

Sorocaba, 27 de novembro de 2015.

Ofício SES/GS Nº 1238/2015

Ref.: Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Este Protocolo foi construído e coordenado pela equipe do Programa de Saúde da Mulher em conjunto a alguns profissionais da assistência e discutido com as equipes em dois momentos estratégicos, em forma eletrônica e em capacitações.

O município de Sorocaba está em fase de intensificação de transição do modelo de organização da saúde, tendo como eixo estruturante a atenção básica e a estratégia saúde da família adotada como prioritária para as ações.

Assim, este protocolo(2012) foi revisado e atualizado conforme o documento integrante do protocolo (anexo).

Este **ofício** e o **documento integrante do protocolo** deverão estar anexados ao Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher(2012).

A proposta de cronograma de atendimento ao **Pré-Natal de Baixo Risco** foi elaborado com sugestões de vários profissionais da assistência, assim esta proposta deverá ser discutida com sua respectiva Regional(Divisão e Supervisão) para as devidas orientações e elaboração de um cronograma de implantação pensando no cenário atual de cada UBS.

- Será realizado capacitação de atualização teórica
- Será realizada capacitação Pré-Natal- prático para os enfermeiros.

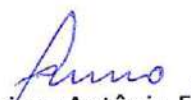
O documento integrante é composto por conteúdos atualizados e/ou acrescentados:

2. 2. 2. 2. 2.

[illegible]

- Protocolo de Planejamento Familiar (método cirúrgico) – revisado e atualizado;
- Protocolo de encaminhamento ao Pré-natal de Alto Risco – revisado e atualizado;
- Protocolo de Planejamento Familiar – Ambulatório de Puerpério de Alto Risco (Policlínica) – incluído;
- Procedimento Operacional Padrão (POP) – Coleta de material para pesquisa de estreptococo do grupo B em gestantes – atualizado conforme Protocolo do novo Laboratório;
- Cronograma de atendimento ao Pré-Natal de Baixo Risco (proposta de cronograma a ser validada);
- Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - incluído;
- Protocolo de Toxoplasmose/ Sífilis – revisado e atualizado;
- Imunização para Doença respiratória (coqueluche e influenza) – incluído;
- Fluxo de atendimento das gestantes com Hepatite- atualizado;
- Fluxo e formulário atualizado para o tratamento de Infecção do Trato-Urinário na gestação, será enviado posteriormente, assim que a Unidade receber, deverá ser anexado ao protocolo;

Atenciosamente



Francisco Antônio Fernandes
Secretário



Documento integrante do Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher- atualização

PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

- **Pág. 07** – Na lâmina PAP – escrever número de cadastro na Unidade; iniciais da paciente e número do SIS.
- **Pág. 19** – Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;

Rastreamento por mamografia, para as mulheres a partir de 40 anos de idade, com o máximo de dois anos entre os exames;

Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

- **Pág. 24** - Relação Geral de Requisição de Citologia – É necessário preencher a ficha geral de requisições (manual ou online), digitar o conteúdo no SISCOLO no sistema e escrever o número de protocolo na margem superior do impresso. Solicitar e agendar cada paciente no SIS para realização no laboratório (máximo de 1 semana da colheita). Imprimir 2 vias do Relatório 002 (do SIS) e encaminhar ao Laboratório de Patologia de referência, juntamente com os pedidos (manuais ou impressos) e lâminas colhidas. O retorno do resultado será anotado em um livro controle da unidade de saúde.
- **Pág. 24** – Atestado – Preenchimento: Deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo médico. O CID não é obrigatório no atestado (Considerando Resolução CFM nº1.819/2007, não é obrigatória a colocação do CID devido o sigilo na relação médico-paciente ser um direito inalienável do paciente). A informação sobre o diagnóstico depende de autorização expressa do paciente para tanto o Tribunal Superior do Trabalho (TST) confirma a resolução do CFM sob direito de sigilo da CID (17/09/15).
- **Pág. 25** – Ficha de Inscrição de Gestantes no programa de Humanização do Parto e Ficha de registro diário dos atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL – entende-se digitar no SISPRENATAL WEB.



CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

- Controle central/regional das coletas de PAP das mulheres entre 25 à 64 anos;

PROTOCOLO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Acompanhamento dos indicadores conforme SES/Regional/UBS.

- **Pág. 20** – Exames complementares - Onde se lê eritograma entende-se hemograma.
- **Pág. 48 – Periodicidade dos retornos - Como utilizar anticoncepcionais injetáveis:** Se trimestral, administrar 1 ampola a cada três meses (13 semanas) via intramuscular (ventro ou dorso-glútea). Se mensal, a cada quatro semanas (30 dias) via intramuscular (ventro glútea ou dorso-glútea). Segundo a bula destes injetáveis, o anticoncepcional injetável mensal pode ser adiantado ou atrasado 3 dias, portanto ser administrada em intervalos de no mínimo 27 dias e no máximo 33 dias. E o trimestral se for maior que 91 dias de intervalo entre as administrações, o médico deve certificar-se que a paciente não esteja grávida antes da administração da medicação. Para evitar atrasos orienta-se a paciente comparecer no último dia útil antes da data de reaplicação.

- **Pág. 54 – Laqueadura Tubária – Fluxo**

Serviço de Saúde de Atenção Primária:

- ✓ Participar de Orientação em grupo ou individual (o casal) sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis;
- ✓ Avaliar a indicação e se está dentro dos critérios citados anteriormente – é pré-requisito;
- ✓ Preencher guia integrada de método cirúrgico para Planejamento Familiar;
- ✓ Estar com resultado recente de exame citopatológico de colo uterino (conforme critérios do Protocolo);
- ✓ Solicitar teste imunológico de gravidez se for necessário;
- ✓ Agendar consulta do casal ou individual com Psicólogo/Planejamento familiar (via SIS na Policlínica) para avaliação;

- **Pág. 56 – Vasectomia - Fluxo**

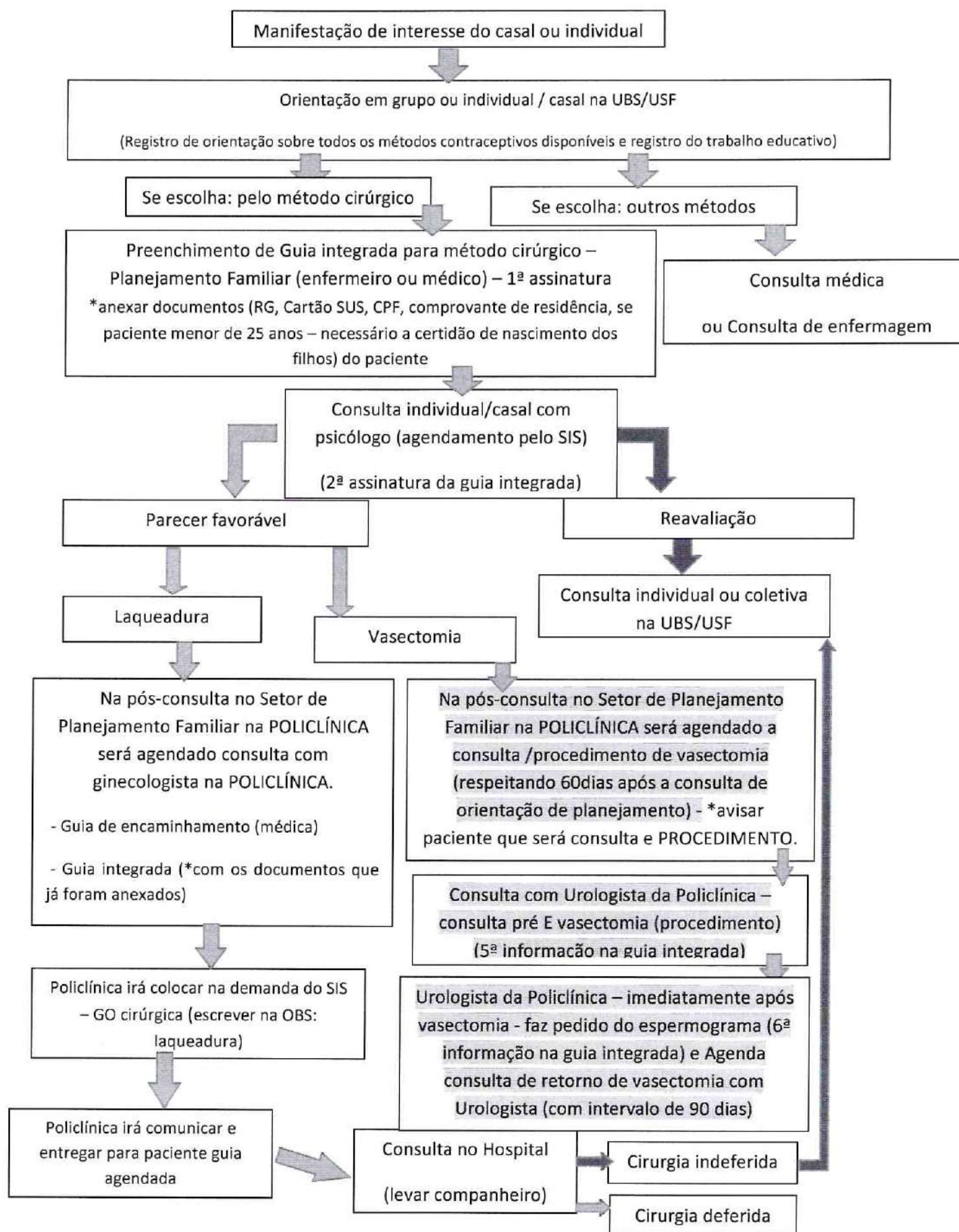
Serviço de Saúde de Atenção Primária

- ✓ Participar de Orientação em grupo ou individual (o casal) sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis;

- ✓ Avaliar se está dentro dos critérios citados anteriormente – é pré-requisito;
- ✓ Preencher guia integrada de método cirúrgico para Planejamento Familiar;
- ✓ Agendar consulta do casal ou individual com Psicólogo/Planejamento familiar (via SIS na Policlínica) para avaliação;
- ✓ Não há necessidade de exames pré-operatórios.



Pág. 57 - Fluxograma de encaminhamento para método de anticoncepção cirúrgica:





- **Pág. 64** – Correção de conteúdo: “No município de Sorocaba, em 2009 tivemos um percentual de aproximadamente 14% de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade. ...”

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- **Pág. 07, 08, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 26, 27, 29 e 30** – Onde se lê VDRL entende-se Teste para Sífilis;
- **Pág. 30** – Onde se lê Ambulatório de Cirurgia Ginecológica entende-se Serviço de Cirurgia ginecológica/ Regulação;
- **Pág. 37** – Onde se lê LAMAC mudou para LABAC.

PRÉ – NATAL

- **Pág. 04** – GAL – onde se lê Gestante de alto risco local entende-se Gestante Atenção Local;
- **Pág. 05** – Onde se lê SISPRENATAL entende-se SISPRENATAL web;
- **Pág. 05** – Sistemas para avaliação e indicadores: SISPRENATAL web, Vigilância Epidemiológica, SIS, indicadores de processo, indicadores pactuados, DATASUS e demais controles internos da UBS;
- **Pág. 05** – Incluir indicadores: GAL (% de gestantes), Sífilis (tratamento adequado), ITU (tratamento adequado deverá ser finalizado em até 28 dias);
- **Pág. 05** - Competência do nível Regional e/ou UBS: Controle de Infecção do Trato Urinário, Toxoplasmose, Gestante com Alta Vulnerabilidade, Notificação ao Conselho Tutelar, Programa Gestante Saudável e demais indicadores;
- **Pág. 07** – Recomendação de vacinas, ácido fólico e *sulfato ferroso (acima de 20ª semana de gestação – conforme descrito em página 23 deste protocolo);
- **Págs. 9 à 12** - Pré-Natal de Alto Risco alterado- segue abaixo **Protocolo atualizado abaixo:**

PRE-NATAL DE ALTO RISCO - PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO

Gestação de Alto Risco

“Aquele na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”.

Caldeyro-Barcia, 1973



O Pré-natal de Alto Risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal.

Os encaminhamentos serão feitos exclusivamente pelo profissional médico, através de guias de referência devidamente preenchidas.

Encaminhar sempre na primeira consulta médica, nas patologias conhecidas, ou o mais breve possível quando suspeitar de patologias superajuntadas à gravidez.

O encaminhamento não excluirá a gestante do programa, a gestante é de responsabilidade da Unidade Básica de origem, devendo a mesma manter o monitoramento de suas gestantes.

SITUAÇÕES QUE DETERMINAM O ENCAMINHAMENTO PARA O ALTO RISCO

1 – Características Individuais e Condições Sócio demográficas desfavoráveis

- 1.a – Fator idade
- 1.b – Dependência química

2 – História Reprodutiva Anterior (mau passado obstétrico)

- 2.a – Abortamentos de repetição
- 2.b – Malformação fetal
- 2.c – Prematuridade anterior
- 2.d – Óbito fetal anterior

3 – Intercorrências Clínicas e Crônicas

- 3.a – Cardiopatias
- 3.b – Hipertensão Arterial
- 3.c – Hemopatias
- 3.d – Distúrbios tromboembólicos e vasculares
- 3.e – Pneumopatias
- 3.f – Nefropatias
- 3.g – Endocrinopatias
- 3.h – Fator peso (IMC)
- 3.i – Doenças reumáticas
- 3.j – Infecções na gestação
- 3.k – Câncer
- 3.l – Distúrbios neuropsíquicos
- 3.m – Malformações uterinas
- 3.n – Incompetência istmo cervical
- 3.o – Diagnóstico confirmado ou duvidoso de toxoplasmose recente.
- 3.p – Fator altura
- 3.q – Síndrome antifosfolípedes
- 3.r – Cirurgia bariátrica, alterações musculoesqueléticas importantes

4 – Redução da Transmissão Vertical

- 4.a – Portadores do vírus HIV
- 4.b – Gestantes soropositivas ou indeterminadas (preencher guia de encaminhamentos e ligar de imediato no SAME – Rua Manoel Lopes, 220; Além Ponte – telefone: 3211-4401)



OBS: Gestantes soropositivas com outra patologia associada farão acompanhamento no SAME e Policlínica, o parto será no CHS. Gestantes sem patologia associada farão acompanhamento no SAME, o parto ocorrerá na Santa Casa.

5 – Doença Obstétrica na Gravidez Atual

- 5.a – Placenta prévia
- 5.b – Isoimunização
- 5.c – Gestação múltipla
- 5.d – Doença hipertensiva na gestação
- 5.e – Restrição crescimento intraútero
- 5.f – Alterações no volume de líquido amniótico
- 5.g – Trabalho de parto prematuro

6 – Casos Omissos

DEFINIÇÕES E ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO

1 – Características Individuais e Condições Sócio demográficas desfavoráveis

- 1.a – Fator idade: menores de 17 anos e maiores de 40 anos.
- 1.b – Dependência química: usuárias de drogas lícitas (alcoolismo) e ilícitas (todas).

2 – História Reprodutiva Anterior (mau passado obstétrico)

- 2.a – Abortamentos de repetição: dois ou mais abortos.
- 2.b – Malformação fetal: todas
- 2.c – Prematuridade anterior: repetição de um ou mais episódios de partos prematuros (< 35 sem).

3 – Intercorrências Clínicas e Crônicas

- 3.a – Cardiopatias: todas. Solicitar ECG.
- 3.b – Hipertensão Arterial: Há dois tipos clássicos: as preexistentes e as que surgem após a 20ª semana.

As preexistentes: devem ser trocados os diuréticos e captopril por metildopa. Sendo a dose diária mínima recomendada (750 mg fracionada em três tomadas) e é necessário monitorar os níveis de pressão após instituir ou trocar a medicação, mesmo com agendamento feito e, principalmente, se o agendamento for superior a sete dias.

Lembrar que o diagnóstico é feito com duas aferições, com intervalo 4 a 6 horas, observado um repouso mínimo de 10 minutos, com a paciente, preferencialmente, sentada. Não medir em decúbito dorsal, principalmente após a 20ª semana de gestação.

Os níveis medidos de suspeita são: diastólica superior a 90 e sistólica superior a 140 mmHg ou nas variações de pressão com aumento de 20 mmHg na diastólica. Quando não houver médico na unidade e se deparar com níveis elevados ou preocupantes deve-se entrar em contato com o Pré-natal de risco para receber orientação. Vale o mesmo para as portadoras de outras doenças



ou quando ficar em dúvida.

Pré-eclâmpsia: os padrões são os mesmos acima descritos para os casos de hipertensão, com a diferença do surgimento após a 20ª semana de gestação. As condutas são as mesmas dos casos de hipertensão. Lembrar que nos casos graves ou de iminência de eclâmpsia encaminhar para a maternidade de referência e depois ao pré-natal de risco. Se ficar em dúvida entrar em contato telefônico, diretamente com o pré-natal de risco.

E solicitar exames com coleta imediata (para casos de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia): hemograma, ácido úrico, ureia, creatinina, TGO, TGP, TSH, Bilirrubinas totais e frações, proteinúria de 24hs, ECG, USG. Abrevia o tempo da consulta na unidade de risco, ainda mais em épocas cujo agendamento esteja mais demorado.

Quando o diagnóstico for feito com mais de 36 semanas de gestação encaminhar para a maternidade de referência e agendar no pré-natal de risco.

Não esquecer que este tem sido o principal motivo de perdas fetais no nosso serviço. É imperioso aumentar o controle.

3.c – Hemopatias:

Anemias importantes e os casos de anemia falciforme confirmada: no caso de falcização positiva solicitar eletroforese de hemoglobina e manter suplementação com ácido fólico. Caso seja confirmada a anemia falciforme, solicitar: hemograma completo com contagem de reticulócitos; eletroforese de hemoglobina; exames para detectar lesão renal (ureia e creatinina) e acometimento hepático (TGO, TGP, Gama GT); determinação dos estoques de ferro; glicemia; ácido úrico.

Os casos de falcização, na grande maioria, são de “traço falciforme” que não necessitam de tratamento, exceto a suplementação com ácido fólico durante toda a gestação.

