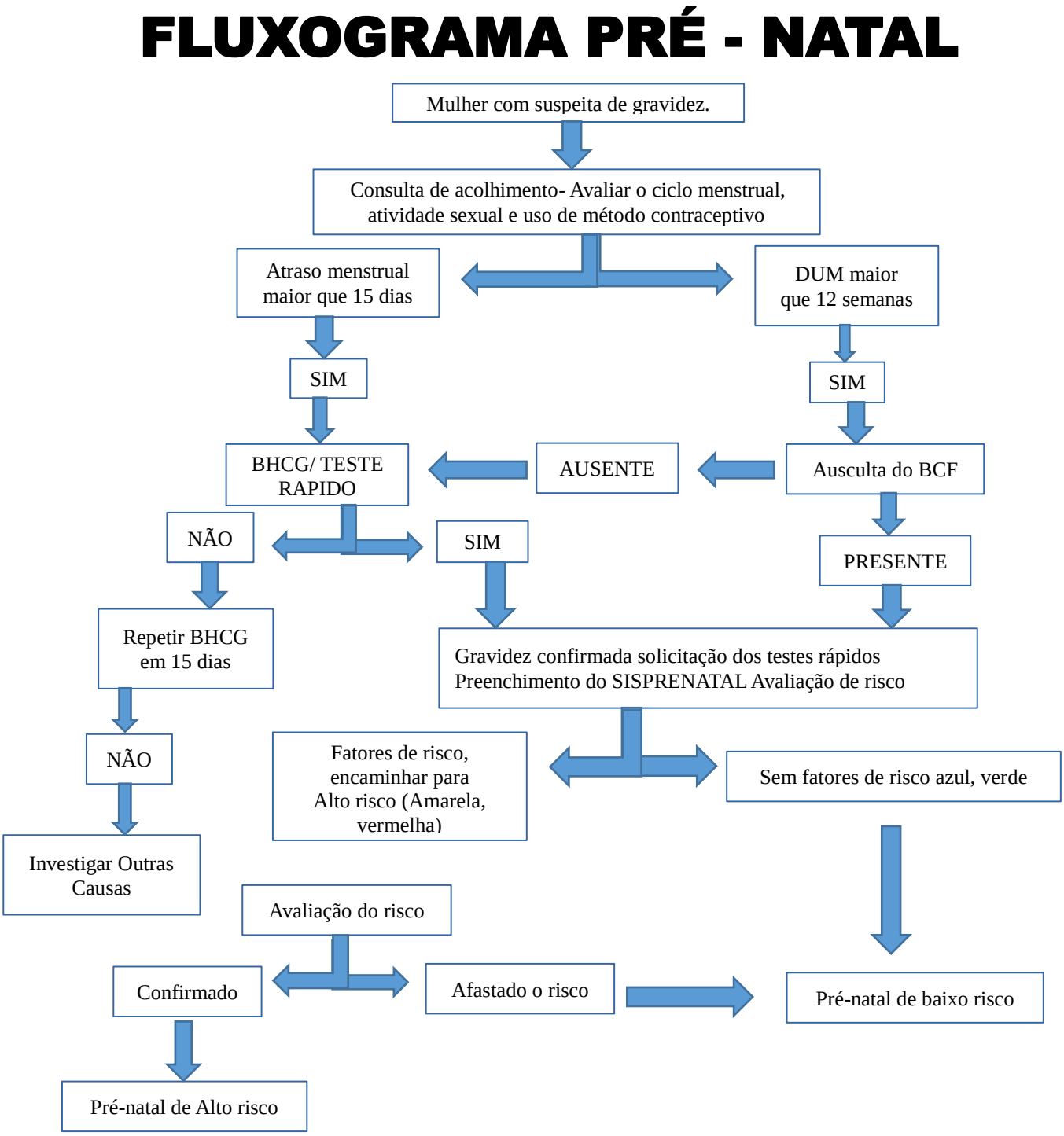
- Não urgente. Atender em até 4 horas e por ordem de chegada avaliando o tempo de gestação. Esses pacientes continuaram como gestante de baixo risco.

1. Queixas sem alterações agudas;
2. Procedimentos como: trocas ou requisição de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, atestado médico.
3. Demais situações não enquadradas anteriormente.

OBS.: Essas usuárias devem receber atendimento e, quando necessário, ser encaminhadas para assistente social para acompanhamento pelo NASF.

1.4 Diagnósticos da Gravidez:

O diagnóstico da gravidez poderá se dar através de cinco modos: sinais e sintomas de presunção, sinais de probabilidade, sinais de certeza, diagnóstico laboratorial e/ou ultrassonográfico.



O SISPRENATAL WEB

O referido Sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento e monitoramento da qualidade da assistência ao pré-natal desenvolvida pelos profissionais de saúde do município.

Constatada a gravidez, o profissional de saúde que realizou a primeira consulta médico ou enfermeiro, deverá preencher o cadastro do SISPRENATAL WEB (ANEXO I) e a ficha de acompanhamento em cada consulta realizada, assim como a ficha de consulta puerperal e ficha de desfecho (ANEXO II E III).

1.5Exames de Rotina Preconizados

1ª Consulta (o mais precoce possível, preferencialmente antes da 12ª semana de gestação):

1. Tipagem Sanguínea;
2. Glicemia de jejum;
3. Coombs indireto (se for Rh negativo);
4. Teste rápido de triagem para sífilis;
5. Teste rápido diagnóstico Anti-HIV;
6. Sorologia para Toxoplasmose IgG e IgM;
7. Teste rápido de hepatite B e C
8. Hemograma Completo;
9. Bacterioscopia de secreção vaginal;
10. Sumário de urina (caso apresente sinais de infecção tratar e solicitar urocultura de 7 a 10 dias após tratamento);
11. Citopatológico de colo de útero;
12. Parasitológico de fezes;
13. Ultrassom obstétrico;
14. Eletroforese de hemoglobina (gestantes negras, com antecedentes familiares de anemia falciforme ou histórico de anemia crônica);
15. Gota espessa – pesquisa de *Plasmodium*.
16. Primeira consulta odontológica.

2º Trimestre de gestação:

1. Teste oral de tolerância a glicose com 75 g;
2. Hemograma Completo;

3. Sumário de urina (caso apresente sinais de infecção tratar e solicitar urocultura de 7 a 10 dias após tratamento);

4. VDRL;

5. Gota espessa – pesquisa de *Plasmodium*;

6. Teste rápido de proteinúria - OBS.: Caso haja necessidade, o teste poderá ser realizado em qualquer trimestre da gestação.

7. Consulta odontológica.

3º Trimestre de gestação:

1. Hemograma Completo;

2. VDRL;

3. Glicemia de jejum;

4. Anti-HIV;

5. HBsAg;

6. Sumário de urina (caso apresente sinais de infecção tratar e solicitar urocultura de 7 a 10 dias após tratamento).

7. Ultrassom obstétrico;

8. Bacterioscopia de secreção vaginal;

9. Sorologia para Toxoplasmose IgG e IgM;

10. Parasitológico de fezes;

11. Gota espessa – pesquisa de *Plasmodium.*

12. Consulta odontológica.

Exames Especiais

1. Contagem de Plaquetas;

2. Dosagem de ureia sérica;

3. Ultrassom Obstétrico com Doppler;

4. Dosagem de ácido úrico sérico;

5. Dosagem de creatinina sérica;

6. Eletrocardiograma;

7. Cardiotocografia;

8. Ultrassom Morfológica;

9. Rubéola - solicitar apenas em gestantes com sintomatologia;

10. Avidez para Toxoplasmose.

Observação:

- Exames complementares que se fizerem necessários poderão ser solicitados também pelo profissional enfermeiro.

1.6 Calendário de Consultas

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função:

- Da idade gestacional na primeira consulta;
- Dos períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação;
- Dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações;
- Dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela aos mesmos.

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número **mínimo de seis consultas**, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, **uma** consulta com o odontólogo. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal, sendo imperiosa a avaliação da vitalidade fetal através da verificação do BCF (batimento cardiofetal).

QUADRO 1 – Calendário de Consultas

Consultas	**Até 28° semanas**	**Da 28° a 36°semanas**	**Da 36° a 41°semanas**
Mensalmente			
Quinzenalmente			
Semanalmente			

Fonte: Brasil, 2012.

Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser encaminhada para Maternidade Municipal Mãe Esperança.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a segunda consulta puerperal e esta deve ser informada **O** no SISPRENATAL web.

A norma técnica de 10 de novembro de 2014 estabelece a implantação da estratégia PRÉ-NATAL DO PAPAI (ANEXO XII) nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, por meio das Equipes de Estratégia Saúde da Família. A inclusão dos parceiros sexuais das gestantes, nas consultas de pré-natal é uma estratégia importante que garante uma orientação adequada ao casal e com isso diminui maiores danos.

1.7 Método de Registro Diário de Movimentos Fetais (RDMF)

A avaliação e registro dos movimentos fetais, também conhecido como mobilograma, é realizado pela gestante a partir da 34ª semana orientada pelo profissional de saúde será realizado diariamente até no máximo de uma hora, se ela registra seis movimentos ou mais em menos de uma hora não precisa completar o tempo.

Informações para a gestante de como realizar o RDMF.

a) Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;

b) Alimentar-se previamente ao início do registro;

c) Sentar-se com a mão no abdome;

d) Registra os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro. Se não sentir seis movimentos, deverá repetir o procedimento, não constatando movimentos procurar imediatamente a unidade de saúde mais próxima de sua residência.

Obs.: Considera se como inatividade fetal o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

Quadro 2 – para registro dos movimentos fetais da gestante

Dia	Horário de início	Movimentos Fetais						Horário de Término.
		1	2	3	4	5	6	

Fonte: Caderneta da gestante 2014, pag.: 08.

O projeto “Mãe Coruja” é uma iniciativa da Maternidade Municipal Mãe Esperança que, tem como objetivo principal assegurar o acesso às gestantes do terceiro trimestre, bem como seus parceiros e/ou acompanhantes no reconhecimento da ambiência dos setores da maternidade. As visitas devem ser previamente agendadas pelo telefone (3901-2838), conforme disponibilidade da unidade.

1.8 Situações de risco gestacional que deve ser encaminhado para o Centro de Referência em Saúde da Mulher

Com o objetivo de humanizar o atendimento prestado às mulheres no ciclo gravídico puerperal e visando a redução da morbimortalidade materno-infantil, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível, e garantir sua consulta no Centro de Referência para gestação de alto risco.

As gestantes que estão em acompanhamento no pré-natal de alto risco, podem e devem continuar seu acompanhamento também nas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Listagem de diagnósticos que deverão ser encaminhados para o serviço de alto risco:

A) HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA:

- **MEDIDAS CONSECUTIVAS QUE SUGIRA QUADRO DE HIPERTENSÃO;**
  Obs.: não encaminhar com uma medida isolada;
- **EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE PROTEINÚRIA;**
- **QUALQUER CRITÉRIO DE PRÉ-ECLÂMPSIA;**

B) DIABETES GESTACIONAL:

Obs.: Glicemia de jejum com valor maior que 90 mg/ dl encaminhar.
Acima de 86 mg/dl deverá solicitar o TOTG com 75 mg de glicose;

- **HIPERTIROIDISMO E HIPOTIREOIDISMO;**

C) HISTORIA OBSTÉTRICA DE:

- **Abortamento de repetição (três ou mais);**
- **Antecedente de natimorto sem causa determinada;**
- **Antecedentes de óbito perinatal;**
- **RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO;**
- **POLIDRÂMNIO OU OLIGODRÂMICO;**
- **GESTAÇÕES MÚLTIPLAS;**
- **CARDIOPATIAS MATERNAS;**
- **ASMA BRÔNQUICA;**
- **TOXOPLASMOSE: Usuárias com IgM positivo o médico deverá iniciar profilaxia para toxoplasmose com Espiramicina, em gestante de até 29° semanas na dose de 1g oral até o fim da gestação, após a 29ª semana institui-se a Pirimetamina 25mg + sulfadiazina 1.500mg de 12/12 horas + ácido fólico 10mg/dia, solicitar ultrassom morfológico até 24 semanas de IG. Teste com alta avidez suspender tratamento e dar seguimento ao pré-natal de baixo risco.**

- **ANEMIA SEVERA COM HEMOGLOBINA MENOR QUE 8 g/dL;**
- **ANEMIA FALCIFORME E TALASSEMIA;**
- **ALTERAÇÕES GENÉTICAS MATERNAS;**
- **NEUROPATIA GRAVE;**
- **ANTECEDENTE DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA OU EMBOLIA PULMONAR;**
- **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E TRANSPLANTADA;**
- **EPILEPSIA;**
- **SÍFILIS: Encaminhar somente os casos de sífilis terciária,** proceder tratamento habitual conforme o protocolo do ministério da saúde de abordagem sindrômica, caso Ultrassom revele malformação fetal, proceder o encaminhamento ao alto-risco;
- **HEPATITE B:** Encaminhar todos os casos de HBsAg positivos;
- **HEPATITE C:** Casos positivos devem ser encaminhados para acompanhamento no alto risco.
- **PACIENTES COM CONDILOMA: Apenas para fazerem a cauterização e retornarão a atenção básica.**
- **PACIENTES COM EXAME HIV POSITIVO;**
- **HANSENÍASE: Apenas em gestante que tiveram reação adversas às drogas da PQT/OMS, são encaminhadas;**
- **TUBERCULOSE: apenas os casos de meningoencefalite tuberculosa, coinfecção com HIV, falência ao esquema básico, resistência ou intolerância às drogas.**
- **ALCOOLISMO;**
- **ISOIMUNIZAÇÃO:** PACIENTES RH NEGATIVO COM PARCEIROS RH POSITIVOS, **DEVERÃO SER ENCAMINHADAS APENAS SE COOMBS INDIRETO ALTERADO;**
- **MALFORMAÇÕES FETAIS;**
- **PSICOSES;**
- **LÚPUS;**
- **MALÁRIA:** Ser tratada, considerando a idade gestacional, **deverá ser encaminhada quando a densidade parasitária for alta** (+++) **presença de esquizontes no sangue periférico materno, icterícia ou sangramento, contrações uterinas, sangramento vaginal, amniorrexe, diminuição dos movimentos fetais. Verificar recomendação do ministério da saúde para os prescritores**.

1.9 Necessidades Nutricionais da Gestante

As necessidades nutricionais da gestante são dependentes da idade, estatura, peso e estado patológico. Considerando-se uma gestante saudável e com peso normal, devemos tomar algumas recomendações:

- **Necessidades energéticas:** O consumo de calorias deve ser aumentado em 300 kcal/dia, a partir do 4º mês gestacional. Vale a pena lembrar que os alimentos integrais contém, aproximadamente, 3 vezes mais vitaminas e minerais se comparados aos convencionais. **Dica:** Dê preferência por lanches saudáveis entre as refeições, como frutas frescas, castanhas, sementes oleaginosas, frutas com cereais, cereais matinais, mingaus.

- **Necessidades de proteínas:** Devem ser aumentadas em 8 gramas/dia, pois contribuem para o desenvolvimento e crescimento dos tecidos. **Dica:** Três partes de arroz para 1 parte de feijão ainda é a melhor combinação para se equilibrar os aminoácidos. Dê preferência à proteína de origens vegetais, encontradas em diversas leguminosas (soja e derivados, levedo de cerveja, lentilha, feijão, ervilha, etc.). Limite o consumo de proteína animal a 30% das necessidades proteicas.

- **Necessidade de minerais**: Os minerais têm um papel muito importante durante a gestação. Cada um deles possui sua característica e recomendações específicas:

  - **Ferro**: As necessidades de ferro ocorrem pela expansão do volume plasmático sanguíneo e transporte ativo de Ferro para o feto através da placenta. A carência pode causar má absorção de vitamina D, baixo peso ao nascer e anemia. Recomendação nutricional: Acréscimo de 30 a 60 mg/dia. **Fontes:** levedo de cerveja, ervilha, lentilha, ameixa, aveia (flocos), cereais integrais, carnes, miúdos, vegetais verdes escuros, araçá, azeite de Dendê, bacuri, buriti, carambola, caruru ou bredo, castanha do Brasil, coentro, cupuaçu, dendê, feijão-de-corda, gergelim, jambu, jenipapo, mangaba, pitanga, pupunha, taperebá, vinagreira. **Dica 1**: Consumir frutas ou sucos cítricos, após as refeições para aumentar a absorção de Ferro. **Fonte:** Abacate, Abacaxi, Abiu, Açaí, Acerola, Araçá, Azedinha, Bacuri, Batata-doce, Bertalha, Buriti, Cacau, Cajarana, Cajú, Camu-camu, Carambola, Castanha do Brasil, Coentro Cupuaçu, Dendê, Goiaba, Graviola, Ingá, Jabo

  - ticaba, Jambo, Jambu, Jenipapo, Jerimum, Laranja, Limão, Mandioca, Mamão, Manga, Maracujá, Morango, Pupunha, Taperebá, Vinagreira. **Dica 2**: Não consuma leite e seus derivados (iogurte, coalhada, pudins, sobremesas com leite), mate, chá-preto, café, achocolatados e cereais integrais, junto ou após as refeições principais (almoço e jantar), pois estes alimentos contêm substâncias que inibem a absorção do ferro. Estes alimentos podem ser substituídos pela cevada torrada e moída, que pode ser consumida quente como café ou gelada como chá.

  - **Cálcio**: Assim como o ferro, há necessidade de suplementação atenciosa. **Recomendação nutricional**: Acréscimo de 400 mg/dia. **Fontes**: Gergelim integral, vegetais verde-escuros, leite e derivados, buriti, caruru ou bredo, castanha do Brasil, coentro, jambu, vinagreira.

- **Fósforo**: Assim como o cálcio, o fósforo é responsável pela formação e manutenção dos ossos e dentes. **Recomendação nutricional**: Acréscimo de 400 mg /dia. **Fonte**: Gérmen de trigo, castanha do Pará, castanha de caju, farelo de aveia, soja e derivados, trigo em grão, gergelim, semente de girassol, ou ainda leite e derivados, vísceras, carnes vermelhas, ovos, aves e peixes.
- **Zinco:** É de extrema importância para gestação, pois contribui para o crescimento, reprodução e bom funcionamento celular. Este mineral participa no desenvolvimento do paladar e olfato. Recomendação nutricional: 3 mg/dia. Fonte: Leite materno, cereais e grãos integrais.
- **Iodo**: A carência leva a diminuição da função da glândula tireoide, reduzindo a produção dos hormônios T3 e T4, resultando em retardo físico e mental. **Recomendação nutricional:** 25 mg/dia. **Fonte:** Sal, peixes e frutos do mar.

- **Necessidade de vitaminas:** Todas as vitaminas hidrossolúveis e lipossolúveis (E, K, D, A) são essenciais ao metabolismo e crescimento do organismo. Fonte: Gérmen de trigo, soja e derivados, arroz integral, levedo de cerveja, cereais integrais em geral, frutas, verduras e legumes.
  - **O Ácido fólico ou folato:** merece destaque, por ser uma vitamina que intervém na formação, desenvolvimento e crescimento dos tecidos, em especial do tubo neural do embrião (futura medula espinhal e cérebro), além de prevenir anemia gestacional a partir da 20ª semana de gestação, quando associado com o sulfato ferroso. Sua recomendação nutricional é de 0,22 mg/dia. **Fonte:** Ervilha seca, feijão, espinafre, beterraba, brócolis, alface, couve-flor, gema de ovo, fígado, peixes, gérmen de trigo.
- **Necessidade de Fibras:** A gestante possui a tendência a obstipação, pelo aumento do tamanho do útero que passa a pressionar o intestino, por isso, deve-se investir no consumo de aditivos ricos em fibras. **Fonte:** Cereais e grãos integrais, aveia, ameixa seca, abiu, açaí, araçá, ária, bacuri, castanha do Brasil, goiaba, piquiá, pupunha, sapota, sorva, tucumã, uxi, verduras e legumes. **Dica:** Coloque uma colher (sopa) de trigo em grão em 1 copo de água fervente em garrafa térmica e deixe cozinhar durante a noite. Pela manhã junte os grãos de trigo com frutas secas, ameixa, passas e castanha do Pará, adicione mel e consuma como cereal matinal.
- **A importância do ferro e cálcio na alimentação:** a anemia ferropriva atinge 80% das gestantes, pois durante a gestação, o feto absorve consideravelmente o ferro e o folato da mãe. Esse mesmo mecanismo ocorre em relação ao cálcio. Assim sendo, utilize-se de alimentos que contenham estes minerais de maneira farta.
- **Álcool, fumo e suas consequências:** O consumo de álcool e fumo, além de favorecer a anemia megaloblástica, estão relacionados com o retardo no crescimento intrauterino.

Quadro 3 – Ganho de peso para gestantes conforme o estado nutricional inicial

Estado Nutricional (IMC)	**Ganho de Peso Semanal (Kg) no 2º e 3º Trimestre**	**Ganho de Peso Total (Kg)**
Baixo Peso (< 18,5 kg/m²)	0,5 (0,44 - 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 - 24,9 kg/m²)	0,4(0,35-0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 - 29,90 kg/m²)	0,3 (0,23-0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (>= 30 kg/m²)	0,2 (0,17 - 0,27)	5,0 - 9,0

Fonte: Brasil, 2012.

Obs.: O ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 - 2,0 kg).

1.10Ultrassonografias de rotina

O Ministério da Saúde estipula através do SISPRENATAL web a solicitação obrigatória da ultrassonografia obstétrica na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre.

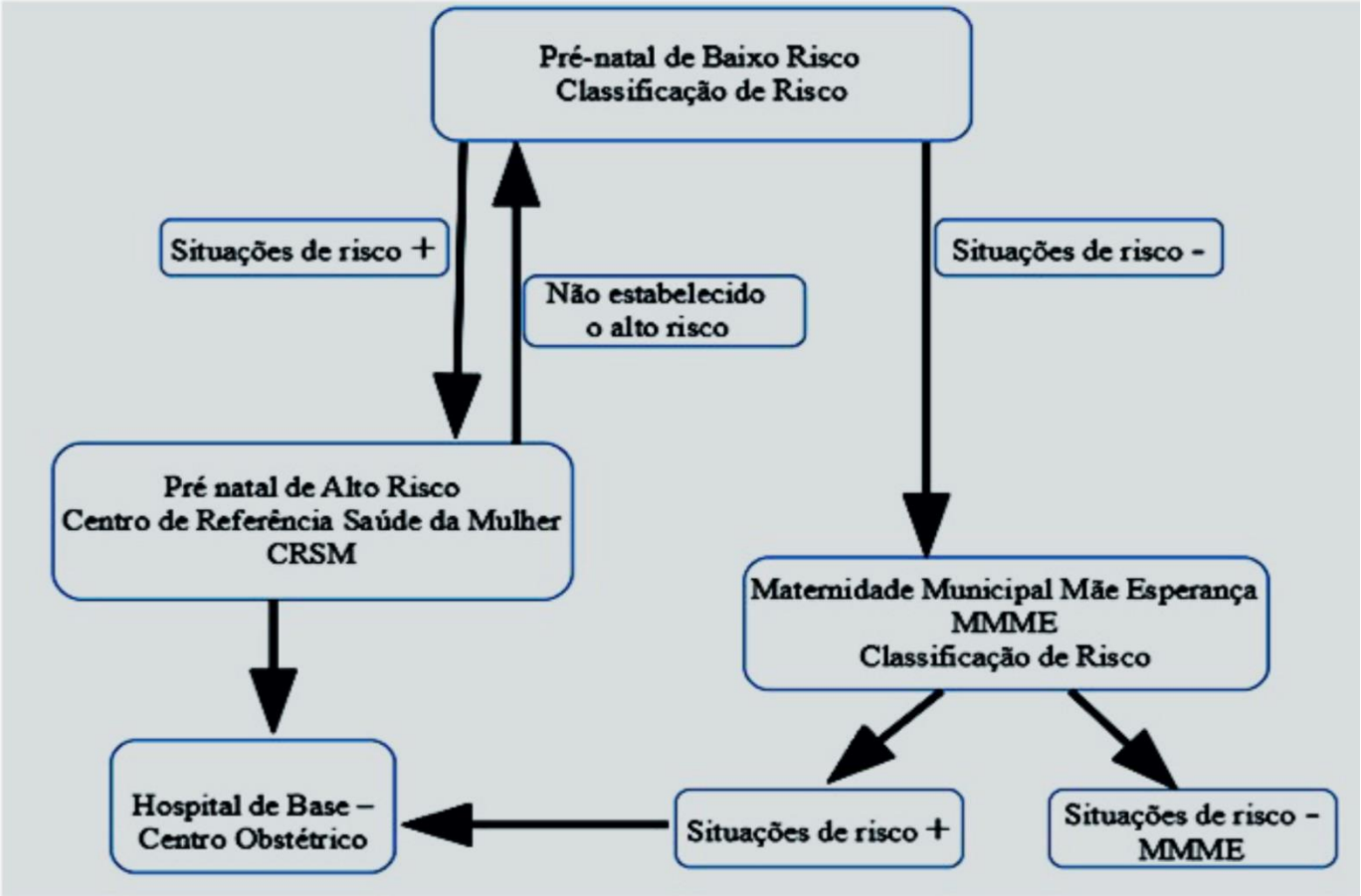
1.11 Colpocitologia oncótica e bacterioscopia da secreção vaginal

A bacterioscopia deverá ser realizada em todas as gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestre, principalmente em gestantes com antecedentes de prematuridade a fim de se obter menor incidência de trabalho de parto prematuro, endometrite pós-parto e conjuntivite neonatal**.**

A citologia oncótica deve ser realizada em qualquer idade gestacional, a coleta endocervical fica a critério do profissional de saúde.

1.12 Fluxogramas de referência e contrarreferência para pré-natal e parto

Unidade Básica de Saúde



1. 13 Referências e contrarreferência para as gestantes

- Gestante encaminhada da UBS para o CRSM:

Já deverá sair da unidade com a data da sua consulta, no CRSM, agendada pela direção e com cadastro do SISPRENATAL web. A gestante deverá necessariamente continuar sendo acompanhada também pela UBS.

- Centro de Referência em Saúde da Mulher:

A assistente social deverá entrar em contato com a unidade de saúde que encaminhou a gestante, e comunicar caso a mesma tenha faltado no dia da consulta, para que a unidade faça a busca ativa da mesma e continuar o preenchimento de acompanhamento da gestante SISPRENATAL web.

Caso não sejam estabelecidos critérios para o acompanhamento no alto risco, a gestante receberá alta do CRSM e continuará realizando o seu pré-natal na UBS.

Toda gestante acompanhada no Centro de Referência Saúde da Mulher, quando estiver com sintomas e/ou sinais de trabalho de parto deverá ser encaminhada para a Maternidade Municipal Mãe Esperança onde será realizada a classificação de risco para referenciar o local do parto.

- Gestante encaminhada da USF para a Maternidade Municipal:

O profissional que atender a gestante na USF, deverá identificar os sinais sugestivos de início de trabalho de parto e fazer o encaminhamento da gestante sem complicações, em caso de trabalho de parto eminente, chamar o SAMU para realizar o transporte da gestante para a MMME.

- Gestante admitida da MMME

O profissional que atender a gestante, realizará a classificação de risco, caso haja necessidade de suporte de alta complexidade a usuária deverá ser encaminhada para o Centro obstétrico do HBAP. Em caso de baixo risco admitir a usuária na MMME dando seguimento aos procedimentos para o parto.

1.14 Medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, utilizados por Enfermeiros e Médicos no atendimento Pré-Natal

ATENÇÃO - em casos de queixas mais frequentes na gestação, como náuseas, síncope, aumento da secreção vaginal entre outras, ver orientações não medicamentosas na caderneta da gestante, páginas 16 e 17.

ÊMESE

Antieméticos orais:

a) Metoclopramida: 10 mg de 4/4 h;

b) Dimenidrato: 50 mg de 6/6 h.

Observação: Apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados, restringindo o uso de medicações no pré-natal.

PREVENÇÃO DA ANEMIA

- Ferro Elementar: 40 mg/dia (1 comprimido de sulfato ferroso);

- Ácido Fólico: 5 mg/dia.

A partir das 12 semanas e mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses.

ANEMIA LEVE A MODERADA*

- Ferro Elementar: 120 a 240 mg/dia (3-6 comprimidos de sulfato ferroso/dia);

*Solicitar Parasitológico de Fezes.

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dl (OMS, 1974).

- **Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl**: **diagnóstico de anemia leve a moderada**. Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240 mg de ferro elementar/dia), de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das principais refeições.

  OBS: Repetir o exame com 60 dias, se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser mantida a dose de 40 mg/dia. Repetir o exame na 30ª semana, caso persista o valor ou diminua, encaminhar ao pré-natal de alto-risco.

ANEMIA GRAVE

- Encaminhar para o Pré-Natal de alto-risco.

SIFÍLIS

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *T. pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas.

A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (por volta de 60%) nos estágios iniciais (primaria, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), com transmissão de até 80%. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal.

Manifestações clínicas da sífilis adquirida e sífilis na gestação

Sífilis primária	**Sífilis secundária**	**Sífilis latente tardia**	**Sífilis terciária**
É caracterizada por uma úlcera no local de entrada da bactéria, geralmente única, indolor, com base endurecida e fundo limpo. Denominada cancro duro. Pode durar entre duas a seis semanas e desaparece de forma espontânea, independente do tratamento.	Os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas e /ou pápulas, tronco, lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, febre, mal estar, cefaléia, linfadenopatia.	Não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis. É dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Quando não for possível inferir a duração da infecção, trata-se como sífilis latente tardia.	Pode surgir entre 10, 20 ou mais anos após a infecção primária. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, formação de gomas sifilíticas na pele, as lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatal.

Fonte: Protocolo Clinico e Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Infecção Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, 2015.

MÉTODOS PARA O DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIA NA GESTAÇÃO

Testes imunológicos: os mais utilizados dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos.

A - Teste treponêmico: os testes rápidos são práticos e de fácil execução. São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanece positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

B – Teste não treponêmico: mais comumente utilizado é o VDRL, permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento. Nas fases tardia da doença são esperados títulos baixos, nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada.

C - Notificar: a notificação é compulsória e obrigatória, a sífilis em gestante desde 2005 e a sífilis adquirida desde 2010 e a sífilis Congênita desde 1986.

Com objetivo de aprimorar a vigilância epidemiológica, o MS revisou a definição de casos de sífilis em gestante e adquirida. **(Nota Informativa Nº 2-SEI/2017).**

Tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, o quadro apresenta um resumo dos esquemas terapêuticos utilizados para sífilis.

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa
Sífilis primária, secundária e latente recente (menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 15 dias (exceto gestante). Ou Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia (mais de um ano de evolução) ou duração ignorada e ou terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões.	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 30 dias (exceto gestante) Ou Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Neurossifilis	Penicilina cristalina 18–24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada de 3-4 milhões UI, a cada 4 h ou infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x dia, por 10 a 14 dias.

Fonte: DDAHV/SVS/MS

2. **Obs.:** Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona, no entanto,

considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínico e laboratorialmente, conforme o PCDT/MS/2015.

Corrimento uretral

As uretrites são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), caracterizada por inflamação da uretra acompanhada de corrimento. Os agentes microbianos podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. A gonorreia é frequentemente assintomática em mulheres e também ocorre na faringe e no reto. O período de incubação é cerca de dois a cinco dias após a infecção. A síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação compulsória. De acordo com Nota Informativa Nº 6-SEI/2017/MS o tratamento passa a ser constituído pela terapia dupla de ceftriaxona 500 mg intramuscular associada à Azitromicina 1 g (VO) em dose única.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: CISTITE*

- Cefalexina (2 g/dia): 1 drágea de 500 mg de 6/6 hs, de 7 a 10 dias; OU
- Amoxicilina (1,5 g/dia): 1 comprimido de 500 mg de 8/8 hs, de 7 a 10 dias; OU
- Nitrofurantoína (400 mg/dia): 1 comprimido de 6/6 hs, por 10 dias

***Solicitar urocultura de sete a dez dias após término do tratamento. Na presença de 3 episódios de ITU encaminhar preferencialmente para consulta no alto risco.**

SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

A) SÍFILIS PRIMÁRIA

- Penicilina Benzatina: 2,4 milhões UI, dose única, IM; OU
- Estearato de Eritromicina: 500 mg, VO, de 6/6 hs, por 10 dias.

Obs.: Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, após teste de sensibilidade, devem ser dessensibilizadas e posteriormente tratadas com penicilina. Na impossibilidade, deverão ser tratadas com eritromicina. Nestes casos, a gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento (BRASIL, 2010).

B) HERPES

- Aciclovir: 400 mg, VO, de 8/8 hs, de 7 a 10 dias;

C) CANCRO MOLE

- Estearato de Eritromicina: 500 mg, VO, de 6/6 hs, por 10 dias; OU
- Ceftriaxona: 250 mg, IM, dose única.

SINDROME DO CORRIMENTO VAGINAL*

A) CANDIDÍASE

- Nitrato de Miconazol a 2%: Creme Vaginal, por dez dias;
- Nitrato de Isoconazol 50mg/5g (1%): Creme Vaginal, por sete dias; ou
- Tioconazol 6,5%: Creme Vaginal, por sete dias; ou
- Nistatina creme vaginal por 10 a 14 dias;
- Clotrimazol 1%: Creme Vaginal, por sete dias.

B) VAGINOSE BACTERIANA

- Metronidazol: 2 g via oral em dose única, ou metronidazol 400 mg de 12/12 por 7dias via oral. **SÓ DEVE SER UTILIZADO APÓS O PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO, EM DECORRÊNCIA DE EFEITOS TERATOGÊNICOS.**

SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL

- Amoxicilina: 1 comprimido de 500 mg de 8/8 hs, de 7 dias; OU
- Estearato de Eritromicina: 500 mg, VO, de 6/6 hs, por 7 dias; OU
- Azitromicina: 1 g, VO, dose única.

ASSOCIADO A:

- Cefixima: 400 mg, VO, dose única; OU
- Ceftriaxona: 250 mg, IM, dose única; OU
- Espectinomicina: 2 g, IM, dose única.

HELMINTÍASES

- Mebendazol: 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante três dias, exceto para Teníase onde a dose recomendada é de 200 mg, VO, duas vezes ao dia, durante quatro dias; (disponibilizado da rede básica)
- Tiabendazol: 50 mg/Kg/dia, VO, 2 vezes ao dia, durante 2 dias.

PROTOZOOSES

- Metronidazol: 250 mg, 3 vezes ao dia, VO, de 7 a 10 dias.

*** Não deve ser instituído tratamento sistêmico.**

VARIZES E TROMBOEMBOLISMO

As varizes manifestam se ou agravam na gestação por fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais, são mais frequentes nos membros inferiores principalmente no lado direito, vulva e desaparecem após o parto.

As varizes estão associadas a edema e à sensação de desconforto ou dor nas pernas.

RECOMENDAÇÕES A GESTANTES:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade;

- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;

- Pode ser útil elevar os pés na cama;

- Não usar roupas muito justas e, se possível utilizar meia-calça elástica para gestante; pode se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.

- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembolísticas.

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL:

Doença Trofoblástica Gestacional constitui um grupo de doenças da placenta que são conhecidas como mola hidatiforme completa e parcial, capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas nomeadas mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide.

No Brasil não há estatística confiável, mas acredita-se que haja 1 caso dessa doença para 200-400 gestações normais, o que faz com que essa doença seja pouco frequente e por isso desconhecida da população e até médicos.

Em condições normais, a gravidez começa quando o espermatozoide une-se ao óvulo. O óvulo fecundado desenvolve dividindo-se em dois grupos de células, que, em última análise, se transformarão na placenta e no feto. A placenta é o órgão que fica aderido a parede uterina, fornecendo suporte nutricional e permitindo o desenvolvimento do feto. A gravidez molar ocorre como resultado da falha na fertilização. Essa falha leva a um desenvolvimento placentário anormal, causando a falência do desenvolvimento fetal.

A gravidez molar começa, provavelmente, com os sinais e sintomas de uma gestação normal. Todas as gestações produzem um hormônio chamado GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (hCG), que é o responsável por muitos dos sintomas percebidos no início da gestação, e que pode ser medido por testes de identificação de gravidez. As mulheres podem perceber o atraso menstrual, a presença de náuseas e

vômitos (por vezes mais intenso do que em mulheres com uma gravidez normal) e o aumento do volume do ventre mais rápido do que a idade gestacional.

O sintoma mais comum de que existe algum problema na gestação é a presença de SANGRAMENTO TRANSVAGINAL, frequentemente mais na forma de secreção escura do que sangue vivo. Nesse momento deve-se suspeitar de gravidez molar. Outros sintomas podem aparecer, e embora raros, são de grande gravidade, como a pressão alta, hipertireoidismo, dificuldade respiratória e problemas na coagulação sanguínea.