3.d – Distúrbios tromboembólicos e vasculares: vasculopatias, trombozes venosas, usuárias de anticoagulantes, trombofilias, embolia pulmonar etc.

3.e – Pneumopatias: principalmente as asmáticas, lembrar que a rede tem um programa específico e elas devem ser cadastradas dentro da própria unidade de saúde e/ou Policlínica.

3.f – Nefropatias: cálculo renal etc.

3.g – Endocrinopatias:

Diabetes: Pregressa ou superajuntada à gravidez.

Como norma geral, solicitar glicemia pós-prandial (dosagem de glicemia duas horas após o almoço ou fazer Teste de Tolerância Simplificado) a todas as gestantes que apresentem níveis glicêmicos superiores a 90. Repetir com 28 semanas.

Nas diabéticas usuárias de antidiabetogênicos orais suspender o uso e encaminhar.

Nas usuárias de insulina manter e encaminhar.

Solicitar: glicosúria de 24hs, TGO, TGP, TSH, Hemoglobina Glicosilada, glicemia de jejum, pós-prandial e encaminhar.

Lembrar que não se deve solicitar curva glicêmica ou teste de tolerância (TTOG) nas que já têm diagnóstico de diabetes estabelecido ou glicemia de jejum maior que 120.



Nos casos suspeitos (obesidade, níveis séricos elevados de glicemia, abaixo de 20 semanas e não usuária de insulina) deve-se solicitar o TTOG ou glicemia pós-prandial (nível de alerta acima de 140).

Tireoidopatias: hipertireoidismo e hipotireoidismo.

No hipotireoidismo aumentar a dose do hormônio tireoidiano (25mcg) na fase inicial da gestação e encaminhar para o Pré-natal de Alto risco.

Não suspender medicamento em uso. E solicitar: TSH, T4 livre e Hemograma.

Hipotireoidismo (nas sabidamente hipotireoideas ou em uso de levotiroxina): se o TSH estiver com valor superior a 2,5UI/ml, elevar a dose, de 25 em 25mcg de levotiroxina, com tomadas diárias, em jejum.

Lembrar que o hipotireoidismo é mais deletério que o hiper, para os fetos. O contrário para as gestantes. É preferível algum "hiper" e nenhum "hipo".

Não é norma a solicitação de TSH na gestação, não pertence ao protocolo, ainda assim tem sido frequente e mais têm-se iniciado o uso de reposição hormonal com níveis TSH acima de 3,5UI/ml. Lembrar que esses valores de referência são para as que já são usuárias ou que estão no padrão "subclínico" (obesas ou grande obesas, principalmente). O agravante do hipotireoidismo está nas fases precoces da gestação na embriogênese (pelo risco de déficit de formação, risco de diminuição de capacidade intelectual) e aborto. Não medicar.

3.h – Fator peso (IMC): $IMC < 16 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$

3.i – Doenças reumáticas: febre reumática, lúpus, artrite reumatoide, colagenose, etc

3.j – Infecções na gestação: infecções urinárias recidivantes (2 ou mais episódios), herpes zoster, rubéola, caxumba, varicela, etc

3.k – Câncer: tumores prévios ou superajuntados, conizações, patologia cervical (NIC I, II ou III).

3.l – Distúrbios neuropsíquicos: incluem-se usuárias de drogas (lícitas ou ilícitas), psicopatias, epilepsias.

Devido ao risco de malformações e depleção de ácido fólico pelo uso de anticonvulsivantes e/ou antipsicóticos manter uso de ácido fólico durante toda a gestação (5 mg/dia).

3.m – Malformações uterinas: miomas uterinos maiores que 6,0 cm, tumores anexiais, útero bicorno, cirurgias uterinas, etc

3.n – Incompetência istmo cervical: feito o diagnóstico ou a hipótese, se a gestação estiver suplantando a 14ª semana, encaminhar à maternidade de referência, por ser data limite para a realização da circlagem. Passada a 14ª semana a chance de realização da circlagem diminui muito. Ainda assim, deve-se encaminhar.

Quando a gestação estiver abaixo dessa fase encaminhar ao Pré-natal de risco, solicitar USG e se não for possível determinar a idade gestacional entrar em contato telefônico com o Pré-natal de risco.

O diagnóstico é baseado na história clínica de abortos ou partos prematuros e/ou no achado (mesmo que haja controvérsia entre autores) de colo com medida igual ou inferior a 25mm quando medido até a 24ª semana realizado por ultrassom transvaginal.

* Solicitar USG transvaginal com medida de colo uterino.

**Seguir o mesmo critério do aborto de repetição.

3.o – Diagnóstico confirmado ou duvidoso de toxoplasmose recente:

Iniciar medicação (espiramicina) na dose de 1,5 mEq, que corresponde a 500 mg, em 3 tomadas diárias de 2 comprimidos (3,0 g). Lembrar que este tratamento é materno, o fetal é feito de outra forma e em unidade hospitalar.

Quando se deparar com IgM positivo, o laboratório deve ter feito o teste de avidéz.

Os casos com alta avidéz indicam infecção antiga, dependendo da idade gestacional (12 semanas ou menos) e não necessitam de tratamento, exceto se houver soro conversão.

Na dúvida iniciar a medicação. Lembrar que a toxoplasmose confere imunidade definitiva, mas que pode ressurgir nos casos de imunodepressão e **gravidez** em que estão previstos casos de reagudização.

Esquema de Toxoplasmose (Segue orientações nas páginas 16, 17, 18 e 19 deste documento).

Tratamento Toxoplasmose Materna Aguda - Espiramicina na dose oral de 1g ou 3.000.000 UI de 8/8 horas até o final da gestação. Como cada comprimido contém 500mg ou 1.500.000 UI, a prescrição será de 2 comprimidos via oral de 8/8hs.

3.p – Fator altura: menores que 145 centímetros.

3.q – Síndrome antifosfolípedes: casos confirmados ou suspeitos, para estes o teste é feito com a pesquisa de anticardiolipina e inibidor lúpico.

4 – Doença Obstétrica na Gravidez Atual

4.a – Placenta prévia: prevalência após a 24ª semana de gestação.

Ultrassonografia que detecta antes da 24ª semana observar com parcimônia, pois nos casos encontrados abaixo dessa idade pode não se confirmar.

4.b – Isoimunização

4.c – Gestação múltipla: todas

4.d – Doença hipertensiva na gestação: seguir mesmo critério da 3.b

4.e – Restrição crescimento intrauterino: confirmado ou suspeito (ultrassonografia ou déficit de crescimento uterino importante).

4.f – Alterações no volume de líquido amniótico: Hidrânio e Oligohidrânio. Oligohidrânio tem preferência pelo risco fetal.

4.g – Trabalho de parto prematuro

5 – Casos Omissos: entrar em contato com a Policlínica.

- **Pág. 12** – no início da página desconsiderar a frase “Do contrário não iniciar”; e **considerar:** Avaliar a necessidade dos medicamentos.
- **Pág. 14** – Competência da Secretaria da Saúde - Saúde da Mulher entende-se Secretaria da Saúde/Regional de Saúde.
- **Pág. 16** – Desconsiderar a página 16 - **Considerar conteúdo de Imunização abaixo:**

1 - Vacina contra Tétano, Difteria e Coqueluche:



- dT - vacina adsorvida difteria e tétano adulto .
- dTpa - vacina contra difteria, tétano e coqueluche acelular

Situações e condutas para a vacinação da gestante com dTpa e dT.

Situações	Condutas
Gestantes NÃO vacinadas previamente.	Administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa entre 27ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação
Gestantes vacinadas com uma dose de dT.	Administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa, entre 27ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
Gestantes previamente vacinadas com duas doses de dT.	Administrar uma dose de dTpa, entre 27ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
Gestantes previamente vacinadas com três doses de dT.	Administrar uma dose de dTpa entre 27ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa entre 27ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa entre 27ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias

Disponível no Informe Técnico da Vacina dTpa acelular do CVE, São Paulo, outubro de 2014.

Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento o intervalo para o reforço, previsto a cada dez anos, deve-se reduzir para cinco anos.

2- Hepatite B - vacina hepatite B (recombinante): Se a gestante ainda não iniciou ou não completou o esquema de vacinação, iniciar ou dar continuidade ao esquema após coleta de exames de rotina do Pré-Natal. Observar o calendário.

Intervalos mínimos a serem observados para completar esquemas já iniciados:

- Para a segunda dose: um mês após a 1ª dose
- Para a terceira dose: dois meses após a segunda, desde que o intervalo de tempo decorrido a partir da primeira dose seja, no mínimo, de quatro meses.

Dose	Intervalo mínimo
Entre 1ª e a 2ª dose	30 dias
Entre 2 e a 3ª dose	2 meses
Entre a 1ª e a 3ª dose	4 meses



3 - INFLUENZA: Vacina Influenza (fracionada, inativada)

Disponível na rede pública nos meses de outono/inverno.

4 - SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA: vacina sarampo, caxumba, rubéola

Caso a vacina não tenha sido aplicada na puérpera na maternidade administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde.

Obs: Caso a gestante apresente a documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado.



Calendário da gestantes e puérperas - 2014

Intervalo entre as doses	Vacina	Esquema
Primeira visita	dT Hepatite B	Primeira dose Primeira dose
2 meses após a primeira visita	dT Hepatite B	Segunda dose Segunda dose
6 meses após a primeira visita	dT Hepatite B	Terceira dose Terceira dose
Em qualquer fase da gestação	Influenza	Dose única
Puerpério	Sarampo-Caxumba-Rubéola Influenza	Dose única

Nota: Vacinar com dTpa todas as gestantes a partir da 27ª semana, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, independente do número de doses prévias de dT ou se a mulher recebeu dTpa em outra (s) gestação (ões). O esquema recomendado da vacina dTpa é de uma dose a cada gestação.

Referência: Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: MS, 2014.

- Pág. 18 – Mobilograma – Desconsiderar método.
- Pág.19 – Alterado a descrição de alguns exames:

Coombs Indireto: Solicitar o exame na primeira consulta após a avaliação do resultado da tipagem sanguínea, sempre que a gestante for RhD negativo, e o companheiro RhD positivo ou desconhecido. Repetir a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Não solicitar após o uso de imunoglobulina anti RhD;

Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) – Solicitar na 1ª consulta do pré-natal. Se Gestante suscetível (IgM e IgG negativos), repetir no segundo e terceiro trimestre. Em caso de doença antiga (IgM negativo e IgG positivo) não é necessário repetir o exame durante a gestação.

Teste Treponêmico: Será realizado automaticamente sempre que a gestante tiver o VDRL Reagente (A partir de novembro /15 esta sendo feito teste treponêmico como exame inicial para diagnóstico de sífilis, o qual se dando positivo será automaticamente feito VDRL para titulação);

Teste de Aidez de IgG para Toxoplasmose: Resultado reagente para IgM e IgG, ou indeterminado para IgM e reagente para IgG, será realizado automaticamente o exame de Aidez pelo Laboratório;

Sorologia para Hepatite C (HCV): Solicitar na 1ª consulta.

- **Pág. 20** – USG Obstétrica – Solicitar entre a 8ª e 13ª semana gestacional (dependendo da idade gestacional que iniciou o pré-natal) para determinar a idade gestacional. Outro exame deve ser solicitado entre a 24ª e 26ª semana gestacional para avaliação fetal. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas na dependência da suspeita clínica.
- **Pág. 25** – Calendário das consultas - Novo cronograma de atendimento Pré-Natal:



Cronograma do Pré natal de baixo risco

Atendimento	IG (aprox.)	Profissional	Exames	Medicações
1º(TIG+Ab PN)	Até 8 sem	Enfermeiro ou GO	*1ª rotina	Ácido Fólico
2º	10-12 sem	GO + Odonto	Coombs ind (s/n) + USG	
3º	14-16 sem	GO		
4º	18-20 sem	Médico da Família ou GO	**2ªrotina + USG	Sulfato ferroso
5º	22-24 sem	Enfermeiro		
6º	26-28 sem	GO	***3ªrotina	
7º	30-32 sem	Médico da Família ou GO		
8º	34-36 sem	G.O		
9º	36 sem	GO	Estrepto Beta-hemolítico (35 a 37 semanas)	
10º	37 sem	GO		
11º	38 sem	GO		
12º	39 sem	GO		
13º	40 sem	GO		
14º	41 sem	GO		
15º	1ªcons RN (até 7 dias)	Pediatra + VD (Enfª + ACS)		
16º	Puerpério até 30 dias	Médico da Família ou GO		

Legenda:

*1ª rotina: Hemograma, ABO Rh, Falcização, Urina 1, Urocultura, Glicemia, Sífilis, anti HIV, Toxo IgM e IgG, HbsAg, HCV

** 2ª rotina: Urina 1 e Urocultura, Toxo IgM e IgG*

***3ªrotina: Hemograma, Urina 1, Urocultura, Glicemia, Sífilis, anti HIV, Toxo IgM e IgG*

Atenção: - Avaliar o risco gestacional em cada atendimento, compartilhando com a equipe, as intercorrências a qualquer momento;

- Anotar todas as informações relevantes no prontuário e na carteira da gestante;

- Caso a abertura do PN se dê após IG 8 sem, agendar GO o mais breve possível, e em seguida adequar atendimentos conforme IG.

- **Pág. 26** – onde se lê “... RN for levando ao seio...” corrige-se para “RN for levado ao seio”.
- **Pág. 27** – onde se lê “... posição da mão em a forma de tesoura” corrige-se para “... posição da mão em forma de tesoura”.
- **Pág. 28** – onde se lê “... guardar o vidro contendo leite em geladeira (até 24horas)” corrige-se para “... guardar o vidro contendo leite em geladeira (até 12horas)”.
- **Pág. 32** – Antidepressivos tricíclico - onde se lê compatível com amamentação entende-se incompatível com a amamentação.
- **Pág. 33** – Ácido valpróico - onde se lê compatível com amamentação entende-se incompatível com a amamentação.
- **Pág. 36** – Edema Generalizado – é percebido pelo súbito aumento de peso. Encaminhar de imediato para a maternidade de referência.



- **Pág. 42 - Complemento: Orientações para as gestantes (prevenção primária):**

- ✓ Não ingerir Carne crua, malcozida ou malpassada;
- ✓ Usar luvas ou não manipular carnes cruas;
- ✓ Beber somente água filtrada ou mineral;
- ✓ Frutas e vegetais devem ser bem lavados antes da ingestão, mesmo os que forem descascados;
- ✓ Após o contato com carne, aves e frutos do mar crus, os pratos e utensílios utilizados deveram ser higienizados com água e sabão;
- ✓ Evitar contato com gatos. As trocas de sua caixa de excreções devem ser feitas com o uso de luvas. Após manipulação lavar bem as mãos com água e sabão;
- ✓ As gestantes que trabalham com animais (veterinárias, funcionárias de pet shops, etc), recomendam-se o uso de luvas e máscaras durante a manipulação dos animais;
- ✓ Usar luvas para prática de jardinagem e durante contato com solo ou caixas de areia, a fim de evitar o contato com possíveis resíduos de gatos. Após o contato, as mãos devem ser bem lavadas.

- **Pág. 42 – Complemento – Gestante com doença recente:**

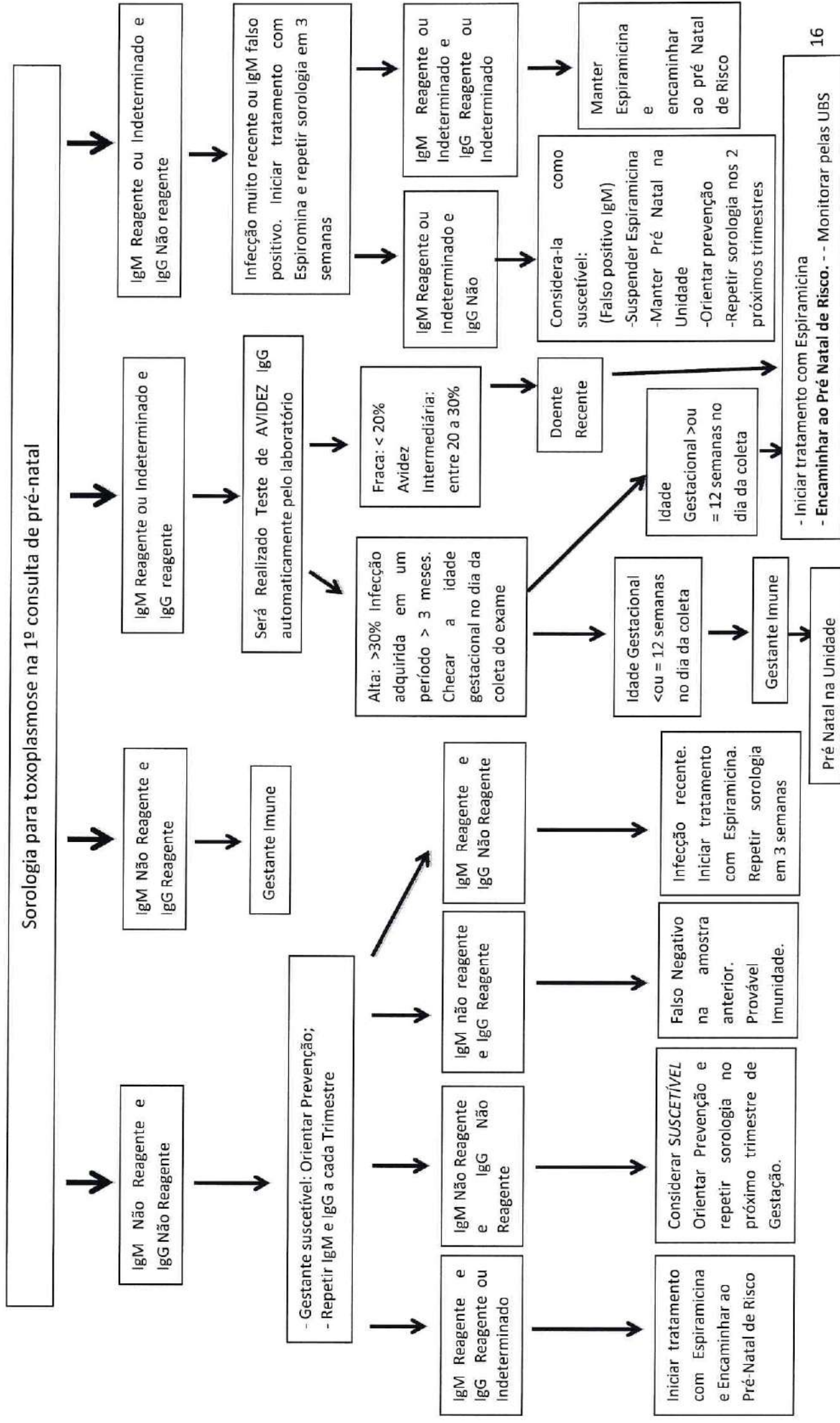
As gestantes com diagnóstico inicial indeterminado, para toxoplasmose, deverão seguir o tratamento até a confirmação final através dos exames laboratoriais.