Uma vez suspeitada a gravidez molar, o médico assistente, normalmente, confirma o diagnóstico com a realização de ultrassonografia que mostra o útero preenchido por pequenas áreas arredondadas, escuras, que lembram um cacho de uva, na MOLA HIDATIFORME COMPLETA e placenta espessada com saco gestacional e/ou embrião, vivo ou morto, na MOLA HIDATIFORME PARCIAL.

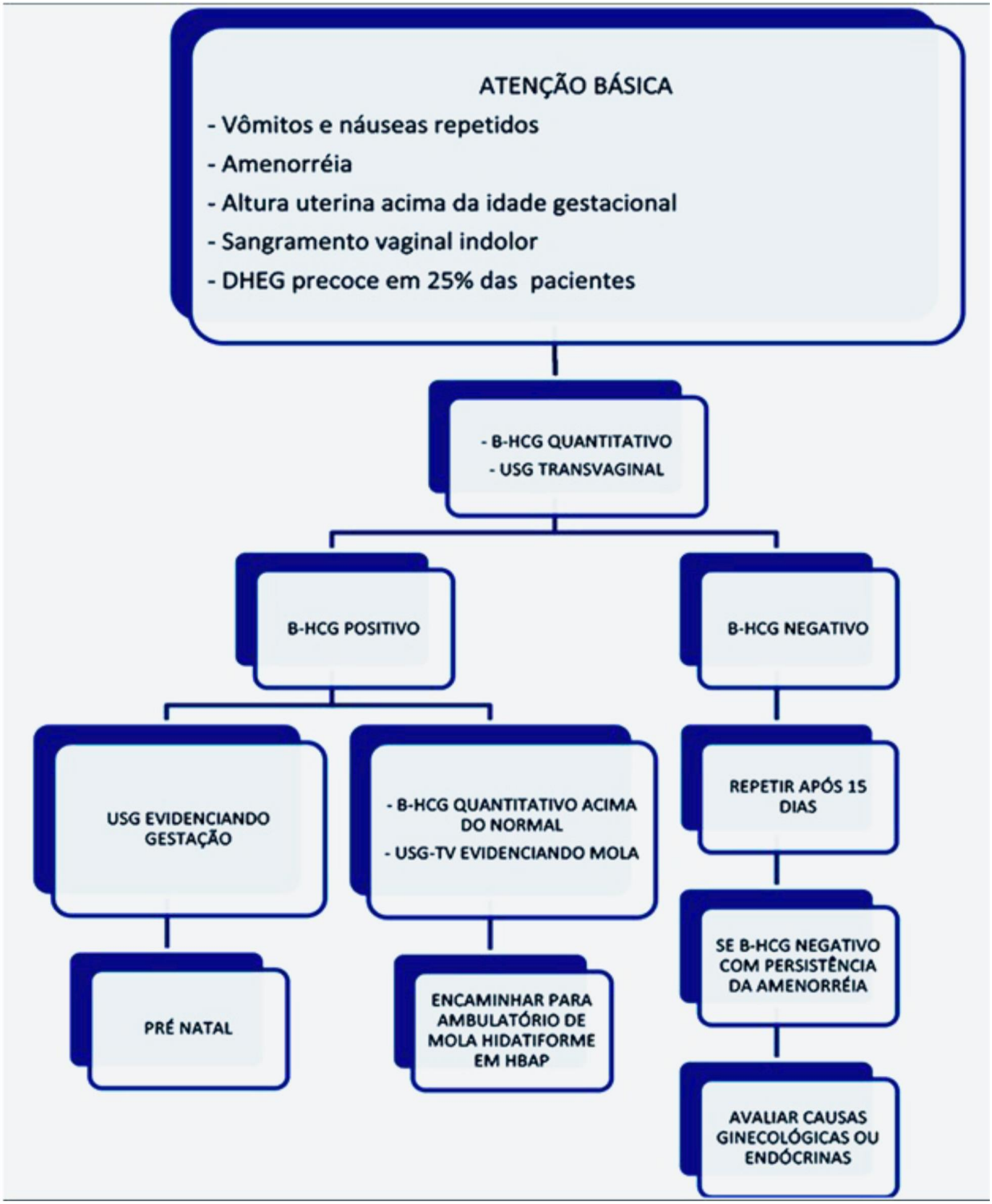
Uma vez confirmado o diagnóstico de gravidez molar, o útero deverá ser esvaziado o quanto antes. Trata-se de um procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, feito por médico. Embora não seja uma cirurgia complexa, como em todo procedimento há riscos envolvidos, sendo os mais comuns: perfuração uterina, hemorragia, riscos de anestesia. Mas caso ocorra essas intercorrências o médico saberá reconhecer e tratá-las adequadamente.

Após o esvaziamento uterino, 80% das pacientes com mola completa e 95% daquelas com mola parcial evoluirão para a cura sem a necessidade de nenhum outro tratamento. O esvaziamento uterino leva à gradual queda dos níveis de hCG sanguíneo até atingir os níveis normais gravídicos (menor que 5 mUI/ml). Entretanto, 20% das pacientes com mola completa e 5% com mola parcial não terão normalizados os níveis séricos de hCG, tornando necessários outros tratamentos a fim de prevenir consequências mais sérias. Quando o tecido placentário anormal torna a crescer, nós dizemos que a paciente desenvolveu uma “NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL”.

Por isso é fundamental a mulher com gravidez molar ir periodicamente ao Centro de Referência a fim de ser examinada, monitorar os valores de hCG, realizar ultrassonografia e raios-X de tórax e saber se seu caso está evoluindo para a remissão espontânea ou se vai precisar de tratamento para conseguir a cura.

Centro de Referência em Rondônia: Hospital de Base Ary Pinheiro (Porto Velho): Dra Rita de Cássia Alves.

1.15.FLUXOGRAMA DE MOLA HIDATIFORME



1. 16 Esquema Vacinal

1.16.1 Imunização contra o tétano

Quadro 4 – Esquema vacinal Antitetânica

Observar história de imunização antitetânica comprovada pelo cartão de vacina	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Menos de três doses	Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não é necessário vacinar
Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos	Uma dose de reforço

Fonte: Brasil, 2011.

Caso a gestante não complete seu esquema durante a gravidez, esse deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade (“Primeira Semana de Saúde Integral”, consulta puerperal, quando levar o recém-nascido para iniciar o esquema básico de vacinação, ou em qualquer outro momento).

É de extrema importância que o profissional investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes; entretanto, a imunização somente deverá ser considerada com a apresentação do comprovante – cartão de vacina. Caso a gestante já tenha tomado alguma dose de vacina, recomenda-se a continuação do esquema vacinal, aplicando-se as doses que faltam para conclusão deste, independentemente do momento em que foi aplicada a última dose.

Fora da gravidez, a dose de reforço deve ser administrada a cada dez anos. Em caso de nova gestação, deverá ser observado o esquema do **Quadro 4**. O objetivo a ser atingido é a vacinação de 100% das mulheres em idade fértil (gestantes e não gestantes).

Eventos adversos

Caso ocorram eventos adversos à vacina, estes podem manifestar-se na forma de dor, calor, vermelhidão, edema ou enduração local, ou febrícula de duração passageira, podendo ocasionar mal-estar geral.

A continuidade do esquema de vacinação está contra-indicada quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática) após a administração de qualquer dose.

1.16.2 Imunização contra Hepatite B

O parecer técnico nº 04/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS e DST-AIDS e Hepatites Virais/SVS/MS, assunto: Atualização da indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS, informa que a vacina contra hepatite B está disponível nas salas de Vacinas do Sistema Único de Saúde para os grupos de vulnerabilidade, dentre eles gestantes após o 1º trimestre de gestação, sem restrição de faixa etária, conforme esquema abaixo.

Quadro 5 – Esquema vacinal Hepatite B

Hepatite B	Gestante não vacinada contra Hepatite B e sem comprovante, HBsAg negativo após o 1º trimestre de gestação	Gestante vacinada (Com comprovante de vacinação anterior)
	Aplicar 3 doses da vacina hepatite B, podendo ser adotado um dos seguintes esquemas: - Esquema 0, 1, 6 ate 19 anos - 0,5 ml: três doses aplicadas com intervalo no mínimo de 30 dias da 1ª e a 2ª dose, e de seis meses entre 1ª e a 2ª dose, e de seis meses entre 1ª e 3ª dose. - De 20 anos e mais – 1 ml: três doses aplicadas com intervalo no mínimo de 30 dias da 1ª e a 2ª dose, e de seis meses entre a 1ª e a 3ª dose.	- Com esquema básico completo e HBsAg negativo - não vacinar - Esquema incompleto (1 ou 2 doses): completar esquema, considerar doses anteriores - Somente uma dose: completar as duas doses que faltam, com intervalo de 30 dias entre elas - Duas doses - aplicar a 3ª dose

Fonte: Brasil, 2012.

1.16.3 Vacina Contra Influenza (Fragmentada)

A vacina influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O programa Nacional de imunização fornecer essa vacina na rede pública para todas as gestantes durante a campanha anual contra a influenza sazonal, o esquema conta com uma dose.

1.16.4 Vacinação DTPa

A aplicação da vacina nas gestantes deverá ocorre a partir da vigésima sétima semana (27ª) a trigésima sexta (36ª) semana de gestação, preferencialmente, ser administrada ate 20 dias antes da data provável do parto.

A DTPa deve ser administrada a cada gestação considerando que os anticorpos têm curta duração, por isso a vacinação durante uma gestação não manterá alto nível de anticorpos protetores em gestações subsequentes. A vacina deverá ser anotada na caderneta da gestante.

Atenção – As gestantes que residem em áreas de difícil acesso poderão ser vacinadas a partir da vigésima (20ª) semana de gestação.

QUADRO 6 – Esquema vacinal DTPa

Situações	Condutas	Orientações técnicas
Gestantes Não vacinadas previamente	Administrar três doses de vacinas contento toxoide tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Administrar as duas primeiras doses de dt e a última dose entre 27ª e 36ª semanas de gestação.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido duas de dt e uma dose de DTPa.
Gestantes vacinadas com uma dose de dt	Administrar uma dose de dt e uma dose de DTPa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre dose, mínimo de 30 dias.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido duas de dt e uma dose de DTPa.
Gestante na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com duas doses de dt	Administrar uma dose da DTPa.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido duas de dt e uma dose de DTPa.
Gestante na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dt	Administrar uma dose da DTPa.	Ao completar o esquema a gestante terá recebido três de dt e uma dose de DTPa.
Gestante na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dt e com dose de reforço há menos de cinco anos.	Administrar uma dose da DTPa.	Mesmo com esquema completo (três doses de dt) e ou reforço com dt, a gestante deverá receber uma dose de DTPa a cada gestação. Esta dose de DTPa deve ser considerada como reforço. Esta dose deverá ser administrada mesmo nos casos em que a gestante já tenha recebido anteriormente um reforço, em período inferior a cinco anos.
Gestante na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dt e com dose de reforço há mais de cinco anos.	Administrar uma dose da DTPa.	
Gestante na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com pelo menos uma dose DTPa na rede privada.	Se aplicou DTPa em gestação anterior, aplicar DTPa na gestação atual e seguir orientações acima citadas. Se aplicou DTPa na gestação atual, seguir orientação acima citadas.	

Fonte: Brasil, 2014.

P A R T E II

PERÍODO PUERPERAL

No âmbito da rede Cegonha, preconiza se a realização da “primeira Semana de Saúde Integral”, trata se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos que contribuem para a redução da mortalidade infantil tem como objetivo a triagem neonatal, triagem auditiva, checagem de vacina BCG e de Hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. Recomenda se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê, se o RN tenha sido classificado como de risco a visita deve se nos primeiros 3 dias após alta e RN de risco habitual a mulher deverá voltar a rede de saúde de 7 a 42 dias após o parto.

2.1 Consulta de Puerpério

A consulta de puerpério deve ser realizada por visita domiciliar ou através da ida da mulher a unidade básica de saúde, a consulta deverá ser realizada até os quarenta e dois dias de pós-parto. A consulta tem por objetivo avaliar a recuperação da mulher, observar as condições do recém-nascido, incentivar ao aleitamento materno exclusivo, orientar a importância da família no apoio à amamentação, orientar o uso de contraceptivos no pós-parto, se possível administrar a medicação durante a visita.

Além disso, é após a consulta de puerpério que conseguimos concluir o Pré-natal da usuária no Sistema de Informação SISPRENATAL web, tendo dessa forma um acompanhamento completo que resulta em maior segurança para usuária. Esse registro deve ser feito na Ficha de consulta puerperal dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL web (ANEXO II) em que deve ser selecionado o item consulta de puerpério.

2.2 Diretrizes para consulta puerperal

Anamnese

Verificar a Caderneta da Gestante e perguntar a mulher sobre:

1. As condições da gestação;
2. As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
3. Os dados do parto (data, tipo, se cesárea qual a indicação);
4. Se houver alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh);
5. Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante o pré-natal ou no parto;
6. Estar em uso de medicação (ferro, ácido fólico e outros);

7. Aleitamento materno como se sente (frequência da mamada, dia e noite, dificuldade, satisfação com RN, condição das mamas);
8. Alimentação, sono e atividade;
9. Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias e febre;
10. Planejamento familiar;
11. Sua condição psicoemocional (estado, humor, preocupação, desânimo, fadiga);
12. Condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

Avaliação Ginecológica

1. Verifique os dados vitais;
2. Avalie o estado psíquico da mulher;
3. Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;
4. Exame das mamas, verificando a presença de ingurgitações, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
5. Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor a palpação;
6. Exame do períneo e os genitais externos (verificar sinais de infecção, a presença e as características dos lóquios);
7. Verificar possíveis intercorrências; HIPERTENSÃO, ALTERAÇÕES EMOCIONAIS, FEBRE, DOR EM BAIXO VENTRE OU MAMA, PRESENÇA DE CORRIMENTO COM ODOR FÉTIDO, SANGRAMENTO INTENSOS. **ENCAMINHAR PARA O LOCAL QUE FEZ O PARTO.**

Observar a formação de vínculo mãe e filho

1. Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;
2. Identificar os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada;

Orientar a puérpera sobre:

1. Higiene, alimentação, atividade física;
2. Atividade sexual, informando a respeito de prevenção de DST/Aids;
3. Cuidado com as mamas;
4. Cuidado com o recém-nascido;
5. Direito da mulher;
6. Aplicar vacinas quando necessário;

7. Prescrever suplementação de ferro;
8. Tratar possíveis intercorrências.

2.3 Diretrizes avaliação do Recém-nascido

1. Verifique a existência da caderneta da criança;
2. Insira as informações do recém-nascido no SISPRENATAL;
3. Verifique as condições de alta da mulher;
4. Observe a criança em geral: peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, estado de hidratação, as eliminações, a ectoscopia, as características da pele, crânio, orelha, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen, a genitália, as extremidades e a coluna vertebral;
5. Identifique o RN de risco ao nascer; Classificado conforme protocolo da criança pág 03;
6. Realize o teste do pezinho e registre o resultado na caderneta da criança;
7. Certifique-se das vacinas ao nascer e triagens neonatal (teste da orelhinha, pezinho, coraçãozinho e olhinho).

Atenção – A fase do puerpério corresponde a um evento importante para a mulher, pois esse momento acarreta várias transformações biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Devido a essas mudanças podem acarretar um risco elevado para desenvolvimento de sofrimento psíquico, aumentam a fase de preocupação, dos anseios, e dos planejamentos realizados e sentidos pela puérpera.

A gravidez e o parto são momentos estressantes tanto para a grávida como para os seus familiares, pois atuam de forma a poderem desencadear o sofrimento mental principalmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos.

Quadro 7 – Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais

	TRISTEZA PUERERAL (BABY BLUES OU MATERNETY BLUES)	**DEPRESSÃO PUERPERAL (DEPRESSÃO PÒS PARTO)**	**TRANSTORNO PSICÓTICO PUERPERAL**
Conceitos	Alteração psíquica leve e transitória	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves.
Prevalência	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
Manifestação	Inicia se no 3° até o 4° dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbio de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinação ou delírio, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia, sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar: o prognósticos está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e ás intervenções adequadas **Encaminhar ao CAPS Três Marias.**	Pode evoluir mais tarde par a uma depressão. O prognostico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro: **Encaminhar ao CAPS Três Maria**

Fonte: ZANOTTI et al, 2012

A Importância do papel das equipes de estratégia de Saúde da família (ESF) de diminuir a vulnerabilidade dessas mulheres nesse período de mudança através de ações de saúde como o acompanhamento precoce e sistêmico das puérperas. O profissional que estiver realizando o atendimento da mulher no período puerperal terá como apoio para identificação da depressão puerperal a “Escala de depressão perinatal de Edinburgh” (Anexo), que subsidiará a triagem/classificação de riscos de distúrbios emocionais (OLIVEIRA 2013).

2.4 Aspectos Legais e Direitos na Gestação

O papel da equipe de atenção Básica é de orientar a gestante e seus familiares sobre os aspectos legais e os direitos da gestação.

Na assistência a saúde

- Respeito e qualidade: tem o direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade nas unidades básicas e nos hospitais conveniados;
- Caderneta da gestante corretamente preenchida durante seu pré-natal, parto e puerpério;
- Por ocasião do parto tem o direito a escolha de um acompanhante na sala de parto e ter a criança ao seu lado no alojamento conjunto;
- No momento da alta hospitalar receber orientação de onde vai receber a consulta puerperal;
- A gestante tem o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade, onde receberá assistência (lei n° 11634, de dezembro 2007).

Direitos sociais

- Prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas;
- Prioridade par acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- Os pais têm direito de registar seu bebê gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito a creche para seus filhos nas empresas que possuírem em seu quadro funcional pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade;

Estabilidade da gestante no Emprego

- Artigo 7° inciso II, alínea "b" do ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante a toda gestante empregada direito a estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

Licença – maternidade

- Empresa privada – o artigo 7°, inciso XVII, da constituição Federal garante à empregada gestante o direito à licença-maternidade, correspondente a 120 dias, após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios. **O médico que realizou o pré-natal deverá fornecer o atestado para licença maternidade.**
- De acordo com a Lei 11.770 de 09 de setembro de 2008, aprovada pelo Presidente da República, prevê incentivo fiscal para as empresas do setor privado que aderirem à prorrogação da licença maternidade de 120 dias para 180 dias. As empregadas das empresas privadas terão o direito de

requerer a ampliação do benefício, devendo fazê-lo até o final do primeiro mês após o parto. A lei prevê que durante a prorrogação da licença-maternidade a empregada terá o direito à remuneração integral. Os dois meses adicionais serão concedidos imediatamente após o período de 120 dias previstos na Constituição. Fica vedado a empregada de exercer qualquer atividade remunerada e/ou manter a criança em creche ou organização similar durante o período da prorrogação da licença.

- Órgão Público (servidoras públicas) - A licença maternidade pelo período de 180 dias, antes sancionadas a lei n° 11.770 de 9 de setembro de 2008. Foi regulamentada pelo Município de Porto Velho através da Lei Complementar nº 390 de 02 de Julho de 2010. Municipal

FUNÇÕES EXERCIDAS PELA GESTANTE

- No período gestacional, a mulher poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo do salário e das demais vantagens, quando as condições da mãe e do bebê o exigirem. Para isso, a gestante deverá apresentar atestado médico.

Licença médica

- Sempre que a gestante comparecer às consultas e aos exames, ela terá direito à dispensa do horário de trabalho. O médico fornecerá atestado e o enfermeiro fornecerá comprovante de comparecimento da consulta. Além disso o Artigo 371, § 4°, inciso II, da consolidação das leis do trabalho garante à gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para a realização das consultas de pré natal e dos exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação.

Aborto

- No caso de aborto, a mulher tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurados seus salários e suas funções exercidas. A prova do abortamento espontâneo faz se por intermédio do atestado oficial médico.

Amamentação

- O Artigo 396 da consolidação das leis trabalho assegurado à mãe o direito 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para amamentar seu filho até ele completar 6 (seis) meses de idade.

Direito do pai

- Pelo artigo VII, inciso XIX, e pelo artigo X, parágrafo I, do Ato das disposições constitucionais transitórias (ADCT) e pela Constituição Federal, o pai tem direito a uma licença-paternidade de 5 dias corridos logo após o nascimento do seu bebê.

P A R T E III

PROTOCOLO DE DIREITO REPRODUTIVO NAS UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

3.1 Planejamento Familiar

Em nosso país, as politicas de saúde têm como marco na área a elaboração do Programa de Assistência Integral a Mulher (PAISM) e em 1984 foi incluso nesta política o planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral a saúde da mulher.

A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. Vale ressaltar que o ECA os direitos básicos da população infanto-juvenil, art. 1°, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, no que se refere ao adolescente, a exigência a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde.

Planejamento reprodutivo é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. O planejamento Familiar é um direito de todos assegurado pela Constituição Federal na Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta a instituição do programa no em todo território federal.

Para tanto o planejamento familiar foi definido no art. 2º da lei n° 9263 de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma:

O direito sexual e reprodutivo constitui dessa forma, a atenção em planejamento familiar deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência.

Portanto, consistem-se direitos fundamentais do adolescente privacidade a preservação do sigilo e o consentimento informado. Na assistência à saúde isso se traduz como exemplo, no direito do adolescente de ter privacidade durante uma consulta, ou seja, a garantia que as questões discutidas durante uma consulta ou entrevista não serão informadas a seus pais ou responsáveis, sem a sua autorização.

O direito Reprodutivo é um importante recurso para a saúde do homem, mulheres e crianças, pois contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilitando o intervalo entre o nascimento e recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades.

Este protocolo visa fornecer mais esclarecimentos aos profissionais de saúde a cerca dos métodos de barreira, hormonais, definitivos e DIU (Dispositivo Intra Uterino).

A prescrição dos anticoncepcionais poderá ser realizada pelo médico e enfermeiro das equipes, a dispensação ocorrerá na farmácia mediante a apresentação da prescrição tendo um prazo de validade de 3 meses, salvo a anticoncepção de emergência que não necessita de prescrição.

3.2 Adesão ao Programa

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico e ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido.

Na decisão sobre o método anticoncepcional a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal, características dos métodos, fatores individuais e situacionais relacionados ao uso do método. Segue abaixo os itens que devem ser levados em consideração na primeira consulta.

- Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso;
- Fazer o exame físico geral, mamas, exame ginecológico e coleta de PCCU se ainda não realizou no ano corrente;
- Explicar detalhadamente as formas de uso do método escolhido;
- Incluí-la na ficha de cadastro ao planejamento reprodutivo;
- Reforçar durante aconselhamento que mesmo com uso de anticoncepcionais ou de outro método contraceptivo, há a necessidade de usar conjuntamente preservativo, tendo em vista que só este poderá protegê-la de doenças de contato sexual e o vírus do HIV;
- Vale lembrar que a distribuição de anticoncepcionais deve ser registrada no consolidado mensal, pois só será entregue às unidades um novo pedido mediante prestação de contas.

3.3 Métodos de Barreira

3.3.1. **Preservativo masculino**

Consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação impedindo o contato com a vagina.

O preservativo masculino além de eficaz como método contraceptivo, atua protegendo o usuário de IST's e HIV.

Cuidados importantes para os usuários do preservativo:

- Guardar em local limpo e fresco;
- Não expor ao sol ou calor intenso;
- Não colocar por muito tempo o preservativo na calça, bolsas, agenda, locais onde o calor e os movimentos possam rasgar o envelope ou ressecá-lo;
- Não abrir a embalagem com os dentes, tesoura, nada que possa danificar o preservativo;
- Não usar lubrificantes oleosos, apenas a base de água;
- Nunca devem ser usados dois preservativos ao mesmo tempo, pois o risco de rompimento é maior;
- Antes do uso verificar se a embalagem não está furada.

3.3.2. **Preservativo feminino**

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e outra aberta, acoplando dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro anel ajuda na fixação do preservativo no interior da vagina, o segundo anel cobre parte da vulva. O produto já vem lubrificado e deve ser usado apenas uma única vez. Os cuidados com o produto são os mesmos descritos no preservativo masculino.

3.3.3. **Protocolo para distribuição nas Unidades Básicas de Saúde**

Na primeira consulta deve ser abordado os seguintes temas:

- Explicar detalhadamente o método;
- Reforçar o aconselhamento, insistir na importância e necessidade do uso do método a cada relação;
- Recomendar a manipulação cuidadosa do preservativo, evitando contato com unhas longas;
- Fornecer a quantidade recomendada pelo departamento de epidemiologia.

Nas próximas consultas:

- Avaliar a regularidade do uso do método, fornecer orientações que se fizerem necessárias.

3.3.4. **Diafragma**

É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste em um anel flexível, coberto com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero ou trompas.

O método pode ser usado com restrições, as vantagens geralmente superam riscos possíveis e comprovados. Se a mulher escolher o método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário: Doença cardíaca valvular complicada e é de baixo risco para infecção pelo HIV e outras IST's. O método não

deve ser indicado para usuárias que tem alergias ao látex, esta indicação não se aplica ao diafragma de plástico e história da síndrome do choque tóxico.

Técnicas de medição do diafragma

Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde treinado, para determinar o tamanho adequado a cada mulher.

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

a) Introduzir os dedos indicador e médio na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior;

Fonte: Brasil 2012

b) Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica;

c) Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado;

d) A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina correspondem ao diâmetro aproximado;

e) Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5 mm, por meio dos anéis de prova ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina;

f) O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior;

g) O diâmetro correto do diafragma é determinado ao se encontrar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido com desconforto pela mulher.

Orientações às usuárias do diafragma

- O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o banho, desde que este ocorra pelo menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando, assim, a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital;
- Usar o diafragma todas as vezes que mantiver relações sexuais, independente do período do mês.
- Urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma;
- Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.
- Em caso de uso com geleia espermicida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá).
- Agendar as próximas consultas de acordo com as informações da usuária, enfatizando a necessidade de realizar anualmente a coleta de citologia oncótica.
- Agendar o retorno da consulta uma semana depois da primeira consulta para a verificação correta da colocação do dispositivo.

3.3.5. **Dispositivo Intra-Uterino**

Dispositivos intra-uterinos são artefatos de polietileno as quais podem ser adicionados cobre ou hormônios que, inseridos na cavidade uterina, exercem uma função contraceptiva.

Atuam impedindo a fecundação por que tornam mais difícil a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, reduzindo a possibilidade de fertilização do óvulo. Existem dois tipos de DIU o medicado e o não medicado.

Critérios clínicos de elegibilidade para o uso de dispositivos intra-uterino

- 60 dias após o parto;
- Qualquer idade, observando o comportamento de risco de atividades sexuais;
- Fumantes;

- História de hipertensão;
- História de pré-eclâmpsia;
- Diabetes insulino dependentes ou não, diabetes gestacional;
- Varizes;
- Doença cardíaca isquêmica e valvular;
- AVC;
- Doença mamária benigna;
- Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para DST;
- Epilepsia;
- Multiparidade;
- Tumores ovarianos benignos, inclusive cisto de ovário;
- Cirurgia pélvica no passado.
-

Protocolo para inserção de dispositivo intra-uterino e acompanhamento de mulheres que não estão em puerpério

- Ir à unidade para receber o aconselhamento a cerca dos benefícios e contra indicações do método escolhido;
- Comparecer a consulta ginecológica para coleta de material citológico e bacterioscopia de secreção vaginal;
- Realizar tratamento para leucorréia se houver necessidade;
- A inserção pode ser realizada em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que haja certeza que a mulher não esta grávida, devendo ser realizada por um médico com experiência;
- Após inserção o primeiro retorno é após a primeira menstruação, a fim de verificar o aumento do fluxo menstrual;
- A segunda consulta deve ser realizada após seis meses de inserção;
- As consultas subsequentes devem ser realizadas anualmente, junto a coleta de material citologia oncótica;
- Não há necessidade de realizar ultrassom de controle anual, tendo em vista que a visualização dos fios do DIU é realizada na coleta de PCCU.

Obs.: Caso não ocorra visualização dos fios do DIU encaminhar usuária para referência.

Local de atendimento/referência para inserção do DIU.

- Menores de 19 anos devem ser encaminhadas ao Rafael Vaz e Silva;
- Maiores de 19 anos devem ser encaminhadas ao Centro de Referência Saúde da Mulher.

Protocolo para inserção de dispositivo intra-uterino pós-parto:

- Estar realizando o pré-natal e ter realizado todos os exames sorológicos;
- Ter realizado coleta de PCCU após o primeiro trimestre da gestação;
- A inserção deve ser realizada por um ginecologista com experiência nos primeiros trinta minutos após a dequitação placentária;
- A usuária já deve sair da maternidade com pedido de ultrassom pélvico, que deverá ser realizado a partir de 30 dias de pós-parto;
- Após inserção o primeiro retorno é com 45 dias de pós-parto. Durante a consulta deve ser abordado satisfação com o método, dar ênfase à necessidade prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, solicitação da citologia oncótica se a usuária ainda não a fez durante o ano corrente, verificar o posicionamento do DIU através da UTS;
- A segunda consulta deve ser realizada com 90 dias ou mais de pós-parto;
- As consultas subsequentes devem ser realizadas anualmente, junto a coleta de material preventivo e solicitação de ultrassom pélvica;
- Pacientes que não tiveram intercorrências na primeira e segunda consulta após a colocação do dispositivo serão referenciadas para suas Unidades de origem.
- Para realização dos procedimentos de retirada de DIU, as usuárias sem o fio deverão ser referenciadas para Centro de Referência em Saúde da Mulher, se já tiverem mais de um ano de pós-parto.
- Inserção do DIU, poder ser realizada por médicos e enfermeiro na atenção básica de saúde desde que o mesmo sejam capacitados para realização desta prática.

3.4 Métodos Definitivos

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada põe meio da lei n° 926/96 que trata o planejamento reprodutivo, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução.

3.4.1. **Laqueadura tubária**

Consiste em cirurgia para cortar as trompas, impedindo o encontro dos espermatozoides como óvulo. A laqueadura pode ser feita pelas seguintes vias: mini-laparotomia, laparoscopia, colpotomia.

Critérios para indicação da cirurgia

Mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 anos, ou pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias antes da manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual a pessoa interessada terá a oportunidade de participar de acompanhamento multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Em situação de saúde que comprovadamente haja necessidade de realizar a laqueadura, o termo de consentimento deve ser assinado por dois médicos.

Em pessoas absolutamente incapazes a laqueadura só poderá ser realizada mediante autorização judicial.

Durante o aconselhamento deve-se ressaltar a importância de que a esterilização não isenta as pessoas dos cuidados de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Deve ser abordada a necessidade da realização anual da citologia oncótica.

Protocolo para realização de laqueadura tubária

- Participar do aconselhamento por equipe multiprofissional, na vigência de união estável comparecer com parceiro, recebendo orientações sobre o método, riscos e vantagens;
- Preencher e assinar a Solicitação e autorização para contracepção cirúrgica (anexo IV), se houver união estável procurar assinatura do parceiro;
- **A documentação deverá ser preenchida e assinada pelos profissionais responsáveis pelo aconselhamento na Unidade, o agendamento será realizado no Centro de Referência da Mulher**.
- **Xérox do RG e CPF da usuária e parceiro ou testemunha e xérox do registro de nascimento de dois filhos**;
- **Exames a serem solicitados antes da cirurgia**: VDRL, HIV, Hemograma e HBsAg (Solicitar os exames apenas para as usuárias que não estão em pós-parto);
- Para as usuárias que optaram pela laqueadura durante o pré-natal, realizar o aconselhamento, preencher a documentação, não é necessário realizar o agendamento, pois o mesmo será efetuado após o parto na Maternidade Municipal, com 42-45 dias após o parto;

- A usuária deverá ser orientada a continuar o uso de contraceptivo até o dia da cirurgia, ou até o término da cartela do contraceptivo oral;
- No dia da cirurgia o paciente deverá ser orientado a comparecer no horário agendado portando documento com foto, cartão do SUS e termo de consentimento informado. Na triagem deverá ser verificado a documentação e exames;
- Após a realização da cirurgia a usuária deverá comparecer a unidade para retirada de pontos, durante a consulta deve ser abordada a satisfação do método, enfatizando a necessidade de proteção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Obs: Não solicitar exames para usuárias de pós-parto, apenas enfatizar a importância de comparecer para cirurgia com o cartão da gestante e o bebê a fim de continuar o aleitamento materno exclusivo.

3.4.2. **Vasectomia**

É uma cirurgia simples, segura e rápida, que se faz nos homens que não desejam ter mais filhos. É um método anticoncepcional considerado permanente ou irreversível, porque, depois da cirurgia, é muito difícil recuperar a capacidade de ter filhos.

Na cirurgia os canais deferentes são cortados e cauterizados. É uma cirurgia simples que pode ser feita em ambulatório com anestesia local. A incisão é única e feita na bolsa escrotal medindo cerca de um centímetro.

O efeito da vasectomia não é imediato. Nas primeiras ejaculações depois da vasectomia ainda existem espermatozoides, após vinte e cinco ejaculações ou dois meses é que o homem realizará o espermograma, até sua negativação é necessário orientar ao casal o uso de outro método anticoncepcional.

Critérios para indicação da cirurgia

Homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos, ou pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias antes da manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual a pessoa interessada terá a oportunidade de participar de acompanhamento multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Em situação de saúde que comprovadamente haja necessidade de realizar vasectomia, o termo de consentimento deve ser assinado por dois médicos.

Em pessoas absolutamente incapazes a vasectomia só poderá ser realizada mediante autorização judicial.

Durante o aconselhamento deve-se ressaltar a importância de que a esterilização não isenta as pessoas dos cuidados de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Atenção – Reversão da Laqueadura Tubária.

A recanalização tubária é possível por microcirurgia, entretanto procedimento para reverter a ligadura difícil, caro e não disponível para a maioria das mulheres. Esta cirurgia é possível apenas quando resta um segmento de trompa pode aumentar o risco de gravidez ectópica é não é disponibilizada pelo SUS.

Protocolo para realização de vasectomia

- Participar do aconselhamento por equipe multi-profissional, na vigência de união estável comparecer com parceiro, recebendo orientações sobre o método, riscos e vantagens;
- Preencher e assinar a solicitação e consentimento para contracepção cirúrgica (ANEXO V), se houver união estável procurar assinatura do parceiro;
- A documentação deverá ser preenchida e assinada pelos profissionais responsáveis pelo aconselhamento na Unidade, o agendamento será realizado **no Centro de Referência da Mulher.**
- **A documentação deverá conter xérox do RG e CPF da usuária e parceiro ou testemunha e xérox do registro de nascimento de dois filhos;**
- O usuário deverá ser orientado a continuar método anticoncepcional com parceira;
- No dia da cirurgia o paciente deverá ser orientado a comparecer no horário agendado, para verificar a documentação e passar pela triagem;
- Após a cirurgia será entregue, pelo médico que realizou o procedimento, a solicitação do espermograma, que deverá ser realizado 90 dias após a cirurgia;
- Após a realização da cirurgia o usuário deverá comparecer a consulta para ser abordada à satisfação do método, enfatizando a necessidade de proteção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, sendo apresentado nesta consulta o espermograma.

3.5 Anticoncepcionais Hormonais

A prescrição dos anticoncepcionais orais e injetáveis deverá ser realizada pelo médico e enfermeiro da equipe estratégia saúde da família, e terá validade de 03 meses. Porém, para que a usuária permaneça no programa é estritamente necessário a participação no grupo de educação em saúde, além de ser importante a reavaliação clínica pelo profissional enfermeiro ou médico periodicamente, a fim de averiguar as reações e eficácia do método escolhido.

3.5.1 Anticoncepcional oral

São pílulas que são feitas com hormônios parecidos com os que são produzidos nos ovários da mulher, o estrogênio e a progesterona. São muito eficazes se usadas corretamente. Elas agem impedindo a ovulação, dificultando também a passagem dos espermatozoides para interior do útero.

<u>Anticoncepcionais hormonais orais combinados</u>

São componentes que contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio. As pílulas combinadas atuam basicamente por meio da inibição da ovulação, além de provocar alterações nas características físico-químicas do endométrio e no muco cervical. Quadro abaixo demonstra os nomes comerciais de anticoncepcionais monofásicos.

Quadro 8 – Nomes de anticoncepcionais Monofásicos

Nome Comercial	Componente	Dose	Apresentação
Anacyclin	Linestrenol Etinilestradiol	1,0 mg 0,05 mg	21 comprimidos + 7 placebos Total: 28 comprimidos
Anfertil Primovlar	Norgestrel Etinilestradiol	0,5 mg 0,05 mg	21 comprimidos
Biofim Megestran	Mestranol Noretindrona	0,1 mg 0,5 mg	21 comprimidos + 7 placebos Total: 28 comprimidos
Diane 35 Selene	Etinilestradiol Acetato de ciproterona	0,035 mg 2 mg	21 comprimidos
Evanor Neovlar Normamor	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,25 mg 0,05 mg	21 comprimidos
Femiane Harmonet Diminut	Gestodene Etinilestradiol	0,075 mg 0,02 mg	21 comprimidos
Mercilon Femina Primera 20	Desogestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,02 mg	21 comprimidos
Microdiol Primera 30	Desogestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,03 mg	21 comprimidos
Nome comercial	**Componente**	**Dose**	**Apresentação**
Minulet Gynera	Gestodene Etinilestradiol	0,075 mg 0,03 mg	21 comprimidos
Nordette Microvlar Levordiol Ciclo 21 Ciclon Gestrelan	Levonorgestrel Etinilestradiol	0,15 mg 0,03 mg	21 comprimidos
Ovoresta	Linestrenol Etinilestradiol	0,75 mg 0,0375 mg	22 comprimidos

Fonte: Brasil, 2011.

Quadro 9 – Anticoncepcionais bifásicos

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Gracial	Desogestrel	0,025 mg	EE 0,04 mg + desogestrel
		0,125 mg	0,025 mg
	Etinilestradiol	0,04 mg	7 comprimidos
		0,03 mg	EE 0,03 mg + desogestrel
			0,125 mg
			15 comprimidos
			Total: 22 comprimidos

Fonte: Brasil, 2011.

Quadro 10 – Anticoncepcionais Trifásicos

Nome Comercial	Componente	Dose	Apresentação
Trinovum	Noretisterona	0,5 mg	EE 0,035 mg +
		0,75 mg	Norestisterona 0,5 mg
		1,0 mg	7 comprimidos
	Etinilestradiol		EE 0,035 mg +
		0,035 mg	Norestisterona 0,75 mg
		0,035 mg	7 comprimidos
		0,035 mg	EE 0,035 mg +
			Norestisterona 1,0 mg
			7 comprimidos
			Total: 21 comprimidos

Fonte: Brasil, 2011.

Atenção – É recomendável como primeira opção o uso de pílula combinada de baixa dosagem.

Técnicas de uso

- Deve-se iniciar o uso no primeiro dia da menstruação;
- A usuária deve ingerir um comprimido no mesmo horário todos os dias até o término da cartela;
- Ao final da cartela fazer pausa de 7 dias e iniciar no 8° dia nova cartela, independentemente, do dia do fluxo menstrual;
- Caso não ocorra o sangramento no intervalo das cartelas, iniciar nova cartela e orientar a usuária a procurar o serviço para descartar a hipótese da gravidez;
- No caso de esquecimento de duas ou mais pílulas a usuária deve ser orientada a continuar tomando as pílulas e usar um método de barreira, até inicio da próxima cartela;

- A dispensação da medicação será realizada pela equipe de enfermagem/ farmácia para 30 dias.
- Enfatizar durante o retorno à unidade à satisfação com método escolhido, à necessidade de usar o preservativo para evitar doenças sexualmente transmissíveis;
- Realizar avaliação ginecológica anual, incluindo a coleta de citologia oncótica se necessário.

SINAIS DE ALERTA

- Dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros;
- Cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula;
- Perda breve de visão;
- Escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague.

Quadro 11 – Anticoncepcionais Hormonais Orais apenas de Progestogênio Minipílulas

Nome comercial	Componente	Dose	Apresentação
Exluton	Linestrenol	0,5 mg	28 comprimidos
Micronor	Noretisterona	0,35 mg	35 comprimidos
Nortrel	Levonorgestrel	0,03 mg	35 comprimidos

Fonte: Brasil, 2011.

Instruções às usuárias

- Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto, seu uso é contínuo;
- É particular importância ser tomada em horário habitual. Se a mulher atrasou a ingestão da pílula mais do que três horas ou esqueceu de alguma pílula e já não amamenta, mas a menstruação retornou, deve tomar a pílula esquecida e iniciar o uso concomitante nas relações com preservativo;
- A usuária deve ser alertada sobre as possíveis alterações no padrão menstrual;
- Em caso de vômito dentro de uma hora após tomar a pílula, orientar a mulher para ingerir outra pílula;
- Em caso de diarreia grave ou vômito durante mais de 24 horas, orientar a mulher para continuar o uso da pílula e usar o preservativo ou evitar relações até que a mesma tenha completado sete dias da medicação em uso contínuo.

3.5.2 Anticoncepção hormonal injetável

São anticoncepcionais hormonais que contém progestogênio ou associação de estrogênio e progestogênio, para administração por via intramuscular.

Anticoncepcionais injetáveis com progestogênio isolado

Agem inibindo a ovulação, aumentam a viscosidade do muco cervical dificultando a passagem dos espermatozoides. No primeiro ano de uso a taxa de falha gira em torno de 0,3% com injeções regulares uma vez a cada três meses.

Em média a fertilidade retorna após 4 meses após o término do efeito, em geral, as mulheres engravidam entre 9 e 16 meses após ter recebido a última injeção. Os efeitos secundários podem ser amenorreia, sangramento irregular, aumento de peso, cefaleia, alterações de humor, nervosismo.

Componentes	Dose	Nome Comercial
Acetato de Medroxiprogesterona	150 mg	Depo Provera

Instruções as usuárias

- É recomendado o uso trimestralmente de 150 mg;
- A droga é encontrada sob a forma de ampola com 150 mg de acetato de medroxiprogesterona em 1 ml. Deve ser aplicada até o sétimo dia do início da menstruação, na região glútea ou no braço (profundamente) para permitir a formação do depósito. Não deve ser realizada massagem no local após a injeção;
- Nas situações de pós-parto, nas não-lactantes (mulheres portadoras do HIV) deve ser administrado na alta hospitalar, para as lactantes deve ser administrado de 45 a 60 dias de pós-parto. Nos casos de abortamento deve ser iniciado imediatamente;
- Deve se repetir a injeção a cada intervalo definido, podendo ser feita até no máximo 5 dias após a data estipulada;
- Antes da administração deve se agitar bem a ampola para homogeneizar a suspensão.
    - Gravidez nenhum método esta indicado;
    - Sangramento vaginal inexplicado pode estar relacionado com, gravidez, abortamento em curso, apesar de não haver relato de nenhum risco para mãe e o feto;
    - Câncer de mama atual, tendo em vista que o tumor é sensível aos hormônios esteroides, existe uma preocupação com a progressão da doença com o uso do método.

Quadro 12 – Anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados

Componente	Dose	Nome Comercial
Acetato de medroxiprogesterona + Cipionato de estradiol	25 mg + 5 mg	Cyclofemina
Enantato de norestisterona + Valerato de estradiol	50 mg + 5 mg	Mesigyna
Acetofenido de dihidroxiprogesterona + Enantato de estradiol	150 mg + 10 mg	Perlutan Ciclovular Unociclo

Fonte: Brasil, 2011.

Instruções as usuárias

- A primeira opção deve recair sobre os injetáveis mensais que contenham 5 mg de estrogênio;
- A primeira injeção deve ser feita até o 5º dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias, mais ou menos 3 dias, independentemente do sangramento;
- Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, abstendo-se de massagem ou calor local para evitar difusão do material injetado;
- É obrigatório o uso de seringas de pequeno volume e agulhas estéreis e descartáveis, agitando-se bem a ampola do anticoncepcional e aspirando-se todo o conteúdo para a administração da dose adequada;
- Se houver atraso de mais de três dias para a nova injeção, a mulher deve ser orientada para o uso do preservativo, ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

Efeitos colaterais: alterações menstruais, cefaleia, náuseas e/ou vômitos, mastalgia, aumento de peso.

3.6 Anticoncepção de emergência

É um método que pode ser utilizado para evitar gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida, é conhecida também como pílula do dia seguinte. Atua basicamente inibindo ou adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática e possivelmente na maturação do oócito. A

anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a nidação ter se completado, não interrompe a gravidez em andamento.

Pode ser usada nas seguintes situações:

- Relação sexual sem o uso de método anticoncepcional;
- Rompimento do preservativo;
- Em caso de deslocamento do diafragma, ou retirada antes de seis horas após a última relação sexual;
- Em casos em que houve expulsão do DIU;
- Em casos de violência sexual contra mulher.

3.6.1 Tipos de composição

Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio

Levonogestrel 0,75 mg (Postinor-2, Norlevo, Pozato e Pilem).

MÉTODO DE YUZPE

Anticoncepcionais orais combinados contendo 0,15 mg de levonogestrel e 0,03 mg de etinilestradiol (Microvlar, Nordette).

INÍCIO DO USO

Até 72 horas após a relação desprotegida, mas quanto mais precocemente se administra, maior a proteção graças à eficácia.

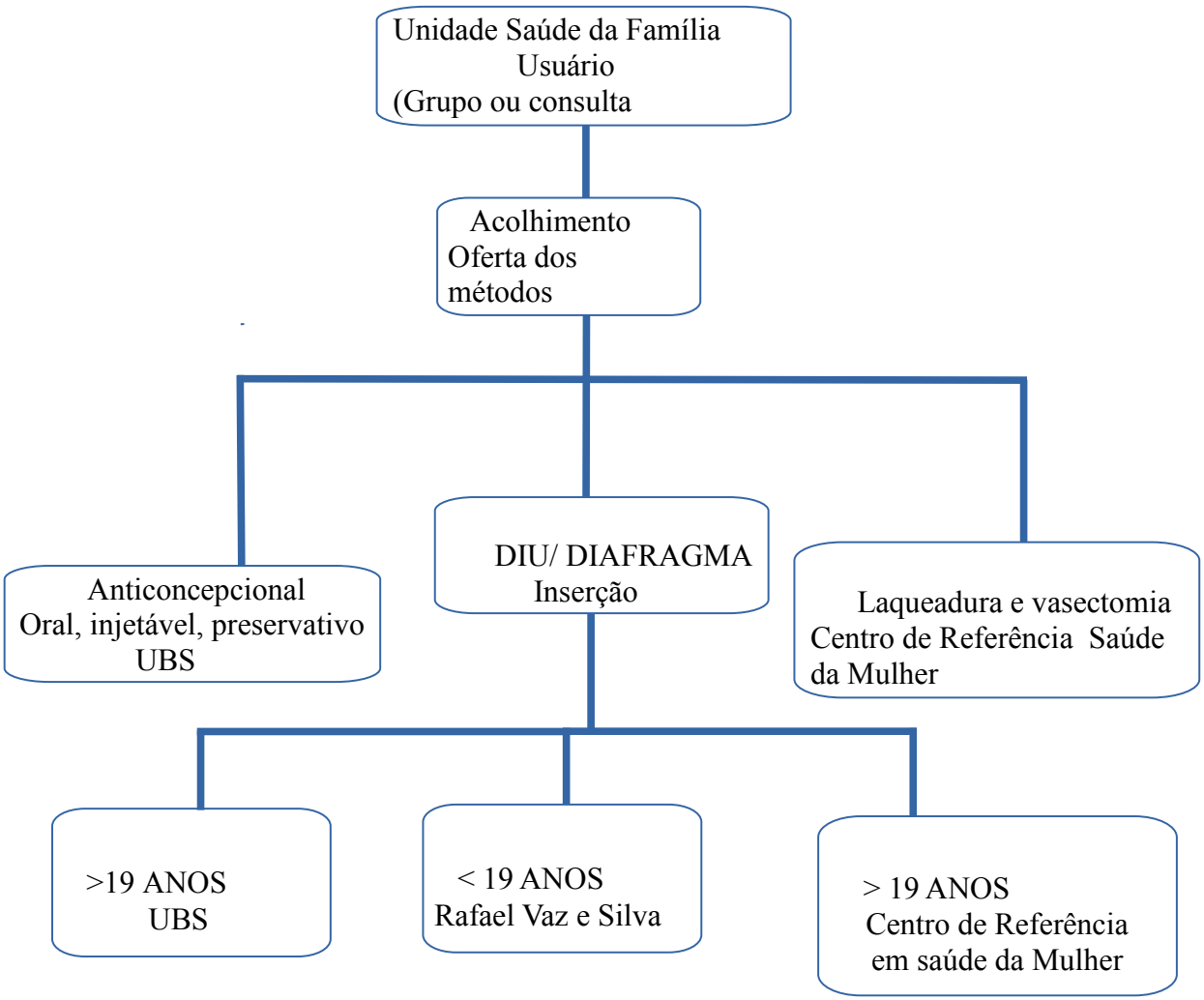
- Avaliar com cuidado a possibilidade de gestação, não dispensar em caso de gravidez;
- Orientar sobre o método, seus efeitos colaterais e sua eficácia;
- Fornecer as pílulas para anticoncepção;
- Em caso de violência encaminhar a Maternidade Municipal para receber o atendimento.

Quadro 13 – Contracepção de emergência

COMPOSIÇÃO	QUANTIDADE DE PÍLULAS A SEREM TOMADAS ATÉ 72 HORAS APÓS O COITO	QUANTIDADE DE PÍLULAS A SEREM TOMADAS 12 HORAS APÓS A PRIMEIRA TOMADA
Levonogestrel 0,75 mg (750 mcg)	1	1
Anticoncepcionais hormonais orais combinados de baixa dose contendo 0,15 mg de levonogetrel e 0,03 mg de etilestradiol (Microvlar e Nordette)	4	4
Anticoncepcionais orais combinados na dose-padrão contendo 0,25 mg de levonogestrel e 0,05 mg de etilestradiol (Evanor e Neovlar)	2	2

Fonte: Brasil, 2011.

3.7 Fluxograma de atendimento para planejamento reprodutivo nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família de Porto Velho



P A R T E IV

DIRETRIZES BÁSICAS PARA PREVENÇAO DE CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O desenvolvimento da promoção a saúde ocorrem no âmbito da Atenção Básica, a qual está mais próxima do cotidiano das mulheres e acompanha ao longo da sua vida, as ferramentas utilizadas pelas equipes no processo de trabalho envolve a abordagem educativa em momentos coletivos ou individuais. É importante a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como uma ausculta qualificada e um olhar clínico do profissional de saúde, quanto aos sinais de alerta que possam significar câncer. Em relação a detecção precoce e ações de rastreamento devem ser inseridas no cotidiano do planejamento das equipes de Saúde da Família.

Para atender a necessidade nas ações de rastreamento, faz se necessário mudanças no sistema de controle do câncer do colo do útero e mama (SISCOLO E SISMAMA) que passa a identificar as usuárias. O SISCAN é desenvolvido em plataforma web, constitui em registra a suspeita e a confirmação diagnóstica, registra informações sobre condutas terapêuticas e diagnóstico frente aos exames positivos (alterados), fornecer laudo padronizado, arquiva e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamentos e diagnóstico de câncer de mama e útero por isso esse sistema possibilita o avanço para capacitar e fornecer subsídios para avaliação dos serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento organizado (INCA, 2013). Somente com uma Atenção Básica organizada, qualifica e integrada com os demais níveis de atenção será possível combater e diminuir a mortalidade por este agravo.

4.1 Diretrizes básicas para prevenção do Câncer de Colo de Útero

A Rede de cuidado do câncer do colo do útero tem como proposta assegura a mulher o acesso humanizado e integral a política e serviços qualificados para promover a prevenção, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado em momento oportuno.

As ações de prevenção ao câncer de colo uterino se baseiam na coleta periódica de citologia oncótica e observação macroscópica nos exames ginecológicos. Nos casos indicados agregam-se a colposcopia e a biópsia.

As usuárias das unidades básicas de saúde, a partir da adolescência, deverão ser informadas sobre a importância destas ações. Poderão ser submetidas à coleta todas as mulheres que já tenham iniciado a atividade sexual.

O exame colpocitopatológico deve priorizar mulheres **entre 25 a 64 anos de idade**, uma vez por ano, e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Além de todas as mulheres que apresentem sinais de alerta.

Tal recomendação apoia-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 a lenta progressão que apresenta para doença mais grave.

A consulta a mulher deverá ser norteada pelo instrumento de consulta a mulher (ANEXO VI), cuja sua elaboração foi realizada pelos enfermeiros da rede municipal de saúde durante um curso de capacitação em Atenção ao Climatério e a prevenção de câncer de Colo Uterino e Mama realizado em março de 2011.

Além disso, é necessário o preenchimento de todos os campos corretamente do formulário de Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero (ANEXO VII)

ATENÇÃO – TODOS OS EXAMES DE PREVENTIVOS, MAMOGRAFIAS E CITOLOGIA MAMARIAS OBRIGATORIAMENTE DEVERÃO SER CADASTRADAS NO SISCAN.

4.2 Técnica de coleta

- Identificar a lâmina: a identificação deverá ser realizada na parte fosca da lâmina, deverá conter as iniciais da unidade, as iniciais da usuária, idade, e número do prontuário **(os quatro últimos números do cartão do SUS),** data da coleta.

Exemplo: Raimunda Lima Reis, com 27 anos compareceu a unidade para coleta de colpocitologia na Unidade Ronaldo Aragão.

U.S.F.R.A
R.L.R
27 a
Pr – 001
17/11/11

- A coleta deverá ser feita em apenas uma lâmina, a amostra da ectocérvice será colhida com a espátula de Ayre e espalhá-la na primeira metade da lâmina no sentido transversal;
- A amostra da endocérvice será colhida com a escovinha Campos da Paz e deverá ser espalhada na segunda metade da lâmina no sentido longitudinal.
- A amostra cervical deverá ser fixada em álcool a 96% imediatamente após a coleta, a lâmina deve ser imersa no álcool dentro dos tubetes que deverão ser identificados **a lápis nº 02 com o nome completo e idade da paciente, data da coleta e o nome da unidade da saúde e acondicionadas nas caixas próprias para o transporte.**

4.3 Situações especiais para coleta de PCCU

- Mulher grávida: não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayre e usar escova de coleta endocervical. - Mulheres virgens: a ocorrência de condilomatose na genitália externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo-se ter o devido cuidado e respeitando a vontade da mulher e com profissionais tecnicamente capacitados para realização do exame.

- Mulheres submetidas a histerectomia:

  - Histerectomia total recomenda–se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal de 3 em 3 anos.
  - Histerectomia subtotal: rotina normal

Mulheres com DST: devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus precursores. Já as mulheres com condilomas em genitália externa não necessitam de coletas mais frequentes do que as demais, salvo em mulheres imunossuprimidas.

Atenção – Adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória.

- Amostra insatisfatória – é considerado quando a leitura da amostra é prejudicada por material acelular ou hipocelular (menos de 10% do esfregaço), ou leitura prejudicada (mais de 75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminante ou intensa suposição celular, é recomendado repetir o exame entre 6 a 12 semanas com correção, do problema que motivou o resultado.
- Amostra satisfatória - é considerada quando as células são apresentadas em boa quantidade, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica, as células representativas (células escamosas, células glandulares. **OBS.**: não inclui o epitélio endometrial, células metaplásticas.

4.4 Conduta Frente ao Resultado

- **Citologia normal ou citologia inflamatória,** orientar usuária para realizar controle anual, e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos;
- **Citologia com NIC I - Lesão Intra-Epitelial de Baixo Grau:** As alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvice sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o Vírus do Papiloma Humano (HPV). Em casos de NIC I deverá ser repetida citologia após seis meses. Caso permaneça o diagnóstico, deverá ser referenciada para rede secundária de assistência.
- **Lesão Intra-Epitelial de Alto Grau (NIC II e III), ou carcinoma *in situ*** ou **NIC III, respectivamente:** atualmente estas lesões são colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas de lesões de alto grau. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.
- **Carcinoma Escamoso Invasivo:** trata-se de células escamosas com grandes variações de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessitando de comprovação histopatológica. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher para comprovação diagnóstica através da avaliação histopatológica.
- **Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo:** são alterações celulares semelhantes às descritas anteriormente, mas detectada nas células glandulares do colo do útero. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher para comprovação diagnóstica através da avaliação histopatológica.

4.5 Fluxograma de Atendimento

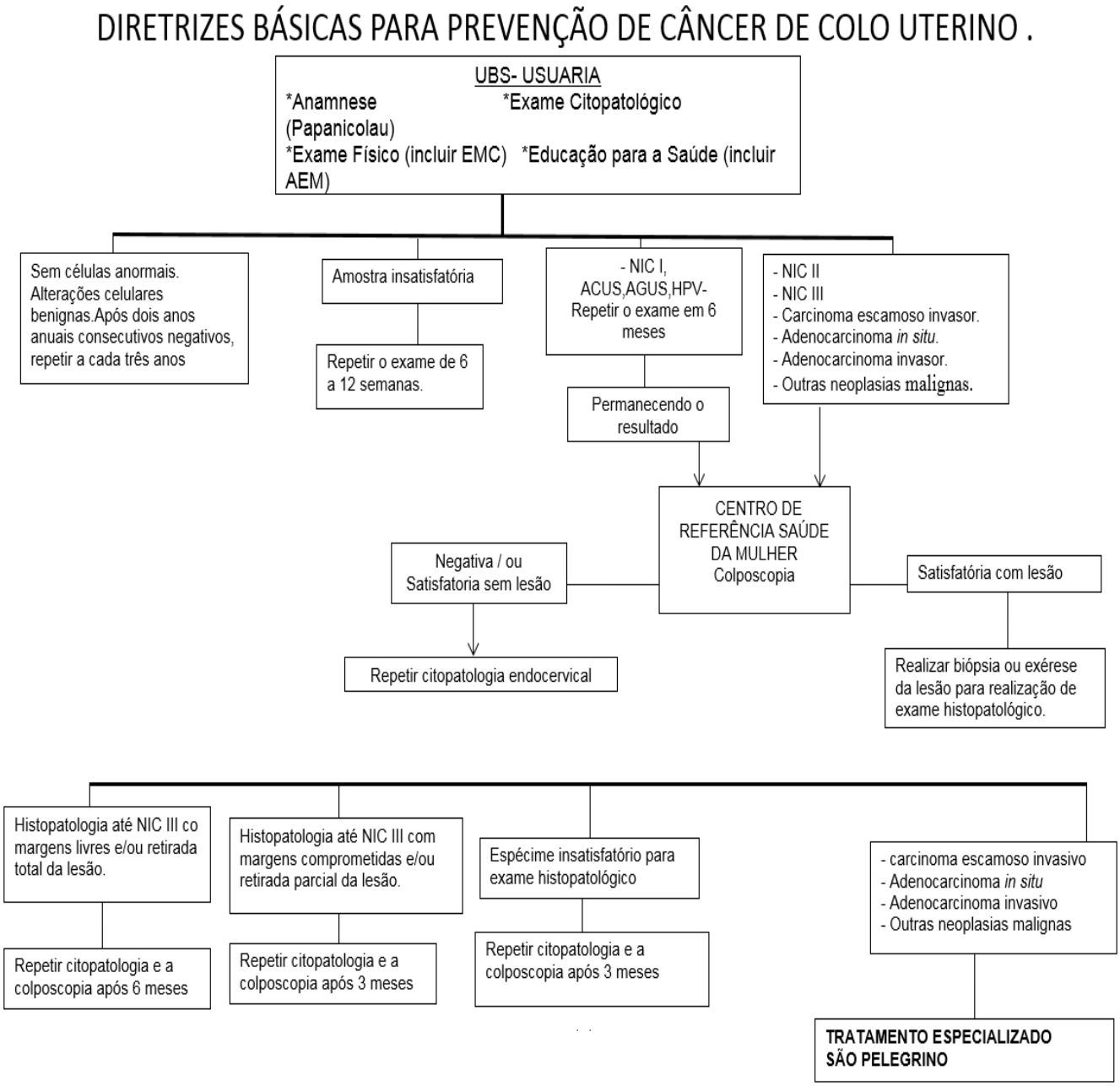
4.5.1 - Encaminhamentos para atenção secundária de saúde Centro de Referência Saúde da Mulher.

As pacientes cujo laudo da citologia for NIC I, deverá ser orientada a repetir o exame com intervalo de seis meses. Caso permaneça o diagnóstico, deverá ser referenciada para rede secundária de assistência.

As usuárias cujos laudos colpocitológicos apresentarem alteração deverão receber o exame com a data pré agendada da consulta no nível secundário, tal agendamento é de responsabilidade da direção do Centro de Referência Saúde da Mulher.

Vale ressaltar que todas as pacientes encaminhadas para o atendimento no Centro de Referência Saúde da Mulher, seja para o pré-natal de alto risco ou para procedimentos referentes a alterações precursoras de câncer do colo de útero, deverão também ser acompanhadas pela equipe da estratégia saúde da família.

4.6 Diretrizes básicas para prevenção do Câncer de mama



Em particular pode se destacar como uma das ações intersetoriais de maior importância para o controle do câncer de mama o acesso à informação e ampliação de oportunidade para o controle do peso corporal e a prática regular de atividade física.

Vários estudos de COLLABORATIVE (2002); INCA (2011), relacionam que a prevenção primária do câncer de mama estão relacionados com fatores hereditários e muitos daqueles com o ciclo reprodutivo da mulher, cuja as evidências mostram a diminuição do risco relativo de cerca de 4,3% a cada 12 meses de

aleitamento, atermo e que fatores não muito levados em consideração, tais como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal, podem ser controlados e contribuir na diminuição em 28% da incidência do câncer.

A prevenção do câncer de mama está embasada em três componentes:

- **Auto-exame**: ou palpação das mamas está indicada para qualquer faixa etária e deverá ser orientada pelo médico ou enfermeiro da equipe, a realização deve ser mensal de três a cinco dias após o término da menstruação.
- **Exame clínico das mamas (ECM)**: deverá ser realizada anualmente pelo médico e/ou enfermeiro, podendo ser realizada conjuntamente com a coleta de citologia oncótica e a oportunidade para o profissional de saúde informar a população sobre os sinais de alerta, fatores de risco, detecção precoce e a composição e variabilidade da mama normal.

O **ECM** é parte integrante da investigação de lesões suspeitas é complementar de diagnóstico precoce, o exame clínico das mamas é dividido em:

- Inspeção estática tem como objetivo identificar visivelmente os sinais sugestivos de câncer tais como contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar, sempre comparando a assimetria, diferença de corda pele, textura e padrão de circulação venosa, nesta fase a mulher pode ficar sentada com os braços pendente ao lado do corpo ou levantados sobre a cabeça. (CHAGAS et al., 2011).
- Inspeção dinâmica solicitar que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente e realize contração da musculatura peitoral, comprimento as palmas da mão uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.
- Palpação consiste em examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos, para palpar as cadeias de ganglionares axilares paciente deverá estar sentada, o braço homolateral relaxado e antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador.
- Pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila.

Os principais achados do ECM que devem ser encaminhados para complementação de diagnóstico, mamografia e ultrassonografia.

1. Nódulos mamários de consistência endurecida e fixo, independentemente da idade;

2. Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa;
3. Nódulo mamário em mulheres com histórico previo de câncer de mama;
4. Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama;
5. Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções de mamilo;
6. Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea;
7. Homens com 50 anos ou mais com massa sub-areolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças de pele;

- **Mamografia**: Os métodos de imagem são indicados em situações de rastreamento que tem como finalidade detectar precocemente o câncer de mama para permitir um tratamento menos radical e melhor qualidade de vida. A mamografia de diagnóstico é utilizado para confirmar ou não da suspeita de câncer a partir dos sinais detectados no exame clínico da mama e dos sinais referidos pela paciente.
- **Atenção** – A Mamografia de Rastreio deve ser solicitada pelo profissional Médico e Enfermeiro conforme recomendação do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica Nº 13 de 2013). Os métodos de diagnostico que são mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética devem ser solicitados somente pelo profissional Médico.

Os resultados do exame de monográficos são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data S ystem (BI-RADS), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e TRADUZIDO PELO Colégio Brasileiro de Radiologia.

Quadro 14 – Interpretação de Exames

CATEGORIA	INTERPRETAÇÃO	RECOMENDAÇÃO DE CONDUTA
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidência e manobras; correlação com outros métodos de imagem; Comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o **ECM FOR ALTERADO.**
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno.	Controle Radiológico *
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histológico
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já estar comprovada	Terapêutica específica em Unidade de tratamento de Câncer.

Fonte: Brasil, 2013.

* o estudo histopatológico está indicado nas lesões categoria III.

Alerta – A mastalgia apesar de uma queixa muito frequente, não apresenta indicação de mamografia.

O RASTREAMENTO ORGANIZADO

Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 a 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF,2009b), enquanto que a relação risco benefício do rastreamento população, em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos é pouco favorável (USPSTF, 2009), devido a maior densidade mamária que resulta em menor sensibilidade da mamografia (IARC, 2002).

Quadro 15 – Mamografia de Rastreio

População Alvo	Periodicidade dos Exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e se alterado, mamografia de diagnostico
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
Mulheres de 35 anos e com risco elevado	ECM anual e mamografia de diagnostico

Fonte: Brasil, 2013.

ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA

As principais indicações da ultrassonografia como método de diagnostico correspondem a:

1. **Diagnostico diferencial entre lesão sólida e líquida;**
2. **Alterações no ECM (lesão palpável), no caso de mamografia negativa ou inconclusiva;**
3. **Nas Jovens com lesões palpáveis;**
4. **Na alteração do ECM e no ciclo Gravídico puerperal;**
5. **Na doença inflamatória e abscesso.**

CITOLOGIA DE DESCARGA PAPILAR (MAMA).

A verificação citológica de algumas alterações mamárias é muito viável para selecionar os casos suspeitos de malignidade. As técnicas mais utilizadas são:

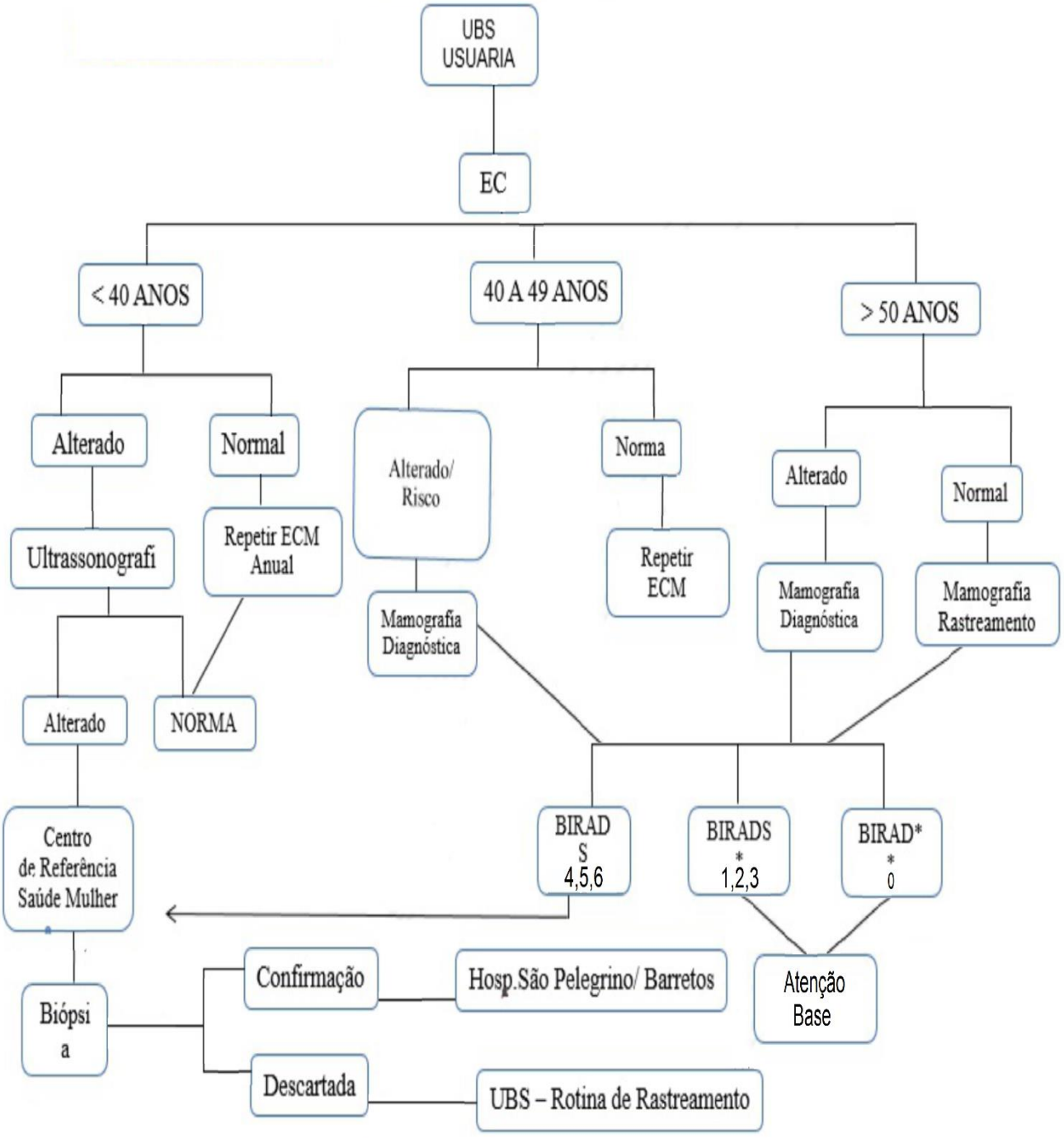
1. Punção aspirativa de tumores com agulha fina (PAAF), cuja a técnica consiste em introduzir–se através da pele (NO TUMOR), uma agulha de injeção de calibre fino com movimentos de vaivém da agulha em diversas direções dentro do tumor ao mesmo tempo em que se puxa o embolo da seringa, o material é coletado e colocado posteriormente em uma lâmina de vidro. Essa técnica somente será realizada pelo profissional capacitado.

2- Na citologia de descarga papilar, a técnica de coleta e muito simples, pois o material é coletado mediante a expressão das papilas, bastando que se passe uma lâmina de vidro sobre a papila, desse modo coletando-se o derrame ou descarga, o qual é em seguida espalhado sobre a lâmina, (inca 2013)

A identificação deverá ser realizada na parte fosca da lâmina, deverá conter as iniciais da unidade, as iniciais da usuária, idade, e número do prontuário **(os quatro últimos números do cartão do SUS),** data da coleta. Exemplo: Maria Laura de Souza, com 30 anos compareceu a unidade para coleta de citologia mamária na Unidade Ronaldo Aragão.

U.S.F.R.A
M.L.S.
30 a
Pr – 001
17/11/11

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



*Rotina de Rastreamento Conforme faixa etária na UBS

**Completamente com Ultrasonografia ou mamografia anterior,se der indicativo de alteração encaminhar o Centro de refêrencia saúde da mulher.

*** Citologia mamaria é realizada na UBS e tratada conforme bactéria ou fungo

P A R T E V

CONTROLE DE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A assistência às IST's deverá ser realizada de forma integrada pelos profissionais (médicos e enfermeiros) que compõem o Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos serviços de referência regionalizados.

As IST's são causadas por muitos micro-organismos diferentes, sendo constituída por um grupo de sintomas referidos pelo usuário e sinais que podem ser observados durante o exame, através da abordagem sindrômica, cujo principal objetivo é facilitar a identificação de uma ou mais dessas síndromes para então manejá-las de forma adequada, seguindo a padronização do Manual de Bolso Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – IST do Ministério da Saúde.

Quadro 16 –Tratamento de Herpes Genital

AGENTE	**TRATAMENTO**
Herpes Genital 1º Episódio	•**Aciclovir** 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias **ou** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias **ou** •**Valaciclovir** 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; **ou** •**Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.
Herpes Genital Recorrente	•**Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias); **ou** •**Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias **ou** 1 g dose única diária, 5 dias **ou** •**Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.
Herpes Genital Recidiva	•**Aciclovir** 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos **ou** • **Valaciclovir** 500 mg por dia por até 1 ano; **ou** • **Famciclovir** 250 mg 12/12 hs por dia por até 1 ano.

Fonte: Brasil, 2011.

Quadro 17 – Tratamento de Sífilis e Cancro Mole

AGENTE	1ª OPÇÃO	2ª OPÇÃO	OUTRAS SITUAÇÕES
Sífilis	**Penicilna G Benzatina**, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), ou	**Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrizes);	**Alergia a penicilina - eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (ver capítulo específico
		+	
Cancro mole	**Azitromicina 1 g VO em dose única,** ***ou*** **Ciprofloxacina** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos) ou **Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	**Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única;	Gestantes – contraindicado uso de **ciprofloxacina.** Usar **eritromicina** ou **ceftriaxona** Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica , utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina

Fonte: Brasil, 2012.

Quadro 18 –Tratamento de Clamídia e Gonorréia

AGENTE	1ª OPÇÃO	2ª OPÇÃO	OUTRAS SITUAÇÕES
Clamídia	**Azitromicina** 1 g, VO, em dose única, **ou** **Doxicilina** 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	**Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias **ou** **Tetraciclina** 500mg oral, 4x/dia, 7 dias **ou** **Ofloxacina** 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	Em menores de 18 anos contra- indicar **ofloxacina**
		+	
Gonorréia	**Ciprofloxacina** 500 mg, VO dose única; ou **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única;	**Cefixima** 400 mg, VO, dose única; ou **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única ou **Espectinomicina** 2g IM dose única	Em menores de 18 anos está contra indicado o uso de **ciprofloxacina, ofloxacina.**

Fonte: Brasil, 2012.