O tratamento medicamentoso nas gestantes está disponível através do componente especializado através da resolução SS-200 de 06/10/2010 (em anexo) em Sorocaba é realizado pelo **Conjunto Hospitalar de Sorocaba** (CHS) através da Farmácia do Componente Especializado, localizada no - Av. Comendador Pereira Inácio, nº564, Jardim Vergueiro, Sorocaba - SP, ao lado do Hospital Leonor.

Telefone: (15) 3332-9100.

- **Pág.43** - Desconsiderar o fluxo da pag.43 e considerar o fluxo abaixo:

Fluxograma de Toxoplasmose – Investigação no Pré-natal





Nos casos de IgG Reagente (com IgM Reagente ou Indeterminado) o LABAC realiza automaticamente teste de avidéz de IgG, não havendo necessidade de nova Solicitação pela Unidade.

Interpretação dos resultados:

- **IgG Não Reagente e IgM Não Reagente:** *Gestante susceptível*
 1. Realizar orientações de prevenção primária. Repetir sorologia para toxoplasmose IgG e IgM no 2º e 3º trimestres gestacional;
 2. Para as gestantes que trabalham com animais (veterinárias funcionárias de pet shops, etc) recomenda-se sorologias mensais para toxoplasmose IgM e IgG.
- **IgG Reagente e IgM Reagente:** *Gestante imune*

Não há necessidade de repetir sorologia.
- **IgG Não Reagente e IgM Reagente:** *Infecção aguda recente ou falso positivo*
 1. Iniciar Espiramicina - 2cp de 500mg a cada 8 horas; medicamento obtido na farmácia de alto custo. Preencher LME (Laudo de Solicitação, avaliação e autorização de Medicamentos) + receita 2 vias.
 2. Repetir sorologia em 15 dias e se:
 - **IgG Não Reagente (com IgM Não Reagente ou Reagente)** Falso positivo = considerar gestante susceptível
 1. Suspender uso de Espiramicina;
 2. Realizar orientações de prevenção primária;
 3. Repetir sorologia para toxoplasmose IgG e IgM no 2º e 3º trimestres.
 - **IgG indeterminado ou Reagente (com IgM Reagente):** Infecção aguda
 1. Manter Espiramicina - 2cp de 500mg a cada 8 horas;
 2. Encaminhar para PN de alto risco.
 - **IgG Reagente e IgM Reagente:** Infecção aguda ou IgM residual



Teste de avidéz de IgG será realizado automaticamente pelo laboratório, não é necessário solicitar.

Interpretação do teste de Avidéz:

- **Baixa Avidéz:** < 50% = Infecção pode ter sido adquirida num período menor que 4 meses (primo-infecção recente)
- **Avidéz Indeterminada:** 50 a 59,9%
- **Alta Avidéz:** ≥ 60% = Infecção pode ter sido adquirida num período maior que 4 meses (infecção tardia)

É de extrema importância conhecer a idade gestacional do dia da coleta para a interpretação do resultado.

- **BAIXA AVIDEZ OU AVIDEZ INDETERMINADA:**

INFECÇÃO AGUDA

1. Iniciar Espiramicina - 2cp de 500mg a cada 8h, medicamento obtido na farmácia de alto custo: preencher LME + receita 2 vias.
2. Encaminhar para PN alto risco

- **ALTA AVIDEZ:**

Avaliar IG no dia da coleta:

1. Menor que 16 semanas = adquiriu a infecção antes da atual gestação.

IgM RESIDUAL, seguir Pré Natal na Unidade Básica. Não há necessidade de repetir o exame durante a gestação.

2. Maior ou igual a 16 semanas = pode ter adquirido a infecção no início da gestação.

Iniciar Espiramicina - 2cp de 500mg a cada 8h; (medicamento obtido na farmácia de alto custo: preencher LME + receita 2 vias).

Encaminhar para PN alto risco.



Verificar se gestante possui exame de toxoplasmose reagente anterior à gestação o que configurará toxoplasmose tardia para atual gestação.

Concluindo-se o caso como toxoplasmose tardia não é necessária coleta subsequente dos exames de toxoplasmose.

ADENDO: Obter o Medicamento na Farmácia do Componente Especializado, localizada no **Conjunto Hospitalar de Sorocaba** - Av. Comendador Pereira Inácio, nº564, Jardim Vergueiro, Sorocaba - SP, ao lado do Hospital Leonor.

Telefone: (15) 3332-9100.

O caminho para obter a ficha de LME é:

(1) acesse: www.saude.sp.gov.br

(2) clique em “profissional de saúde”

3) clique em “Laudo de solicitação autorização do componente especializado da Assistência farmacêutica” (LME)

4) clique em “LME” Formulário para Impressão

5) clique em “Visualizar”

6) Imprimir formulário

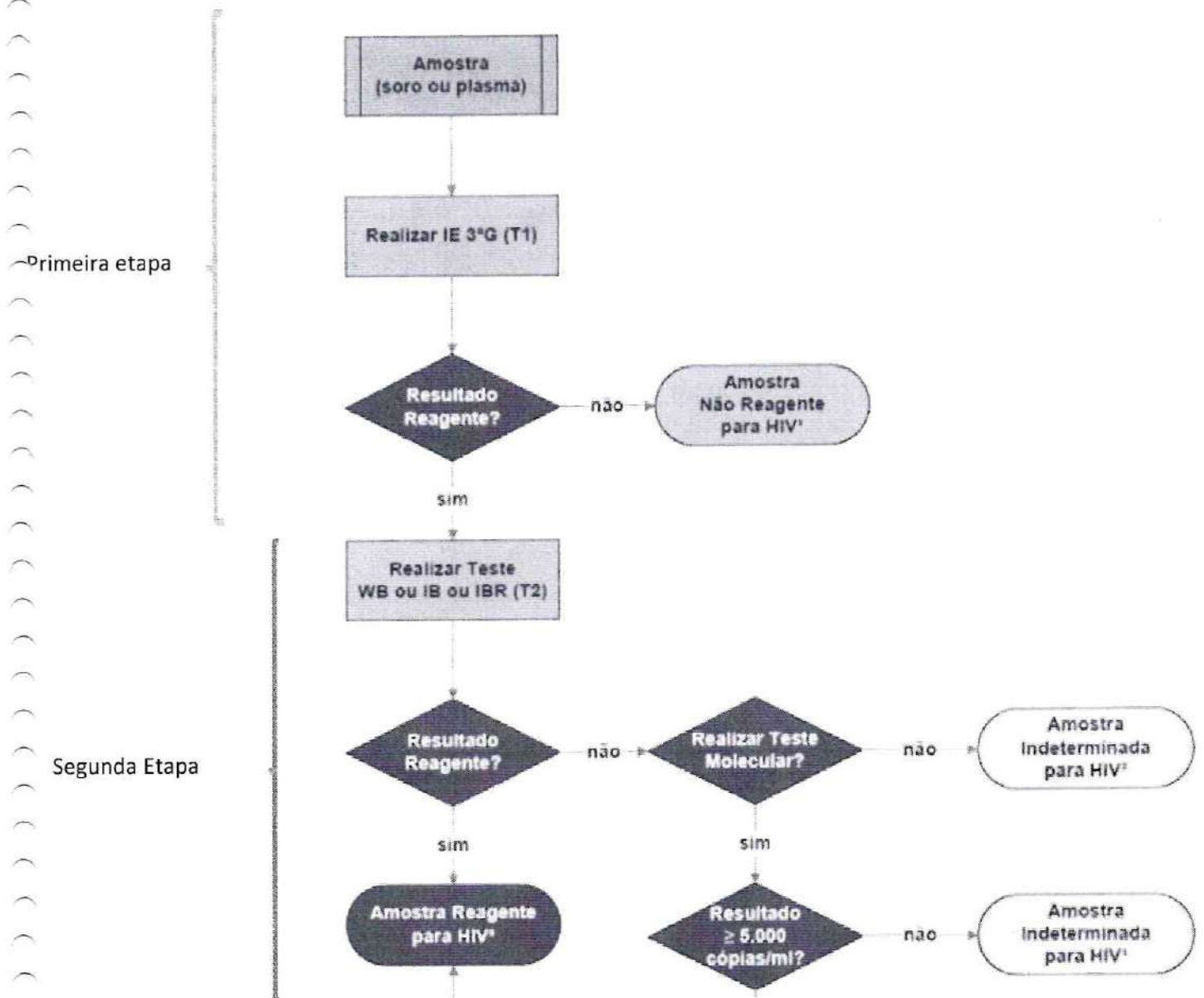
- **Pág. 45:** Alteração - Diagnóstico Laboratorial (Transmissão vertical do HIV)

O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período de 4 a 8 semanas após a infecção inicial, sendo este intervalo denominado janela imunológica. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso negativo, porém há elevada viremia com maior risco de transmissão do HIV.

A triagem Sorológica de infecção por HIV no Laboratório Municipal é feita por teste que detecta anticorpos contra o vírus e apresenta alta sensibilidade. Se o primeiro teste (1º amostra) de triagem for negativo, respeitando a janela imunológica, a infecção é descartada. Se o resultado for positivo ou

indeterminado, a amostra é enviada para o instituto Adolfo Lutz para a realização da segunda etapa por teste de alta especificidade (Western Blot ou Imunoblot rápida) para confirmação do diagnóstico. Devem ser realizados testes confirmatórios em uma segunda amostra.

- **Pág. 48: Fluxograma de HIV**



Obs: A partir da 2ª etapa, os testes serão realizados pelo Instituto Adolfo Lutz.

- **Pág. 54** - Toda gestante com VDRL positivo terá sua amostra testada por um teste Treponêmico.

- **Pág. 57** – Segundo parágrafo onde se lê VDRL entende-se Teste para Sífilis.
- **Pág. 68 – INVESTIGAÇÃO DE HEPATITE B E C NA GESTAÇÃO**

Durante a primeira consulta de pré-natal também deverão ser solicitados os exames de Hepatite B e C. Paciente com HBsAg reagente deverá ser encaminhada para uma avaliação com infectologista no SAME. Na consulta pós-parto esta puérpera deverá ser encaminhada ao SAME para acompanhamento. Em ambos os casos, a unidade de Saúde deverá ligar no SAME para realizar estes agendamentos.

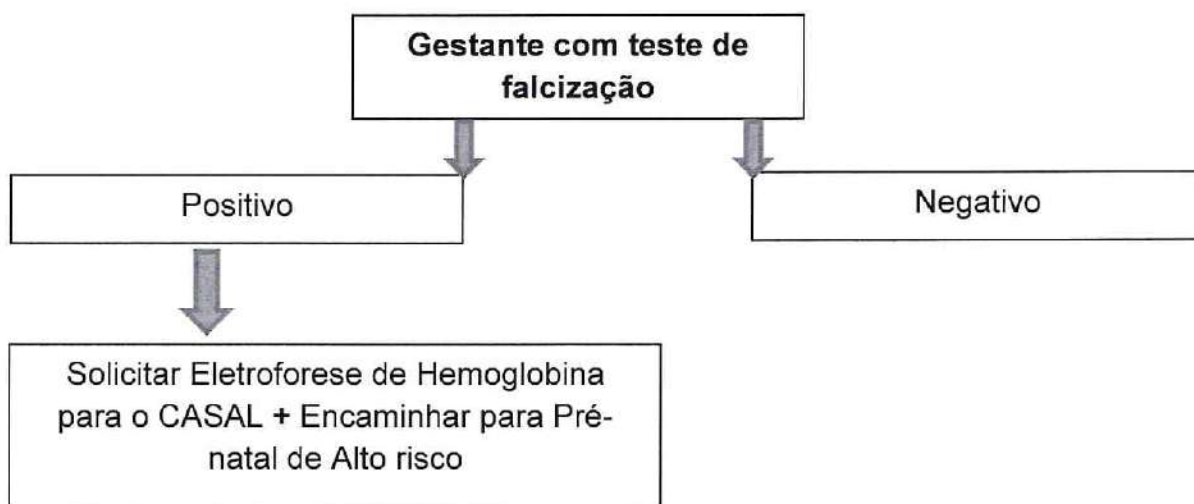
Fluxo da Vigilância das Hepatites B e C

A UBS e a Policlínica deverão notificar os casos de gestante com Hepatite B e C e enviar para a Vigilância Epidemiológica por malote e por email (epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br), contendo os dados abaixo:

- Unidade de saúde
- Nome completo da gestante
- Data de nascimento
- DPP
- Maternidade de Referência (para que a imunoglobulina seja enviada em tempo hábil para o tratamento)

As gestantes não imunes para hepatite B, verificado a partir do esquema vacinal, deverão ser vacinadas após a realização da sorologia para hepatite B.

- **Pág. 69** – Teste de Falcização – desconsiderar fluxograma anterior



- **Pág. 75 – Manejo** – (Vide Protocolo de Doenças Sexualmente Transmissíveis – SES – Sorocaba 2007 foi revisado, sendo, portanto atualizado em 2012).

- **Pág. 82 – Procedimento Operacional Padrão (POP) colheita de *Streptococo Beta-hemolítico do grupo B***

Título: Coleta de material para pesquisa de *Streptococo* do grupo B em gestantes

Objetivo: Oferecer suporte para a prevenção de infecção neonatal pelo *Streptococcus agalactiae* (*Streptococo* Grupo B ou GBS), através da antibiótico profilaxia intraparto, se resultado positivo.

Definição: Coleta de material para realização de método de rastreamento baseado na cultura de secreção vaginal e retal, colhida por swab para detecção do *estreptococo* do grupo B em todas as gestantes com idade gestacional entre 35 e 37 semanas.

Profissionais: Enfermeiros, médicos da família e ginecologistas. Técnicos e auxiliares de enfermagem poderão auxiliar o procedimento.

Materiais: Mesa ginecológica, lençol de papel, bandeja, swab, tubo de coleta com meio de transporte Amies (deve ser solicitado ao Laboratório Afip), luvas de procedimento, etiqueta de identificação.

Preparo para a realização do exame:

- Orientar a paciente a tomar banho antes da realização da coleta;
- Orientar a paciente a não fazer uso de creme e/ou óvulo vaginal, ducha e/ou lavagem interna nas últimas 48h anterior à realização da coleta;
- Orientar a paciente a não fazer uso de antimicrobianos, em caso de uso, informar ao médico ou enfermeiro.

Procedimento:

- Certificar-se que a gestante está entre a 35^a à 37^a semana de gestação e se realizou o preparo (limpeza da região genital com água e sabão);
- Identificar dois tubos de coleta (com meio Amies) a região da coleta na etiqueta código de barras da Afip;
- Solicitar o exame em SADT de gestante (amarelo), preenchendo todos os campos de forma legível;
- Explicar o procedimento a gestante e coloca-la em posição ginecológica;
- Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento;
- Realizar higiene na parte genital, somente na área externa, com água e sabão;
- Coletar dois swab, sendo um da região vaginal e um da região anal. Nunca utilizar o mesmo swab para coletar o material vaginal e anal;
- Introduzir o swab no intróito vaginal (terço inferior), sem a utilização de espéculo, e realizar a coleta em um giro de 360°. Inserir o swab no meio de transporte Amies;
- Introduzir o swab na parte interna do ânus e realizar a coleta em um giro de 360°. Inserir o swab no meio de transporte Amies;
- Orientar o resultado de exame será em 5 dias úteis do envio para o laboratório;
- Registrar no cartão do pré-natal a data da coleta, carimbo e assinatura do profissional que a realizou;



- Realizar as devidas anotações sobre o procedimento no prontuário.

Após a realização do exame:

- Após a coleta, juntar os dois tubos Amies com um elástico e manter em temperatura ambiente. Entregar ao motorista do Laboratório Afip o material dentro de um saquinho. Também deverá ser encaminhado o pedido em SADT;
- As amostras coletadas devem ser enviadas ao laboratório no máximo 24 horas após a coleta.

Observações:

- Lançar o procedimento e solicitação do exame no SIS;
- Realizar os registros necessários em livros ou planilhas de controle;
- Estabelecer uma rotina de verificação para o controle da validade do meio de cultura;
- O exame pode ser coletado de segunda a sexta-feira durante todo o dia.

- **Pág 83 à 89 – Infecção do Trato Urinário Inferior** (será enviado posteriormente atualização de ITU na gestação)
- **Pág. 90 – Diabetes Gestacional – Compete à UBS**

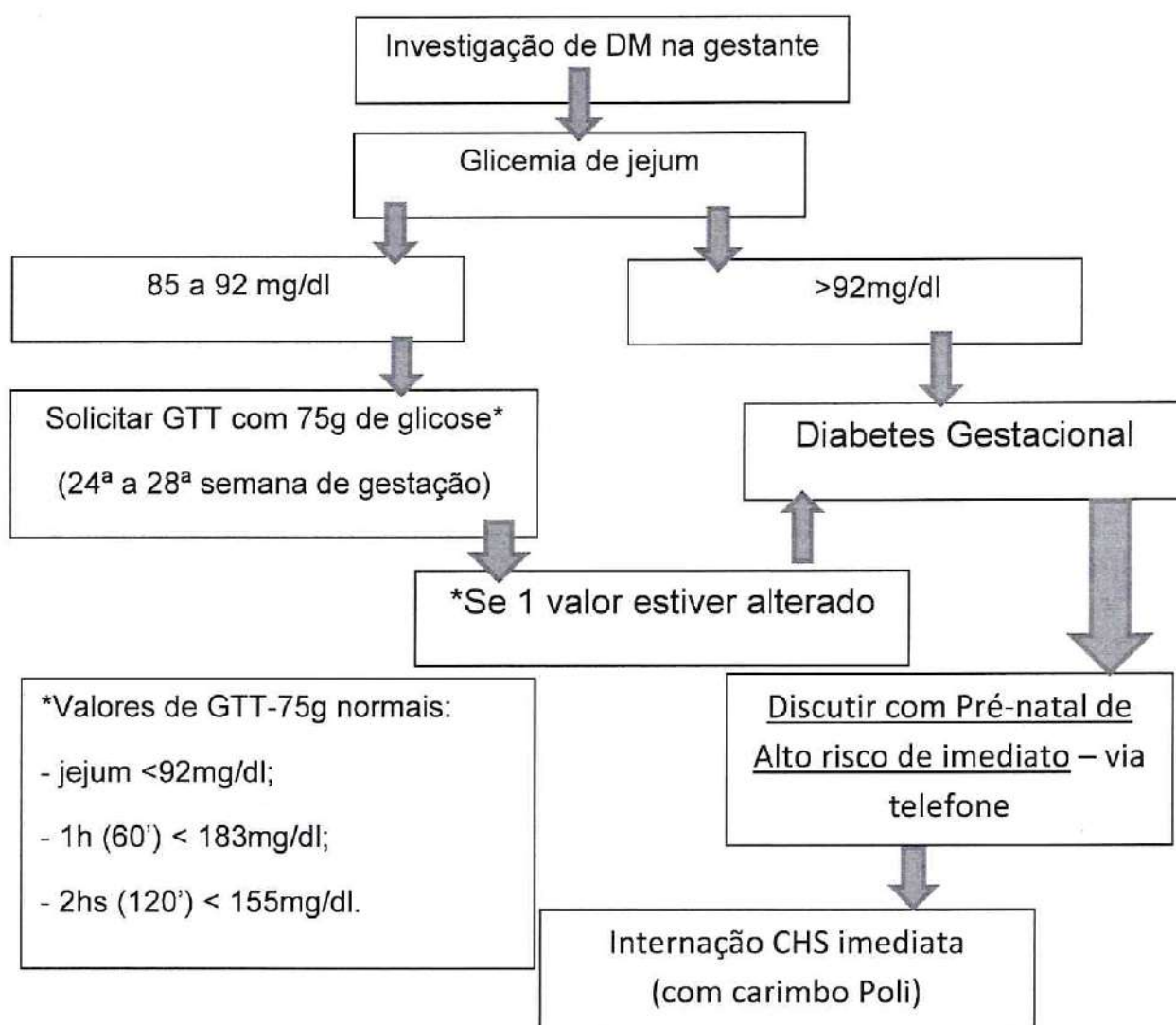
A glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante.

A Unidade de Saúde deve solicitar a glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes e instituir conduta de acordo com o resultado do exame.

- **Pág. 91** – Alterado no item Recomendações para realização da curva glicêmica: - Coletar amostras de sangue periférico com a gestante em jejum e 2 horas após a administração de 75g de glicose oral – realizar coleta no Laboratório.
- **Pág. 91** – Incluído no item Compete à UBS – Confirmado o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, a equipe de saúde deve: Ligar de imediato para Pré-natal de Risco.
- **Pág. 91** – Retirado do item Compete ao Serviço de Referência de Alto Risco: realizar ecografias seriadas e realizar cardiotocografias semanais a partir da 30ª semana.
- **Pág. 92** – Incluído no item Orientações nutricionais para gestantes diabéticas – Incluído “- O uso moderado de adoçantes ou edulcorantes pode ser recomendado. Os adoçantes disponíveis são aspartame, sacarina e ciclamato se sódio, acesulfame-K, sucralose e estévia. Orientar o consumo de acordo com a indicação contida no rótulo. Recomenda-se alternar o tipo de adoçante”.



- **Pág. 92** - Incluído no item Orientações nutricionais para gestantes diabéticas – Incluído “- Os produtos dietéticos podem ser recomendados desde que se conheça sua composição nutricional. Os produtos diet isentos de sacarose podem ser consumidos com moderação, especialmente porque podem ser bastante calóricos (chocolates, sorvetes, biscoitos). Os produtos light, de valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais, podem conter açúcar. Portanto, é importante ler o rótulo destes produtos e observar na lista de ingredientes se contém açúcar”.
- **Pág. 92** - Retirados do item Orientações nutricionais para gestantes diabéticas – Retirado “Evitar alimentos com açúcar, sacarose, sacarina e ciclamato – procurar identificar estes componentes em produtos industrializados” e “Orientar uso moderado e em rodízio de alimentos diet e light contendo aspartame em pó e sucralase”.
- **Pág. 92** – No item Orientações nutricionais para gestantes diabéticas – A suplementação de ácido fólico no período pré-concepcional (3 meses antes) e nas 12 primeiras semanas de gestação é protocolado para todas as gestantes.
- **Pág. 93 – FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL**





- **Pág. 94** – Onde se lê “moléstia” entende-se “patologia”.
- **Pág. 95** – Onde se lê “tônico-clônicas” entende-se “tônico-clônicas”.
- **Pág. 96** – Incluído no item Compete a UBS quanto as formas clínicas de hipertensão na gestação: - Mediar conforme descrito em páginas 07 e 08 deste documento, assim como quadro do item abaixo.

Pág. 97 – Farmacoterapia Preconizada na Hipertensão Arterial em Gestantes. Segue abaixo o quadro com a legenda.

Medicamento/ Apresentação	Dose Inicial	Dose Máxima	Posologia	Efeitos Colaterais
AlfaMetildopa comp. 250 mg	750 mg	2000 mg	8/8h ou 12/12h	Sonolência, sedação, depressão dose-dependente, hipotensão ortostática, edema periférico, colestase, hepatite, miocardite, pancreatite, agranulocitose, trombocitopenia, congestão nasal, hiperprolactinemia. Gravidez: Categoria B Lactação: compatível Via de Excreção: Renal
Nifedipina 10 e 20 mg	10 mg	80 mg	8/8h	Rubor, tontura, cefaleia, hiperplasia gengival, edema periférico, fraqueza, náusea, pirose. Gravidez: Categoria C Lactação: compatível Via de Excreção: Renal

Referência: Protocolo de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Saúde das Mulheres. Brasília: MS, 2015.

- **Pág. 103** – Onde se lê VDRL entende-se Teste para Sífilis.
- **Pág. 103** - Acrescentar no puerpério: mulheres que foram gestantes de alto risco deverão ter o acompanhamento no planejamento familiar por 1 ano.
- **Pág. 103** - A Puérpera deverá ter seu agendamento na Unidade de Saúde de origem ou Ambulatório de Puerpério de Alto Risco (Policlínica) em até 30 dias e o RN em até 7 dias (alta hospitalar com as datas das consultas no cartão).





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER

SIS: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____
Raça/Cor: () Branca () Parda () Negra () Amarela
Estado civil: () Solteira () Casada () União estável () Viúva () Separada
Escolaridade: () Nenhuma () Ens Fund Incomp () Ens Fund Comp () Ens Médio Incomp () Ens
Médio Comp () Ensino Sup Incomp () Ens Sup Completo
Ocupação: _____ Naturalidade: _____ Procedência: _____
Condições de Saneamento: _____ Condições de moradia: _____
Renda familiar per capita: _____

2. ANAMNESE:

Antecedentes pessoais: _____
Antecedentes familiares: _____
Tabagista: () Sim () Não Quantidade/dia: _____
Etilista: () Sim () Não Quantidade/dia: _____
Uso de drogas ilícitas: () Sim () Não Tipo: _____
Cirurgia anterior: () Sim () Não Tipo: _____
Faz uso de Medicamentos: () Sim () Não
Quais: _____
Vacinação em dia? () sim () não- quais atrasadas? _____

Antecedentes Ginecológicos:

Menarca: _____ anos Coitarca: _____ anos Menopausa: _____ anos
DUM: ____/____/____
Ciclo menstrual: Duração: _____ dias Quantidade de fluxo: () Pequ () Média () Grande
Intervalo: () Regular Quantos dias? _____ () Irregular
Alterações vaginais: () Corrimento - aspecto: _____
() Prurido () Odor fétido () Outros -quais: _____
DST: () Sim - Qual: _____
() Não

Atividade sexual: () Sem alteração () Alteração - causa: () DST () Gestação () Câncer () Dor
() Sangramento () Problemas emocionais () Falta de desejo () Falta de lubrificação () Outros
Nº parceiros(as) nos últimos 12 meses: _____

Método Contraceptivo Atual:

() Não utiliza
() ACO - qual: _____ () Injetável - qual: _____
() Preservativo () DIU () Diafragma () Métodos naturais - qual: _____
() Método Definitivo - qual: _____
Infertilidade (tratamento): _____
Data do último Citopatológico de colo uterino: ____/____/____ Resultado: _____
Data da última Mamografia: ____/____/____ Resultado: _____

Antecedentes Obstétricos:

Nº gestações: _____ Nº partos normais: _____



Nº cesáreas: _____ Indicador: _____

Nº abortos: _____ Nº filhos vivos _____ Nº de fórceps _____

Teve algum problema nas gestações anteriores? () Não () Sim

Qual: _____

Algum óbito infantil? () Não () Sim - quantos: _____ Motivo: _____

Gestação atual Desejada () Sim () Não

Conseguiu amamentar? () Não Por que? _____

() Sim Até quantos meses? _____

Nº de RN pré-termo, pós-termo ou baixo peso: _____

3. EXAME FÍSICO:

PA: _____ / _____ FC: _____ T: _____ Peso: _____ ALT: _____ IMC: _____

Cabeça/pescoço: () Sem alterações () Lesões em couro cabeludo () Presença de pediculose

() Gânglios palpáveis () Alterações visuais/auditivas/olfativas/quais?: _____

() Outras: _____

Tórax: _____

Ausculata cardíaca: _____ Ausculata pulmonar: _____

Mamas: () Simétricas () Assimétricas () Dolorosas a palpação () Presença de massa palpável/localização: _____ Tamanho: _____ () Fixo () Móvel

() Presença de descarga papilar () Unilateral/ Mama: _____ () Bilateral

Aspecto da secreção: _____

Presença de lesões: () Não () Sim / Localização das lesões: _____

Características lesão: _____

Abdome: _____

Genitália externa: () Sem alteração () Lesões () Prurido () Descamações () Verrugas () Edema () Outros: _____

Região inguinal: _____

Toque vaginal: Vagina (permeabilidade/rugosidade/elasticidade): _____

Colo uterino (posição e consistência): _____

Corpo uterino (posição e volume): _____

Exame especular: conteúdo vaginal (quantidade, cor, odor e presença de bolhas ou hiperemia) _____

Colo uterino (existe mácula rubra e descrever formato do orifício externo)



Presença de edema (face, tronco, membros) _____

MMSS e MMII: () Sem alterações () Com alterações - Quais alterações: _____

Locomoção: _____



4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPESC):

Auto cuidado inadequado ()

Ingestão Alimentar alterada ()

Sobrepeso () Emagrecimento ()

Constipação () Diarréia ()

Eliminação urinária: () adequada () inadequada () comprometida () IU _____

Corrimento vaginal () Prurido vaginal ()

Sono inadequado ()

Resultado de exame preventivo alterado ()

Uso de contraceptivo adequado () inadequado ()

Prevenção da gravidez () Prevenção de DST ()

Mulher vítima de violência ()

Gestação: 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () Puerpério ()

Gravidez indesejada ()

Náusea ()

Edema postural de MMII na gestante ()

Atividade de contração uterina ()

Fissura mamilar () Ingurgitamento mamário () Mastite ()

Estado vacinal atrasado ()

Dor () Dor em baixo ventre () Dispareunia () Cólica uterina ()

Risco para aborto ()

Desenvolvimento fetal inadequado ()

Amamentação: adequada () inadequada ()

Apoio familiar prejudicado ()

Autoestima prejudicada ()

Uso de drogas /álcool () Tabagismo () DST ()

Amamentação inadequada () Desmame precoce do lactente ()

Outros:

5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

Exames solicitados: _____

Vacinas necessárias: _____

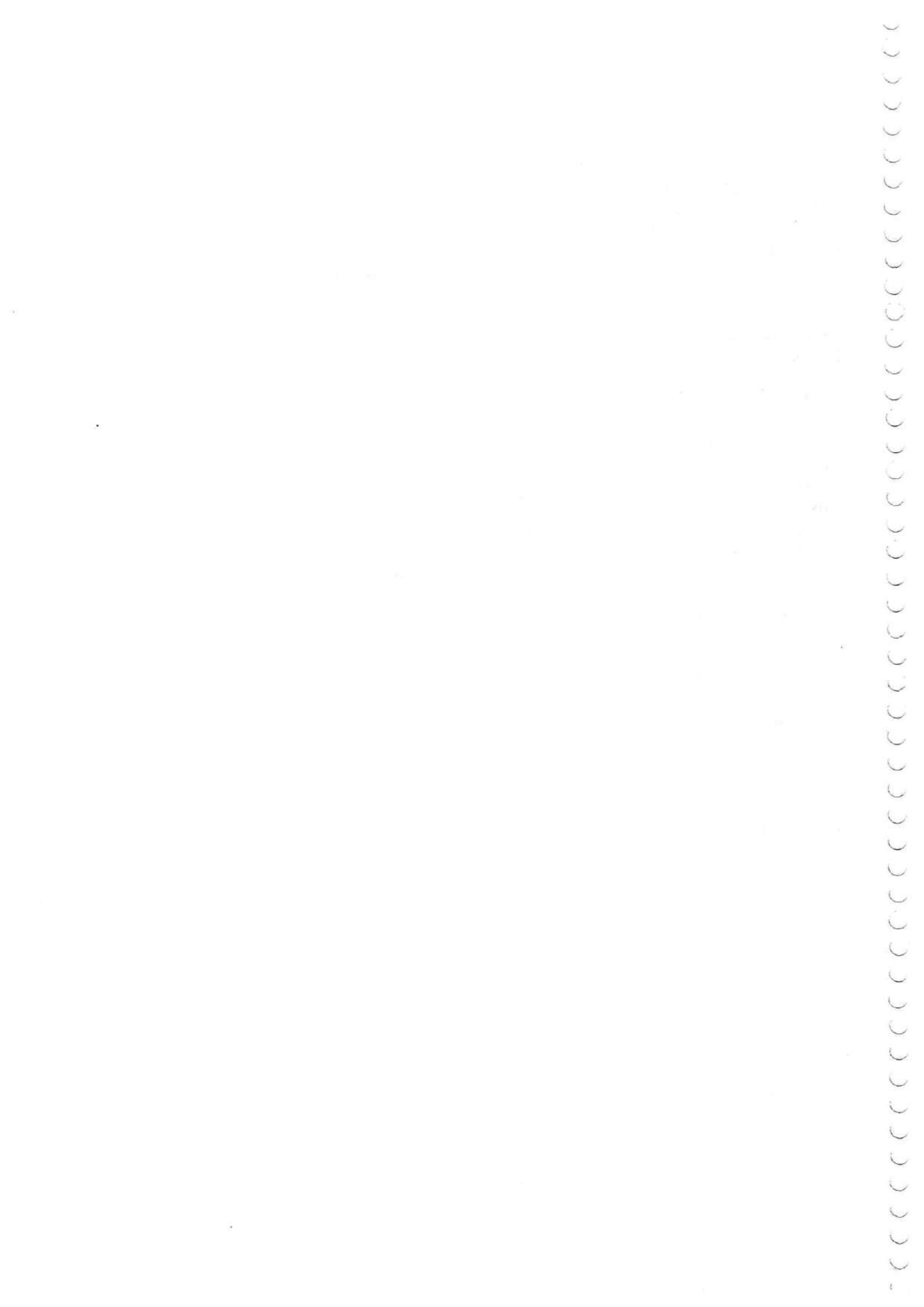
Ações complementares: _____

Roteiro de consultas subsequentes: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional: _____

(nome e carimbo)



2012

PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

ÁREA DE ATENÇÃO | SAÚDE DA MULHER

Secretaria
da Saúde





OBJETIVOS GERAIS.....	03
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	03
NORMAS E ROTINAS DO PAISM.....	06
ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	06
ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PAISM.....	07
Objetivos.....	07
Consulta de Enfermagem.....	08
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER EM IDADE FÉRTIL.....	08
A- Assistência de Enfermagem à mulher gestante.....	08
B- Assistência de Enfermagem à mulher puérpera.....	09
C- Assistência de Enfermagem à mulher adolescente.....	09
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	09
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA.....	10
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER EM TODAS AS FASES COM AÇÕES EDUCATIVAS COLETIVAS.....	10
ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO.....	10
CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	11
CITAÇÃO.....	11
VISITA DOMICILIAR.....	11
AGENDAMENTO.....	12
CONSULTAS EVENTUAIS.....	12
TRABALHO DE GRUPO.....	12
Objetivos.....	12
Formação de Grupos.....	12
GINECOLOGIA.....	13
Exame Ginecológico.....	13
MASTOLOGIA.....	18
CÂNCER DE MAMA.....	18
Introdução.....	18
Prevenção.....	18
Deteccção Precoce.....	18
AUTO-EXAME.....	19
Etapas do auto-exame.....	19
Exame clínico da mama.....	21
ACHADOS CLÍNICOS QUE PODEM SER IDENTIFICADOS DURANTE O EXAME DAS MAMAS E QUE DEVEM SER ESCLARECIDOS.....	23
CITOPATOLOGIA DA MAMA.....	23
MAMOGRAFIA.....	23
IMPRESSOS A SEREM UTILIZADOS NO PAISM.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	26

OBJETIVOS GERAIS

- Assistir às necessidades globais de saúde da mulher, através de atividades gerais e específicas que incluem: promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde;
- Utilizar os mecanismos institucionais já existentes, atuando em conjunto para que a mulher receba as ações em todos os níveis de assistências assegurando-lhe continuidade dessa assistência;
- Garantir o acesso ao serviço de saúde municipal à população feminina, reduzindo com isso a morbi-mortalidade da mulher em todas as fases de sua vida (adolescência ao climatério) e assegurando-lhe boa qualidade no atendimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir, identificar e controlar os fatores de risco que possam afetar a saúde da mulher;
- Planejar ações curativas ou preventivas para uma determinada população de uma área de abrangência de uma unidade de saúde;
- Diagnosticar e tratar o mais precocemente possível as patologias da mulher;
- Promover atividades de educação participativa (palestras em grupo, etc.) que propiciem a mulher melhor compreensão de seu corpo e de sua situação dentro da sociedade;
- Ampliar a cobertura e melhora da qualidade das ações de pré-natal com finalidade de diminuir a mortalidade materna, perinatal, transmissão vertical da AIDS e sífilis congênita;
- Ampliar as ações de detecção e controle do câncer cérvico-uterino e da mama;
- Ampliar assistência ginecológica à mulher desde a adolescência até a velhice;
- Proporcionar o acesso a informações, discussão e utilização de todos os métodos de contracepção de acordo com a escolha individual com orientação médica e ou enfermagem, bem como assegurar o diagnóstico e tratamento dos distúrbios da reprodução;
- Divulgar os direitos da mulher relacionados à saúde, durante o ciclo grávido-puerperal;
- Identificar, diagnosticar e tratar o mais precocemente as doenças sexualmente transmissíveis, bem como realizar orientações sobre DST / AIDS, reduzindo com isso a sua incidência na população;
- Estabelecer mecanismos que asseguram a avaliação das atividades desenvolvidas no programa;
- Propiciar à gestante compreender a importância de seus dentes e da saúde bucal em relação a seu estado gravídico.