Quadro 19 – Tratamento de Tricomoníase, Vaginose Bacteriana e Candidíase

AGENTE	**1ª OPÇÃO**	**2ª OPÇÃO**	**OUTRAS OPÇÕES** (gestantes após o1º Trimestre e durante a amamentação)
Tricomoníase	**Metronidazol** 2g VO dose única **ou** **Metronidazol** 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	**Secnidazol** 2g, VO, dose única **ou** **Tinidazol** 2g VO dose única	**Metronidazol** 400 mg VO 12/12 h por 7 dias ou **Metronidazol** 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias **Metronidazol** 2g VO dose única
Vaginose bacteriana	**Metronidazol** 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	**Metronidazol** 2 g VO dose única ou **Metronidazol** gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou **Clindamicina** 300mg, VO, de 12/12horas, por 7 dias;ou **Clindamicina** creme2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.	**Metronidazol** 250mg 3 vezes ao dia durante 7 dias ou **Clindamicina** 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias

Candidíase	**Miconazol**, creme a 2%, via vaginal,uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou **Clotrimazol,** creme Vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; **ou** **Clotrimazol,** óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias**; ou** **Tioconazol** creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou **Nistatina** 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.	**Fluconazol**- 150mg VO em dose única ou Itraconazol 200 mg VO 12/12 h em 24 horas ou **Cetoconazol** 400 mg VO/dia por 5 dias	**Miconazol,** creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou **Clotrimazol**, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou **Clotrimazol,** óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou **Nistatina 100.000** UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias

Fonte: Brasil, 2012.

P A R T E VI

ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO

A Organização Municipal da Saúde define climatério como uma fase biológica da vida e não um processo patológico. Compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida mulher. A menopausa é um marco dessa transição corresponde ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade.

O climatério é um dos períodos evolutivos da vida da mulher. É uma fase de transição, complexa, que não pode ser encarada como fenômeno patológico e sim natural, mais depende 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. Porém nesta fase, a maioria das mulheres está com sua prole constituída, mais ainda necessitam de contracepção (ZAMPIERI, 2005).

Os (as) profissionais da atenção primária à saúde têm um papel importante junto às mulheres que vivenciam este período, seja 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 idade média é de 51,4 anos e seu diagnóstico é eminentemente clínico dividindo em dois ciclo característicos (BRASIL, 2008):

1. **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).

2. **Pós-menopausa** ocorre principalmente nas mulheres em idade compatível com a menopausa natural, em amenorreia 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, existem mulheres assintomáticas, com sintomatologia discreta ou ainda com manifestações androgênicas (BRASIL, 2009).

PRINCIPAIS AGRAVOS

Hipotireoidismo; Doenças cardiovasculares; Obesidade; Diabetes Mellitus; Osteoporose; Transtornos Psicossociais (tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, deficit de atenção, concentração e memória); Anedonia (perda do prazer ou interesse); Alterações urogenitais (distopia, incontinência urinária); Diminuição da libido; Alterações gastrointestinais (refluxo gastresofágico, dispepsia); Alterações da saúde (doença periodontal, desconforto bucal); Câncer (útero, mama, ovário, pele, reto, cólon e pulmão).

Quadro 20 – Exames de Rotinas

EXAMES	SOLICITAÇÃO	PERÍODO DE INDICAÇÃO
TSH	Na primeira consulta	- para exames normais a repetição poderá se dar num período de 3 a 5 anos caso mantenha assintomático. - Exames alterados encaminhar para endócrino
Colesterol total e HDL, Triglicérides	Na primeira consulta	- para exames normais e mulheres com baixo risco para doenças coronarianas repetir a cada cinco anos. -para mulheres com alto risco para doença cardiovascular (diabetes, história familiar da doença em mulheres < 60 anos, tabagismo, hipertensão) solicitar a cada 6 meses.
Glicemia de jejum	Na primeira consulta Atenção – Iniciar aos 40 anos para rastreamento de DM tipo II	-Para exames normais repetir a cada 3 anos. -Para mulheres com fator de risco (protocolo do diabético) solicitar exame anual. - Exame alterado – proceder conforme protocolo do diabético.
Urina rotina e Urocultura	Na primeira consulta	- Exame deverá ser solicitado anualmente a parti dos 60 anos.
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Na primeira consulta	- Mulheres com mais de 50 anos devem se submeter anualmente ao exame de pesquisa de sangue oculto

FSH	Quando a menopausa for cirúrgica e ou houver dúvida em relação ao quadro hormonal	- A dosagem do FSH é suficiente para o diagnóstico de hiperfunção ou falência ovariana, quando o resultado for maior do que 40mUI.
Densitometria óssea	Rastreamento de osteoporose	Em Mulheres após a menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco.

Fonte: Brasil, 2013.

Atenção – Mulheres com indicação para realização de Densitometria Óssea

- **Mulheres acima de 65 anos, com deficiência estrogênica com menos de 45 anos, peri e pós-menopausa com fatores de risco (um Maior ou dois Menores), com amenorreia secundária prolongada (por mais de 1 ano), todas que tenham apresentado fratura por trauma mínimo ou atraumática, com evidencia radiológica de osteopenia ou fraturas vertebrais, as que apresentam perda de estatura (maior que 2,5 cm) ou hipercifose torácica, em uso de corticosteroides, por mais de três meses ou mais, com índice de massa corporal abaixo de 19 kg/m², portadora de doença ou uso de medicações associadas a perda de massa óssea e em tratamento da osteoporose.**

REPOSIÇÃO HORMONAL

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.

O médico deverá avaliar cada caso e, em conjunto com a paciente, decidir pela introdução ou não da reposição hormonal, levando em consideração os fatores que contra indicam essa terapia de forma absolutas ou relativas.

Contra Indicação a Terapia Hormonal:

- **Absolutas** – Câncer de Mama, Câncer de endométrio, doença Hepática Grave, Sangramento Genital não esclarecido, história de tromboembolismo agudo e recorrente e porfiria;
- **Relativos** a Hipertensão arterial e o Diabetes mellitus não – controlados, a endometriose e miomatose uterina.

TRATAMENTO REPOSIÇÃO HORMONAL

- Estriol – creme de 1 mg/g;
- Estrogênio Conjugado - comprimido 0,3 mg;
- Medroxiprogesterona - comprimido 10 mg;
- Isoflavona de soja (glycine max) - comprimido ou cápsula;

Atenção – Mulher com reposição hormonal que não são histerectomizadas faz necessário a associação de Estrógeno Conjugado e medroxiprogesterona.

MULHERES COM INDICATIVO PARA ENCAMINHAR AO GINECOLOGISTA

1. Menopausa precoce;
2. Esclarecimento de dúvidas quanto ao risco ou contraindicação de terapia hormonal;
3. Prescrição e controle da terapia hormonal nos casos em que não esteja capacitado ou não se sinta seguro para realizar acompanhamento;
4. Na presença de efeitos colaterais persistentes e de difícil controle da terapia hormonal;
5. Metrorragia depois de estabelecimento da menopausa;
6. Sangramento uterino anormal em mulheres usando terapia hormonal;
7. Esclarecimento de sintomas suspeitos de neoplasias ginecológicas e mamárias.

PARTE VII

ATENDIMENTO A MULHER EM ABORTAMENTO

Atualmente o abortamento está se tornado um grave problema de saúde pública, estima se que apenas no Brasil ocorram mais de um milhão de abortos ao ano, podendo ser considerado como uma das principais causas de morte materna no País.

O aborto espontâneo ocorre em aproximadamente de 10 a 15% das gestações e podem desenvolver no casal a sensação de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo da mulher, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada.

A inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento nesse manual visam orientar aos profissionais sobre os cuidados e também na intenção de oferecer a usuária o serviço seguro as mulheres em situação de aborto.

A atenção humanizada em abortamento merece uma abordagem ética e reflexiva sobre os aspectos jurídicos, levando como norteado e princípio a igualdade, a liberdade e a dignidade humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência a saúde.

Conforme a Conferencia Mundial sobre direitos humanos, VIENA (1993), reafirma que os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor humano.

CÓDIGO PENAL, DOUTRINA E JURISPRUDÊNCIA

Não é crime e não se pune: o abortamento praticado por médico (a) se: a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128, I); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz de seu representante legal (Art. 128, II).

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com consentimento da mulher tornando neste caso um direito da mesma.

O código penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos, e **a mulher violentada sexualmente** não tem o dever legal de notificar o fato a polícia. Mas deve se orienta lá a tomar as providências policiais e jurídicas cabíveis, mas caso ela não faça, não deve se negado o abortamento.

Código Penal, Art. 20, § 1°, “O (a) médico (a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”.

CÓDIGO CIVIL

Do Consentimento (art. 3°,4°, 5°, 1631, 1690, 1728, 1767 - Código Civil/2002).

O Consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento.

a) A partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha;
b) A partir dos 16 e a antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela;
c) Antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

ATENÇÃO CLINICA

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20° ou 22° semana e com produto da concepção pesando menos que 500 g**. Aborto** é o produto da concepção eliminado no abortamento.

Deve se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sanguínea, e administrar imunoglobulina anti D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV.

Os abortamentos são classificados em:

a) Ameaça de abortamento - o sangramento genital de pequena a moderada podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra se fechado, o volume uterino é compatível com esperado para idade gestacional, e não existem sinais de infecção exame de ultrassom mostra se normal, com feto vivo, podendo encontra pequenas áreas de deslocamento ovular.

Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relação sexual durante a perda sanguínea e retornar ao atendimento pré-natal.

Atenção – não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido deve a mulher ser encaminhada ao serviço da Maternidade.

b) **Abortamento Completo** - Geralmente ocorrem com menos de oito semanas a perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho do útero mostra se menor que o esperado para a idade gestacional, exame de ultrassom encontra se a cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulo. A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou á infecção uterina encaminhar para maternidade.

c) Abortamento inevitável/ incompleto - o sangramento é maior ameaça de abortamento, diminui com a saída de coágulo ou de resto ovulares, as dores costumam ser maior intensidade que na presença, e o orifício cervical interna encontra se aberto. O EXAME DE ULTRASSOM CONFIRMA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, EMBORA NÃO SEJA IMPRESCINDÍVEL. Encaminhar para a Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME).

d) Aborto Retido - retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou presença de saco gestacional sem embrião. Encaminhar para a Maternidade Municipal Mãe Esperança.

e) Aborto Infectado- Com muita frequência está associado com a manipulação da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas geralmente provenientes da flora vaginal são casos graves e devem ser tratados imediatamente independentemente da vitalidade do feto.

Sinais de Alerta- elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de secreção purulenta.

Ao exame ginecológico ou manipulação dos órgãos pélvicos, através do toque vaginal a mulher pode referir bastante dor, e deve sempre se pensar na possibilidade de perfuração uterina – Encaminhar a Maternidade Mãe esperança.

f) Abortamento Habitual - caracteriza se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. Esta mulher deve ser encaminhada para a atenção especializada para investigação.

g) Abortamento eletivo previsto em lei - Apenas nos casos de interrupção da gestação, obedecendo a legislação vigente e por solicitação da mulher ou de seu representante, deverá se realizado com a mulher toda a orientação e esclarecimento sobre seus direitos e encaminhamento a assistência social da Maternidade Mãe Esperança.

P A R T E VIII

ACOLHIMENTO A MULHER VITIMA DE VIOLÊNCIA

A violência contra as mulheres é um fenômeno multidimensional que afeta as cidadãs de todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, que se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as mulheres no seu direito à vida, à saúde e à integridade física. Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização destas mulheres e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado e integral.

A violência de gênero é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controle masculino. Atinge as mulheres independentemente da idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social.

A Atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica é considerada uma questão de saúde pública e um direito humano das mulheres pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1993. Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade aos serviços. Em geral, apresentam "queixas vagas" e muitas vezes os exames não apontam resultados alterados. Por isso, é importante que nos serviços de saúde haja um trabalho multiprofissional, onde qualquer profissional de auxiliar de limpeza ao médico da equipe desde que esteja apto para ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária.

Junto a este atendimento, é preciso que se desenvolva a articulação dos serviços de saúde com outros, tais como casa abrigo, delegacia da mulher, cabendo ao profissional de saúde diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher em situação de violência. A mulher poder ser atingida por diversas formas de violência, dentre elas:

a) Violência física - é quando uma pessoa, que está com o poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio de força física ou de algum tipo de arma que pode provocar lesões externa, interna ou ambas.

b) Violência Psicológica - é quando uma pessoa submete outra a humilhações e ações ou omissões que causam ou visam a causar dano a auto-estima, a identidade e ao desenvolvimento da pessoa.

c) Violência sexual - é toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade. Atos libidinosos, atentado ao pudor, sedução, entre outros, podem não deixar rastro por isso que o abuso sexual é muitas vezes difícil de ser detectado, podendo ser classificado como:

*** Abuso incestuoso**: é quando o ato de violência envolve o pai ou outro parente próximo, que encontra em uma posição de maior poder em relação a vítima;

*** Sexo forçado no casamento**: a mulher é constrangida a manter relações sexuais como parte de suas obrigações de esposa;

*** Assédio sexual no local de trabalho**: atitudes de conotação sexual em que ocorre constrangimento de uma das partes, através do uso do poder de um superior na hierarquia em instituições de ensino e locais de trabalho.

*** Estupro**: a mulher é obrigada a manter relações sexuais sob ameaça ou violência.

d) Violência Institucional - Fruto das desigualdades predominantes em uma determinada sociedade, esse tipo de violência se incorpora à cultura hegemônica em instituições como serviços públicos, a mídia e as empresas privadas. No Brasil não são raras as denúncias da falência do sistema penitenciário e suas repercussões junto às mulheres encarceradas, sendo difícil o acesso a fontes de informação sobre o tema.

e) Violência nos serviços de saúde – muitas mulheres que se dirigem aos serviços de saúde enfrentam um atendimento marcado pela violência. Não são raros os relatos de casos de curetagem sem anestesia, quando em situação de aborto; tratamento preconceituoso, negligência e maus tratos nas situações de aborto provocado; falta de esclarecimentos e orientações adequadas; exames ginecológicos feitos com pouco cuidado; falta de privacidade quando examinadas, abuso sexual por parte dos profissionais e tratamento preconceituoso em casos de violência sexual.

f) Violência patrimonial – entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. Como quebra de móveis, jogar pertences nas ruas, destruir ou esconder documentos pessoais, destruir ou roubar bens e objetos pessoais como roupas, fotos, ou algo de grande estima.

g) Violência Moral – Entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria, que são crimes a honra, previstos no código penal:

*** Calunia (art. 138)** - caluniar alguém, imputando lhe falsamente fato definitivo como crime. Assim, dizer que alguém cometeu um fato considerado crime, sem que isto tenha sido verdade e calunia;

*** Difamação (art. 139)** - Difamar alguém, imputando lhe ofensivo a sua reputação. Desta forma, falar mal de alguém dizendo que seu comportamento não é correto; ofender a reputação de alguém, com críticas mentirosas e considerado crime de difamação;

*** Injuria (art. 140)** - injuriar alguém ofendendo lhe a dignidade e o decorro. A dignidade é o sentimento que a pessoa tem sobre seus atributos morais e decoro é o sentimento sobre si mesma, com relação aos seus atributos físicos e intelectuais. Chamar desejando ofender uma pessoa, de “salafrária”, “sem vergonha”, “vedete”, “saliente”, “Vagabunda”, é injuria.

Atenção – De acordo com a lei Maria da Penha, a vítima é sempre uma mulher, e o agressor pode ser homem ou mulher.

É DEVER DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PROMOVER OS DIREITOS E A SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.

1. Familiarizar o pessoal de saúde com:

* Os direitos humanos das mulheres e a violência doméstica como transgressão dos direitos;

* A magnitude e as características da violência doméstica contra mulheres no mundo, no Brasil e em Porto Velho;

* O adoecimento associado à violência doméstica e suas repercussões para o serviço de saúde;

* A importância do setor saúde como espaço apropriado de acolhimento de mulheres em situação de violência.

2. Oferecer Alguns Critérios básicos para a orientação e aconselhamento de mulheres em situação de violência:

* Apresentar princípios éticos básicos do trabalho: sigilo, respeito e decisão assistencial compartilhada;

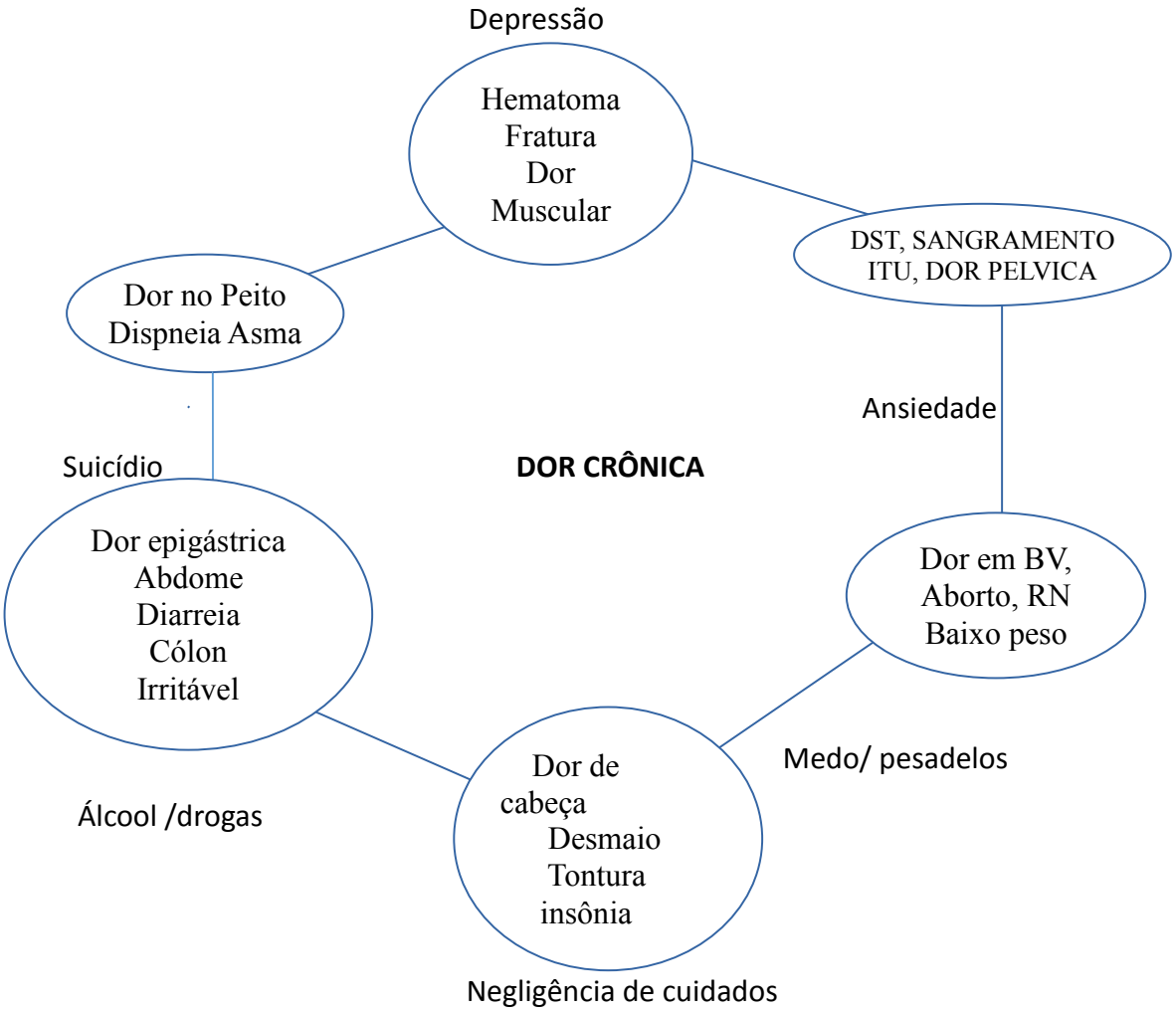
* Discutir alternativas assistenciais de acolhimento e resposta aos casos detectados, internas aos serviços de saúde da atenção básica;

* Oferecer informações que facilitem a identificação do risco envolvido, a proposição de medidas de segurança e o registro de casos;

* Oferecer sugestões de forma de registro e discutir a vigilância dos casos;

* Informar sobre algumas características básicas da rede intersetorial de serviços com a qual os profissionais de saúde podem integrar se para prestar uma assistência integral ao problema;

REPERCUSSÕES NA SAÚDE ASSOCIADAS Á VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES



COMO IDENTIFICAR UMA RELAÇÃO VIOLÊNCIA.

Perceber que está vivendo uma relação violenta já é um grande passo para a mulher começar a preservar sua dignidade e segurança, pois para muitas mulheres, os insultos, a brutalidade, a subordinação cotidiana ao homem é um fato comum. Cabe ao profissional realizar uma ausculta qualificada e notificar.

1. Você tem medo do homem com quem vive?
2. Você não sente segurança em sua própria casa?
3. Além de você, seus filhos também são espancados?
4. Você se sente cansada de ser humilhada publicamente?
5. A sua vontade de ação fica restrita pelo medo?

6. O seu companheiro passa a usar formas violentas para lhe obrigar a manter relações sexuais?
7. As atitudes do seu companheiro são tão drásticas que você sente que da “próxima vez” pode morrer?
8. Você começa a sentir no próprio corpo os efeitos da violência e do medo, através de dores de cabeça constante, úlcera, rigidez, depressão e mesmo hematomas resultantes de espancamentos, entre outros?
9. Você sente que a única saída é matá-lo ou se matar?

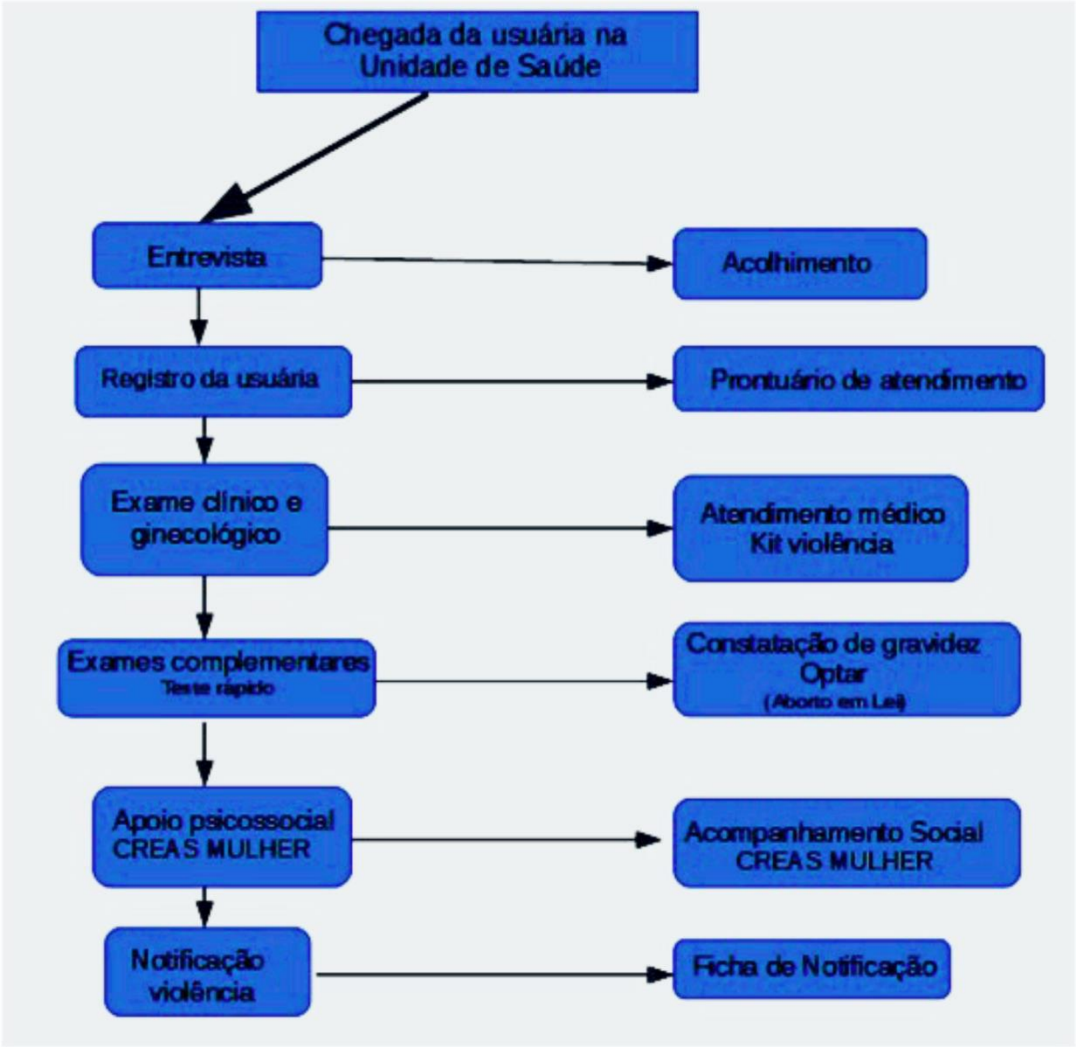
REDE DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA – RAM

Conforme protocolo assinado pelas Instituições:

1. Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Mulheres (CMDDM) e-mail: cmddmpvh.com;
2. Centro de Referência para atendimento à Mulher “Sonho de Liberdade” – fone: (69) 3901-3640/ 0800-6471315;
3. Coordenadoria Municipal de Política para as Mulheres – Fone (69) - 3901-3000/ 9983-1343;
4. Maternidade Municipal Mãe Esperança - Fone (69) 3901-2838;
5. Casa Família Rosetta – Centro de Recuperação Nossa Senhora Aparecida para Mulheres Vítima de Drogas Psicoativas (álcool e droga) - fone (69) – 3224-5112;
6. Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher - fone (69) 3216-8800;
7. Defensoria Pública do Estado de Rondônia Núcleo Psicossocial de Atendimento à Mulher vítima de Violência Doméstica e familiar- fone (69) - 32165045;
8. Vara de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar TJ/RO - fone – 3217-1212;
9. Polícia Militar do Estado de Rondônia - CIOP- DISK 190;
10. Nacional – ligue 180

Fluxo de atendimento

Segundo a norma técnica do Ministério da Saúde, o atendimento as mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual nos Serviços de Referência deve obedecer o seguinte fluxo:



P A R T E IX

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO

Historicamente, a identificação de mortes maternas no País tem dois problemas: 1) subdiagnóstico – quando o óbito é registrado com outra causa; 2) sub-registro – quando o óbito propriamente não é notificado.

Desde 2008, o MS vem intensificando esforços para ampliar, estruturar e fortalecer ações de Vigilância dos Óbitos (V.O.) com o objetivo de aprimorar a captação e a qualificação das informações sobre mortalidade materna, nos três níveis de gestão do SUS. O monitoramento das mortes maternas e MIF pela V.O., permite reclassificar mortes maternas, não declaradas inicialmente, e também descartar aquelas notificadas erroneamente como maternas.

A mortalidade materna é um indicador da qualidade de vida de uma população, mediante a evidência de mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Entretanto, o enfrentamento dos vários fatores condicionantes e determinantes desses óbitos continua sendo um grande desafio para o Município de Porto Velho, considerando a persistência de indicadores de mortalidade materna elevados e sem redução significativa.

A Portaria Nº 1.119 do MS de 2008, enfatiza que os óbitos maternos e os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória com o objetivo de identificar fatores determinantes e possíveis causas, subsidiando a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência e ainda estabelece prazo e fluxo.

2.1.1 Conceitos básicos sobre mortalidade materna.

Morte materna (óbito materno) é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

Morte materna por causas obstétricas podem ser de dois tipos: • Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7,D39.2, E23.0 (estes dois últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.ascom.

publicacoes.vigilanciaepidemiologica.indd 10 11/1/2011 14:42:19 Secretaria da Saúde do Estado do Ceará | Página 11 • Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes dois últimos após

criteriosa investigação). Os óbitos codificados como O.95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada. Estes óbitos são incluídos no cálculo da razão da mortalidade materna. Morte Materna Não Obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada, por alguns autores, como Morte Não Relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. Morte Materna Tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O96). Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. A Morte Materna Declarada é considerada quando as informações registradas na Declaração de Óbito (D.O) permitem classificar o óbito como materno. A Morte Materna Não Declarada é considerada quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna. Morte Materna Presumível ou Mascarada é considerada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminaram com a morte. Desta forma, se oculta a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno. As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de máscaras, daí a expressão Morte Materna Mascarada.
(Anexo I)

Contribui para a melhoria dos registros dos óbitos; • Orienta as ações de intervenção para prevenção e o controle de novos óbitos; • Avalia as ações do serviço de saúde; • Contribui no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e análise de óbitos.

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, a medida que permite a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não tem declarações de óbitos registradas ou não entraram no sistema de informação.

Proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes.

3 **Alguns conceitos básicos sobre morte materna**

Morte materna (óbito materno) é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. A Morte materna é classificada em:

a) Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes dois últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.

b) Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes dois últimos após criteriosa investigação). Os óbitos codificados como O.95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada.

Morte Materna Não Obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada, por alguns autores, como Morte Não Relacionada.

Morte Materna Tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O96).

A investigação epidemiológica dos óbitos maternos contribui para a melhoria dos registros dos óbitos, pois permite a identificação do número real de óbitos maternos, proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção de todas as variáveis da D.O, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes.

A Fichas para Investigação do Óbito Materno do Ministério da Saúde (ANEXO IX) padronizam o processo de vigilância epidemiológica do óbito materno. Apresentam em sua composição campos referentes à identificação do óbito e dados pessoais da falecida.

Na ocorrência de um óbito materno ou suspeito, a equipe de saúde da família do território de abrangência, tem a responsabilidade de investigar óbitos maternos que ocorreram em sua área de abrangência. Estas devem ser preenchidas em até quinze dias da ocorrência do óbito e encaminhadas ao Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde (DVEA – SEMUSA).

A investigação do óbito materno no seguimento domiciliar e ambulatorial deverá ser realizada com s fichas de investigação (Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar – ANEXO IX) e ambulatorial (Ficha de Investigação do Óbito Materno – Serviço de Saúde Ambulatorial – ANEXO IX)

Esta investigação tem por objetivo obter informações para elucidar causas de morte. Trata-se de um questionário, sistematizado como uma anamnese, para a coleta de informações sobre as circunstâncias, sinais e sintomas, aplicado aos familiares e/ou cuidadores da falecida que conviveram com ela durante a doença que levou à morte.

P A R T E X

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

As mulheres em idade fértil são aquelas que estão na faixa etária entre 10 a 49 anos; internacionalmente essa faixa está entre 15 a 49 nos. No Brasil essa estimativa de idade foi feita com base nos registros de óbito materno e de gravidez em menores de 15 anos.

A Vigilância Epidemiológica de Óbitos de mulheres em idade fértil tornou-se obrigatória no Brasil desde 2008, e é uma estratégia importante para qualificar os dados sobre mortalidade materna. A investigação de óbitos de MIF, deve ser considerada uma medida, em curto prazo, de identificação de óbitos maternos.

O óbito de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), ocorrido na área de abrangência da equipe de saúde da família deverá ser investigado com auxílio da Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno (ANEXO X). Esta ficha permite organizar a investigação sobre o óbito: se materno ou não. Se o óbito materno foi descartado, esta decisão deve ser justificada.

A ficha deverá ser preenchida em até 30 dias a contar a data da ocorrência do óbito e encaminhada à Coordenação da Vigilância do Óbito da Divisão de Vigilância Epidemiológica da SEMUSA, para alimentação da informação no Sistema de Informação sobre Mortalidade Municipal e Federal.

Esta investigação tem por objetivo obter informações para elucidar causas de morte. Trata-se de um questionário, sistematizado como uma anamnese, para a coleta de informações sobre as circunstâncias, sinais e sintomas, aplicado aos familiares e/ou cuidadores da falecida que conviveram com ela durante a doença que levou à morte.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento Atenção Básica. **Caderno de Atenção básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília- DF. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de apoio a Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Ministério da Saúde. Datasus. **Manual do SisPreNatal versão 2.16.** – Rio de Janeiro, setembro de 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica. adernon° 4 .Brasília 2011.**

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de bolso controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 2º edição. Brasília, 2006.

Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para os profissionais de saúde.** 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006.

Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério**: Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª edição - Brasília: 2006. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf> Acesso em 02 dez. 2014.

Ministério da Saúde. **Alimentos regionais brasileiros**. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. – 1 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Urgências e emergências maternas. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde/FREBRASGO, 2000.

CHAGAS .C.R.et al. **Tratamento de mastologia da SBM**.Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

COLLABORATIVE.GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. **Breast Cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with bresast cancer and 96973 women whithout the disease lancet** ,v 360, p 187-195, 2002.

ENKIN, Murray *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

GOULART, R.M.M.; **Anuário de nutrição materno infantil** – São Paulo: 1999.
INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handobooks of cancer prevention**. Lyon: IARC Press, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER.. JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sistema de informação do cancer: manoal preliminar para apoio á implantação /Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva** -Rio de Janeiro :INCA,2013.

MAHAN, L. K.; ARLIN, M. T. Krause. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**, 8ª edição, Roca, São Paulo, 1994.

MONTENEGRO, Rezende. **Obstetrícia fundamental**. 8 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999.
OLIVEIRA,G.O.A.L. **Prevalência da sintomatologia depressiva no período gestacional:comparação entre um grupo de mulheres grávidas portadoras de diabetes e outros de mulheres gravidas sem diabetes.**2013.83.f. Dissertação (Mestrado em Enfermafem)- Programa Associado de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernanbuco/Universidade Estadual da Paraíba,Recife,2013.

REZENDE, Jorge, MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental.** 10 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

SCHIRMER, Janine et al. **Assistência Pré-natal: Manual técnico** - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

US PREVENTIVES SERVICES TASK FORCE (USPSTF).**Screening for breast cancer: an update for the U.S.: preventive services task force .Annals of Internal Medicine**, v151, n10, p. 727-737, 2009.

VASQUEZ, Flávio A. Prado. **Pré-natal:** um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro, Rubio, 2006.

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.

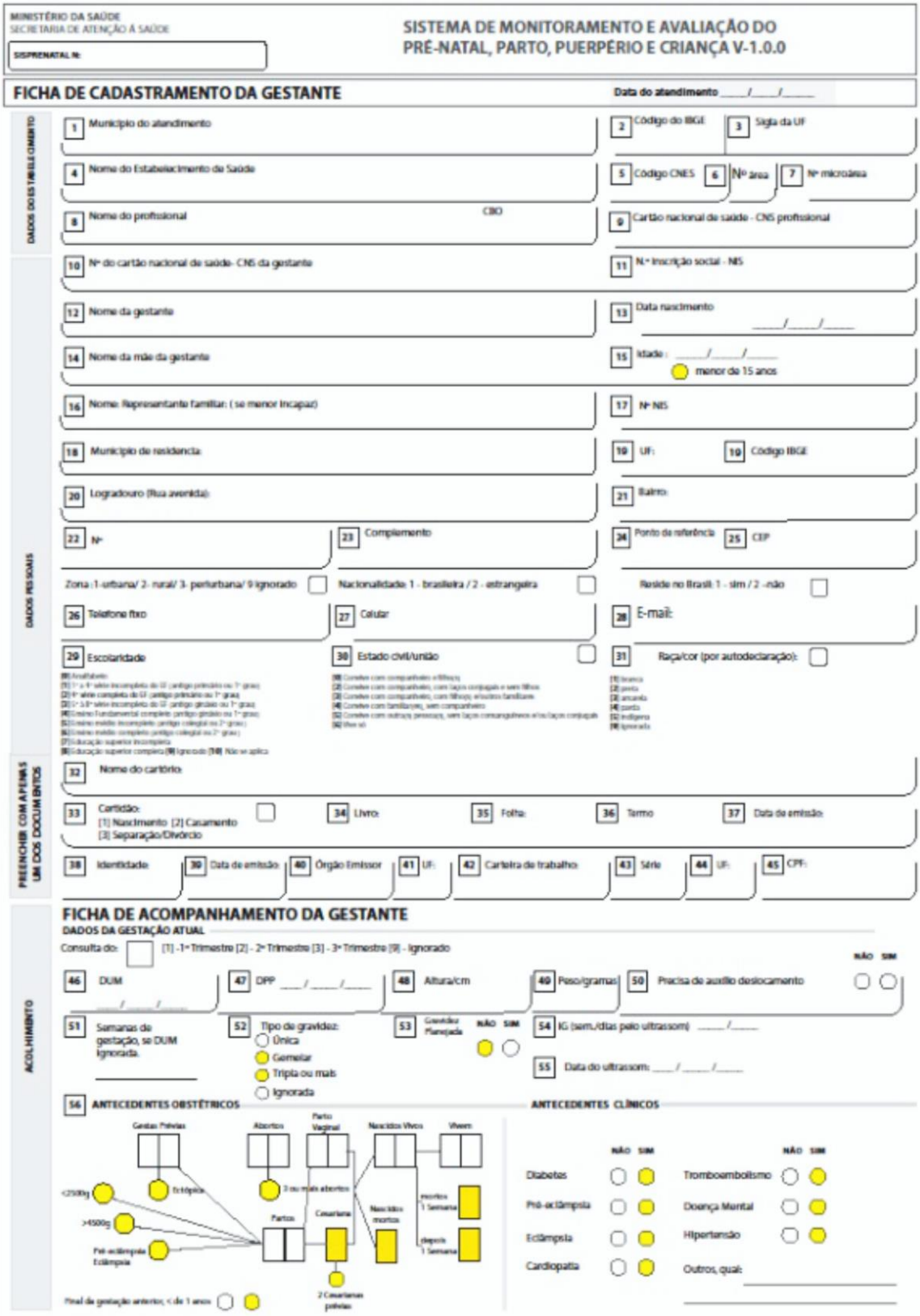
ZANOTTI,D.V,; SAITO.K.C.; RODRIGUERS, M.D.; OTANI, M.A.P. Indentificação e intervenção no trastorno psiquiatrico e intervenção no trastorno ,associado ao puerperio. Acolaboração do enfermeiro psiquiatrico .revista Nurseng.v.61.n6, pg 36-42, 2003

ZIEGEL, Erna, CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.