Planejamento e Avaliação da Atenção à Saúde da Mulher:

Atualmente para planejar e avaliar as ações curativas ou preventivas deve-se ter como base os seguintes princípios de Vigilância à Saúde:

- Conhecer a realidade em que vive a população de responsabilidade de uma Unidade de Saúde, número de pessoas que residem na área, número de mulheres por faixa etária e caracterização dos riscos à saúde aos quais essa população está exposta;
- Levantar e planejar junto com os representantes da comunidade (Conselho Local de Saúde, etc) e SES;
- Executar as ações planejadas e avaliar segundo cronograma estabelecido com o grupo responsável (Supervisores e Coordenador do programa, por exemplo), apresentá-los de forma que a população possa interpretá-los e auxiliar na avaliação;
- Sistematizar a coleta e fluxo de indicadores de processo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher na unidade de saúde, como:
 1. os registros de coleta de CO (colo de útero e mama), data de coleta e devolução do mesmo à unidade e resultado do exame;
 2. o número de gestantes em acompanhamento e porcentagem de adolescentes;
 3. o número de puérperas com local de parto e controle de quantas estão amamentando;
 4. os exames de DST/HIV alterados e controle de solicitação e de entrega de resultados às pacientes;
 5. o número de mulheres em uso de DIU e/ou outros métodos contraceptivos;
 6. o registro de violência contra a mulher (este dado deve ser anotado no prontuário mas deve também estar registrado em algum instrumento que facilite ao levantamento de dados);

Vigilância à Saúde através de Evento Sentinela: morte materna, morte neonatal, sífilis congênita, ou dados de mortalidade por câncer de mama, colo uterino, violência e outros;
Realizar visitas domiciliares: RN de risco, gestante faltosa ao pré-natal, CO alterados e /ou faltosos, sorologias de pré-natal alteradas, urgentes e/ou faltosas e puérperas faltosas.

*** Fatores de Risco Sócio-Cultural e Econômico (Ministério da Saúde):**

- Escolaridade materna inferior a 4 anos;
- Residência em micro área de risco;
- Mãe solteira ou com companheiro sem compromisso com a família;
- Desemprego do chefe da família;
- Criança indesejada;
- Mulheres com desagregação social (drogadição, prostituição e outros).

Alguns indicadores sugeridos:

1. Numero de Gestantes Adolescentes.

2. Numero de Gestantes na área da UBS.

3. Idade Gestacional Média na 1ª consulta de Pré-Natal:

Soma Idade Gestacional de cada gestante na 1ª consulta de pré-natal

÷

Nº de gestantes consideradas**

* usar apenas as semanas, não usar dias (ex.: 12 sem e 4 dias= 12 sem)

** não considerar as gestantes com idade gestacional ignorada na 1ª consulta

4. Cobertura de Pré-Natal na área de abrangência da UBS:

Nº de 1as. consultas de pré-natal

÷

Nº esperado de gestantes para a área de abrangência da UBS

X 100

5. Número de Casos Novos de Pré-Natal

Nº total de 1as. consultas de pré-natal num determinado período de tempo

6. Proporção de Retornos Puerperais:

Nº de consultas de retornos puerperais (em determ. período de tempo)

÷

Nº total de 1as. consultas de pré-natal

X 100

7. Proporção de Pacientes Encaminhados ao Pré-Natal de Alto Risco:

Nº de pacientes encaminhados ao PN Alto Risco*

(em det. Período de tempo)

÷

Nº total de 1as consultas de pré-natal

X 100

8. Numero de CO colhidos:

Nº de CO colhidos em determinado período de tempo

9. Indicadores de Consumo Mensal de DIU, ACO, ACI, CONDOM, etc.

10. Números de paciente soro positivo para HIV e Sífilis congênita.

Todos dependem de registro na própria unidade.

A Unidade de Saúde deve organizar-se para coletar, interpretar e avaliar os registros dos dados necessários para o Programa de Saúde da Mulher da melhor forma possível, podendo usar os já padronizados ou ainda livros de registros e fichários. O importante é usar a criatividade fundamentada na importância destes registros.

O grande salto de qualidade é dado quando toda a equipe da UBS está ciente de que estes dados podem dar uma visão do coletivo e não simplesmente da assistência individual. Portanto, se utilizados por todos os técnicos, gerarão avaliações baseadas na realidade e, conseqüentemente, produzirão o impacto desejado.

NORMAS E ROTINAS DO PAISM

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Preparo da sala, compreende:

- Limpeza do mobiliário e equipamentos;
- Prever material necessário: lençóis, camisolas, pinças pozzi e cheron, espéculos, gases, bolas de algodão, lugol, carbovax, baldes para material usado, limpeza das lâminas, lápis apontado, impressos, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança, almotolias (descontaminar semanalmente), etc.;
- Verificar funcionamento de foco, sonar, eletrocautério, amnioscópio e balança (tarar a cada consulta);
- Preencher todos os impressos, nos campos de identificação;
- Realizar pré consulta e prever material e impressos a serem utilizados (Anotar queixa e comentários da cliente);
- Auxiliar o médico e o enfermeiro no preparo do cliente para consulta, orientando:
- O que será feito e qual a finalidade confortando a cliente e respeitando seu pudor;
- Orientar esvaziar a bexiga;
- Orientar a colocação da camisola;
- Pesar e anotar;
- Auxiliá-la a subir na mesa de exames;
- Se exame ginecológico colocá-la na posição correta;
- Auxiliá-la a descer da mesa após exame realizado;
- Trocar papel lençol a cada consulta;
- Reforçar orientações do médico ou enfermeiro;
- Recomendar o retorno agendado;
- Em caso de atendimento com suspeita de contaminação, separar as roupas e identificar, descontaminar o mobiliário;
- Preencher mapa diário de trabalho;
- Preencher ficha controle (consulta atual e retorno);

- Ao final do expediente, organizar a sala;
- Limpeza de material utilizado e encaminhar à sala de esterilização;
- Encaminhar e avisar coordenação sobre material com defeito e/ou quebrado;
- Ordenar e anotar na lista de clientes que passaram por colheita de prevenção de Ca ginecológico na mesma sequência das lâminas dentro da caixa (se houver necessidade manipular lâminas com uso de luvas).

ATENÇÃO: PREENCHIMENTO DA LÂMINA

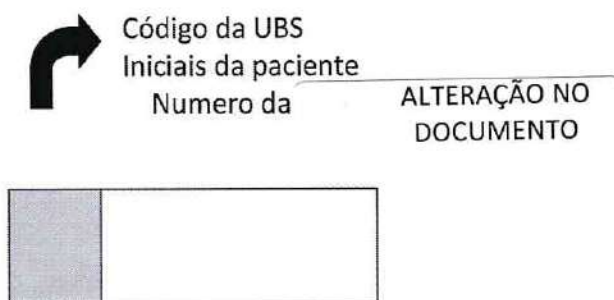


Diagrama de uma lâmina com uma seta curva apontando para o campo de preenchimento. O campo é dividido em duas partes: uma pequena caixa cinza à esquerda e uma maior caixa branca à direita. Acima da seta, o texto indica: 'Código da UBS', 'Iniciais da paciente' e 'Numero da'. À direita da caixa branca, o texto indica: 'ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO'.

- Checar e lacrar a caixa de lâminas e encaminhar ao laboratório juntamente com a via de requisição para cada cliente e listagem, no(s) dia(s) preconizados pelas UBS;
- Levantamento das gestantes faltosas e comunicar ao enfermeiro esses dados;
- Realizar citações e/ou visitas domiciliares conforme necessidade;
- Lavar as mãos antes e depois de qualquer atividade;
- Participar, criar e acompanhar atividades coletivas de trabalho de grupo juntamente com outros profissionais ajudando a multiplicar informações, bem como organizar grupos sob a supervisão do enfermeiro.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PAISM

OBJETIVOS:

- Determinar as ações de enfermagem na saúde da mulher.
- Prestar assistência à mulher em todas as fases de sua vida, realizando acolhimento e encaminhamentos pertinentes às ações programáticas.
- Realizar ações de vigilância à saúde da mulher notificando e acompanhando situações de risco ou agravos específicos.

CONSULTA DE ENFERMAGEM:

- Realizada somente pelo profissional enfermeiro, lei do exercício profissional;
- Consiste na anamnese (preenchimento da ficha obstétrica e/ou ginecológica), exame físico geral, (levantar o maior número de dados possíveis), orientações sobre exame preventivo de CA ginecológico e mamas, realização de exame toco-ginecológico, coleta de material para colpocitologia oncológica, teste de shiller, exame clínico das mamas, solicitação da mamografia de acordo com o protocolo, solicitação de colposcopia e biópsia de acordo com o protocolo e pedidos de exames pertinentes ao caso. Solicitação de US obstétrico, conforme protocolo;

Obs.: Se na consulta de enfermagem for percebida alguma anormalidade, referir a paciente ao médico para que seja feito diagnóstico e tratamento.

A consulta de enfermagem deverá tomar um enfoque específico de acordo com a fase da vida da mulher, gestação, ou outras situações e dentro das ações programáticas atingir o objetivo esperado, realizando o diagnóstico de enfermagem e conduta, bem como a prescrição de enfermagem. Deverá ser realizada em ambiente adequado e discreto para assegurar o atendimento e o sigilo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER EM IDADE FÉRTIL

- Consulta de enfermagem e teste de gravidez se necessário;
 - Coleta de citologia oncológica e exame de mamas;
 - Tratamento de infecções vaginais/cervicais ou outras DSTs segundo protocolo e laudo. Ver decreto 94406 de 08/06/1987 que regulamenta a lei 7498 do COREN;
 - Orientação e prescrição de métodos de concepção e anticoncepção, estimulando uso de condom (prevenção de DST/AIDS), conforme protocolo;
- Referenciar para outros serviços internos se necessário: odontologia, clínica médica, ginecologia.

A - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER GESTANTE:

Consulta de enfermagem, inclui:

- Matrícula no pré-natal com preenchimento da Ficha obstétrica, Carteira da gestante, Sisprenatal, e outros de sua responsabilidade;
- Classificar o risco obstétrico, inclui observar aceitação e condições sócio econômicas dessa gestação(SISVAN);
- Calcular idade gestacional e data provável do parto, solicitar exames padronizados para o pré-natal, incentivar aleitamento materno, orientação nutricional;
- Iniciar administração de Ác. Fólico 5mg/dia;
- Prevenir sobre auto medicação. Orientar e encaminhar para vacinação;

- Preparar para o momento do pré-parto e parto;
- Salientar sobre a importância do retorno e acompanhamento fiel no pré-natal e pós-parto. Referenciar para assistência odontológica e consulta com Obstetra;
- Coleta de PAP preferencialmente até o 7º mês, devendo ser realizado com espátula de Ayre, não usar esco va endocervical. (pacientes com PAP atrasado);
- Realizar convocação e/ou visitas domiciliares para as faltosas.

B - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER PUÉRPERA:

- Consulta de enfermagem;
- Apoio e orientação ao aleitamento materno;
- Orientação nutricional;
- Verificar vacinação;
- Realizar ou supervisionar retirada de pontos quando necessário;
- Detectar necessidades emocionais, orientar e encaminhar;
- Orientação e prescrição quanto à contracepção, conforme protocolo;
- Agendar consulta de ginecologia;

C – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER ADOLESCENTE:

- Consulta de enfermagem e teste de gravidez se necessário;
- Assistência às necessidades psicológicas;
- Orientação quanto à sexualidade;
- Orientação e prescrição quanto a métodos anticoncepcionais, conforme protocolo e prevenção de DST/AIDS;
- Referenciar a outros profissionais se necessário;
- Realização de Trabalhos Educativos.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

- Consulta de enfermagem, referenciar para outros serviços se necessário;
- Orientações quanto à nutrição, exercícios físicos e atividade intelectual;
- Assistência às necessidades psíquicas e de sexualidade;
- Orientação sobre DST/AIDS.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA

- Consulta de enfermagem;
- Apoio psicológico, orientar sobre riscos e garantir privacidade;
- Encaminhar ao serviço de referência (emergência) no Conjunto Hospitalar de Sorocaba após consulta médica na unidade para terapêutica indicada e padronizada contra DST/AIDS;
- Estimular a denúncia à autoridade policial.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER EM TODAS AS FASES COM AÇÕES EDUCATIVAS COLETIVAS

Criar grupos terapêuticos e de acompanhamento de acordo com a realidade da UBS e necessidades das fases da vida da mulher, exemplo: gestantes, gestantes adolescentes, adolescentes, planejamento familiar, climatério, mães adolescentes, aleitamento materno, etc. É importante envolver os parceiros e amigos do sexo masculino nos trabalhos coletivos e até mesmo na consulta de enfermagem sempre que possível.

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

INTRODUÇÃO:

Para se promover cuidados de saúde apropriados e efetivos é necessário distinguir na população quem tem doença de quem não tem.

O diagnóstico é um processo que termina por classificar os pacientes segundo seu estado de doença ou de não doença, esta identificação é crucial para estabelecer o prognóstico e indicar o tratamento. Portanto, a qualidade dos testes de rastreamento e diagnóstico é fundamental na atenção da saúde individual e coletiva. O diagnóstico clínico baseia-se nos sinais e sintomas, a anamnese e o exame físico são atos médicos essenciais, constituindo a base para a maioria dos julgamentos sobre o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento.

CONSULTA MÉDICA:

- Matrícula no pré-natal com preenchimento da Ficha obstétrica, Carteira da gestante, Sis prenatal, e outros de sua responsabilidade;
- Anamnese;
- Exame físico geral, incluindo sinais vitais;
- Exame toco-ginecológico, incluindo colheita de material para colpocitologia oncótica (Papanicolaou), teste de Schiller e exame de mamas em todas as pacientes;
- Diagnóstico e/ou consulta clínico ginecológico ou obstétrico, com registros dos dados na ficha;
- Requisição de exames complementares e rotina para gestantes;
- Realização de colposcopia e biópsia;
- Indicação de esquema de vacinação para gestantes, segundo normas da Secretaria da Saúde;

- Indicação terapêutica e de encaminhamento interno ou externo;
- Diálogo com a paciente sobre sua condição de saúde, orientação quanto ao exame preventivo do câncer ginecológico e auto-exame de mama;
- Orientação e auxílio ao planejamento familiar;
- Medidas curativas e preventivas sobre DST / AIDS, se necessário tratar parceiro;
- Se gestante, orientar para o retorno pós-parto, enfatizando a importância da consulta do puerpério, que deverá ser agendada, até 30 dias após o parto com médico ou com a enfermeira;
- Orientação durante o pré-natal e na consulta de puerpério sobre a amamentação, orientação nutricional, encaminhamento para consulta odontológica, auto-medicação e outros assuntos de importância à gestação;
- Preenchimento da carteira de gestante, encaminhamentos e auxílio-natalidade, no caso de gestante e solicitação de ultrassonografia.

CONSULTA ODONTOLÓGICA

A consulta odontológica deverá constar obrigatoriamente do cronograma de atendimento.

O agendamento da gestante para consulta odontológica deve acontecer na mesma época do atendimento médico mantendo-se em prontuário todos os dados clínicos do paciente a fim de possibilitar interação das áreas médicas e intercâmbio de informações.

Todas as gestantes independentes de sua condição de risco ou período gestacional, devem submeter-se a consulta odontológica, sendo esta agendada no início da gestação, mesmo que após rigorosa avaliação, conclua-se que o atendimento será apenas no aspecto educativo e preventivo.

A consulta odontológica seguirá as orientações e condutas específicas do programa.

CITAÇÃO

A citação será feita sempre após a ocorrência de falta ao retorno marcado, tanto para gestantes como para consulta ginecológica;

VISITA DOMICILIAR

Será realizada prioritariamente a:

- Gestante faltosa em qualquer das atividades programadas;
- Gestante faltosa com resultado alterados de exames HIV / Hepatite B / VDRL;
- Paciente com colpocitologia oncótica alterado;
- Puérperas faltosas em cuja gestação foi detectado alto risco de qualquer natureza (prioritariamente), inclusive de desmame precoce, visando ao segmento prioritário do recém-nascido junto ao programa de assistência à criança;
- Às pacientes com doenças sexualmente transmissíveis;
- Outros critérios estabelecidos pela equipe de saúde.

AGENDAMENTO

Deverão ser agendadas 16 consultas distribuídas por ginecologia e obstetrícia, diariamente, de acordo com a realidade local.

Cada consulta o responsável pelo atendimento deverá preencher:

- Mapa diário de trabalho;
- Dados do Sisprenatal;
- Mapa de atividades em trabalho de grupo;
- Carteira de gestante;
- Outras planilhas estabelecidas pela equipe de saúde.

CONSULTAS EVENTUAIS

Emergências em ginecologia ou obstetrícia deverão ser atendidas de imediato pelo especialista, na ausência deste deverão ser atendidas por outro médico ou enfermeira da unidade.

TRABALHO DE GRUPO

OBJETIVOS:

- Possibilitar um espaço onde a mulher possa falar de suas ansiedades, permitindo a troca de experiência entre elas;
- Fornecer informações técnicas que possam ajudá-la a conhecer melhor a transformação de seu corpo nas diferentes fases de sua vida;
Orientação e subsídios para prevenção de doenças.

FORMAÇÃO DE GRUPOS

Sugerimos que deles participem no máximo doze pessoas, e que as atividades sejam realizadas no mínimo quinzenalmente em cada Centro de Saúde.

Ficará a critério de cada Centro de Saúde a escolha dos dias, horário e local da realização das atividades, bem como dos temas a serem debatidos, em concordância com o grupo.

Dentre os temas a serem debatidos sugerimos:

- Planejamento familiar / métodos anticoncepcionais (no mínimo 2 grupos por mês);
- Prevenção do câncer ginecológico e de mamas;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Pré-natal: importância, evolução da gravidez, parto, aleitamento materno, orientações sobre higiene geral e alimentação (toda gestante deverá participar de no mínimo 3 trabalhos educativos, divididos por trimestre);

- Gravidez e família – cuidado com recém-nascido;
- Saúde bucal;
- Climatério.

O atendimento em grupo deve ser complementação do indivíduo, podendo-se deixar que as orientações sejam dadas nas reuniões de modo que sejam discutidas por todas as participantes.

Sugestão para formação de grupos:

- Por proximidade de residência;
- Por trimestre de gravidez;
- Primigesta;
- Climatério;
- Gestantes adolescentes;
- Grupos de salas de espera, etc..

Lembramos que as ações educativas deverão integrar todas as atividades de atendimento à mulher e que os objetivos apresentados para os grupos deverão permear também todas as atividades exercidas individualmente com a mulher.

GINECOLOGIA

EXAME GINECOLÓGICO

Introdução: no presente documento descreve-se cada uma das técnicas utilizadas na realização do exame ginecológico. É bom lembrar que a ordem destas técnicas varia no caso de tomada de amostras (material) para exames laboratoriais.

Em geral, este exame causa temor ao paciente, razão pela qual espera-se que o profissional nesses casos, trate a paciente com amabilidade e a oriente quanto ao procedimento, com o fim de obter melhores resultados.

Material e Equipamento:

- Mesa de exploração;
- Banco giratório;
- Refletor parabólico;
- Espéculos vaginais;
- Luvas estéreis;
- Lubrificante;
- Roupa adequada para paciente;
- Equipamento adicional para colheita de material, caso necessário.

Precauções:

Ao realizar o exame ginecológico é necessário levar em conta algumas precauções com relação ao examinado e ao examinador, com o propósito de assegurar que os achados obtidos sejam adequados e conseguir um ambiente seguro e confortável para o examinador.

Com a paciente:

- Orientar a paciente para que esvazie a bexiga;
- Explicar o procedimento para alcançar colaboração;
- Prover a paciente de roupa adequada;
- Proporcionar privacidade com o fim de alcançar colaboração no exame e diminuir a tensão;
- Cubra a paciente com um lençol;
- Posição adequada: posição ginecológica, ajudando-a a colocar os pés nos estribos ou pernas da mesa do exame, baixar os glúteos até que sobressaiam um pouco da borda inferior da mesa, sugerir que relaxe os joelhos e os separe bem;
- Ensinar a paciente como respirar e relaxar durante o exame.

Com o examinador:

- Lavar as mãos;
- Preparar o material e equipamentos necessários;
- Respeitar as normas de técnica asséptica;
- Agir com segurança;
- Manter a área a ser examinada descoberta e com iluminação adequada;
- Posição de pé para: toque vaginal e exame bimanual;
- Posição sentada: para inspeção e exame com espéculo.

Procedimentos:

- Obtenha boa iluminação e descubra a área;
- Antes de iniciar a inspeção o examinador deve colocar as luvas em ambas as mãos;
- Inspeção das partes genitais externas;
- Observe na região púbica e sua periferia as características (forma, volume, estado de superfície, (integridade, cor, temperatura), a presença de lesões e de secreções);
- Para inspecionar o vestíbulo, separe os pequenos lábios com o dedo indicador e polegar da mão direita enluvada e observe: orifício uretral, vaginal, glandulares e hímen;
- Continue com a inspeção das regiões vizinhas ao períneo, região perianal, ânus, músculos (terço superior);
- Descreva em forma sucinta o que encontra de normal ou anormal.

Exame com espécúlo:

Lembramos que com este exame são avaliadas as características da vagina e do cérvix.

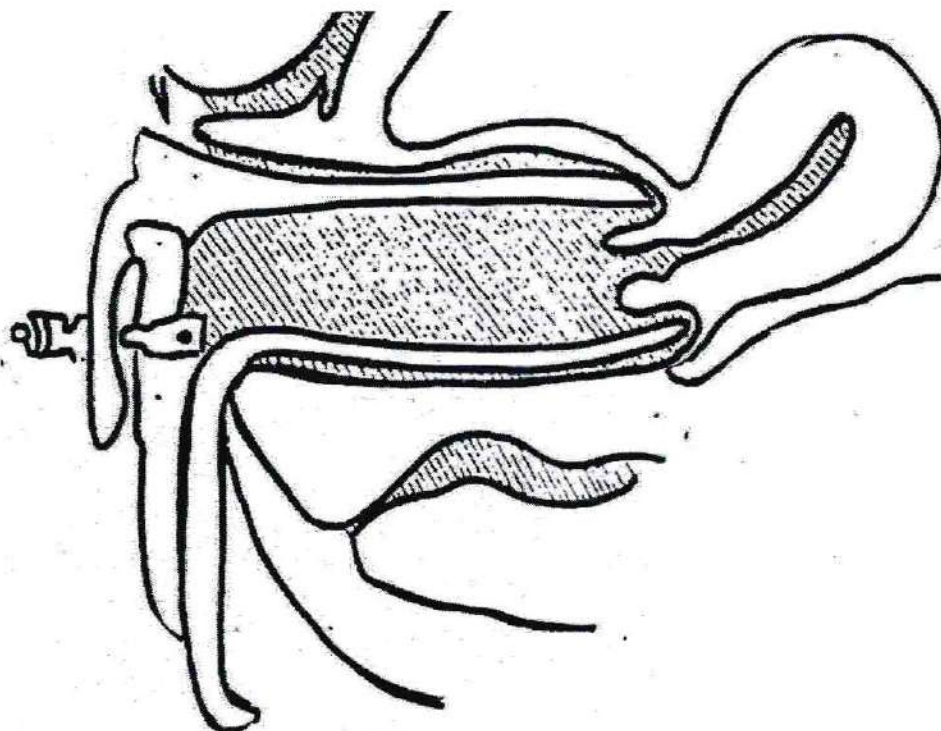
Com o espécúlo é possível separar as paredes vaginais de maneira que se tornem visíveis, assim como também o cérvix, obtendo-se informação valiosa.

Também mediante a colocação do espécúlo, pode-se obter amostras para exames de laboratório.

Existem quatro tamanhos de espécúlos: virginal, pequeno, médio e grande.

Para realizar o exame com espécúlo, devem ser seguidos os seguintes passos:

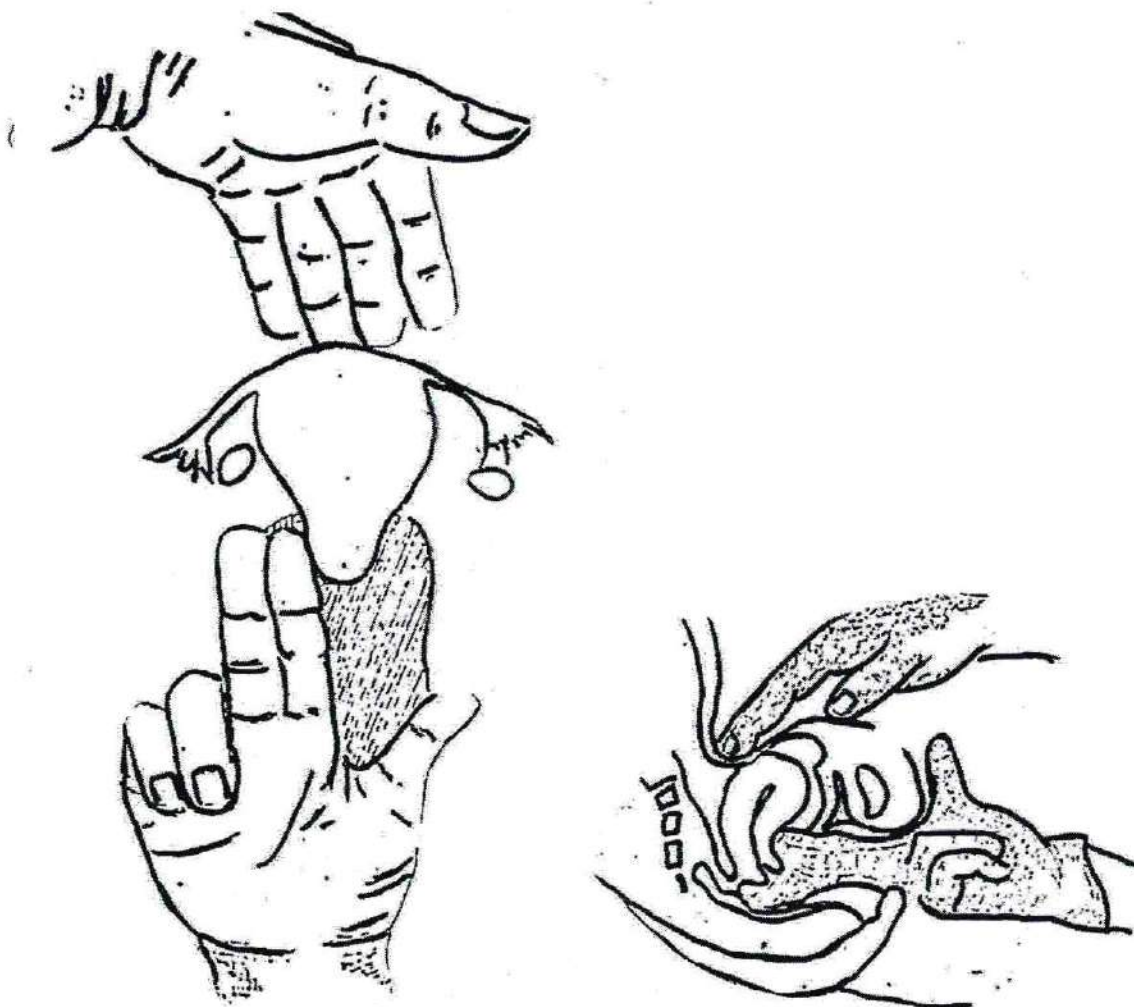
- Com a mão direita, segure o espécúlo com as válvulas fechadas;
- Com os dedos polegar e indicador da mão esquerda separe os grandes lábios, solicitando à paciente que respire pela boca e relaxe;
- Introduza o espécúlo fechado de tal modo que as valvas deslizem obliquamente por entre os grandes lábios até o canal vaginal, pressionando sobre o reto e evitando fazer pressão sobre a uretra e clítoris; tome cuidado para não machucar a pele ou agarrar o “pelo” com as valvas do espécúlo;
- Quando tenham entrado as valvas até a metade do canal vaginal, gire-as para que fiquem em posição horizontal, abra-as com cuidado e procure o cérvix enquanto isso faça um pouco de pressão para baixo com a asa. Continue introduzindo as valvas lenta e cuidadosamente, na direção do cérvix;
- Uma vez visualizando o cérvix, fixe o espécúlo fechando o parafuso, para mantê-lo assim, e deste modo liberar ambas as mãos;



- Revise o cérvix e a mucosa vaginal, avalie as características já descritas;
- Pode-se fazer a coleta da citologia oncológica, seguindo a mesma técnica;
- Uma vez efetuado o exame, tirar o espécule com cuidado.

Toque Vaginal:

- Continue com as mãos enluvasadas, trocando a luva da mão direita, se necessário;
- Separe os grandes lábios;
- Lubrifique os dedos indicador e médio da mão direita e introduza-os no intróito vaginal suavemente (utilizar um ou dois dedos, dependendo da idade e paridade da paciente e do tamanho do orifício vaginal);
- Observe as características e mobilidade;
- Explore os fundos de saco anterior, posterior e lateral;
- Faça o exame bimanual, com a mão esquerda sobre o abdômen e a mão direita na vagina para realizar a palpação vagino-abdominal. Lembre-se que na palpação bimanual avalia-se as características do útero e anexos;
- Continue observando as características vaginais, apalpe a uretra contra o púbis, faça pressão para identificar presença de secreção nas glândulas vestibulares menores (ou de Skene) e na uretra. Avalie também as glândulas de Bartholin.



Palpação do útero e anexo, (figuras acima);

- Coloque a mão esquerda sobre o hipogástrico, no ponto médio entre o umbigo e a sínfise púbica, faça pressão firme e cortante para baixo com o fim de estabilizar os órgãos pélvicos para que possam ser apalpados com a mão que está na vagina;
- A trompa e o ovário habitualmente não são palpáveis se estão normais. Deve-se buscar aumento de volume, tumores, sensibilidade;
- Deve-se explorar também as regiões laterais da pélvis; ao fazer a palpação todos os tecidos pélvicos se encontrem flexíveis e não dolorosos, pode-se ter a segurança de que as trompas e os ovários estão normais;
- Registrar o que encontrar, informe a paciente.

MASTOLOGIA

CÂNCER DE MAMA

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é hoje um dos maiores problemas de saúde pública, onde sua incidência é alta. Por este motivo, grandes esforços têm sido realizados no sentido de incentivar programas de diagnóstico precoce.

A patologia está relacionada a fatores que, atuando isolada ou simultaneamente, definem o grupo de risco para esse tipo de câncer:

- História familiar de câncer mamários;
- Fatores genéticos;
- Fatores hormonais (menarca precoce, menopausa tardia);
- Idade (maior incidência: 45 – 55 anos);
- Primeira gestação tardia;
- Nuliparidade.

São ainda considerados como fatores de relativa significação na epidemiologia do câncer de mama: obesidade, ingestão rica em gordura e exposição às irradiações.

PREVENÇÃO

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção.

É recomendação que alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em geral.

Não há consenso de que a quimioprevenção deva ser recomendada às mulheres assintomáticas, independente de pertencerem a grupos com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama.

DETECÇÃO PRECOCE

A maior estratégia empregada para reduzir a mortalidade por câncer de mama é o rastreio (screening) desta patologia. Este rastreio baseia-se no tripé: AUTO-EXAME, EXAME CLÍNICO DAS MAMAS, MAMOGRAFIA.

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

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas independente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de intervalos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados;

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

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

AUTO EXAME

É um procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar, precocemente, alterações nas mamas. A técnica para realização do auto-exame deve ser ensinada pelos profissionais de saúde, durante a consulta ginecológica ou reuniões educativas.

ETAPAS DO AUTO EXAME

Inspeção estática e dinâmica em frente ao espelho:

1. A mulher deve estar em pé, desnuda, braços estendidos ao longo do tronco. Deve observar as mamas e estabelecer comparações de uma para outra, em relação ao tamanho, posição, cor da pele, retrações ou qualquer outra alteração;
2. Em seguida, a mulher deve levantar os braços sobre a cabeça e fazer as mesmas comparações, observando ainda, se existe projeção de massa tumoral;
3. Finalmente, a mulher deve colocar as mãos nos quadris, pressionando-os, para que fique salientado o contorno das mamas. Esse procedimento evidencia retrações, que podem sugerir a presença de processo neoplásico.

PALPAÇÃO

1. Para realizar a palpação, a mulher deve estar deitada com o ombro sobre elevado. Assim para examinar a mama direita deve colocar sob o ombro direito um travesseiro ou uma toalha dobrada e com a mão esquerda realizar a palpação da mama e da região axilar;
2. Após a palpação, a mulher deve pressionar os mamilos, procurando verificar a presença de secreção. Procedimento similar deve ser realizado na mama esquerda, após colocar sob o ombro esquerdo um travesseiro ou uma toalha dobrada;

A palpação da mama também pode ser efetuada em pé, durante o banho, por exemplo. Nesse caso, a mulher deve realizá-la com o braço elevado, repetindo os procedimentos anteriores.

PERIODICIDADE DO AUTO-EXAME

O auto-exame deve ser realizado mensalmente após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema.

Para mulheres que não menstruam, recomenda-se fazer o auto-exame na primeira semana de cada mês.



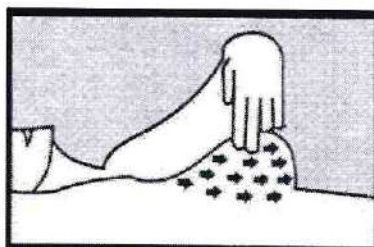
No chuveiro:

Procure, com os dedos, alguma saliência, caroço duro ou espessamento. Utilize a mão esquerda para o seio direito e vice-versa.



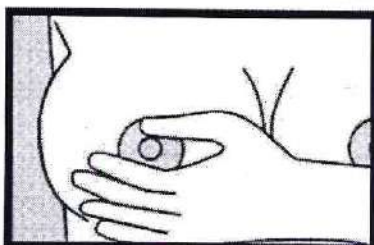
Em frente ao espelho:

Verifique se há alterações no contorno dos seios, como inchaço, depressões na pele ou retrações do mamilo.