Braga A, Grillo B, Silveira E, et al. Mola – **Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional.** Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Rio de Janeiro. 1ª ed. 2014.p.1-12.

ANEXOS

ANEXO I - **Ficha de cadastramento SISPRENATAL**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL Nº:

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento
2 Código do IBGE
3 Sigla da UF
4 Nome do Estabelecimento de Saúde
5 Código CNES
6 Nº área
7 Nº microárea
8 Nome do profissional
CBO
9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

DADOS PESSOAIS

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante
11 Nº Inscrição social - NIS
12 Nome da gestante
13 Data nascimento ____/____/____
14 Nome da mãe da gestante
15 Idade: ____/____/____ menor de 15 anos
16 Nome Representante familiar: (se menor incapaz)
17 Nº NIS
18 Município de residencia:
19 UF:
19 Código IBGE
20 Logradouro (Rua avenida):
21 Bairro:
22 Nº
23 Complemento
24 Ponto de referência
25 CEP
Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado
Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira
Reside no Brasil: 1 - sim / 2 -não
26 Telefone fixo
27 Celular
28 E-mail:
29 Escolaridade
30 Estado civil/união
31 Raça/cor (por autodeclaração):

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:
33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio
34 Livro:
35 Folha:
36 Termo
37 Data de emissão:
38 Identidade:
39 Data de emissão:
40 Órgão Emissor
41 UF:
42 Carteira de trabalho:
43 Série
44 UF:
45 CPF:

ACOLHIMENTO

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: [1] -1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

NÃO SIM

46 DUM ____/____/____
47 DPP ____/____/____
48 Altura/cm
49 Peso/gramas
50 Precisa de auxílio deslocamento
51 Semanas de gestação, se DUM Ignorada:
52 Tipo de gravidez: Única, Gemelar, Tripla ou mais, Ignorada
53 Gravidez Planejada
54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____
55 Data do ultrassom: ____/____/____

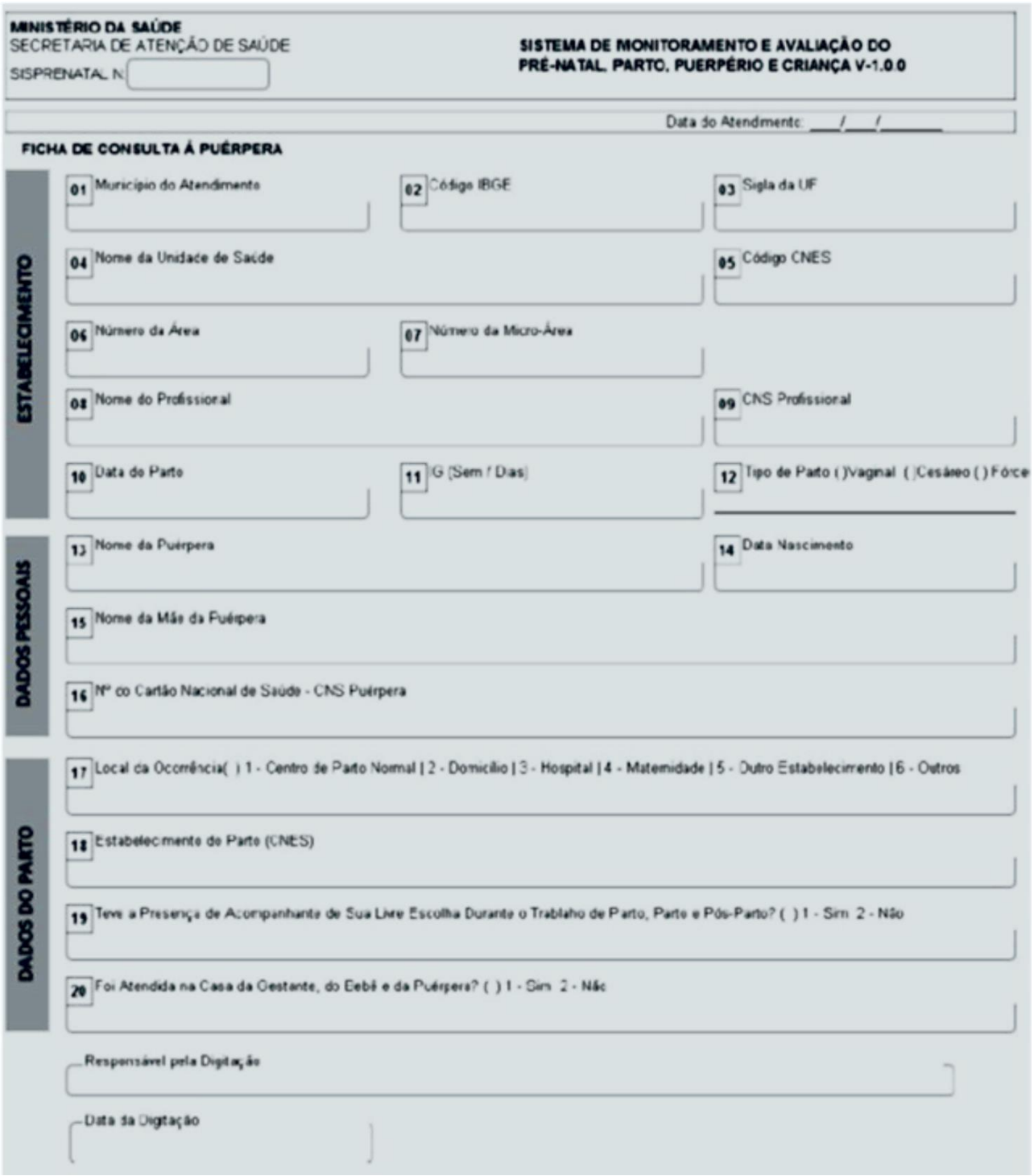
56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestas Prévias
Abortos
Parto Vaginal
Nascidos Vivos
Vivem
<2500g
>4500g
Pré-eclâmpsia
Eclâmpsia
Ectópica
3 ou mais abortos
Partos
Cesariana
Nascidos mortos
mortos 1ª Semana
depois 1ª Semana
2 Cesarianas prévias
Final da gestação anterior, < de 1 ano

ANTECEDENTES CLÍNICOS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Diabetes			Tromboembolismo		
Pré-eclâmpsia			Doença Mental		
Eclâmpsia			Hipertensão		
Cardiopatia			Outros, qual:		

ANEXO II - **Ficha de consulta puerperal SISPRENATAL**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO DE SAÚDE
SISPRENATAL N:

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

Data do Atendimento: ___/___/_____

FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERA

ESTABELECIMENTO

01 Município do Atendimento
02 Código IBGE
03 Sigla da UF
04 Nome da Unidade de Saúde
05 Código CNES
06 Número da Área
07 Número da Micro-Área
08 Nome do Profissional
09 CNS Profissional
10 Data do Parto
11 G (Sem / Dias)
12 Tipo de Parto ( )Vaginal ( )Cesáreo ( ) Fórce

DADOS PESSOAIS

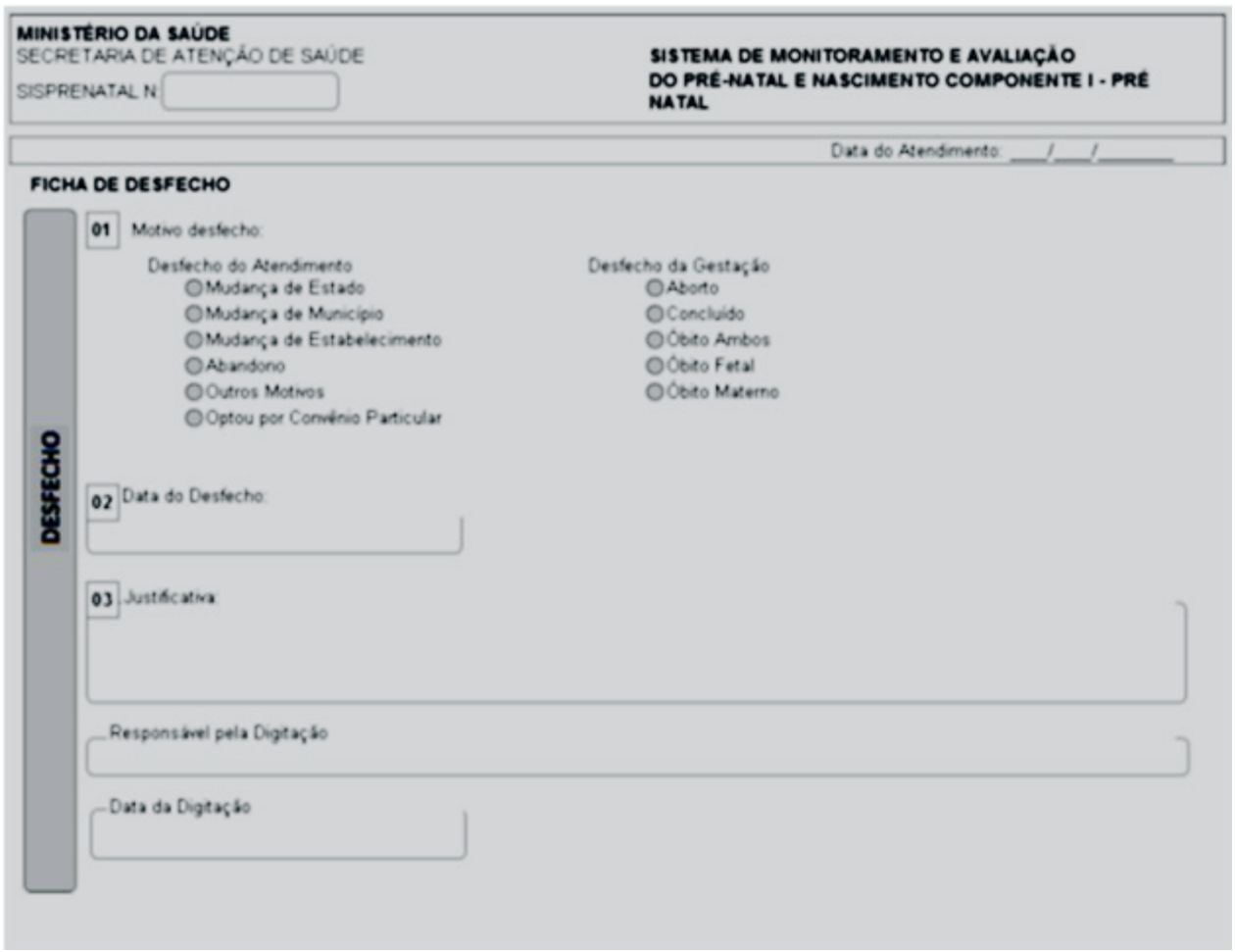
13 Nome da Puérpera
14 Data Nascimento
15 Nome da Mãe da Puérpera
16 Nº do Cartão Nacional de Saúde - CNS Puérpera

DADOS DO PARTO

17 Local da Ocorrência( ) 1 - Centro de Parto Normal | 2 - Domicílio | 3 - Hospital | 4 - Maternidade | 5 - Outro Estabelecimento | 6 - Outros
18 Estabelecimento de Parto (CNES)
19 Teve a Presença de Acompanhante de Sua Livre Escolha Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto? ( ) 1 - Sim 2 - Não
20 Foi Atendida na Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera? ( ) 1 - Sim 2 - Não

Responsável pela Digitação
Data da Digitação

ANEXO III - **Ficha de desfecho SISPRENATAL**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO DE SAÚDE
SISPRENATAL N:

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I - PRÉ NATAL

Data do Atendimento: ___/___/_____

FICHA DE DESFECHO

DESFECHO

01 Motivo desfecho:

Desfecho do Atendimento
- Mudança de Estado
- Mudança de Município
- Mudança de Estabelecimento
- Abandono
- Outros Motivos
- Optou por Convênio Particular

Desfecho da Gestação
- Aborto
- Concluído
- Óbito Ambos
- Óbito Fetal
- Óbito Materno

02 Data do Desfecho:

03 Justificativa:

Responsável pela Digitação

Data da Digitação

ANEXO IV - **Formulário de encaminhamento para atendimento no centro de referência saúde da mulher**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇAÔ BÁSICA
DIVISÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS

FICHA DE REFERENCIA/ ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM/SOLICITANTE:	UNIDADE DE DESTINO: Centro de Referência em Saúde da Mulher Ambulatório Municipal de Atendimento à Gestante de Risco

NOME DA USUÁRIA:	DATA DE NASCIMENTO: / /

Nº DO DOCUMENTO:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICRO-ÁREA:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

RESUMO DA HISTÓRIA/EXAME FÍSICO (Sinais, sintomas, início de aparecimento, achados de maior importância)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

MEDICAÇÃO EM USO:

LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO:	MÉDICO OU ENFERMEIRO SOLICITANTE (assinatura e carimbo)

ANEXO V - **Consentimento informado para contracepção cirúrgica (Frente)**

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS
PLANEJAMENTO FAMILAR

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRURGICA

Eu_____registrado(a) / matricula no SUS_____. RG nº _____UF:_____. nos termos da lei 9.263 de 12/01/996.. voluntariamente, desejo submeter-me a contracepção cirúrgica, sobre a quali fui devidamente esclarecido (a).
Minha decisão foi tomada após ter recebido orientação sobre os métodos anticoncepcionais existentes e saber que:

1- Existem e estão disponíveis outros métodos anticoncepcionais, os quais me foram oferecidos;
2- Este é um ato cirúrgico de pequeno porte, que envolve risco e desconforto como qualquer cirurgia;
3- Este é um método anticoncepcional de caráter irreversível, portanto não poderei ter mais filhos;
4- Ocasionalmente este método pode falhar.

_____ _____

Assinatura ou digital direita do cliente

Assinatura ou digital do (a) companheiro (a) ou testemunha

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Idade do casal: Homem _____ Mulher_____
Gesta:____ Para:____ Aborto:_____ Cesáreas:_____
Nº de filhos:_____ Idade dos filhos (mais novo):_____(mais velho):_____
Métodos utilizados e seus efeitos:_____
Métodos utilizados e seus efeitos:_____
Relacionamento do casal: ( ) estável ( ) instável
Patologias associadas:_____
Outros motivos (risco reprodutivo, etc): _____

Porto Velho ___/____/___

Responsável pelas orientações do Planejamento Familiar:_____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS
PLANEJAMENTO FAMILAR

VASECTOMIA
Informações ao paciente

Vasectomia é uma cirurgia para esterilização do homem.
É um procedimento de pequeno porte, seguro e eficiente. Não requer internação hospitalar, não provoca impotência sexual ou qualquer outro efeito colateral conhecido.

Antes da cirurgia
A cirurgia não requer nenhum preparo especial e o paciente pode se alimentar normalmente.
Apara (cortar curto com tesoura) os pelos pubianos e escrotais (não precisa raspar).
Chegar ao local 30 minutos antes do horário previsto, acompanhado.

Durante a cirurgia
A vasectomia é feita sob anestesia local e dura cerca de 20 a 30 minutos.

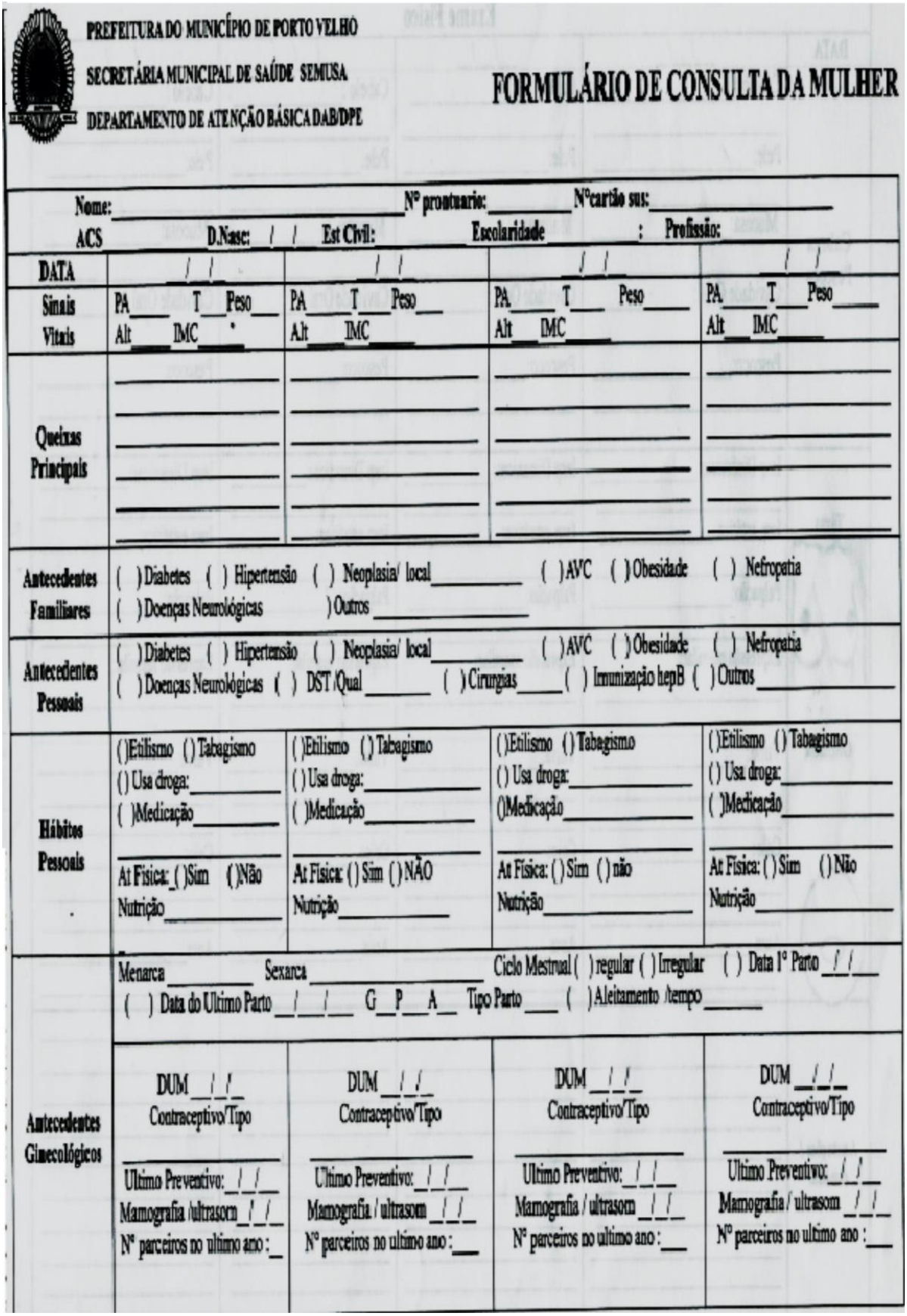
Após a cirurgia
Após o procedimento , o paciente vaia para casa devendo ficar em repouso por 48 horas.
Para evitar sangramento local e hematomas , o paciente não deve pilotar moto ou bicicleta por 48 anos. De preferência, ao terminar a cirurgia , o paciente deve ir para casa de carro, com outra pessoa dirigindo.
Usar os medicamentos prescritos pelo medico.
Não precisa fazer curativo. A cueca pode ser usada como suspensório escrotal.
Durante o banho, o local só deve ser molhado após 48 horas. Antes desse período, apenas lavar com um pano.
Os pontos não precisam ser removidos, pois são absorvidos pelo organismo.
As complicações mais comuns que podem ocorrer são sangramento local, hematoma, dor e infecção. O paciente deve retornar ao hospital se ocorrer qualquer fato anormal.

Retorno ao trabalho após a vasectomia
Geralmente, o paciente está apto a retornar ao trabalho entre 5 e 7 dias após a vasectomia.

Atividade sexual após a vasectomia
Após a cirurgia, o paciente pode retornar a sua atividade sexual quando se sentir bem (sem incomodo local), o que ocorre geralmente após 7-10 dias.
No entanto, o homem que fez vasectomia continua fértil ainda por 2 a 3 meses. Por isso, antes desse período, as relações sexuais precisam ser feitas com método anticoncepcional (camisinha, anticoncepcional oral, DIU, ou outro método).
Se, após a cirurgia, o paciente tiver relação sexual sem usar nenhum método anticoncepcional, a parceira pode engravidar.

O paciente fará um exame de espermograma 2 meses após a vasectomia (ou após 25 ejaculações) e retorna ao médico.
O homem que fez vasectomia só estará liberado para ter relações sexuais sem nenhum método anticoncepcional, após trazer o espermograma para o medico e este o liberar.

ANEXO VI - **Formulário de consulta da mulher (Frente)**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE SEMUSA

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DAB/DPE

FORMULÁRIO DE CONSULTA DA MULHER

Nome: _____ Nº prontuario: _____ Nºcartão sus: _____

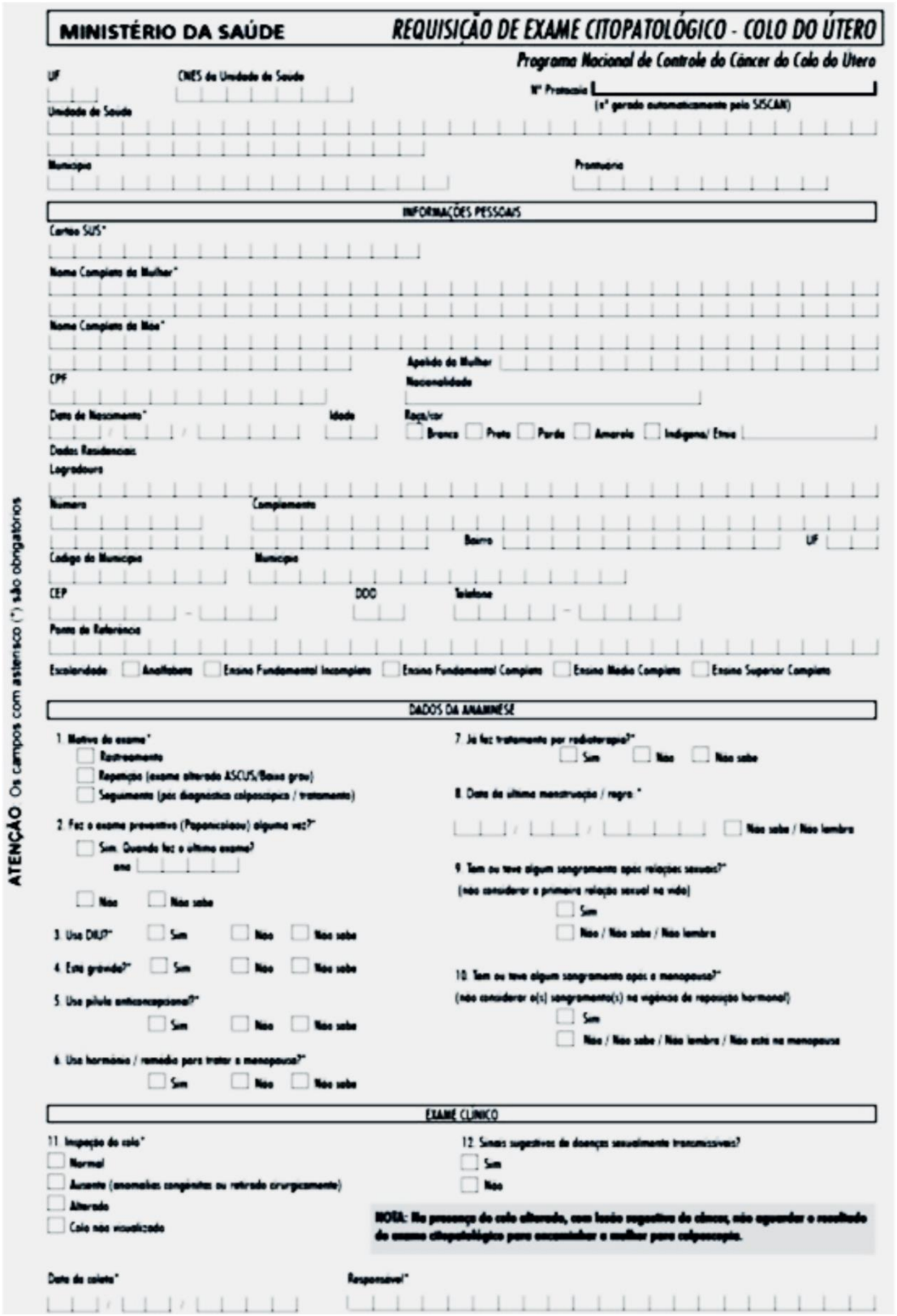
ACS D.Nasc: / / Est Civil: Escolaridade : Profissão:

DATA	/ /	/ /	/ /	/ /
Sinais Vitais	PA___ T___ Peso___ Alt___ IMC___	PA___ T___ Peso___ Alt___ IMC___	PA___ T___ Peso___ Alt___ IMC___	PA___ T___ Peso___ Alt___ IMC___
Queixas Principais				
Antecedentes Familiares	( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Neoplasia/ local_____ ( ) AVC ( ) Obesidade ( ) Nefropatia ( ) Doenças Neurológicas) Outros _____			
Antecedentes Pessoais	( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Neoplasia/ local_____ ( ) AVC ( ) Obesidade ( ) Nefropatia ( ) Doenças Neurológicas ( ) DST /Qual _____ ( ) Cirurgias____ ( ) Imunização hepB ( ) Outros _____			
Hábitos Pessoais	( )Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Usa droga:_____ ( )Medicação_____ At Física: ( )Sim ( )Não Nutrição_____	( )Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Usa droga:_____ ( )Medicação_____ At Física: ( ) Sim ( ) NÃO Nutrição_____	( )Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Usa droga:_____ ()Medicação_____ At Física: ( ) Sim ( ) não Nutrição_____	( )Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Usa droga:_____ ( )Medicação_____ At Física: ( ) Sim ( ) Não Nutrição_____
Antecedentes Ginecológicos	Menarca _____ Sexarca _____ Ciclo Mestrual ( ) regular ( ) Irregular ( ) Data 1º Parto __/__/__ ( ) Data do Ultimo Parto __/__/__ G__P__A__ Tipo Parto ___ ( ) Aleitamento /tempo _____			
	DUM __/__/__ Contraceptivo/Tipo _____ Ultimo Preventivo: __/__/__ Mamografia /ultrasom __/__/__ Nº parceiros no ultimo ano: __	DUM __/__/__ Contraceptivo/Tipo _____ Ultimo Preventivo: __/__/__ Mamografia / ultrasom __/__/__ Nº parceiros no ultimo ano: __	DUM __/__/__ Contraceptivo/Tipo _____ Ultimo Preventivo: __/__/__ Mamografia / ultrasom __/__/__ Nº parceiros no ultimo ano: __	DUM __/__/__ Contraceptivo/Tipo _____ Ultimo Preventivo: __/__/__ Mamografia / ultrasom __/__/__ Nº parceiros no ultimo ano: __

ANEXO VI - **Formulário de consulta da mulher (Verso)**

Exame Físico				
DATA	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Cabeça Pescoço	Cabelo: Pele: Mucosa: Cavidade Oral: Pescoço:	Cabelo: Pele: Mucosa: Cavidade Oral: Pescoço:	Cabelo: Pele: Mucosa: Cavidade Oral: Pescoço:	Cabelo: Pele: Mucosa: Cavidade Oral: Pescoço:
Tórax	Insp Dinâmicas: Insp estática: Palpação: Expressão mamilar:	Insp Dinamicas: Insp estatica: Palpação: Expressão mamilar:	Insp Dinamicas: Insp estatica: Palpação: Expressão mamilar:	Insp Dinamicas: Insp estatica: Palpação: Expressão mamilar:
Genitália	Vulva: Colo: Anus	Vulva: Colo: Anus	Vulva: Colo: Anus	Vulva: Colo: Anus
Anotações / conduta				

ANEXO VII - **Requisição de exame citopatológico - colo do útero (Frente)**



MINISTÉRIO DA SAÚDE — *REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO*

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF | CNES da Unidade de Saúde | Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município | Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF | Apelido da Mulher | Nacionalidade

Data de Nascimento* | Idade | Raça/cor: Branca, Preta, Parda, Amarela, Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número | Complemento | Bairro | UF

Código do Município | Município

CEP | DDD | Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: Analfabeto | Ensino Fundamental Incompleto | Ensino Fundamental Completo | Ensino Médio Completo | Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
   - Rastreamento
   - Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
   - Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
   - Sim. Quando fez o último exame? ano
   - Não | Não sabe
3. Usa DIU?* Sim | Não | Não sabe
4. Está grávida?* Sim | Não | Não sabe
5. Usa pílula anticoncepcional?* Sim | Não | Não sabe
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* Sim | Não | Não sabe
7. Já fez tratamento por radioterapia?* Sim | Não | Não sabe
8. Data da última menstruação / regra * / / | Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar a primeira relação sexual na vida)
   - Sim
   - Não / Não sabe / Não lembra
10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
    - Sim
    - Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

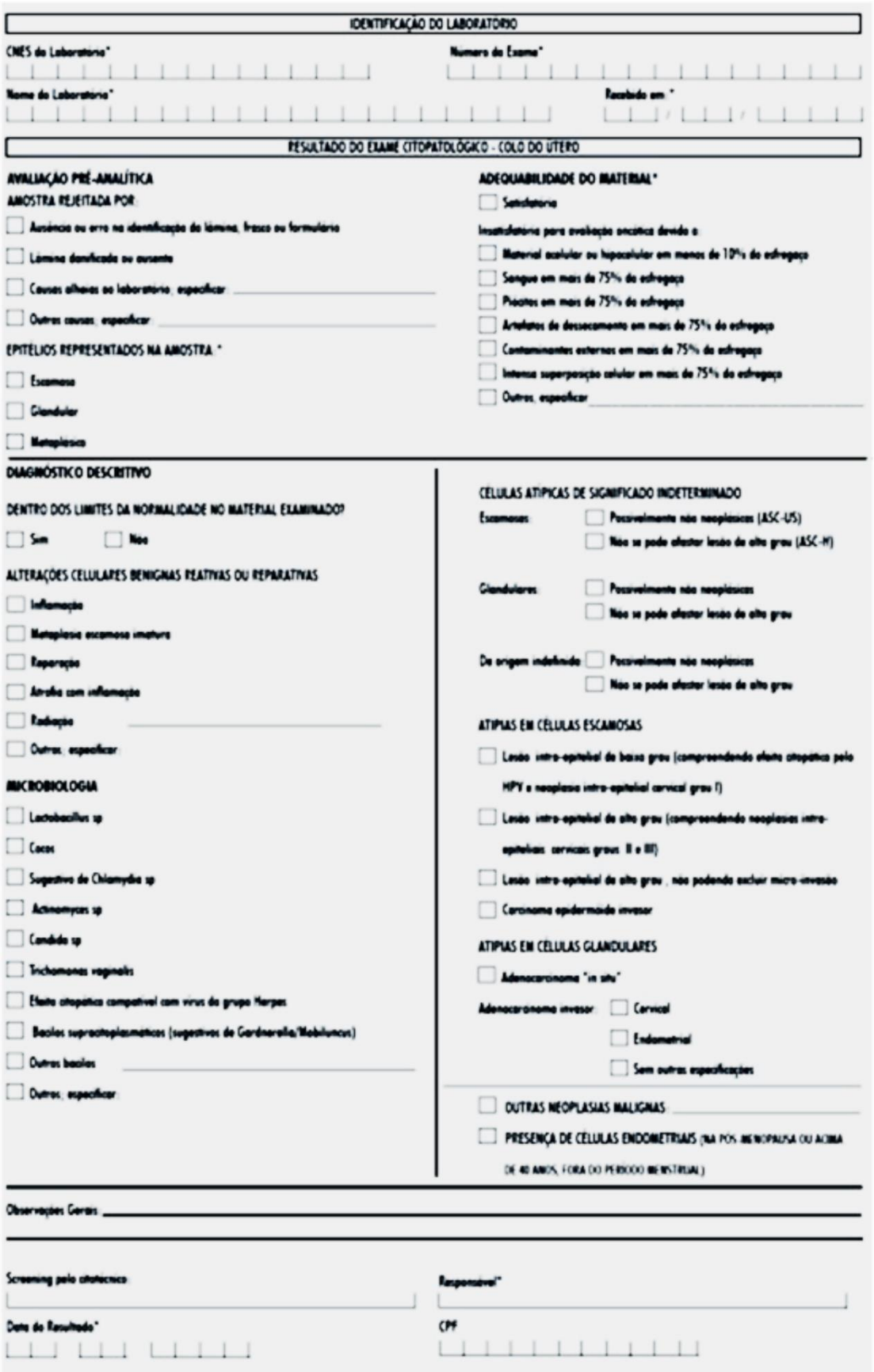
11. Inspeção do colo*
    - Normal
    - Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente)
    - Alterado
    - Colo não visualizado
12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
    - Sim
    - Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* / / | Responsável*

ATENÇÃO Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

ANEXO VII - **Requisição de exame citopatológico - colo do útero (Verso)**



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em *

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório, especificar: _____
- Outras causas, especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA *

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatório

Insatisfatório para avaliação oncótica devido a:

- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim
- Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros, especificar:

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outras bacilos _____
- Outros, especificar:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
- Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:
- Possivelmente não neoplásicas
- Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:
- Possivelmente não neoplásicas
- Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:
- Cervical
- Endometrial
- Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

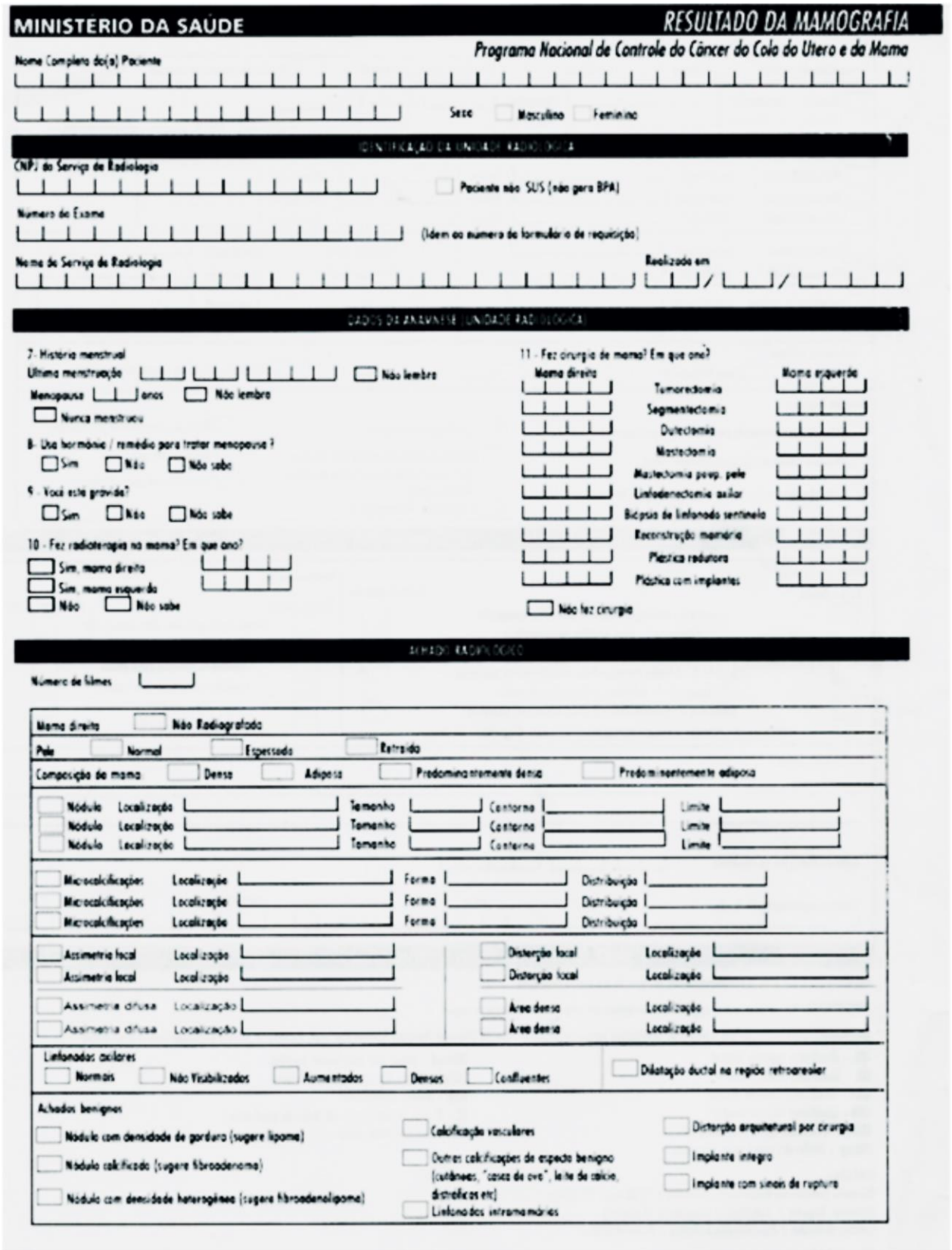
Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

CPF

ANEXO VIII - **Requisição de mamografia (Frente)**



MINISTERIO DA SAÚDE

RESULTADO DA MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama

Nome Completo do(a) Paciente

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE RADIOLÓGICA

CNPJ do Serviço de Radiologia

☐ Paciente não SUS (não gera BPA)

Número do Exame

(Idem ao número do formulário de requisição)

Nome do Serviço de Radiologia

Realizado em ___/___/___

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE RADIOLÓGICA)

7- História menstrual

Última menstruação ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ Não lembra

Menopausa ☐☐ anos ☐ Não lembra

☐ Nunca menstruou

8- Usa hormônio / remédio para tratar menopausa?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

9- Você está grávida?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

10 - Fez radioterapia na mama? Em que ano?