Deitada:

Coloque a mão direita atrás da cabeça, com os dedos da mão esquerda, pressione a mama direita com movimentos circulares.



Procure secreção:

Aperte suavemente o mamilo de cada mama com os dedos polegar e indicador.

EXAME CLÍNICO DA MAMA

TÉCNICA DO EXAME DA MAMA

No seguinte texto sobre Inspeção e Palpação de Mamas, são mencionados de forma sequencial os passos que devem ser seguidos ao realizar estas técnicas. Pretende-se que sirva de guia para se realizar o Exame de Mama de forma metódica e ordenada.

INSPEÇÃO

Ao realizar a inspeção das mamas é importante ter em conta os seguintes aspectos:

1. Explicar o procedimento;
2. Descobrir o tórax anterior;
3. Colocar a examinada em posição sentada;
4. Pedir à examinada que levante as mãos, colocando-as na cintura, entrelaçando-as na frente, que faça pressão e flexione o tórax;
5. Em cada uma destas posições observe: mama, auréola e mamilo;
6. Divida cada uma das mamas de forma imaginária em 4 quadrantes, o que tornará mais ordenada a observação;
7. Inicie a observação pelo quadrante superior externo, continue com o inferior externo, inferior interno e termine com o superior interno;
8. Aproveite a posição deitada para observar novamente as mamas;
9. Descreva de forma sucinta os achados normais e anormais encontrados na inspeção as mamas.

PALPAÇÃO

Em um exame completo da mama a palpação deve ser superficial e profunda e iniciar-se com a pessoa examinada em posição de decúbito supino.

Os passos que devem seguir-se ao realizar a palpação, são:

1. Dividir a mama de forma imaginária em 4 quadrantes;
2. Com a examinada em decúbito supino solicitar-lhe que coloque a mão do lado que vai ser examinado debaixo da nuca;
3. Palpar com os dedos suavemente e com movimentos rotatórios os quadrantes externos iniciando pelo superior externo e continuando com inferior interno;
4. Solicitar à examinada que coloque o braço em adução e o antebraço flexionando sobre o abdome ao lado que vai ser examinado;
5. Palpar com o terço médio dos dedos suavemente e com movimentos rotatórios os quadrantes internos, continuando o exame pelo quadrante inferior interno e superior interno;

6. Realizar a palpação de forma superficial e profunda;
7. Fazer a expressão cuidadosa da auréola mamária em direção do mamilo e observar a presença de secreção;
8. Repita os passos descritos com a outra mama;
9. O exame das axilas se faz em posição deitada e sentada;
10. Pode ser aproveitado o final da inspeção para realizar esta palpação;
11. Para palpar a axila pede-se ao examinado que flexione o braço e antebraço do lado que vai ser examinado e sustente-o com seu antebraço correspondente ao da examinada;
12. Com a mão contrária e a ponta dos dedos palpe de forma superficial e profunda a região axilar;
13. Ao realizar a palpação profunda da axila, faça pressão sobre o tórax e preste especial cuidado ao palpar o côncavo axilar região posterior e anterior;
14. Repetir o procedimento com a outra axila;
15. Palpar a região supraclavicular e infraclavicular de ambos os lados;
16. Em casos de dúvida de um achado repita a palpação de forma mais cuidadosa e realize-a também em posição deitada;
17. Descreva de forma sucinta os achados normais e anormais encontrados na palpação das mamas;
18. Ensine a paciente a técnica de auto-exame das mamas.

PERIODICIDADE DO EXAME CLÍNICO

O exame clínico das mamas deve ser realizado com a seguinte periodicidade:

- Mulheres com risco – semestralmente;
- Mulheres sem risco – anualmente;
- Mulheres que detectaram anormalidade no auto-exame: imediatamente.

ACHADOS CLÍNICOS QUE PODEM SER IDENTIFICADOS DURANTE O EXAME DAS MAMAS E QUE DEVEM SER ESCLARECIDOS:

ACHADOS CLÍNICOS	SUGESTIVO DE MALIGNIDADE	SUGESTIVO DE BENIGNIDADE
Nódulo	Único	Múltiplos
Espessamento	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele em “casca de laranja”	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (papiloma)
Nódulos axilares ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa regular, móvel	Não	Sim (fibroadenoma)
Massa tenra, renitente	Não	Sim (cisto)
Sinais de inflamação	Fora do puerpério	Durante lactação

CITOPATOLOGIA DA MAMA

É um procedimento de grande importância no diagnóstico dessas patologias.

O material para os esfregaços citológicos é obtido através de descarga papilar, espontânea ou provocada, ou através de punção.

MAMOGRAFIA

Procedimento diagnóstico que permite identificar alterações ou sinais de malignidade.

O diagnóstico é feito a partir das características das imagens radiológicas.

A mamografia não substitui o exame clínico, mas serve-lhe de complemento.

IMPRESSOS A SEREM UTILIZADOS NO PAISM

FICHA OBSTÉTRICA

Para toda mulher que comparecer à Unidade de Saúde para o iniciar o pré-natal, onde deverão ser anotados os dados da cliente.

O item identificação, deverá ser preenchido pelo auxiliar de saúde, e os demais pelo médico ou enfermeira.

CARTEIRA DE GESTANTE

Será aberta no dia da primeira consulta e ficará em poder da gestante, orientando-a para trazê-la em todos os retornos.

Os dados das consultas serão anotados no interior da carteira, pois a mesma servirá como carta de encaminhamento à maternidade da ocasião do parto.

RELAÇÃO DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE AIDS

Anotar mensalmente as inscrições do pré natal por faixa etária.

RELAÇÃO GERAL DE REQUISIÇÃO DE CITOLOGIA

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

Tem por finalidade, relacionar, ordenar e acompanhar as requisições de exames de citologia oncológica, com as respectivas lâminas.

É necessário preencher a ficha geral de requisições em duas vias, que serão encaminhadas ao laboratório. O retorno do resultado será anotado em no livro controle da unidade.

CARTEIRA DO SERVIÇO DE PREVENÇÃO E DETECÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO E AS MAMAS

Objetivo:

- Ficar em posse da paciente para que a mesma possa atestar e controlar os resultados de seu exame de Papanicolaou.

Preenchimento:

- Deverá ser preenchido com nome da paciente e a data da primeira coleta realizada. Esse cartão ficará com a paciente após o primeiro resultado do Papanicolaou. Deve ser orientada para trazer em todas as consultas ginecológicas, ou quando da realização de novo exame.

ATESTADO

Objetivo:

- Atestar a necessidade de afastamento do trabalho por motivo de saúde do segurado atendido na Unidade de Saúde.

Preenchimento:

- Deverá ser preenchido pelo médico, assinar e carimbar. Deverá ser colocado o número do CID.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

DECLARAÇÃO DO COMPARECIMENTO

Objetivo:

- Declarar o comparecimento do segurado na Unidade de Saúde.

Preenchimento:

- Deverá ser preenchido pelo funcionário que prestar o atendimento ao segurado.

FICHA DE REFERÊNCIA – CONTRA-REFERÊNCIA

Objetivo:

- Dar e receber informações do paciente atendido na Unidade de Saúde que necessite ser encaminhado a outro serviço.

Procedimento:

- Será preenchido pelo profissional da Unidade de Saúde que encaminhar o paciente para outro serviço (secundário ou terciário). Orientar o paciente para que, quando for na unidade de referência, peça ao profissional que o atender preencher a parte de baixo, ou seja a ficha de contra referência e retorne na Unidade de Saúde que encaminhar.

RELATÓRIO MENSAL DE CITOLOGIA ONCÓTICA

É o consolidado mensal dos resultados de citologia oncológica, encontrados na unidade dos exames de Papanicolaou dividido por faixas etárias.

REQUISIÇÃO PARA CITOLOGIA DE MAMA

Este impresso será preenchido pelo médico ou enfermeira quando houver necessidade de realização de citologia de conteúdo líquido encontrado durante o exame das mamas.

FICHA DE INSCRIÇÃO DE GESTANTES NO PROG. HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Todas as gestantes devem ser inscritas SISPRENATAL

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

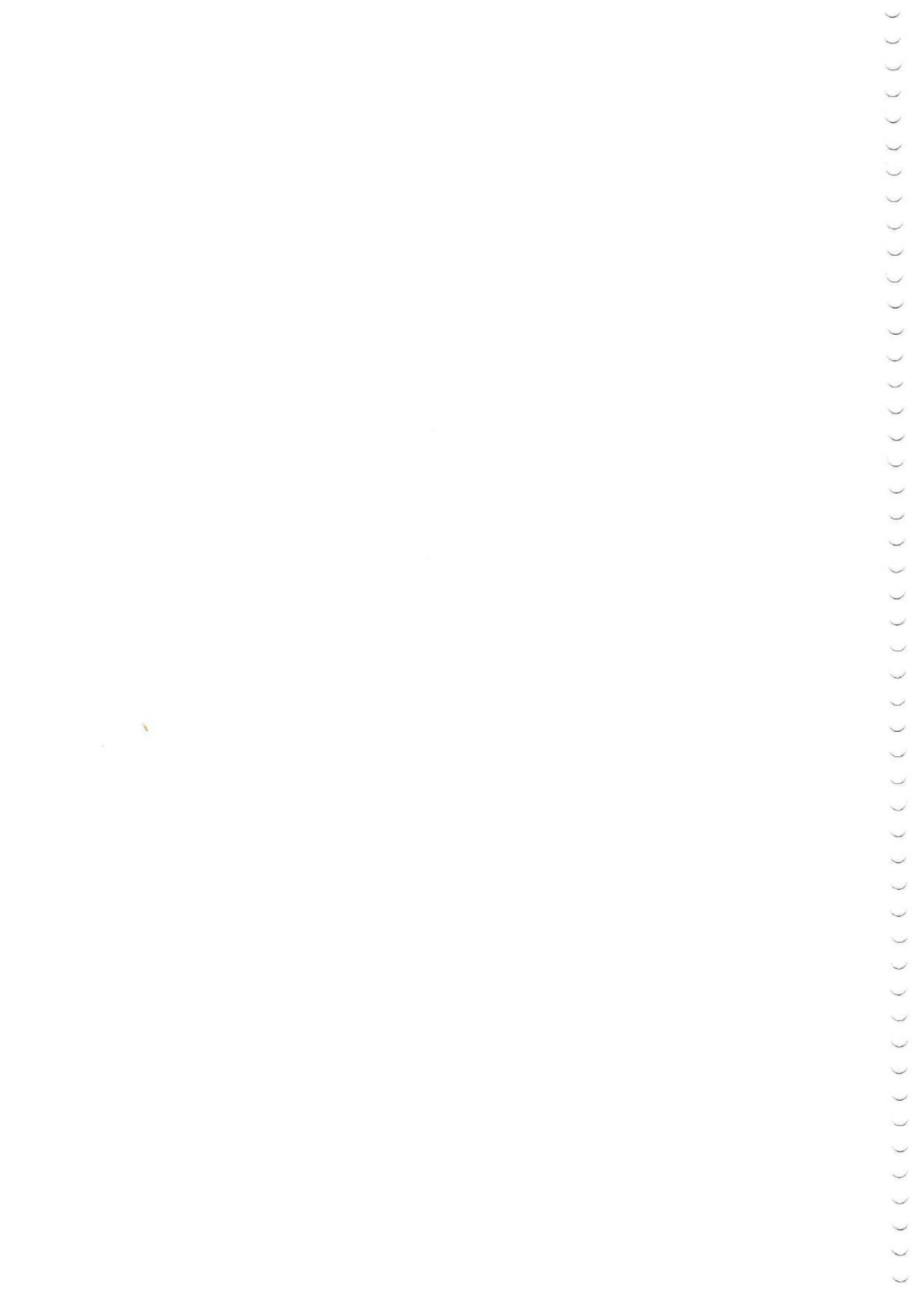
FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATEN. DAS GEST. NO SISPRENATAL

Relacionar as consultas das gestantes, mapa diário (SISPRENATAL)

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

BIBLIOGRAFIA

Assistência Pré-Natal, Manual Técnico, Edição 2006, Ministério da Saúde.
Tratado de Ginecologia da Febrasgo, vol. I e II Edição 2000.
Protocolo do PAISM – Município de Campinas – SP



2012

PROTOCOLO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

ÁREA DE ATENÇÃO | SAÚDE DA MULHER

Secretaria
da Saúde





INTRODUÇÃO.....	03
NOMENCLATURA PARA EXAME DE PAPANICOLAOU.....	04
CONSIDERAÇÕES.....	04
Atividades Preventivas e Curativas.....	04
População-alvo.....	05
Ações.....	05
Epidemiologia do Câncer Cérvico Uterino.....	05
Condições Ideais para uma Amostra de Qualidade.....	06
Esfregaço Cérvico-Vaginal.....	06
Técnica de Coleta e Preparo do Esfregaço.....	06
Etapas da Coleta.....	06
Teste de Schiller.....	07
Fixação do Esfregaço.....	07
INTERPRETAÇÃO DA COLETA.....	08
Avaliação Pré-Analítica e Adequabilidade da Amostra.....	08
Intervalo entre as Coletas de Citologia.....	09
Condutas.....	09
Anexo 1 - PROTÓCOLO PARA RESULTADO DOS EXAMES DE CITOPATOLOGIA ONCÓTICA....	10
Anexo 1.1 – Amostra Satisfatória.....	11
Anexo 1.2 – Amostra Satisfatória – Dentro dos Limites da Normalidade ou Alterações Celulares Benignas Reativas ou Reparativas.....	12
Anexo 1.3 – Células Atípicas de Significado Indeterminado Possivelmente Não Neoplásicas.....	13
Anexo 1.4 – Lesão Epitelial de Baixo Grau (compreendendo efeito citopatológico pelo HPV e NIC I).....	14
Anexo 2 – Ficha de Registro de Papanicolaou.....	15
Anexo 3 – Cartão de Planejamento Familiar e Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Ginecológico – Frente.....	16
Anexo 3 – Cartão de Planejamento Familiar e Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Ginecológico – Verso.....	17
Anexo 4 – Ficha de Controle de Exames Alterados.....	18
Anexo 5 – Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero.....	19

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino é uma enfermidade progressiva, iniciada com transformações neoplásticas intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos.

De todos os tipos de câncer é o que tem maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, podendo chegar a 100%. Seu pico de incidência está na faixa etária de 40 a 60 anos. Dentre as neoplasias de colo de útero, a mais comum é a de origem epitelial escamosa (epidermoide ou espinocelular), que por apresentar uma evolução lenta e fases pré-clínicas bem definidas é passível de serem identificadas e curadas, é o único câncer em que a prevenção é uma realidade. Os programas de rastreamento, se bem estruturados e complementados por tratamento adequado, reduzem significativamente as taxas de mortalidade.

O exame colpocitopatológico – Teste de Papanicolaou ou Colpocitologia Oncótica – é um método simples, barato e eficiente para detecção de lesões precursoras de neoplasias, ou destas em fases iniciais, e está à disposição da população em toda rede básica de saúde de Sorocaba.

Para que um “Programa de Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero” seja efetivo é fundamental uma rigorosa sintonia entre os profissionais envolvidos no mesmo. É importante que cada unidade de saúde articule mecanismos que desvinculem o exame de Papanicolaou da consulta ginecológica, com o objetivo de diminuir a sobrecarga na agenda médica e garantir o atendimento das mulheres com real necessidade de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, sem espera em longas filas.

NOMENCLATURA PARA EXAME DE PAPANICOLAOU

Nomenclatura que procurava expressar se as células eram normais ou não (em classes):

- I – normalidade absoluta
- II – alterações não sugestiva de malignidade
- III – alterações suspeitas de malignidade
- IV – alterações altamente suspeitas de malignidade
- V – malignidade

Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações displásicas:

- Displasia intraepitelial leve – NIC I e/ ou alterações citopáticas por HPV
- Displasia intraepitelial moderada – NIC II
- Displasia intraepitelial acentuada – NIC III

ou pelo;

Sistema Bethesda - **utilizado atualmente**

- ASCUS - Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado
- AGUS - Células Atípicas Glandulares de Significado Indeterminado
- Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau – NIC I
- Lesão intraepitelial escamosa de alto grau – NIC II e NIC III (carcinoma “in situ”)

O “Sistema Bethesda” também pretende descrever a qualidade das amostras, classificar os achados citológicos e fornecer um diagnóstico descritivo de eventuais alterações. Portanto não existe qualquer justificativa para se usar classificações antigas.

O principal objetivo das ações de controle do câncer cérvico-uterino é:

Prevenir o carcinoma invasor, através de atividades preventivas, detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras.

A prevenção primária do câncer do colo uterino se dá através da realização de sexo seguro, a fim de evitar o contágio com HPV, que é o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. A prevenção secundária, que resulta na detecção precoce da doença, é feita através da realização do exame de coleta de citologia do esfregaço cérvico-vaginal.

CONSIDERAÇÕES

Atividades preventivas e curativas:

1. Consulta clínica ginecológica;
2. Citologia de esfregaço cérvico-vaginal;
3. Teste de Schiller;

4. Colposcopia;
5. Histopatologia;
6. Tratamento dos processos inflamatórios e lesões intra-epiteliais;
7. Encaminhamento para clínica especializada, dos casos indicados para complementação diagnóstica e ou tratamento;
8. Controle dos casos negativos;
9. Seguimento dos casos tratados;

População alvo:

Toda mulher sexualmente ativa no passado e no presente.

Ações:

- Todas mulheres consideradas como população alvo deverá ser submetida a 2 exames colpocitológicos com intervalo de 1 ano no início do controle; em casos de ambos serem normais seguir - **Rotina de Rastreamento: 2 exames anuais consecutivos e negativos, com representação da JEC, autorizam a repetição do exame após 3 anos;**
- Mulheres soropositivas para HIV deverão fazer ao menos um controle anual, independente da idade, e mesmo se o exame anterior tiver sido negativo;
- Toda mulher deverá ser orientada para a prática do sexo seguro, incluindo o uso do preservativo, quando da coleta do material ou entrega do resultado;
- Caberá ao enfermeiro a coleta do esfregaço cérvico – vaginal, devendo ser executado no contexto da Consulta de Enfermagem;
- O médico deverá coletar o material para confecção do esfregaço cérvico – vaginal sempre que for detectada uma mulher que não está com seu exame atualizado em uma consulta ginecológica.