☐ Sim, mama direita ☐☐☐☐

☐ Sim, mama esquerda ☐☐☐☐

☐ Não ☐ Não sabe

11 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?

Mama direita		Mama esquerda
☐☐☐☐	Tumorectomia	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Segmentectomia	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Ductectomia	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Mastectomia	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Mastectomia preserv. pele	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Linfadenectomia axilar	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Biopsia de linfonodo sentinela	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Reconstrução mamária	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Plastica redutora	☐☐☐☐
☐☐☐☐	Plastica com implantes	☐☐☐☐

☐ Não fez cirurgia

LAUDO RADIOLÓGICO

Número de filmes ☐

Mama direita ☐ Não Radiografada

Pele ☐ Normal ☐ Espessada ☐ Retraída

Composição da mama ☐ Densa ☐ Adiposa ☐ Predominantemente densa ☐ Predominantemente adiposa

☐ Nódulo	Localização		Tamanho		Contorno		Limite
☐ Nódulo	Localização		Tamanho		Contorno		Limite
☐ Nódulo	Localização		Tamanho		Contorno		Limite

☐ Microcalcificações	Localização		Forma		Distribuição
☐ Microcalcificações	Localização		Forma		Distribuição
☐ Microcalcificações	Localização		Forma		Distribuição

☐ Assimetria focal	Localização	☐ Distorção focal	Localização
☐ Assimetria focal	Localização	☐ Distorção focal	Localização
☐ Assimetria difusa	Localização	☐ Área densa	Localização
☐ Assimetria difusa	Localização	☐ Área densa	Localização

Linfonodos axilares

☐ Normais ☐ Não Visibilizados ☐ Aumentados ☐ Densos ☐ Confluentes

☐ Dilatação ductal na região retroareolar

Achados benignos

☐ Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma)

☐ Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma)

☐ Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma)

☐ Calcificação vasculares

☐ Outras calcificações de aspecto benigno (cutâneas, "casca de ovo", leite de cálcio, distróficas etc)

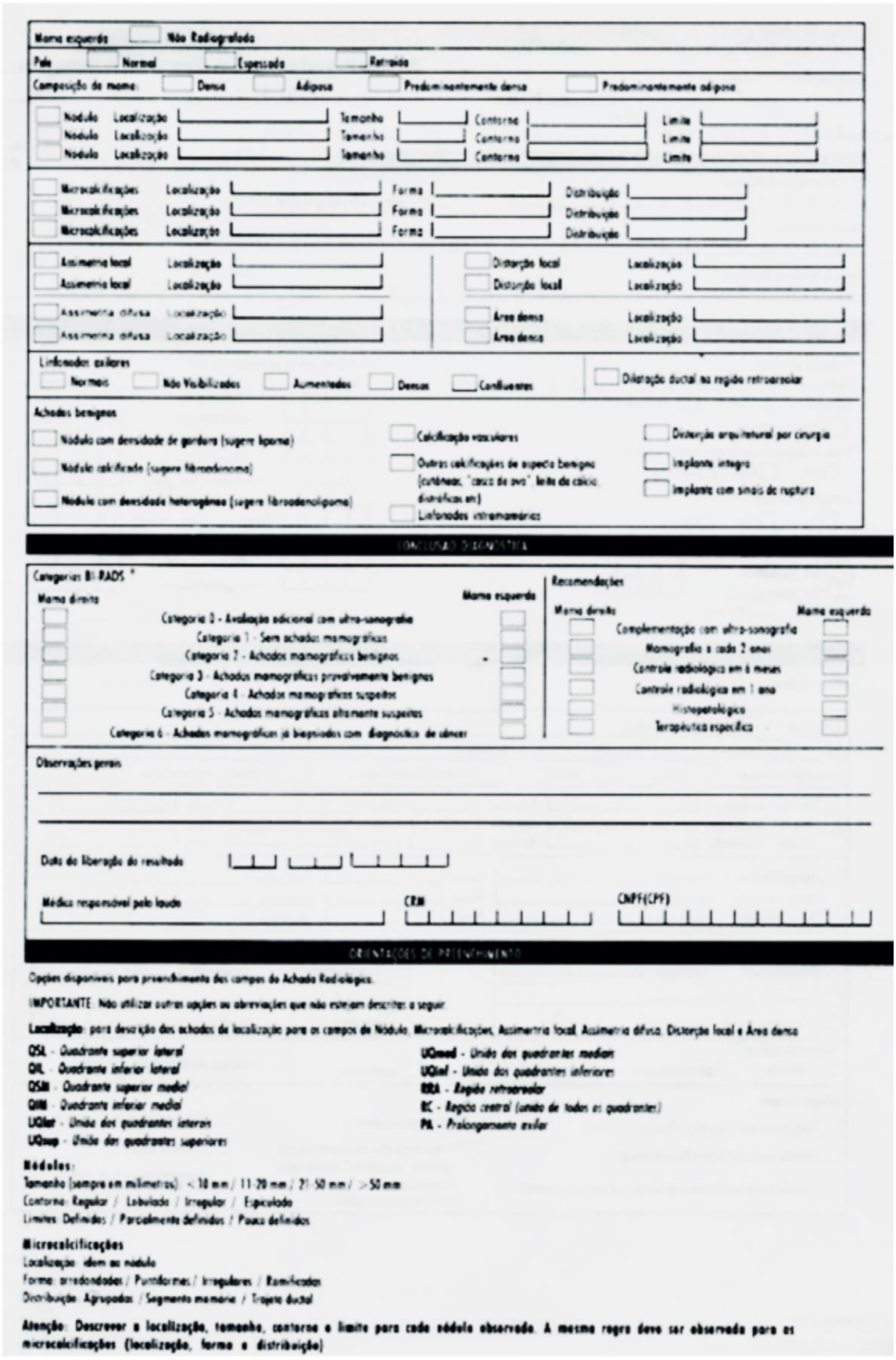
☐ Linfonodos intramamários

☐ Distorção arquitetural por cirurgia

☐ Implante integro

☐ Implante com sinais de ruptura

ANEXO VIII - **Requisição de mamografia (Verso)**



Mama esquerda ☐ Não Radiografada

Pele ☐ Normal ☐ Espessada ☐ Retraída

Composição da mama: ☐ Densa ☐ Adiposa ☐ Predominantemente densa ☐ Predominantemente adiposa

☐ Nódulo Localização ____ Tamanho ____ Contorno ____ Limite ____
☐ Nódulo Localização ____ Tamanho ____ Contorno ____ Limite ____
☐ Nódulo Localização ____ Tamanho ____ Contorno ____ Limite ____

☐ Microcalcificações Localização ____ Forma ____ Distribuição ____
☐ Microcalcificações Localização ____ Forma ____ Distribuição ____
☐ Microcalcificações Localização ____ Forma ____ Distribuição ____

☐ Assimetria focal Localização ____
☐ Assimetria focal Localização ____
☐ Assimetria difusa Localização ____
☐ Assimetria difusa Localização ____

☐ Distorção focal Localização ____
☐ Distorção focal Localização ____
☐ Área densa Localização ____
☐ Área densa Localização ____

Linfonodos axilares
☐ Normais ☐ Não Visibilizados ☐ Aumentados ☐ Densos ☐ Confluentes

☐ Dilatação ductal na região retroareolar

Achados benignos
☐ Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma)
☐ Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma)
☐ Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma)
☐ Calcificação vasculares
☐ Outras calcificações de aspecto benigno (cutâneas, "casca de ovo", leite de cálcio, distróficas etc)
☐ Linfonodos intramamários
☐ Distorção arquitetural por cirurgia
☐ Implante íntegro
☐ Implante com sinais de ruptura

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

Categorias BI-RADS *

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0 - Avaliação adicional com ultra-sonografia	☐
☐	Categoria 1 - Sem achados mamográficos	☐
☐	Categoria 2 - Achados mamográficos benignos	☐
☐	Categoria 3 - Achados mamográficos provavelmente benignos	☐
☐	Categoria 4 - Achados mamográficos suspeitos	☐
☐	Categoria 5 - Achados mamográficos altamente suspeitos	☐
☐	Categoria 6 - Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer	☐

Recomendações

Mama direita		Mama esquerda
☐	Complementação com ultra-sonografia	☐
☐	Mamografia a cada 2 anos	☐
☐	Controle radiológico em 6 meses	☐
☐	Controle radiológico em 1 ano	☐
☐	Histopatológico	☐
☐	Terapêutica específica	☐

Observações gerais

Data da liberação do resultado ____/____/____

Médico responsável pelo laudo ____ CRM ____ CNPJ/(CPF) ____

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Opções disponíveis para preenchimento dos campos do Achado Radiológico.

IMPORTANTE: Não utilizar outras opções ou abreviações que não estejam descritas a seguir.

Localização: para descrição dos achados de localização para os campos de Nódulo, Microcalcificações, Assimetria focal, Assimetria difusa, Distorção local e Área densa

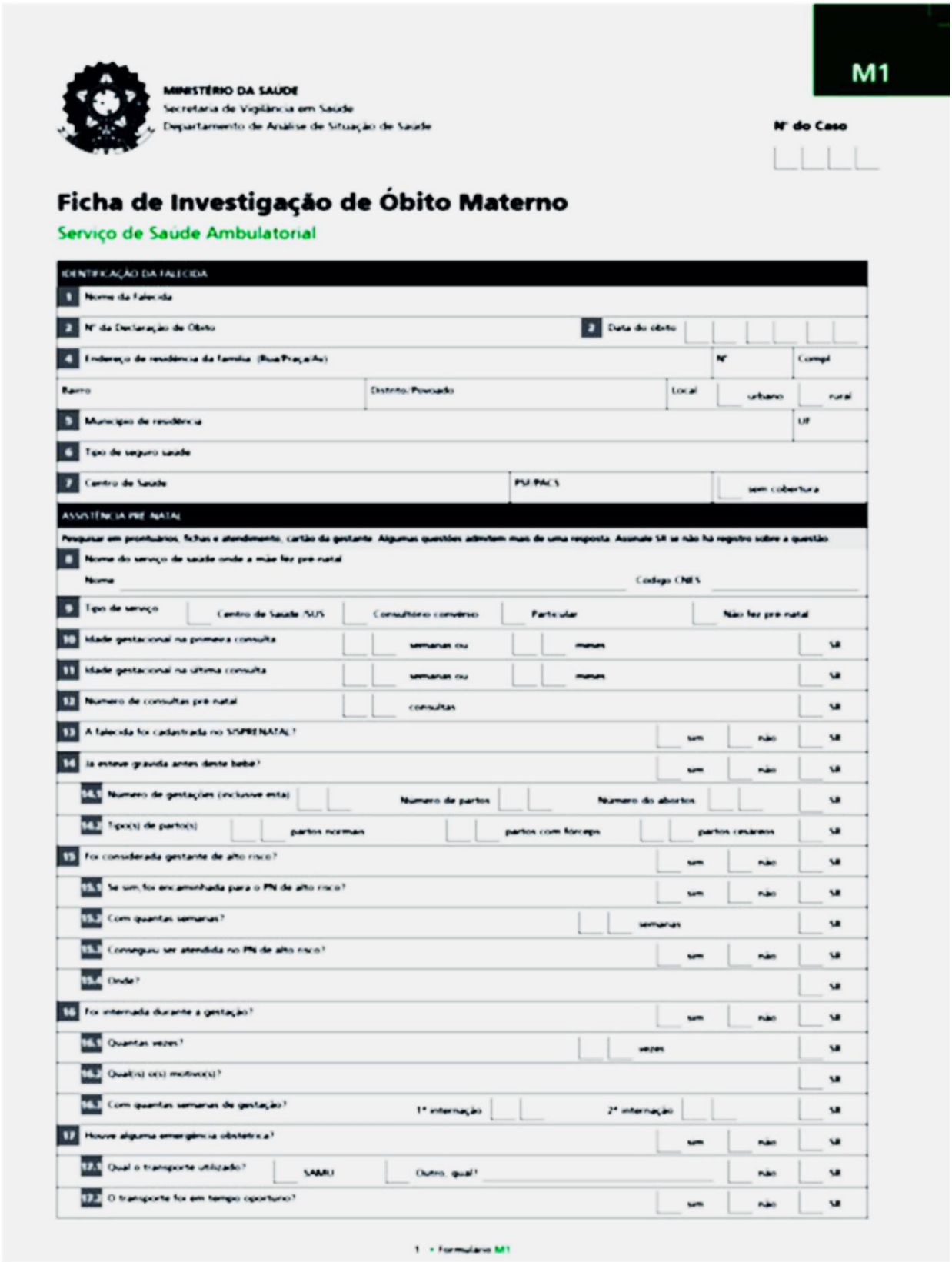
QSL - *Quadrante superior lateral*
QIL - *Quadrante inferior lateral*
QSM - *Quadrante superior medial*
QIM - *Quadrante inferior medial*
UQlat - *União dos quadrantes laterais*
UQsup - *União dos quadrantes superiores*
UQmed - *União dos quadrantes mediais*
UQinf - *União dos quadrantes inferiores*
RRA - *Região retroareolar*
RC - *Região central (união de todos os quadrantes)*
PA - *Prolongamento axilar*

Nódulos:
Tamanho (sempre em milímetros): < 10 mm / 11-20 mm / 21-50 mm / > 50 mm
Contorno: Regular / Lobulado / Irregular / Espiculado
Limites: Definidos / Parcialmente definidos / Pouco definidos

Microcalcificações
Localização: idem ao nódulo
Forma: arredondadas / Puntiformes / Irregulares / Ramificadas
Distribuição: Agrupadas / Segmento mamário / Trajeto ductal

Atenção: Descrever a localização, tamanho, contorno e limite para cada nódulo observado. A mesma regra deve ser observada para as microcalcificações (localização, forma e distribuição)

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Frente)**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

M1

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA

1 Nome da falecida

2 Nº da Declaração de Óbito | 3 Data do óbito

4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av) | Nº | Compl

Bairro | Distrito/Povoado | Local: urbano / rural

5 Município de residência | UF

6 Tipo de seguro saúde

7 Centro de Saúde | PSF/PACS | sem cobertura

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão

8 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal

Nome _____ Código CNES _____

9 Tipo de serviço: Centro de Saúde /SUS / Consultório convênio / Particular / Não fez pré-natal

10 Idade gestacional na primeira consulta: __ __ semanas ou __ __ meses | SR

11 Idade gestacional na última consulta: __ __ semanas ou __ __ meses | SR

12 Número de consultas pré-natal: __ __ consultas | SR

13 A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL? sim / não | SR

14 Já esteve grávida antes desta bebê? sim / não | SR

14.1 Número de gestações (inclusive esta): __ __ | Número de partos: __ __ | Número de abortos: __ __ | SR

14.2 Tipo(s) de parto(s): __ __ partos normais | __ __ partos com fórceps | __ __ partos cesáreos | SR

15 Foi considerada gestante de alto risco? sim / não | SR

15.1 Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco? sim / não | SR

15.2 Com quantas semanas? __ __ semanas | SR

15.3 Conseguiu ser atendida no PN de alto risco? sim / não | SR

15.4 Onde? | SR

16 Foi internada durante a gestação? sim / não | SR

16.1 Quantas vezes? __ __ vezes | SR

16.2 Qual(is) o(s) motivo(s)? | SR

16.3 Com quantas semanas de gestação? 1ª internação: __ __ | 2ª internação: __ __ | SR

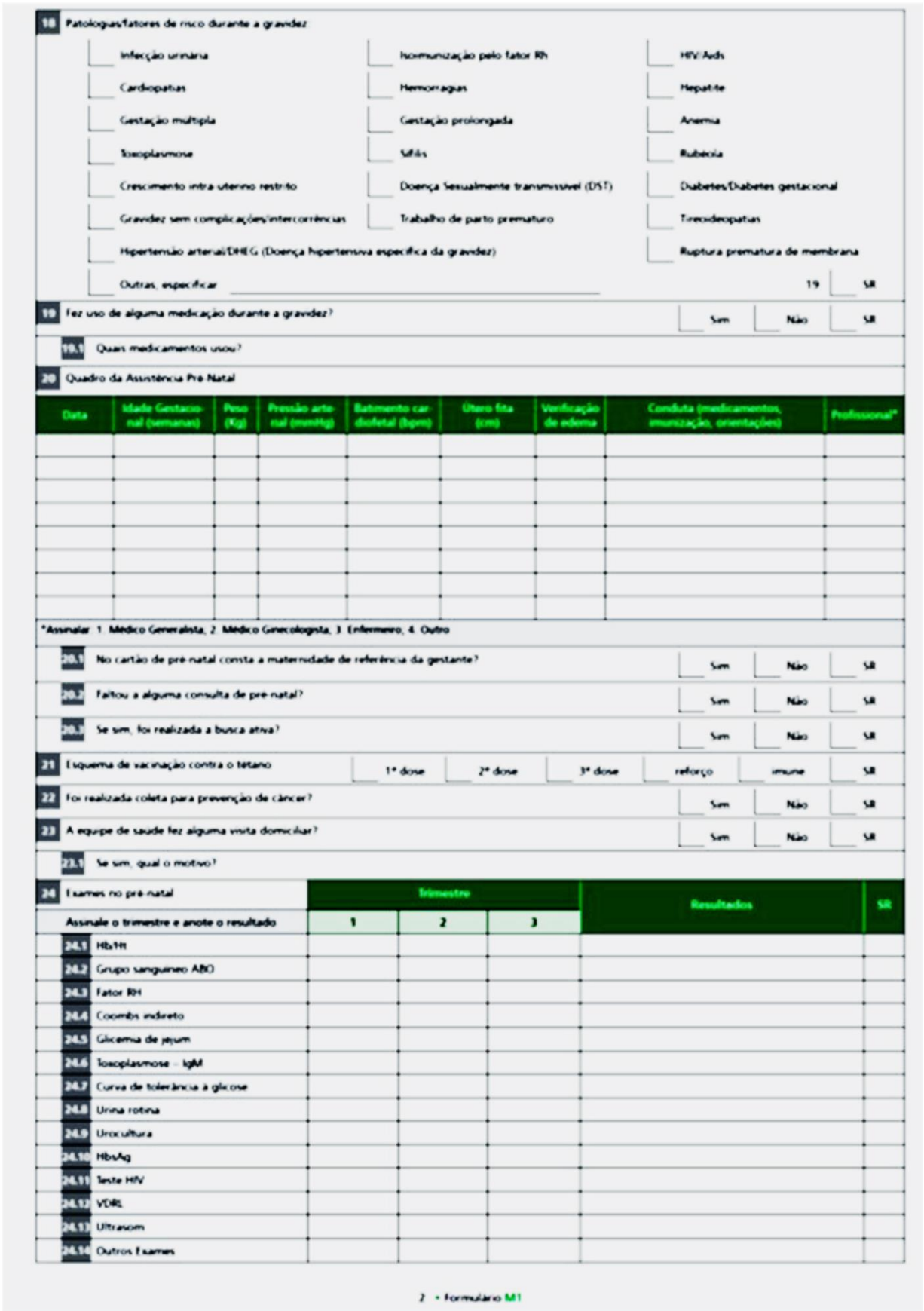
17 Houve alguma emergência obstétrica? sim / não | SR

17.1 Qual o transporte utilizado? SAMU / Outro, qual? _____ | não | SR

17.2 O transporte foi em tempo oportuno? sim / não | SR

1 - Formulário M1

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez

Infecção urinária	Isoimunização pelo fator Rh	HIV/Aids
Cardiopatias	Hemorragias	Hepatite
Gestação multipla	Gestação prolongada	Anemia
Toxoplasmose	Sífilis	Rubéola
Crescimento intra uterino restrito	Doença Sexualmente transmissível (DST)	Diabetes/Diabetes gestacional
Gravidez sem complicações/intercorrências	Trabalho de parto prematuro	Tireoideopatias
Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva especifica da gravidez)		Ruptura prematura de membrana
Outras, especificar _____		19 SR

19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? Sim Não SR

19.1 Quais medicamentos usou?

20 Quadro da Assistência Pré Natal

Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	Pressão arterial (mmHg)	Batimento cardiofetal (bpm)	Utero fita (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*

*Assinalar: 1. Médico Generalista, 2. Médico Ginecologista, 3. Enfermeiro, 4. Outro

20.1 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante? Sim Não SR

20.2 Faltou a alguma consulta de pre-natal? Sim Não SR

20.3 Se sim, foi realizada a busca ativa? Sim Não SR

21 Esquema de vacinação contra o tétano 1ª dose 2ª dose 3ª dose reforço imune SR

22 Foi realizada coleta para prevenção de câncer? Sim Não SR

23 A equipe de saude fez alguma visita domiciliar? Sim Não SR

23.1 Se sim, qual o motivo?

24 Exames no pré-natal	Trimestre			Resultados	SR
Assinale o trimestre e anote o resultado	1	2	3		
24.1 HbHt					
24.2 Grupo sanguineo ABO					
24.3 Fator Rh					
24.4 Coombs indireto					
24.5 Glicemia de jejum					
24.6 Toxoplasmose - IgM					
24.7 Curva de tolerância à glicose					
24.8 Urina rotina					
24.9 Urocultura					
24.10 HbsAg					
24.11 Teste HIV					
24.12 VDRL					
24.13 Ultrasom					
24.14 Outros Exames					

2 - Formulário M1

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**

25 Observações

26 Responsável pela investigação

Nome Profissão

ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante

27 Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito

	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Atenção Básica								
Serviço de urgência/emergência								

*Assinalar 1. Médico Generalista, 2. Médico Pediatra, 3. Enfermeiro, 4. Outro

28 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência? ☐ Sim ☐ Não ☐ SR

28.1 Por qual motivo?

29 A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hiperdia, outros?) ☐ Sim ☐ Não ☐ SR

29.1 Especificar qual o programa

30 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver

31 Observações gerais

32 Data do encerramento da coleta de dados ☐☐/☐☐/☐☐

33 Responsável pela investigação

Nome Carimbo e rubrica

3 • Formulário M1

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Frente)**

M2

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA

1 Nome da Falecida

2 Nº da Declaração de Óbito | 3 Data do óbito

4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.) | Nº | Compl.

Bairro | Distrito/Povoado | Local: urbano | rural

5 Município de residência | UF

6 Tipo de seguro saúde

INTERNAÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc).
Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.

7 Estabelecimento onde ocorreu a internação

Nome _____ Código CNES _____

8 Tipo de hospital/maternidade: SUS | Convênio | Particular

9 Data da internação | Hora da internação | SR

10 Procedência:
- domicílio no mesmo município
- domicílio em outro município
- transferida de outro hospital no mesmo município
- transferida de hospital em outro município
- encaminhada de outro hospital no mesmo município
- encaminhada de hospital em outro município
- encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município
- encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município
- SR

11 Motivo da internação – Copie ou faça um resumo do motivo da internação

12 Hipótese diagnóstica registrada no prontuário

Registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessário, utilize o verso da folha.

13 Evolução e tratamento médico

14 Anotações de enfermagem

15 Anotações do anestesista

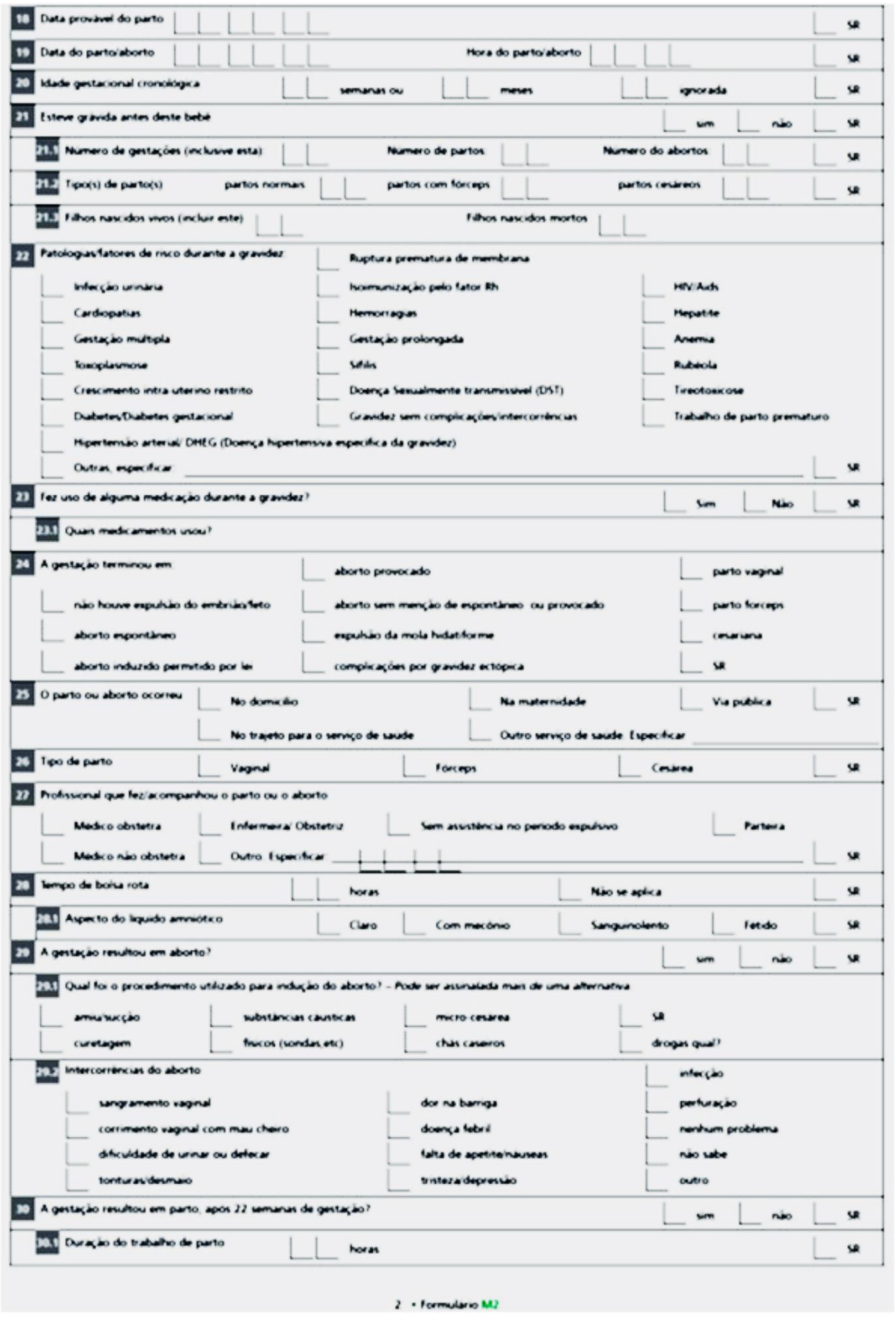
16 Causa(s) da morte registradas no prontuário

ASSISTÊNCIA AO PARTO OU ABORTO

17 Data da última menstruação | SR

1 - Formulário M2

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



18 Data provável do parto ___ SR

19 Data do parto/aborto ___ Hora do parto/aborto ___ SR

20 Idade gestacional cronológica ___ semanas ou ___ meses ___ ignorada SR

21 Esteve grávida antes deste bebê ___ sim ___ não SR

21.1 Número de gestações (inclusive esta) ___ Número de partos ___ Número de abortos ___ SR

21.2 Tipo(s) de parto(s) partos normais ___ partos com fórceps ___ partos cesáreos ___ SR

21.3 Filhos nascidos vivos (incluir este) ___ Filhos nascidos mortos ___

22 Patologias/fatores de risco durante a gravidez

- Ruptura prematura de membrana
- Infecção urinária
- Isoimunização pelo fator Rh
- HIV/Aids
- Cardiopatias
- Hemorragias
- Hepatite
- Gestação múltipla
- Gestação prolongada
- Anemia
- Toxoplasmose
- Sífilis
- Rubéola
- Crescimento intra uterino restrito
- Doença Sexualmente transmissível (DST)
- Tireotoxicose
- Diabetes/Diabetes gestacional
- Gravidez sem complicações/intercorrências
- Trabalho de parto prematuro
- Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)
- Outras, especificar ___ SR

23 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? ___ Sim ___ Não SR

23.1 Quais medicamentos usou?

24 A gestação terminou em

- aborto provocado
- parto vaginal
- não houve expulsão do embrião/feto
- aborto sem menção de espontâneo ou provocado
- parto fórceps
- aborto espontâneo
- expulsão da mola hidatiforme
- cesariana
- aborto induzido permitido por lei
- complicações por gravidez ectópica
- SR

25 O parto ou aborto ocorreu

- No domicílio
- Na maternidade
- Via pública
- SR
- No trajeto para o serviço de saúde
- Outro serviço de saúde Especificar ___

26 Tipo de parto ___ Vaginal ___ Fórceps ___ Cesárea SR

27 Profissional que fez/acompanhou o parto ou o aborto

- Médico obstetra
- Enfermeira/ Obstetriz
- Sem assistência no período expulsivo
- Parteira
- Médico não obstetra
- Outro Especificar ___ SR

28 Tempo de bolsa rota ___ horas ___ Não se aplica SR

28.1 Aspecto do líquido amniótico ___ Claro ___ Com mecônio ___ Sanguinolento ___ Fétido SR

29 A gestação resultou em aborto? ___ sim ___ não SR

29.1 Qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto? - Pode ser assinalada mais de uma alternativa

- amniosucção
- substâncias cáusticas
- micro cesárea
- SR
- curetagem
- fluxos (sondas,etc)
- chás caseiros
- drogas qual?

29.2 Intercorrências do aborto

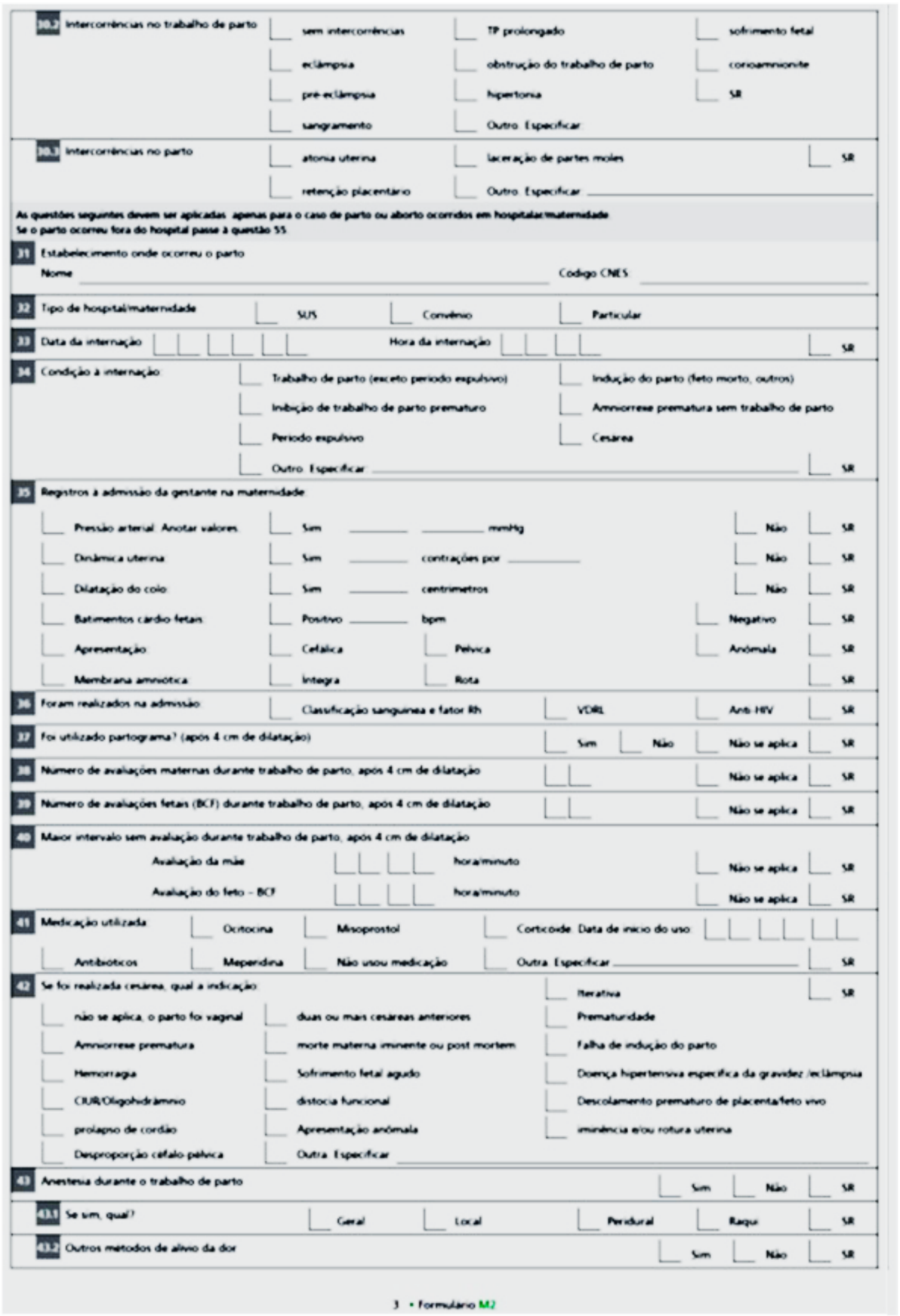
- infecção
- sangramento vaginal
- dor na barriga
- perfuração
- corrimento vaginal com mau cheiro
- doença febril
- nenhum problema
- dificuldade de urinar ou defecar
- falta de apetite/náuseas
- não sabe
- tonturas/desmaio
- tristeza/depressão
- outro

30 A gestação resultou em parto, após 22 semanas de gestação? ___ sim ___ não SR

30.1 Duração do trabalho de parto ___ horas SR

2 - Formulário M2

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



30.2 Intercorrências no trabalho de parto: sem intercorrências; TP prolongado; sofrimento fetal; eclâmpsia; obstrução do trabalho de parto; corioamnionite; pré-eclâmpsia; hipertonia; SR; sangramento; Outro. Especificar:

30.3 Intercorrências no parto: atonia uterina; laceração de partes moles; SR; retenção placentária; Outro. Especificar: _____

As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto ou aborto ocorridos em hospital/maternidade
Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 55

31 Estabelecimento onde ocorreu o parto
Nome _____ Código CNES _____

32 Tipo de hospital/maternidade: SUS; Convênio; Particular

33 Data da internação: __/__/____ Hora da internação: __:__ SR

34 Condição à internação: Trabalho de parto (exceto período expulsivo); Indução do parto (feto morto, outros); Inibição de trabalho de parto prematuro; Amniorrexe prematura sem trabalho de parto; Período expulsivo; Cesárea; Outro. Especificar _____ SR

35 Registros à admissão da gestante na maternidade:

Pressão arterial. Anotar valores	Sim	____ ____ mmHg		Não	SR
Dinâmica uterina	Sim	____ contrações por ____		Não	SR
Dilatação do colo	Sim	____ centrímetros		Não	SR
Batimentos cárdio fetais	Positivo ____ bpm			Negativo	SR
Apresentação	Cefálica	Pélvica		Anômala	SR
Membrana amniótica	Íntegra	Rota			SR

36 Foram realizados na admissão: Classificação sanguínea e fator Rh; VDRL; Anti-HIV; SR

37 Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação): Sim; Não; Não se aplica; SR

38 Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação: __ __ Não se aplica; SR

39 Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação: __ __ Não se aplica; SR

40 Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação
Avaliação da mãe: __:__ hora/minuto; Não se aplica; SR
Avaliação do feto – BCF: __:__ hora/minuto; Não se aplica; SR

41 Medicação utilizada: Ocitocina; Misoprostol; Corticóide. Data de início do uso: __/__/____; Antibióticos; Meperidina; Não usou medicação; Outra. Especificar _____ SR

42 Se foi realizada cesárea, qual a indicação:
Iterativa; SR
não se aplica, o parto foi vaginal; duas ou mais cesáreas anteriores; Prematuridade
Amniorrexe prematura; morte materna iminente ou post mortem; Falha de indução do parto
Hemorragia; Sofrimento fetal agudo; Doença hipertensiva específica da gravidez /eclâmpsia
CIUR/Oligohidrâmnio; distocia funcional; Descolamento prematuro de placenta/feto vivo
prolapso de cordão; Apresentação anômala; iminência e/ou rotura uterina
Desproporção céfalo-pélvica; Outra. Especificar _____

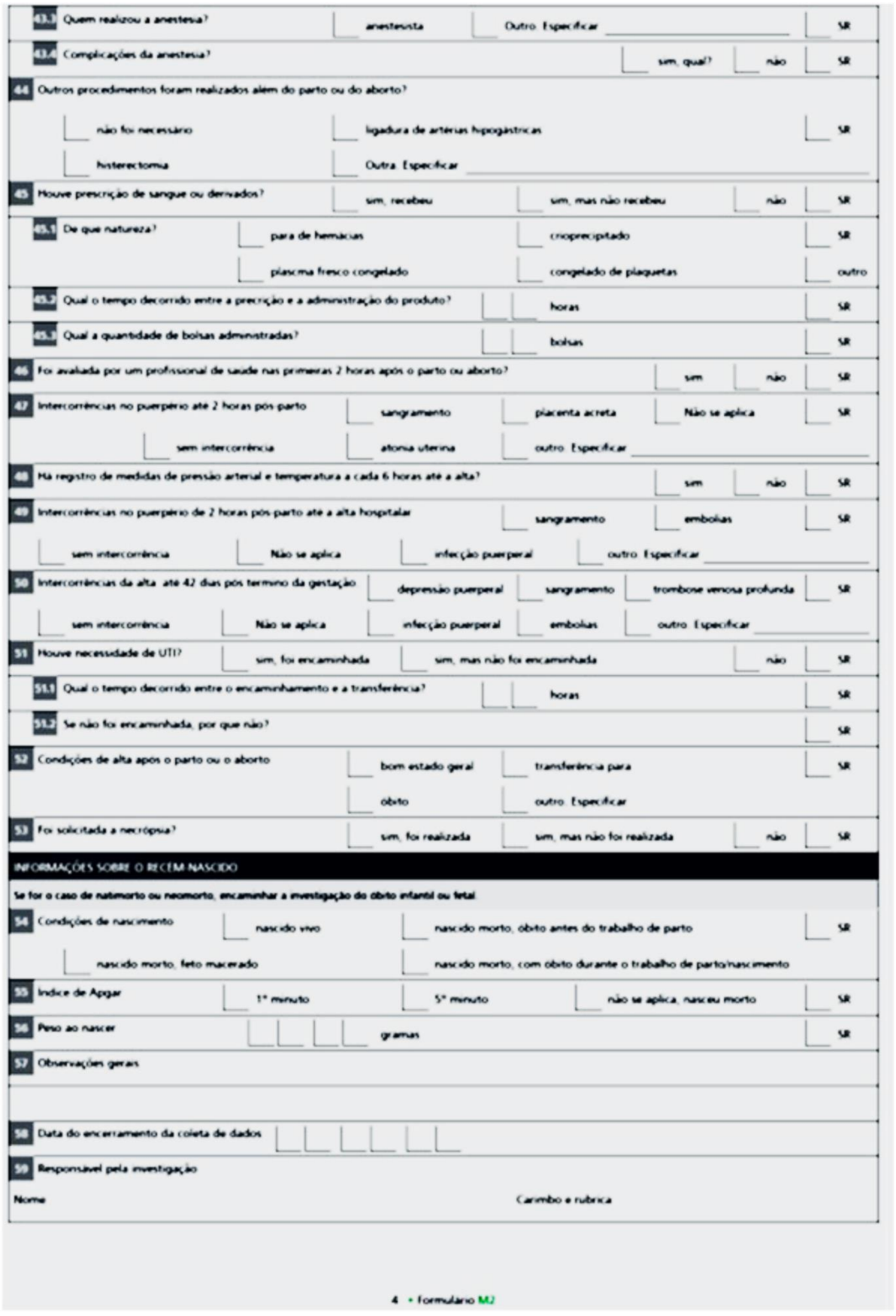
43 Anestesia durante o trabalho de parto: Sim; Não; SR

43.1 Se sim, qual? Geral; Local; Peridural; Raqui; SR

43.2 Outros métodos de alívio da dor: Sim; Não; SR

3 • Formulário M2

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



43.3 Quem realizou a anestesia? ☐ anestesista ☐ Outro. Especificar _____ ☐ SR

43.4 Complicações da anestesia? ☐ sim, qual? ☐ não ☐ SR

44 Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?

☐ não foi necessário ☐ ligadura de artérias hipogástricas ☐ SR

☐ histerectomia ☐ Outra. Especificar _____

45 Houve prescrição de sangue ou derivados? ☐ sim, recebeu ☐ sim, mas não recebeu ☐ não ☐ SR

45.1 De que natureza? ☐ para de hemácias ☐ crioprecipitado ☐ SR

☐ plasma fresco congelado ☐ congelado de plaquetas ☐ outro

45.2 Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto? ☐☐ horas ☐ SR

45.3 Qual a quantidade de bolsas administradas? ☐☐ bolsas ☐ SR

46 Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto? ☐ sim ☐ não ☐ SR

47 Intercorrências no puerpério até 2 horas pós parto ☐ sangramento ☐ placenta acreta ☐ Não se aplica ☐ SR

☐ sem intercorrência ☐ atonia uterina ☐ outro. Especificar _____

48 Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta? ☐ sim ☐ não ☐ SR

49 Intercorrências no puerpério de 2 horas pós parto até a alta hospitalar ☐ sangramento ☐ embolias ☐ SR

☐ sem intercorrência ☐ Não se aplica ☐ infecção puerperal ☐ outro. Especificar _____

50 Intercorrências da alta até 42 dias pós termino da gestação ☐ depressão puerperal ☐ sangramento ☐ trombose venosa profunda ☐ SR

☐ sem intercorrência ☐ Não se aplica ☐ infecção puerperal ☐ embolias ☐ outro. Especificar _____

51 Houve necessidade de UTI? ☐ sim, foi encaminhada ☐ sim, mas não foi encaminhada ☐ não ☐ SR

51.1 Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência? ☐☐ horas ☐ SR

51.2 Se não foi encaminhada, por que não? ☐ SR

52 Condições de alta após o parto ou o aborto ☐ bom estado geral ☐ transferência para ☐ SR

☐ óbito ☐ outro. Especificar

53 Foi solicitada a necrópsia? ☐ sim, foi realizada ☐ sim, mas não foi realizada ☐ não ☐ SR

INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO

Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal

54 Condições de nascimento ☐ nascido vivo ☐ nascido morto, óbito antes do trabalho de parto ☐ SR

☐ nascido morto, feto macerado ☐ nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento

55 Índice de Apgar ☐ 1º minuto ☐ 5º minuto ☐ não se aplica, nasceu morto ☐ SR

56 Peso ao nascer ☐☐☐☐ gramas ☐ SR

57 Observações gerais

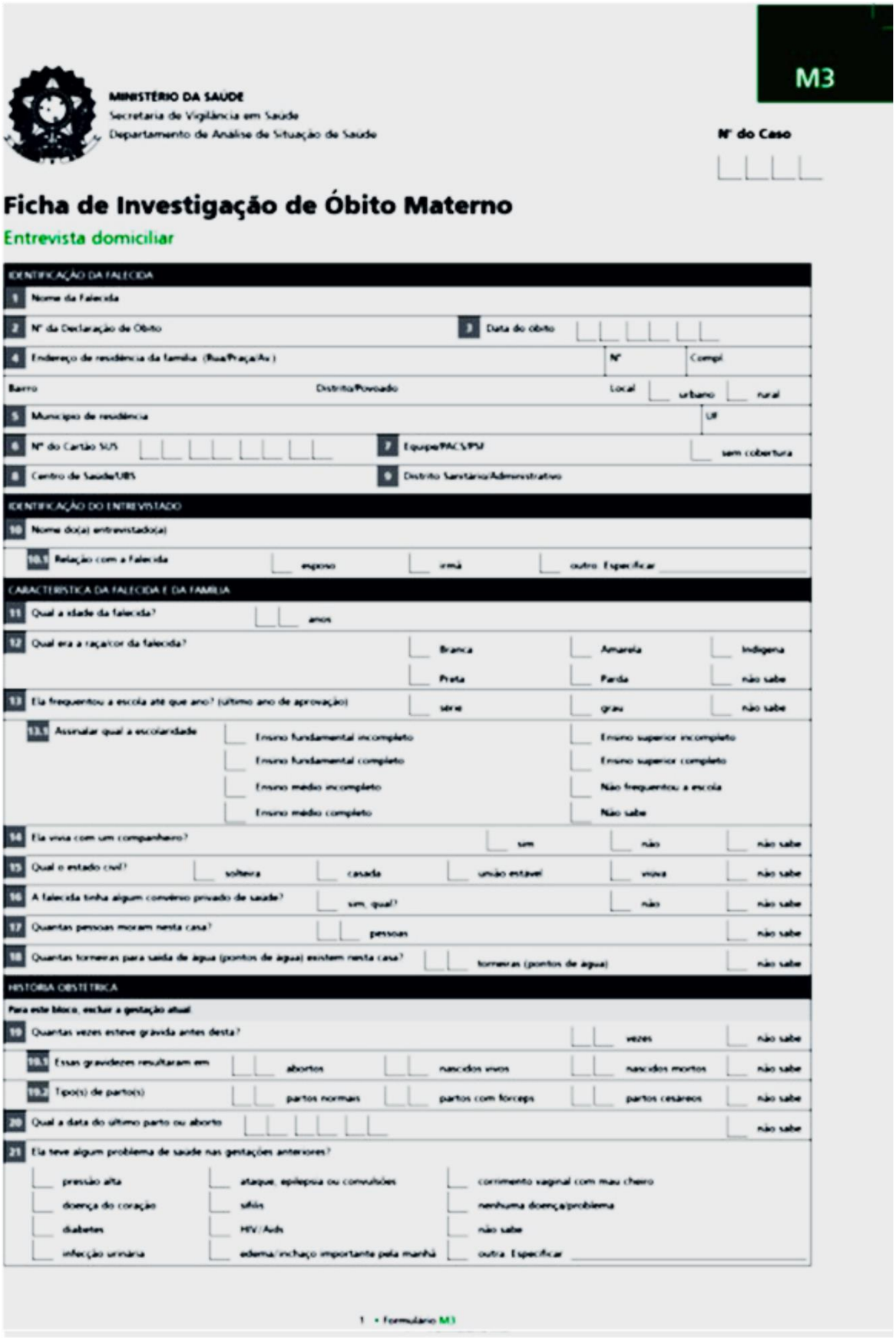
58 Data do encerramento da coleta de dados ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

59 Responsável pela investigação

Nome Carimbo e rubrica

4 • Formulário MI

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Frente)**



M3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA

1 Nome da Falecida

2 Nº da Declaração de Óbito — 3 Data do óbito

4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.) — Nº — Compl.

Bairro — Distrito/Povoado — Local: urbano / rural

5 Município de residência — UF

6 Nº do Cartão SUS — 7 Equipe/PACS/PSF: sem cobertura

8 Centro de Saúde/UBS — 9 Distrito Sanitário/Administrativo

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

10 Nome do(a) entrevistado(a)

10.1 Relação com a falecida: esposo / irmã / outro. Especificar

CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA

11 Qual a idade da falecida? anos

12 Qual era a raça/cor da falecida? Branca / Amarela / Indígena / Preta / Parda / não sabe

13 Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação) série / grau / não sabe

13.1 Assinalar qual a escolaridade:
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Não frequentou a escola
- Não sabe

14 Ela vivia com um companheiro? sim / não / não sabe

15 Qual o estado civil? solteira / casada / união estável / viúva / não sabe

16 A falecida tinha algum convênio privado de saúde? sim, qual? / não / não sabe

17 Quantas pessoas moram nesta casa? pessoas / não sabe

18 Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? torneiras (pontos de água) / não sabe

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Para este bloco, excluir a gestação atual

19 Quantas vezes esteve grávida antes desta? vezes / não sabe

19.1 Essas gravidezes resultaram em: abortos / nascidos vivos / nascidos mortos / não sabe

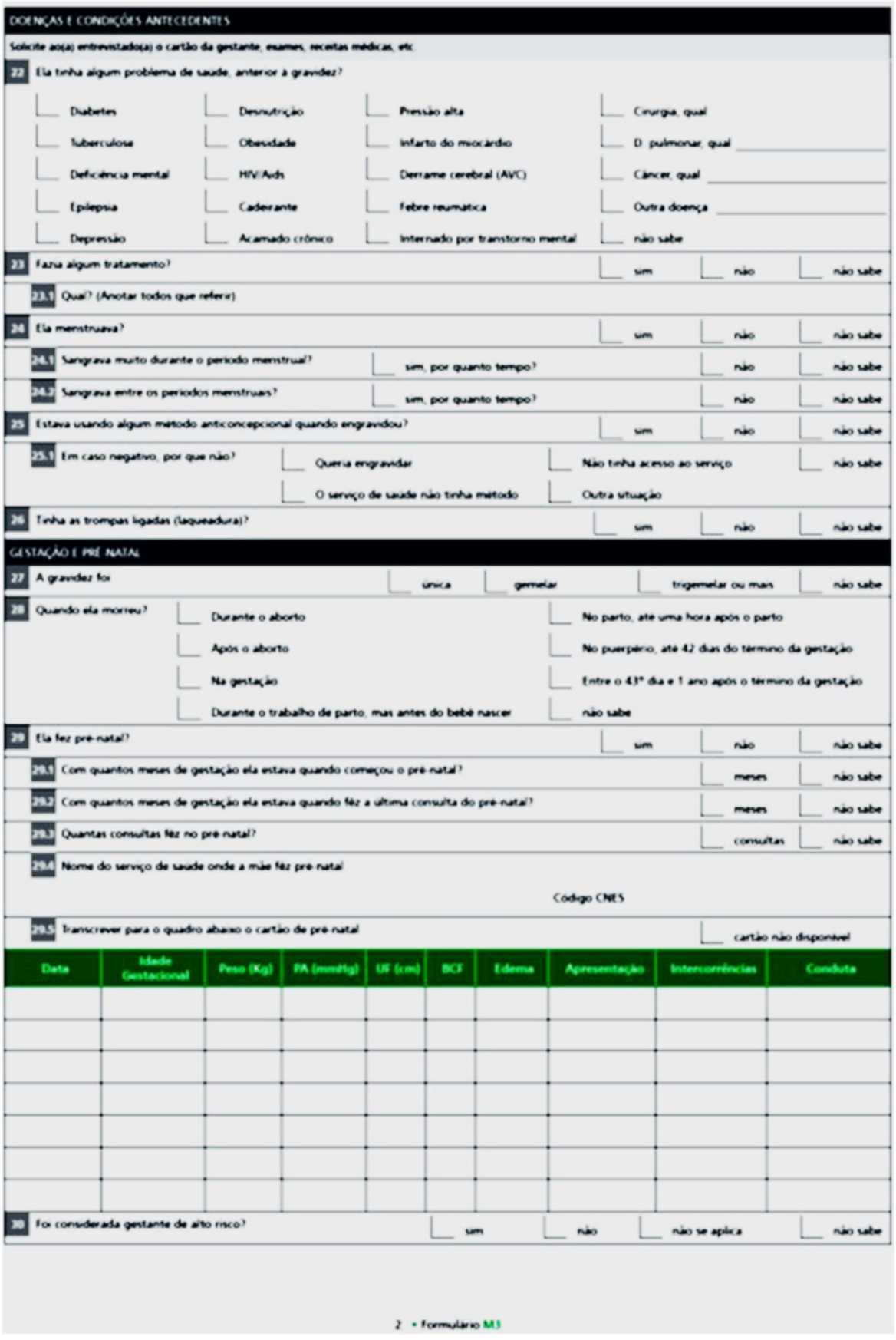
19.2 Tipo(s) de parto(s): partos normais / partos com fórceps / partos cesáreos / não sabe

20 Qual a data do último parto ou aborto? / não sabe

21 Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?
- pressão alta
- doença do coração
- diabetes
- infecção urinária
- ataque, epilepsia ou convulsões
- sífilis
- HIV/Aids
- edema/inchaço importante pela manhã
- corrimento vaginal com mau cheiro
- nenhuma doença/problema
- não sabe
- outra. Especificar

1 • Formulário M3

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc

22 Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?

- Diabetes
- Desnutrição
- Pressão alta
- Cirurgia, qual
- Tuberculose
- Obesidade
- Infarto do miocárdio
- D. pulmonar, qual
- Deficiência mental
- HIV/Aids
- Derrame cerebral (AVC)
- Câncer, qual
- Epilepsia
- Cadeirante
- Febre reumática
- Outra doença
- Depressão
- Acamado crônico
- Internado por transtorno mental
- não sabe

23 Fazia algum tratamento? — sim / não / não sabe

23.1 Qual? (Anotar todos que referir)

24 Ela menstruava? — sim / não / não sabe

24.1 Sangrava muito durante o período menstrual? — sim, por quanto tempo? / não / não sabe

24.2 Sangrava entre os períodos menstruais? — sim, por quanto tempo? / não / não sabe

25 Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou? — sim / não / não sabe

25.1 Em caso negativo, por que não?

- Queria engravidar
- Não tinha acesso ao serviço
- não sabe
- O serviço de saúde não tinha método
- Outra situação

26 Tinha as trompas ligadas (laqueadura)? — sim / não / não sabe

GESTAÇÃO E PRÉ NATAL

27 A gravidez foi — única / gemelar / trigemelar ou mais / não sabe

28 Quando ela morreu?

- Durante o aborto
- No parto, até uma hora após o parto
- Após o aborto
- No puerpério, até 42 dias do término da gestação
- Na gestação
- Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação
- Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer
- não sabe

29 Ela fez pré-natal? — sim / não / não sabe

29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal? — meses / não sabe

29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fêz a última consulta do pré-natal? — meses / não sabe

29.3 Quantas consultas fêz no pré-natal? — consultas / não sabe

29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fêz pré-natal

Código CNES

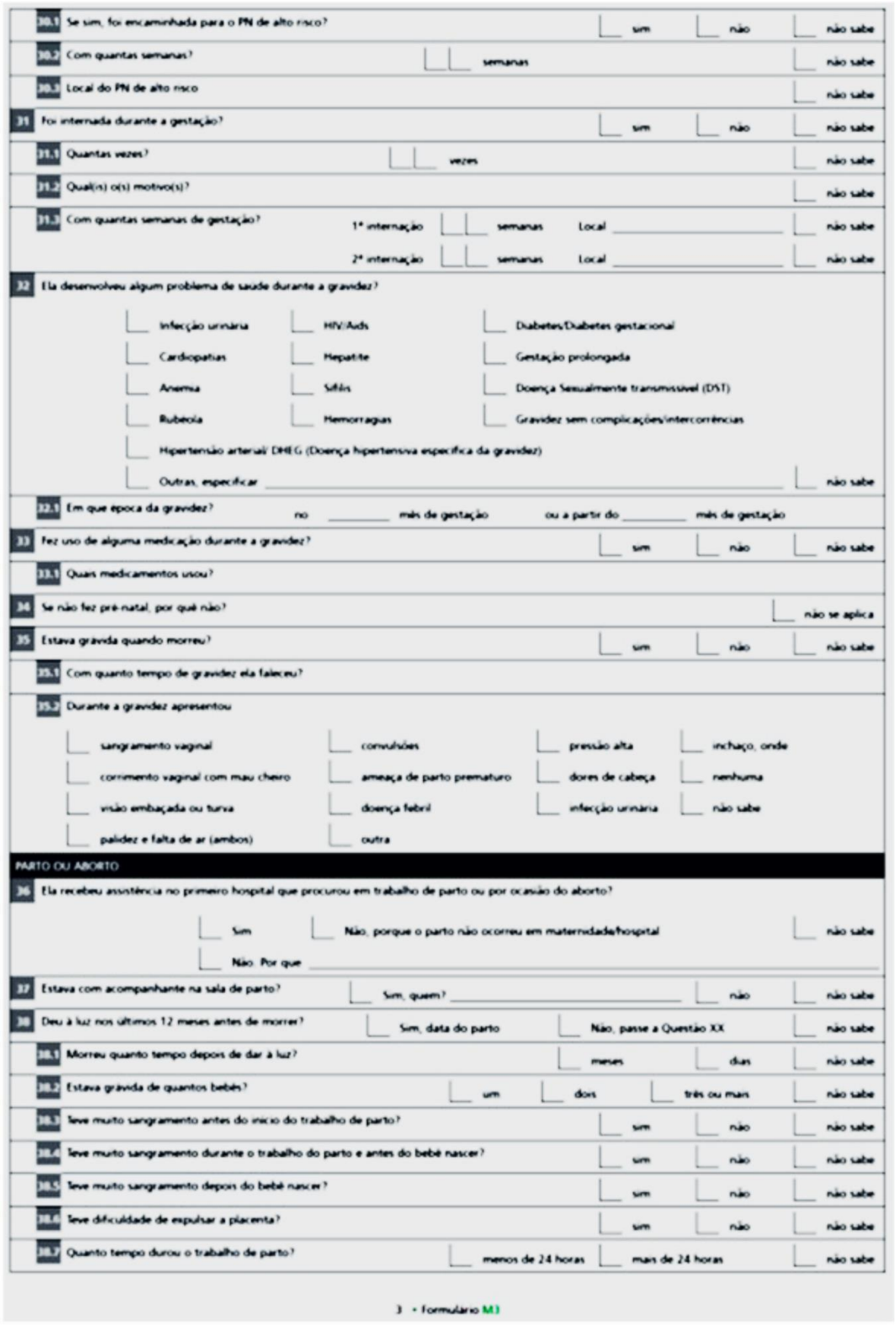
29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal — cartão não disponível

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta

30 Foi considerada gestante de alto risco? — sim / não / não se aplica / não sabe

2 • Formulário M3

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



30.1 Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

30.2 Com quantas semanas? ☐☐ semanas ☐ não sabe

30.3 Local do PN de alto risco ☐ não sabe

31 Foi internada durante a gestação? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

31.1 Quantas vezes? ☐☐ vezes ☐ não sabe

31.2 Qual(is) o(s) motivo(s)? ☐ não sabe

31.3 Com quantas semanas de gestação? 1ª internação ☐☐ semanas Local _____ ☐ não sabe

2ª internação ☐☐ semanas Local _____ ☐ não sabe

32 Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?

☐ Infecção urinária ☐ HIV/Aids ☐ Diabetes/Diabetes gestacional

☐ Cardiopatias ☐ Hepatite ☐ Gestação prolongada

☐ Anemia ☐ Sífilis ☐ Doença Sexualmente transmissível (DST)

☐ Rubéola ☐ Hemorragias ☐ Gravidez sem complicações/intercorrências

☐ Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)

☐ Outras, especificar _____ ☐ não sabe

32.1 Em que época da gravidez? no _____ mês de gestação ou a partir do _____ mês de gestação

33 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

33.1 Quais medicamentos usou?

34 Se não fez pré-natal, por quê não? ☐ não se aplica

35 Estava grávida quando morreu? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

35.1 Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?

35.2 Durante a gravidez apresentou

☐ sangramento vaginal ☐ convulsões ☐ pressão alta ☐ inchaço, onde

☐ corrimento vaginal com mau cheiro ☐ ameaça de parto prematuro ☐ dores de cabeça ☐ nenhuma

☐ visão embaçada ou turva ☐ doença febril ☐ infecção urinária ☐ não sabe

☐ palidez e falta de ar (ambos) ☐ outra

PARTO OU ABORTO

36 Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?

☐ Sim ☐ Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital ☐ não sabe

☐ Não. Por que _____

37 Estava com acompanhante na sala de parto? ☐ Sim, quem? _____ ☐ não ☐ não sabe

38 Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer? ☐ Sim, data do parto ☐ Não, passe a Questão XX ☐ não sabe

38.1 Morreu quanto tempo depois de dar à luz? ☐ meses ☐ dias ☐ não sabe

38.2 Estava grávida de quantos bebês? ☐ um ☐ dois ☐ três ou mais ☐ não sabe

38.3 Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

38.4 Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

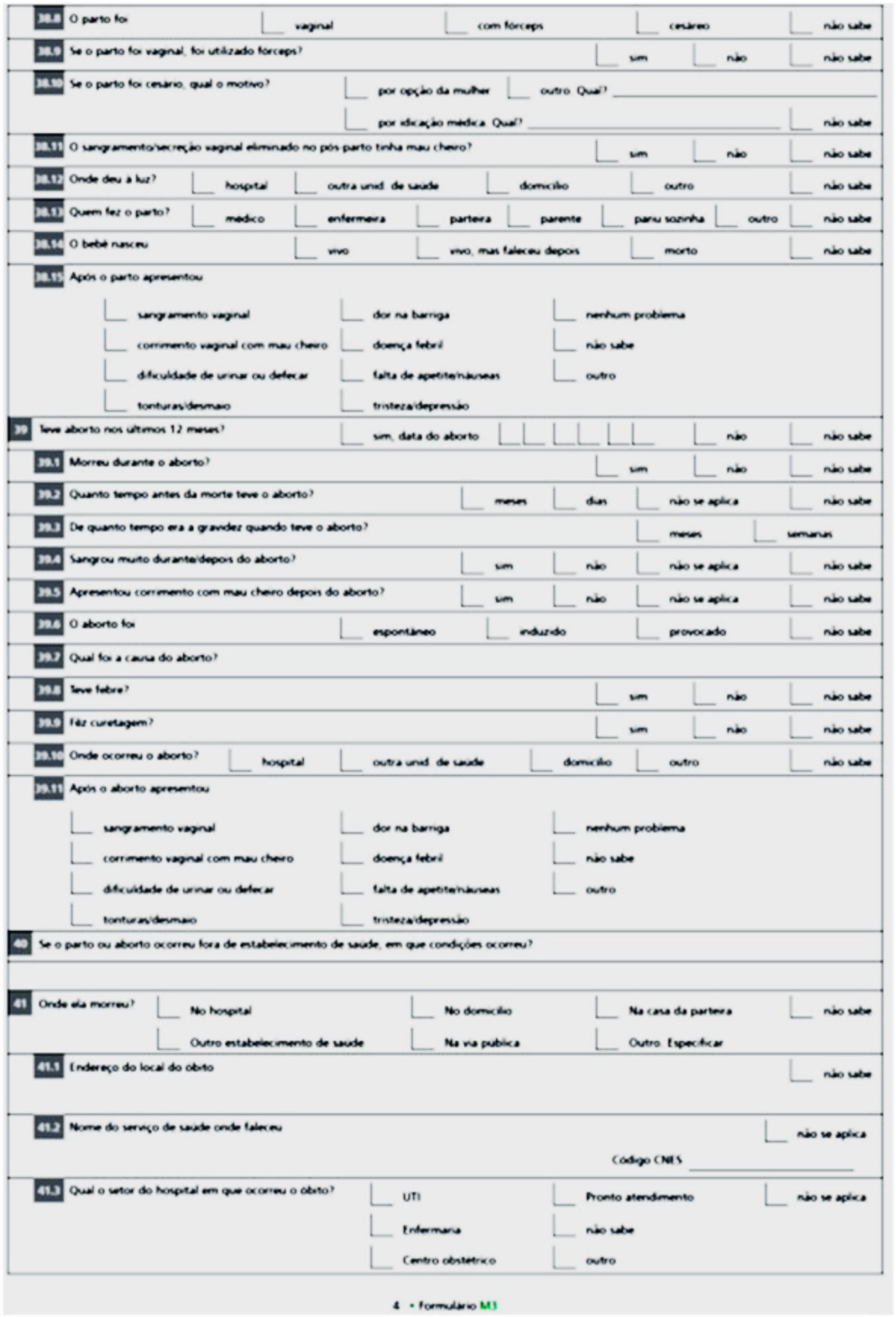
38.5 Teve muito sangramento depois do bebê nascer? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

38.6 Teve dificuldade de expulsar a placenta? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

38.7 Quanto tempo durou o trabalho de parto? ☐ menos de 24 horas ☐ mais de 24 horas ☐ não sabe

3 • Formulário M1

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



38.8 O parto foi: vaginal; com fórceps; cesáreo; não sabe

38.9 Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps? sim; não; não sabe

38.10 Se o parto foi cesário, qual o motivo? por opção da mulher; outro. Qual? _____; por idicação médica. Qual? _____; não sabe

38.11 O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós parto tinha mau cheiro? sim; não; não sabe

38.12 Onde deu à luz? hospital; outra unid. de saúde; domicílio; outro; não sabe

38.13 Quem fez o parto? médico; enfermeira; partera; parente; pariu sozinha; outro; não sabe

38.14 O bebê nasceu: vivo; vivo, mas faleceu depois; morto; não sabe

38.15 Após o parto apresentou:

- sangramento vaginal
- corrimento vaginal com mau cheiro
- dificuldade de urinar ou defecar
- tonturas/desmaio
- dor na barriga
- doença febril
- falta de apetite/náuseas
- tristeza/depressão
- nenhum problema
- não sabe
- outro

39 Teve aborto nos últimos 12 meses? sim, data do aborto ___/___/___; não; não sabe

39.1 Morreu durante o aborto? sim; não; não sabe

39.2 Quanto tempo antes da morte teve o aborto? meses; dias; não se aplica; não sabe

39.3 De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto? meses; semanas

39.4 Sangrou muito durante/depois do aborto? sim; não; não se aplica; não sabe

39.5 Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto? sim; não; não se aplica; não sabe

39.6 O aborto foi: espontâneo; induzido; provocado; não sabe

39.7 Qual foi a causa do aborto?

39.8 Teve febre? sim; não; não sabe

39.9 Fêz curetagem? sim; não; não sabe

39.10 Onde ocorreu o aborto? hospital; outra unid. de saúde; domicílio; outro; não sabe

39.11 Após o aborto apresentou:

- sangramento vaginal
- corrimento vaginal com mau cheiro
- dificuldade de urinar ou defecar
- tonturas/desmaio
- dor na barriga
- doença febril
- falta de apetite/náuseas
- tristeza/depressão
- nenhum problema
- não sabe
- outro

40 Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?

41 Onde ela morreu? No hospital; No domicílio; Na casa da partera; não sabe; Outro estabelecimento de saúde; Na via pública; Outro. Especificar

41.1 Endereço do local do óbito: não sabe

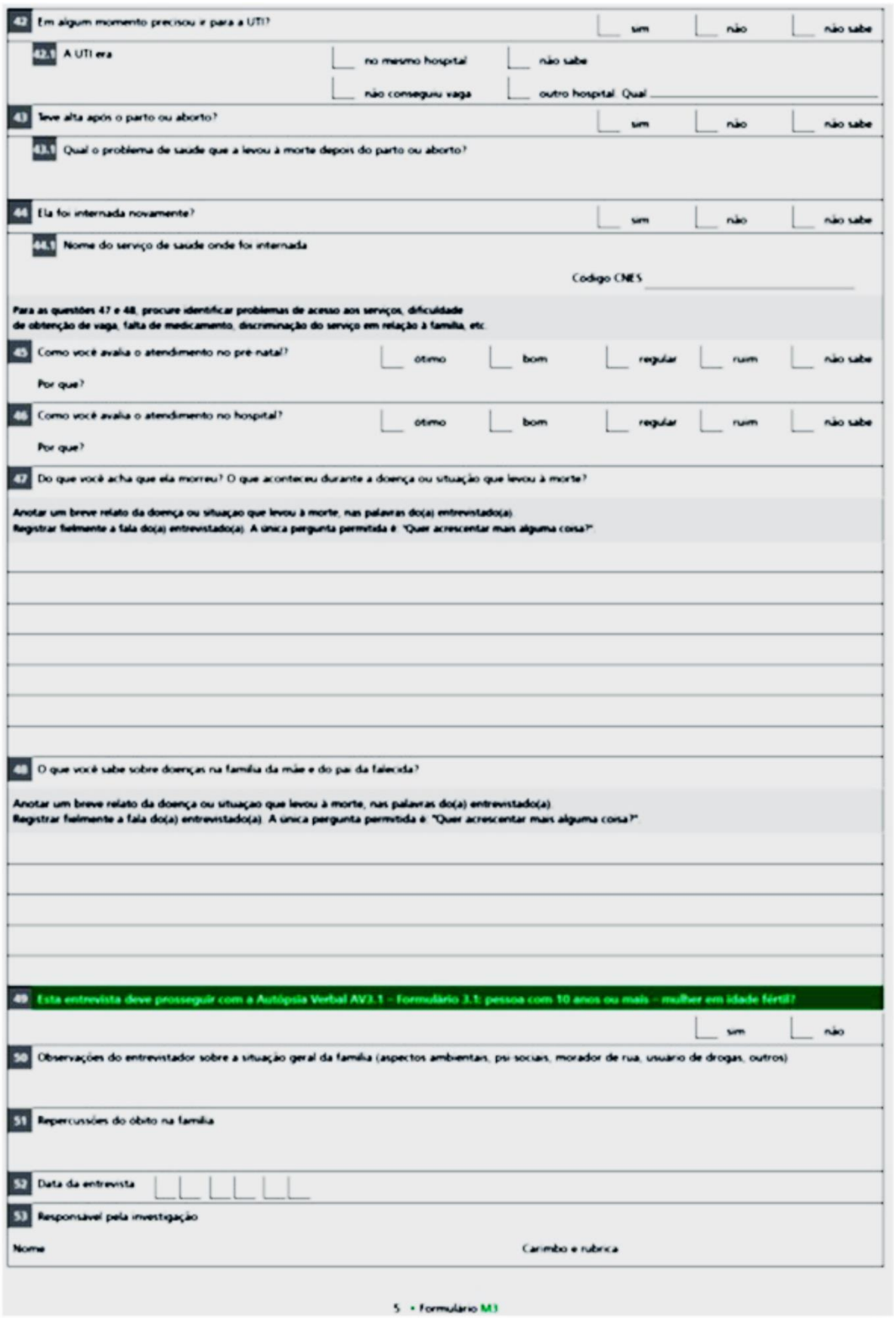
41.2 Nome do serviço de saúde onde faleceu: não se aplica

Código CNES _____

41.3 Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito? UTI; Pronto atendimento; não se aplica; Enfermaria; não sabe; Centro obstétrico; outro

4 • Formulário M1

ANEXO IX - **Ficha de investigação de óbito materno (Verso)**



42 Em algum momento precisou ir para a UTI? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

42.1 A UTI era ☐ no mesmo hospital ☐ não sabe ☐ não conseguiu vaga ☐ outro hospital. Qual _____

43 Teve alta após o parto ou aborto? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

43.1 Qual o problema de saúde que a levou à morte depois do parto ou aborto?

44 Ela foi internada novamente? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

44.1 Nome do serviço de saúde onde foi internada

Código CNES _____

Para as questões 47 e 48, procure identificar problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vaga, falta de medicamento, discriminação do serviço em relação à família, etc.

45 Como você avalia o atendimento no pré-natal? ☐ ótimo ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ não sabe

Por que?

46 Como você avalia o atendimento no hospital? ☐ ótimo ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ não sabe

Por que?

47 Do que você acha que ela morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situaçao que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a).
Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é "Quer acrescentar mais alguma coisa?"

48 O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da falecida?

Anotar um breve relato da doença ou situaçao que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a).
Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é "Quer acrescentar mais alguma coisa?"

49 Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal AV3.1 - Formulário 3.1: pessoa com 10 anos ou mais - mulher em idade fértil? ☐ sim ☐ não

50 Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

51 Repercussões do óbito na família

52 Data da entrevista ☐☐/☐☐/☐☐

53 Responsável pela investigação

Nome Carimbo e rubrica

5 • Formulário M1

ANEXO X - **Ficha de investigação de óbito em mulheres em idade fértil – MIF (Frente)**

MIF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA

1 Nome da falecida

2 Nº da Declaração de Óbito | 3 Data do óbito

4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av) | Nº | Compl.

Bairro | Distrito/Povoado | Local urbano rural

5 Município de residência | UF

6 Nº do Cartão SUS | 7 Equipe/PACS/PSF

8 Centro de Saúde/UBS | 9 Distrito Sanitário/Administrativo

OCORRÊNCIA

10 Local de ocorrência do óbito

Nome do estabelecimento | Código CNES

11 Município de ocorrência | UF

IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO

12 A falecida estava grávida no momento do óbito? Sim Não Não sabe

13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte? Sim Não Não sabe

Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 - Ficha de Investigação do Óbito Materno - Entrevista domiciliar.
Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.

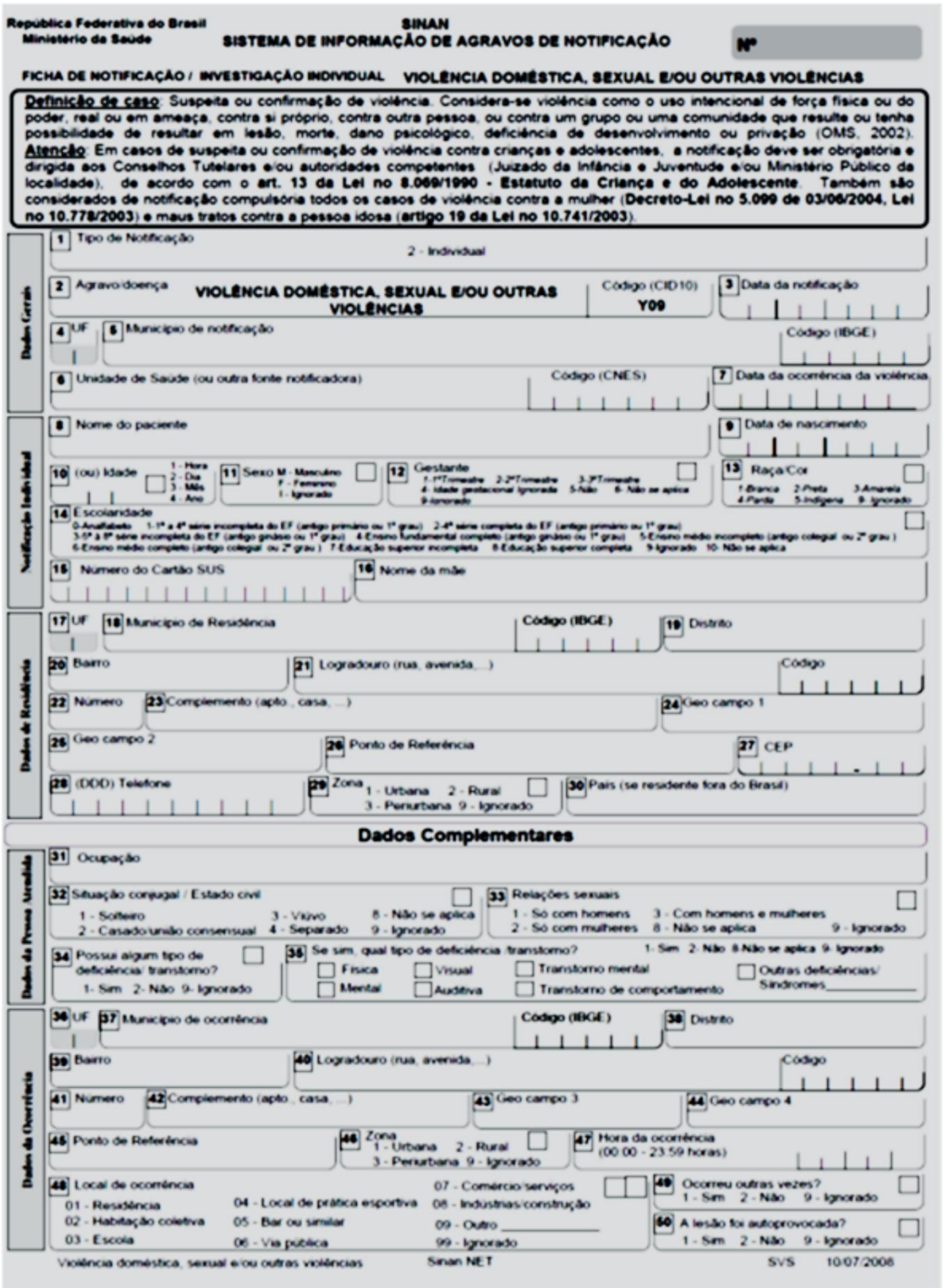
14 Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno

15 Data da investigação

16 Responsável pela investigação

Nome | Carimbo e rubrica

ANEXO XI - **Ficha de notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências (Frente)**



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS**

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o **art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (**Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003**) e maus tratos contra a pessoa idosa (**artigo 19 da Lei no 10.741/2003**).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código (CNES) — 7 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual

8 Nome do paciente — 9 Data de nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado — 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

31 Ocupação

32 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

33 Relações sexuais — 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8 Não se aplica 9- Ignorado — Física, Visual, Transtorno mental, Outras deficiências/ Síndromes, Mental, Auditiva, Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

36 UF — 37 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 38 Distrito

39 Bairro — 40 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

41 Número — 42 Complemento (apto., casa, ...) — 43 Geo campo 3 — 44 Geo campo 4

45 Ponto de Referência — 46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

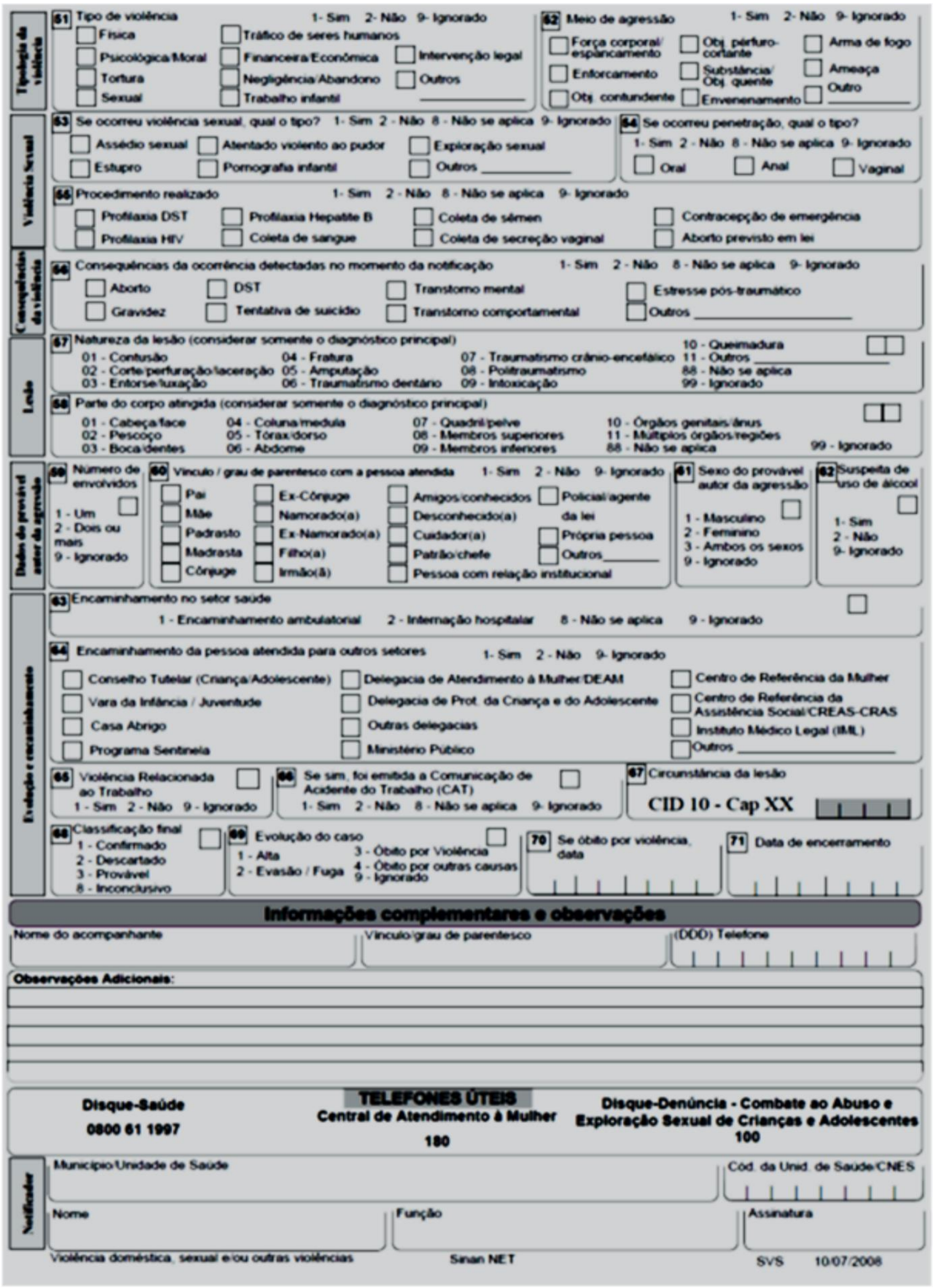
48 Local de ocorrência — 01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Escola; 04 - Local de prática esportiva; 05 - Bar ou similar; 06 - Via pública; 07 - Comércio/serviços; 08 - Indústrias/construção; 09 - Outro _____; 99 - Ignorado

49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências — Sinan NET — SVS 10/07/2006

ANEXO XI - **Ficha de notificação/investigação individual, violência doméstica, sexual e/ou outras violências (Verso)**



Tipologia da violência

51 Tipo de violência — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Física; Psicológica/Moral; Tortura; Sexual; Tráfico de seres humanos; Financeira/Econômica; Negligência/Abandono; Trabalho infantil; Intervenção legal; Outros _____

52 Meio de agressão — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Força corporal/ espancamento; Enforcamento; Obj. contundente; Obj. pérfuro-cortante; Substância/ Obj. quente; Envenenamento; Arma de fogo; Ameaça; Outro _____

Violência Sexual

53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
Assédio sexual; Atentado violento ao pudor; Exploração sexual; Estupro; Pornografia infantil; Outros _____

54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
Oral; Anal; Vaginal

55 Procedimento realizado — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
Profilaxia DST; Profilaxia HIV; Profilaxia Hepatite B; Coleta de sangue; Coleta de sêmen; Coleta de secreção vaginal; Contracepção de emergência; Aborto previsto em lei

Consequências da violência

56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
Aborto; Gravidez; DST; Tentativa de suicídio; Transtorno mental; Transtorno comportamental; Estresse pós-traumático; Outros _____

Lesão

57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)
01 - Contusão; 02 - Corte/perfuração/laceração; 03 - Entorse/luxação; 04 - Fratura; 05 - Amputação; 06 - Traumatismo dentário; 07 - Traumatismo crânio-encefálico; 08 - Politraumatismo; 09 - Intoxicação; 10 - Queimadura; 11 - Outros _____; 88 - Não se aplica; 99 - Ignorado

58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)
01 - Cabeça/face; 02 - Pescoço; 03 - Boca/dentes; 04 - Coluna/medula; 05 - Tórax/dorso; 06 - Abdome; 07 - Quadril/pelve; 08 - Membros superiores; 09 - Membros inferiores; 10 - Órgãos genitais/ânus; 11 - Múltiplos órgãos/regiões; 88 - Não se aplica; 99 - Ignorado

Dados do provável autor da agressão

59 Número de envolvidos
1 - Um; 2 - Dois ou mais; 9 - Ignorado

60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida — 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Pai; Mãe; Padrasto; Madrasta; Cônjuge; Ex-Cônjuge; Namorado(a); Ex-Namorado(a); Filho(a); Irmão(ã); Amigos/conhecidos; Desconhecido(a); Cuidador(a); Patrão/chefe; Pessoa com relação institucional; Policial/agente da lei; Própria pessoa; Outros _____

61 Sexo do provável autor da agressão
1 - Masculino; 2 - Feminino; 3 - Ambos os sexos; 9 - Ignorado

62 Suspeita de uso de álcool
1- Sim; 2 - Não; 9- Ignorado

Evolução e encaminhamento

63 Encaminhamento no setor saúde
1 - Encaminhamento ambulatorial; 2 - Internação hospitalar; 8 - Não se aplica; 9 - Ignorado

64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores — 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
Conselho Tutelar (Criança/Adolescente); Vara da Infância / Juventude; Casa Abrigo; Programa Sentinela; Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM; Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente; Outras delegacias; Ministério Público; Centro de Referência da Mulher; Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS; Instituto Médico Legal (IML); Outros _____

65 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

67 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

68 Classificação final
1 - Confirmado; 2 - Descartado; 3 - Provável; 8 - Inconclusivo

69 Evolução do caso
1 - Alta; 2 - Evasão / Fuga; 3 - Óbito por Violência; 4 - Óbito por outras causas; 9 - Ignorado

70 Se óbito por violência, data

71 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

Disque-Saúde
0800 61 1997

TELEFONES ÚTEIS
Central de Atendimento à Mulher
180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências — Sinan NET — SVS 10/07/2008

ANEXO XII – **Nota Técnica Pré-Natal do Papai (Frente)**

PREFEITURA DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

NOTA TÉCNICA

DATA: 10/11/2014.

ASSUNTO: Estabelece a implantação da Estratégia PRÉ-NATAL DO PAPAI nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, por meio das Equipes da Estratégia Saúde da Família.

1. Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
2. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF);
3. Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;
4. Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2008;
5. Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; e;
6. Considerando a portaria nº 1.944, de 27 de agosto 2009 que institui a Política Nacional de Saúde do Homem (PNAISH) e a necessidade de incentivar o desenvolvimento de ações e serviços de atenção integral à saúde do homem, resolve:

Art. 1º - Implementar por meio das Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica de Porto Velho, a Estratégia **PRÉ-NATAL DO PAPAI**;

Art. 2º – A Metodologia da Estratégia Pré-Natal do Papai, pauta-se em:

i- Homem companheiro/parceiro chega até a UBS acompanhando a mulher gestante previamente agendada pelo ACS ou por demanda espontânea e é acolhido para o pré-natal;

ii- Participa da consulta pré-natal da companheira/parceira;

ANEXO XII – **Nota Técnica Pré-Natal do Papai (Verso)**

iii- Profissional médico ou enfermeiro que realiza o atendimento pré-natal, consulta o homem companheiro/parceiro da gestante, com base em queixa ou não;

iv- Profissional médico ou enfermeiro oferta Testes Rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites B e C) e solicita exames de rotina para o homem companheiro/parceiro;

v- Profissional médico ou enfermeiro agenda consulta de retorno para o homem companheiro/parceiro;

vi- Equipe insere o homem companheiro/parceiro nas atividades educativas de pré-natal e/ou atividades de promoção e educação em saúde, voltadas a comunidade masculina.

Art. 3 - Conforme preconiza a PNAISH todas as Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, devem incorporar no seu planejamento integrado o desenvolvimento de ações que contemplem a temática saúde do homem;

Art. 4º - A avaliação das ações do **Pré-natal do Papai** realizada pelas equipes de saúde da família será realizada pela Área Técnica de Saúde do Homem/DPE/DAB/SEMUSA de Porto Velho;

Art. 5º - Para avaliação das ações serão utilizados os seguintes critérios:

I- Apresentar a estratégia dentro do cronograma da equipe de saúde da família;
II- Estabelecimento das ações programadas e utilização de parcerias com órgãos governamentais e não-governamentais;
III- Proporcionar melhoria do acesso com qualidade desta população aos serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde;

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCUCE ANTONIO MIRANDA DOS SANTOS
Coordenador da Saúde do Homem de Porto Velho

IGOR DOMINGOS ARAÚJO DE AMORIM
Diretor do Departamento de Atenção Básica

DOMINGOS SÁVIO FERNANDES DE ARAÚJO
Secretário de Saúde de Porto Velho

ANEXO XIII – Ficha de Referência e Contra-referência

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA- REFERÊNCIA	
UNIDADE DE ORIGEM / SOLICITANTE	**UNIDADE DE DESTINO:** Centro de Referência em Saúde da Mulher
NOME DA USUÁRIA:	DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____
Nº DO CARTÃO SUS:	RG:
Nº SIS PRÉ-NATAL:	ÁREA:
ENDEREÇO:	
RESUMO DA HISTÓRIA / EXAME FÍSICO (Sinais, sintomas, inicio de aparecimento, achados de maior importância)	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
MEDICAÇÃO EM USO:	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (assinatura e carimbo)	
RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO:	
DATA DA CONSULTA _____/_____/_____	
MOTIVO DO NÃO AGENDAMENTO:	
CONTRA- REFERÊNCIA	
DIAGNOSTICO:	
CONDUTA ADOTADA:	
RECOMENDAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO:	
RESPONSÁVEL PELA CONTRA- REFERÊNCIA (assinatura e carimbo):	

ANEXO XIV - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Nome: _____ Data:_____
Idade do bebê:_____ Pontuação:_____
Aplicador da escala: _____

Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias, Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido:

1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas: ( ) 0 – Como eu sempre fiz ( ) 1 – Não tanto como antes ( ) 2 – Sem dúvida, muito menos do que antes ( ) 3 – De jeito nenhum	6. Tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia: ( ) 3 - Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las ( ) 2 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes ( ) 1 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente ( ) 0 – Não. Consigo lidar com eles tão bem quanto antes
2. Tenho tido esperança no futuro: ( ) 0 - Tanta como sempre tive ( ) 1 - Menos do que costumava ter ( ) 2 - Muito menos do que costumava ter ( ) 3 - Quase nenhuma	7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal: ( ) 3 - Sim, quase sempre ( ) 2 - Sim, por vezes ( ) 1 - Raramente ( ) 0 - Não, nunca
3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas: ( ) 3 - Sim, a maioria das vezes ( ) 2 - Sim, algumas vezes ( ) 1 - Raramente ( ) 0 - Não, nunca	8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz: ( ) 3 - Sim, quase sempre ( ) 2 - Sim, muitas vezes ( ) 1 - Raramente ( ) 0 - Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo: ( ) 0 - Não, nunca ( ) 1 - Quase nunca ( ) 2 - Sim, por vezes ( ) 3 - Sim, muitas vezes	9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro: ( ) 3 - Sim, quase sempre ( ) 2 - Sim, muitas vezes ( ) 1 - Só às vezes ( ) 0 - Não, nunca
5. Tenho me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo: ( ) 3 - Sim, muitas vezes ( ) 2 - Sim, por vezes ( ) 1 - Não, raramente ( ) 0 - Não, nunca	10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma: ( ) 3 - Sim, muitas vezes ( ) 2 - Por vezes ( ) 1 - Muito raramente ( ) 0 - Nunca

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A EDPP foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

ANEXO XV - FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONA Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco*

1 – IDADE:

( ) (-) de 15 anos 1
( ) De 15 a 34 anos 0
( ) (+) de 35anos 1

2 - SITUAÇÃO FAMILIAR:

Situação Familiar Instável:
( ) Não..... 0
( ) Sim 1

Aceitação de GRAVIDEZ:
( ) Aceita 0
( ) Não Aceita 1
( ) Presença de situação de violência..... 1

3 – ESCOLARIDADE:

Sabe Ler e Escrever:
( ) Sim.....0

( ) Não.....1

4 – HÁBITOS:

Tabagista:
( ) Sim.....2
( ) Não.....0

5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

( ) Baixo Peso(IMC <18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia 1
( ) Peso Adequado (IMC 18, 5-24, 9kg/m2) 0
( ) Sobrepeso (25-29,9kg/m2) 1
( ) Obesidade (IMC>30kg/m2) 5

6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

( ) Abortos até 2 5
( ) Abortos espontâneos+2.....10
( ) Natimorto 5
( ) Prematuro 5
( ) Óbito Fetal 5
( ) Eclampsia 10
( ) Placenta Prévia 5
( ) Descolamento Prematuro de Placenta 5
( ) Incompetência Istmo Cervical.....10
( ) Restrição de Cresc. Intrauterino 5
( ) Malformação Fetal 5
( ) Último Parto (-) de 12 meses 2
( ) + 1 Filho Prematuro 10
( ) Pre eclampsia 5

ESCORE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

10 ou + Pontos	ALTO RISCO
5 a 9 Pontos	MÉDIO RISCO
Até 4 Pontos	BAIXO RISCO

*Fatores socioeconômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica.

7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICO + GINECOLÓGICO:

( ) Ameaça de Aborto 5
( ) Anom. do trato Genitourinario.....5
( ) Placenta Prévia 10
( ) Câncer Materno 10
( ) Doença Hemolítica 10
( ) Esterelidade Tratada 5
( ) Isoimunização 10
( ) Neoplasias Ginecológicas 10
(**) Mal Formações congênitas 10**
( ) Crescimento Uterino Retardado 10
( ) Polihidramnio/Oligoidramnio 10
( ) Citologia Cervical Anormal(Nicl-ll-lll).....10
( ) Doença Hipertensiva da Gestação 10
( ) Diabetes Gestacional 10
( ) Gemelar 10
( ) Incomp. Istmo Cervical 10

8 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: MÉDICAS + CIRÚRGICAS:

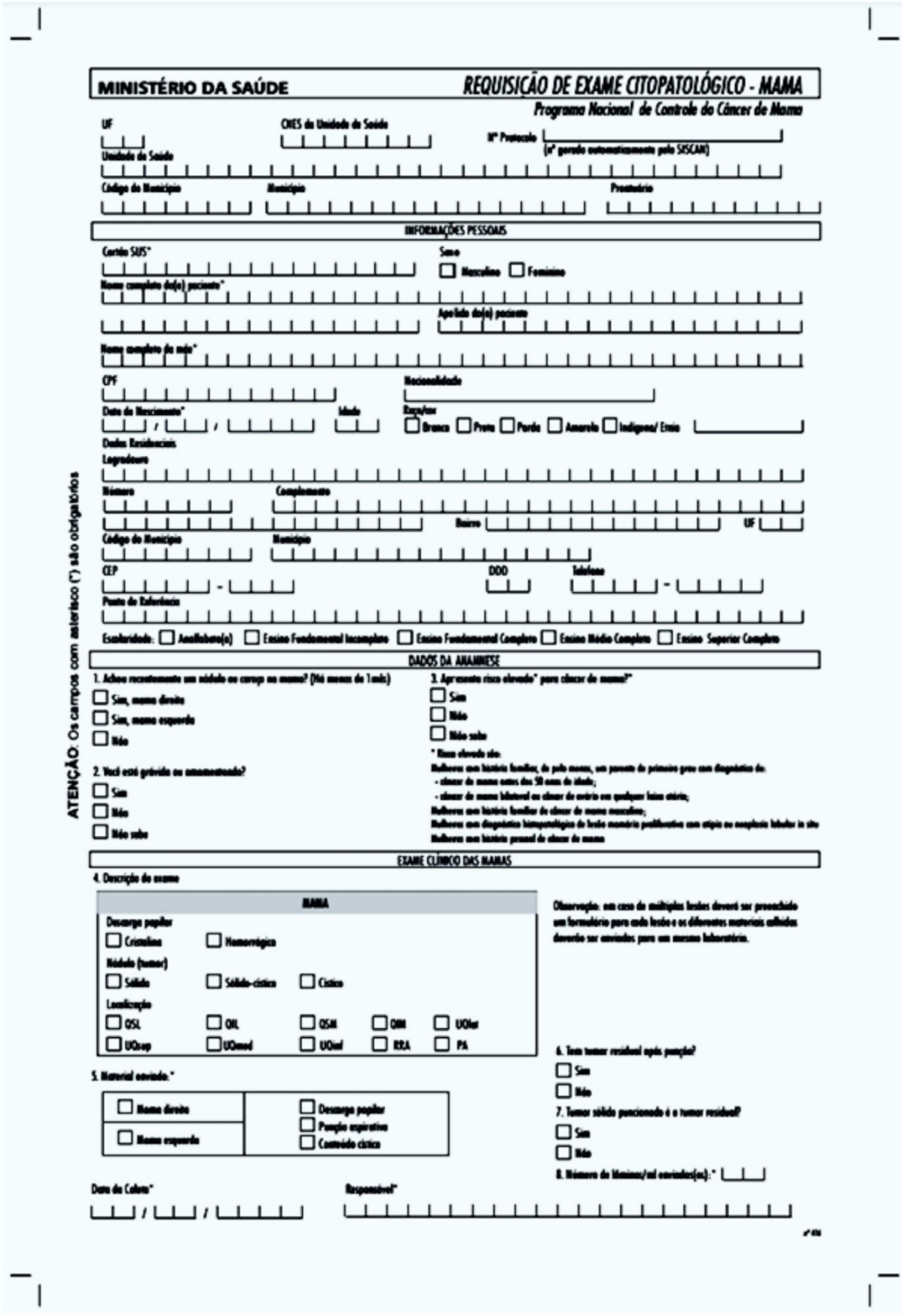
( ) Cardiopatias 10
( ) Varizes acentuadas 5
( ) Pneumopatia Grave..... 10
( ) Diabetes Mellitus 10
( ) Doenças Auto-imunes(Colagenose).....10
( ) Doença Psiquiátrica.....5
( ) Doença Renal Grave 10
( ) Epilepsia e Doença Neurológica 10
( ) Hemopatias 10
( ) Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +) 10
( ) Infecções Grave 10
( ) AIDS/HIV 10
( ) Sífilis 5
( ) Hepatites 10
( ) Tuberculose 10
( ) Toxoplasmose 10
( ) Dep. de Drogas 10
( ) Alcoolismo 10
( ) Trombofilia 10
( ) Endocrinopatias..... 10
( ) Alterações da Tireoide 10

PNAR (PRÉ NATAL DE ALTO RISCO): Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e\ou 6 e\ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos) Intercalar com pre natal na Atenção Básica .

MÉDIO RISCO: Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré-Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro.

BAIXO RISCO: Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré-Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico. Seguir fluxograma de pré natal.

ANEXO XVI - **FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA (Frente)**



MINISTÉRIO DA SAÚDE — *REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA*

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF | CNES da Unidade de Saúde | Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código do Município | Município | Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* | Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome completo da mãe*

CPF | Nacionalidade

Data de Nascimento* | Idade | Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número | Complemento

Bairro | UF

Código do Município | Município

CEP | DDD | Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1 mês)
☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Você está grávida ou amamentando?
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*
☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- 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
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA

Descarga papilar
☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo (tumor)
☐ Sólido ☐ Sólido-cístico ☐ Cístico

Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UOInf
☐ UOSup ☐ UOMed ☐ UOInf ☐ RRA ☐ PA

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

5. Material enviado:*

☐ Mama direita	☐ Descarga papilar
☐ Mama esquerda	☐ Punção aspirativa
	☐ Conteúdo cístico

6. Tem tumor residual após punção?
☐ Sim
☐ Não

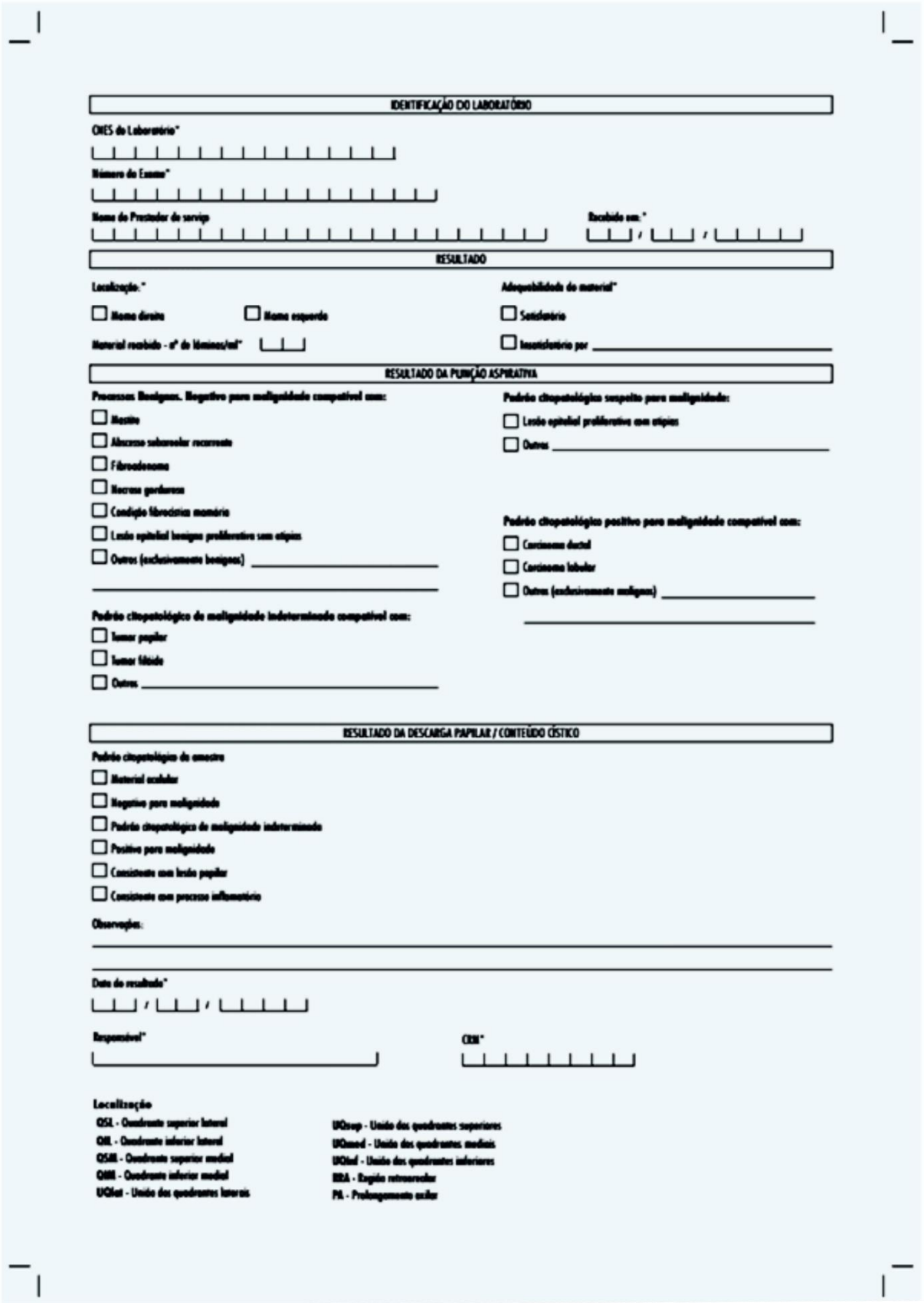
7. Tumor sólido puncionado é o tumor residual?
☐ Sim
☐ Não

8. Número de lâminas/vial enviadas(os):*

Data da Coleta* | Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

ANEXO XVI - **FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA (Verso)**



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Prestador de serviço

Recebido em:* / /

RESULTADO

Localização:*

☐ Mama direita ☐ Mama esquerda

Material recebido - nº de lâminas/vol* |__|__|

Adequabilidade do material*

☐ Satisfatório

☐ Insatisfatório por _____

RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA

Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com:

☐ Mastite
☐ Abscesso subareolar recorrente
☐ Fibroadenoma
☐ Necrose gordurosa
☐ Condição fibrocística mamária
☐ Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias
☐ Outros (exclusivamente benignos) _____

Padrão citopatológico de malignidade indeterminado compatível com:

☐ Tumor papilar
☐ Tumor fibróide
☐ Outros _____

Padrão citopatológico suspeito para malignidade:

☐ Lesão epitelial proliferativa com atipias
☐ Outros _____

Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com:

☐ Carcinoma ductal
☐ Carcinoma lobular
☐ Outros (exclusivamente malignos) _____

RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEÚDO CÍSTICO

Padrão citopatológico da amostra

☐ Material acelular
☐ Negativo para malignidade
☐ Padrão citopatológico de malignidade indeterminado
☐ Positivo para malignidade
☐ Consistente com lesão papilar
☐ Consistente com processo inflamatório

Observações:

Data do resultado* / /

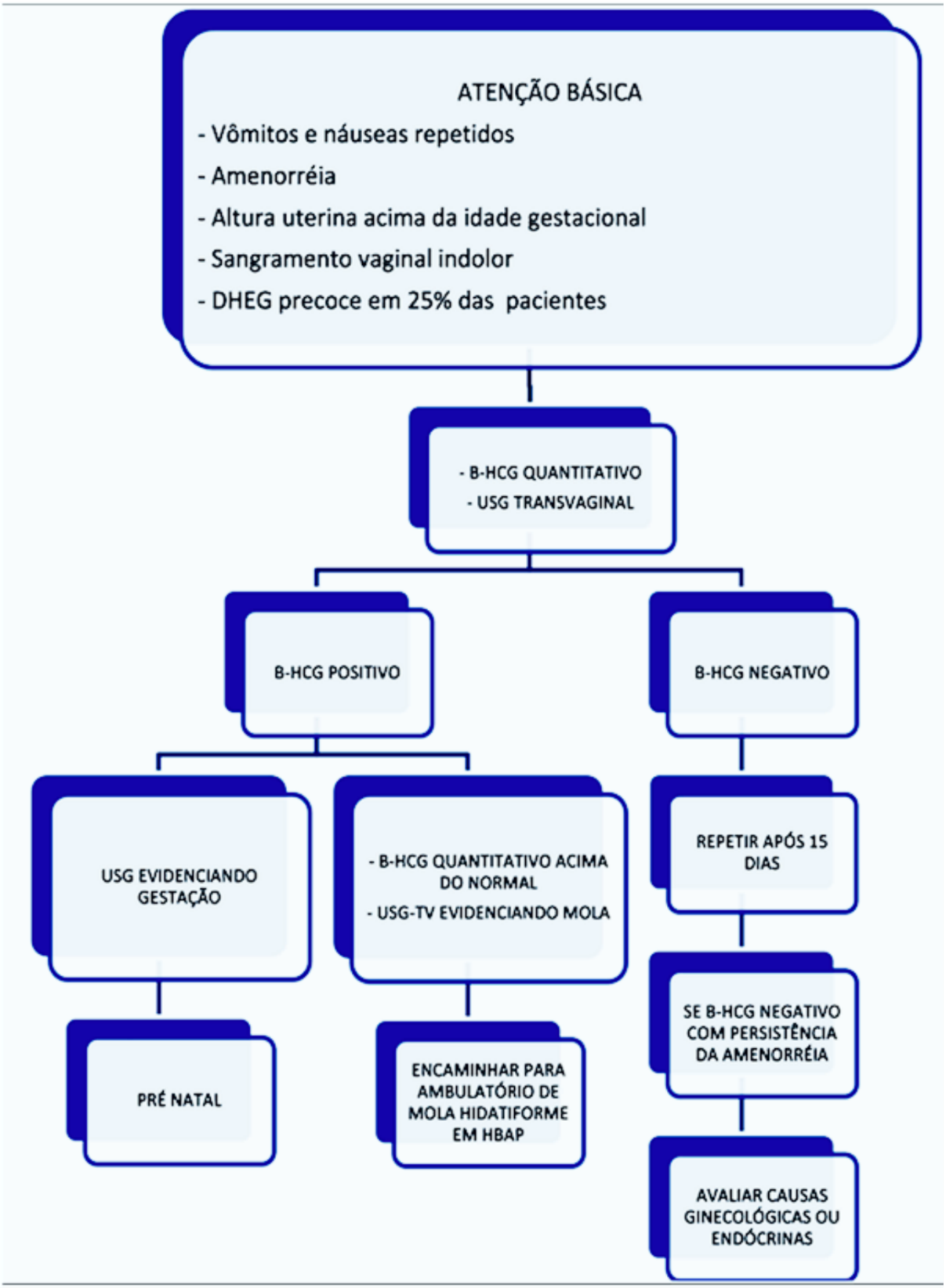
Responsável*

CRM*

Localização

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
PA - Prolongamento axilar

ANEXO XVII - **FLUXOGRAMA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**



*DHEG: DOENÇA HIPERTENSIVA EXCLUSIVAMENTE GESTACIONAL. PLANO DE PARTO - MODELO

I – Parto

1.Você quer a presença de pessoas durante o parto?
( ) sim ( ) não
2. Quem você quer presente durante o parto?
( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Filha (o) ( ) Outros _____
( ) Mãe ( ) Outros familiares
( ) Amiga(o) ( ) Doula

II- Trabalho de parto:

ATENÇÃO-No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente**.**

1- A gestante tem o direito de escolher a posição do parto que mais se sinta confortável
( ) Sentada/Cócoras ( ) De lado ( ) Deitada com cabeceira elevada
( ) Outros:_____

. 2-Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto.
( ) Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento
( ) Massagens
( )Banho de banheira ou chuveiro
( ) Respiração profunda

3-Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.
( ) sim ( ) não

4-- Sem rompimento artificial de bolsa .
( ) sim ( ) não

5. Você também pode tomar líquidos para manter se hidratada.
Que deseja ingerir? _____

Em poucos casos pode ser necessário realização da episiotomia (corte na vagina), uso de extratores e de indução ao parto. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

III- POS PARTO

O bebê que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar.

1-Quanto ao corte a paciente pode escolher quem cortará ou se ela mesma quiser cortar:
( ) Pelo profissional ( ) Pelo marido/perceiro/pai do bebê
( ) Outros _____
2- Deseja colocar o DIU
( ) Sim ( ) Não

3 – Retorno para a Ubs com 30 dias _____

_____

Assinatura/carimbo do profissional