Epidemiologia do câncer cérvico-uterino:

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com:

- Níveis sócio-econômicos baixos;
- Início de atividade sexual em idade precoce;
- Multiplicidade de parceiros (ambos os sexos);
- História de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV).

São considerados, ainda, como fatores de relativa significação na epidemiologia do câncer cérvico-uterino, o hábito de fumar e carências nutricionais.

Todas essas variáveis caracterizam o grupo de maior risco para o câncer e devem ser consideradas na determinação da população-alvo. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado.

Condições ideais para uma Amostra de Qualidade (segundo a FOSP*):

1. Evitar relações sexuais, preferencialmente, por 48hs antes do exame;
2. Evitar lavagens internas, uso de creme ou óvulo vaginal por 48h antes do exame;
3. Não estar menstruada, aguardar o 5º dia após o término da menstruação;
4. A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual não é impeditiva para coleta, principalmente nas mulheres pós-menopausa.

*FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO

Esfregaço Cérvico-Vaginal:

A citologia é o estudo das células descamadas e esfoliadas no conteúdo cérvico-vaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem o processo neoplástico.

Técnica de coleta e preparo do esfregaço:

Observação quanto a colocação do espécúlo – Não lubrifique o espécúlo com qualquer tipo de óleo, glicerina ou vaselina. No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, molhar o espécúlo com soro fisiológico ou solução salina.

Recomenda-se a coleta dupla:

Ectocérvice e endocérvice – em uma única lâmina, previamente limpa e identificada por meio de lápis-grafite, na extremidade fosca da lâmina.

Etapas da coleta:

1. Local: ectocérvice (junção escamo-colunar JEC)

Com a extremidade da espátula que apresenta uma reentrância, fazer um raspado da ectocérvice, periorifical, realizando um movimento rotativo de 360º. Esse movimento deve ser firme, semelhante ao realizado numa biópsia de superfície, para destacar as células da mucosa, em seguida, colocar o material retirado em uma extremidade da lâmina. (figura 1). Obs. Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

2. Local: endocérvice (canal cervical)

Introduzir, no canal cervical, a escova endocervical própria com um leve movimento rotativo. Colocar o material sobre o segundo campo da lâmina. (figura 2)



Figura 1 - Confecção do esfregaço ectocervical em lâmina única



Figura 2 - Confecção do esfregaço endocervical em lâmina única

Teste de Schiller:

O teste de Schiller permite diferenciar as alterações da mucosa cérvico-vaginal, dada à propriedade das células de se impregnarem com uma solução de Lugol, em virtude da presença de glicogênio nestas. Este teste deve ser realizado na fase final do exame especular, a interpretação do teste de Schiller é feita com base no grau de fixação do iodo pelas células, como descrito a seguir:

Imagem	Interpretação
iodo positivo	Schiller negativo
iodo claro	Schiller negativo
iodo negativo	Schiller positivo

O teste de Schiller não deve ser utilizado isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico.

Fixação do esfregaço:

A fixação do esfregaço visa conservar o material coletado, mantendo as características das células. Deve ser procedida imediatamente após a coleta. São três as técnicas de fixação recomendadas:

SOLUÇÃO FIXADORA	ESPECIFICAÇÃO
Álcool a 95%	Lâmina com material submerso no álcool a 95%.
Carbovax 1540 (Polietileno glicol).	Pingar gotas da solução fixadora sobre o material, até cobrir totalmente, deixar secar ao ar livre.
Propinil glicol (spray)	Borrifar a lâmina com o "spray" fixador a uma distância de 20cm.

INTERPRETAÇÃO DA COLETA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA E ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA

Este conceito foi introduzido como uma inovação, visando estabelecer a diferença entre a rejeição da lâmina por causas anteriores à sua entrada no laboratório de citopatologia e aquelas relacionadas à técnica de coleta, coloração ou análise microscópica.

1. A Amostra pode ser Rejeitada por:

- Ausência ou erro de identificação da lâmina;
- Identificação da lâmina não coincidente com a do formulário;
- Lâmina danificada ou ausente.

Conduta: a paciente deve ser convocada a repetir o exame.

2. Adequabilidade da Amostra:

A adequabilidade da amostra é a avaliação qualitativa do esfregaço confeccionado após a coleta que, anteriormente, era classificada em Satisfatória, Satisfatória mas Limitada ou Insatisfatória. Atualmente classifica-se em *satisfatória e insatisfatória*.

2.1 Insatisfatória para Avaliação

É considerada quando a leitura da amostra esteja prejudicada pelas razões abaixo:

- Material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço).
- Leitura prejudicada (>75% do esfregaço) por presença de: sangue, piócitos, artefatos, etc.

Conduta: a paciente deve ser convocada a repetir o exame.

2.2 Satisfatória

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica.

3. Epitélios representados:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais (glandulares), representativas da junção escamo-colunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade do exame, pelo fato de as mesmas se originarem do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo uterino.

INTERVALO ENTRE AS COLETAS DE CITOLOGIA

Efeito protetor do rastreamento para câncer do colo uterino após exame negativo, em mulheres de 35 a 64 anos.

Intervalo entre os exames	Redução na Incidência Cumulativa
1 ano	93%
2 anos	93%
3 anos	91%
5 anos	84%
10 anos	64%

Fonte: OMS

Rotina de Rastreamento: 2 exames anuais consecutivos e negativos, com representação da JEC, autorizam a repetição do exame após 3 anos.

CONDUTAS:

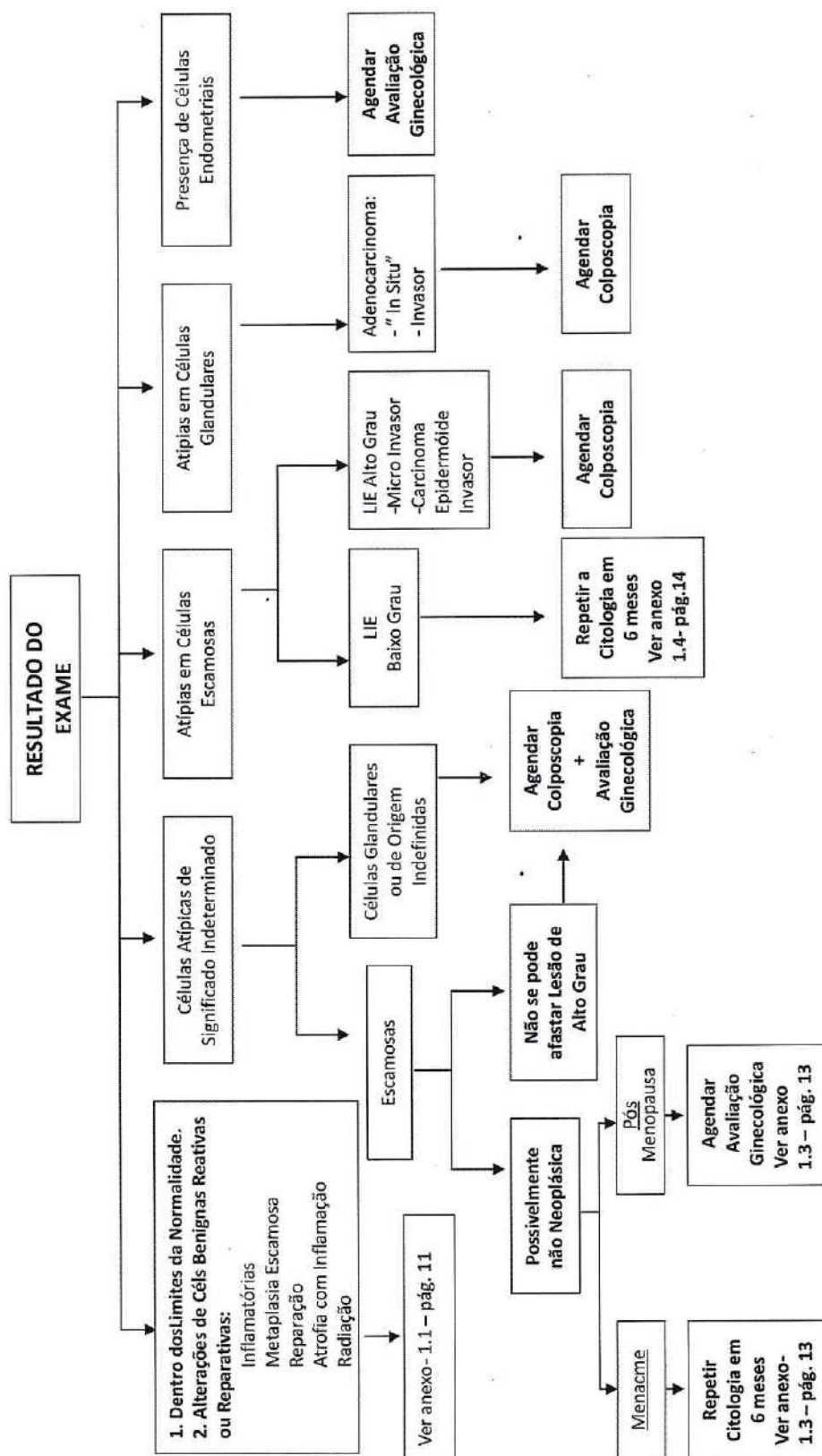
1. Condutas Clínicas para acompanhamento de acordo com resultado do exame citopatológico -Ver anexo 1
2. Conduta segundo a resolução SS 4/98 (Secretaria do Estado de São Paulo) .
3. Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos –Coleta de Papanicolaou (2ª edição-Secretaria do Estado de São Paulo).
4. Anotação no livro registro – Programa de Prevenção do Câncer do Colo de Útero - Ver anexo 2
5. Anotação na Carterinha de prevenção e Detecção do Câncer Ginecológico e Mama - Ver anexo 3
6. Anotar dados de exames alterados no final do livro do Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero - Ver anexo 4
7. Ficha de Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero- Ver Anexo 5

Fundamentação Legal da Atuação do Enfermeiro:

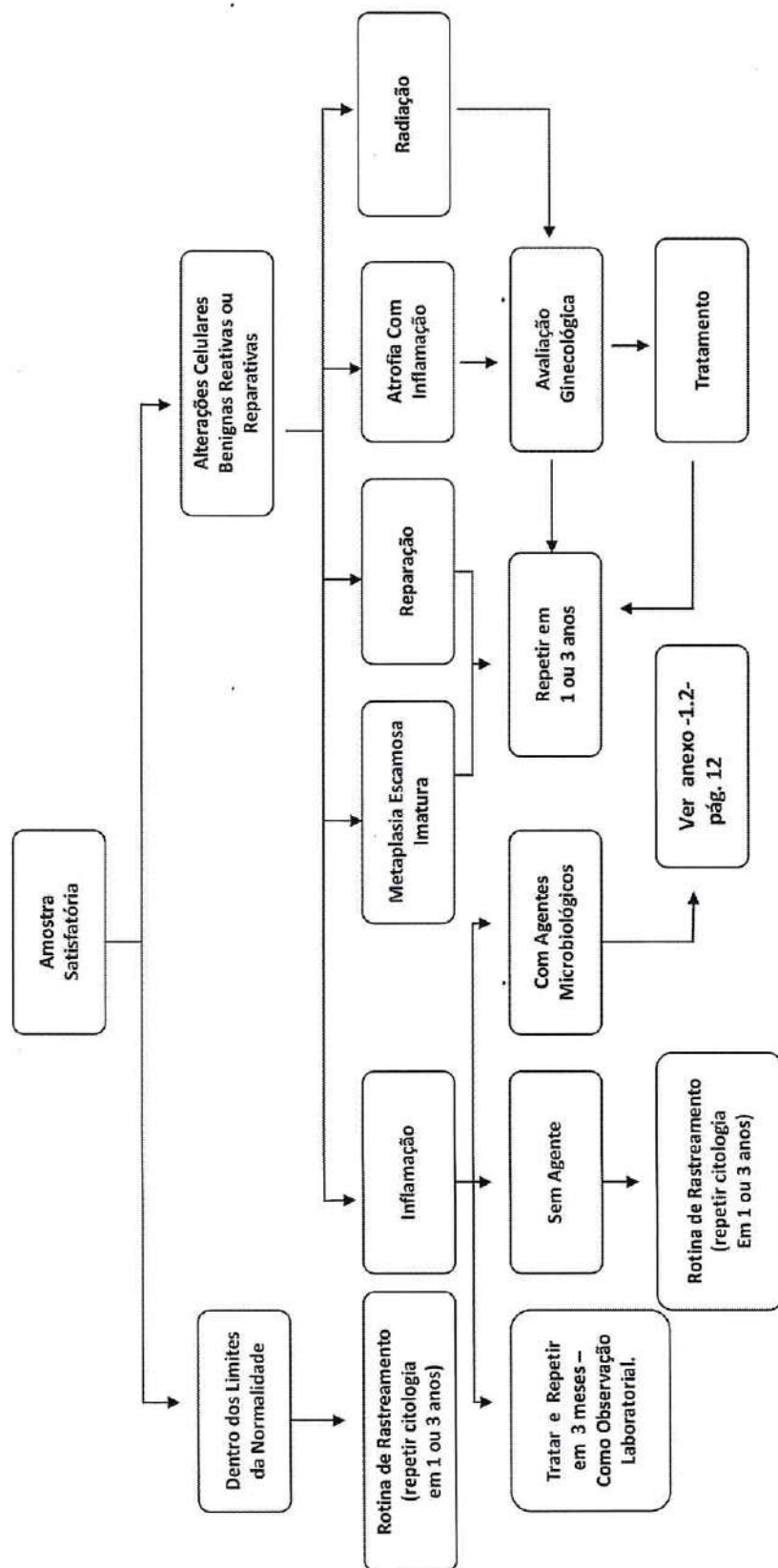
Lei do Exercício Profissional-7498/1986

Resolução COFEN- 195/1997, 271/1997, 358/2009 e 381/2011

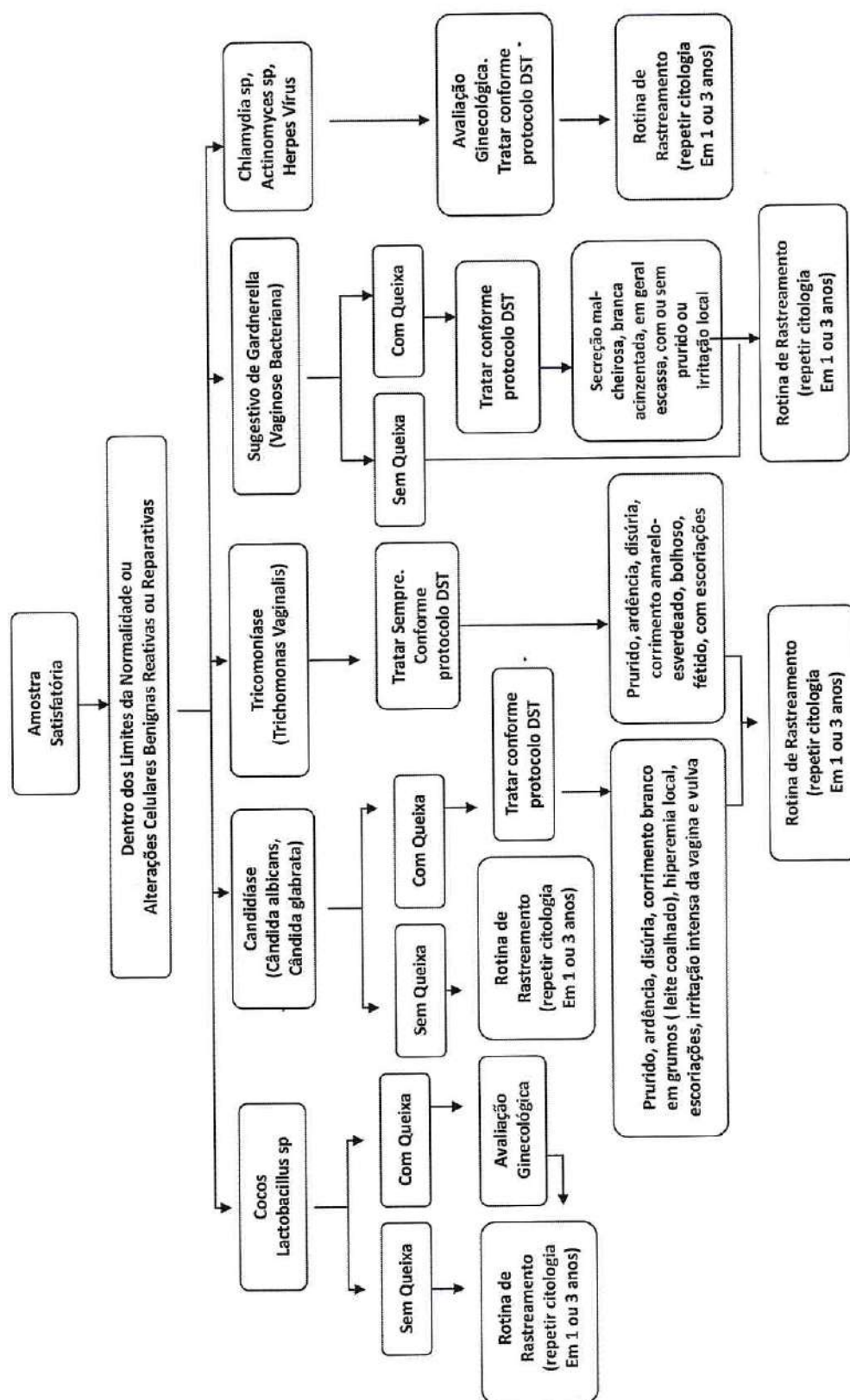
Anexo 1-Protocolo para Resultado dos Exames de Citopatologia Oncótica



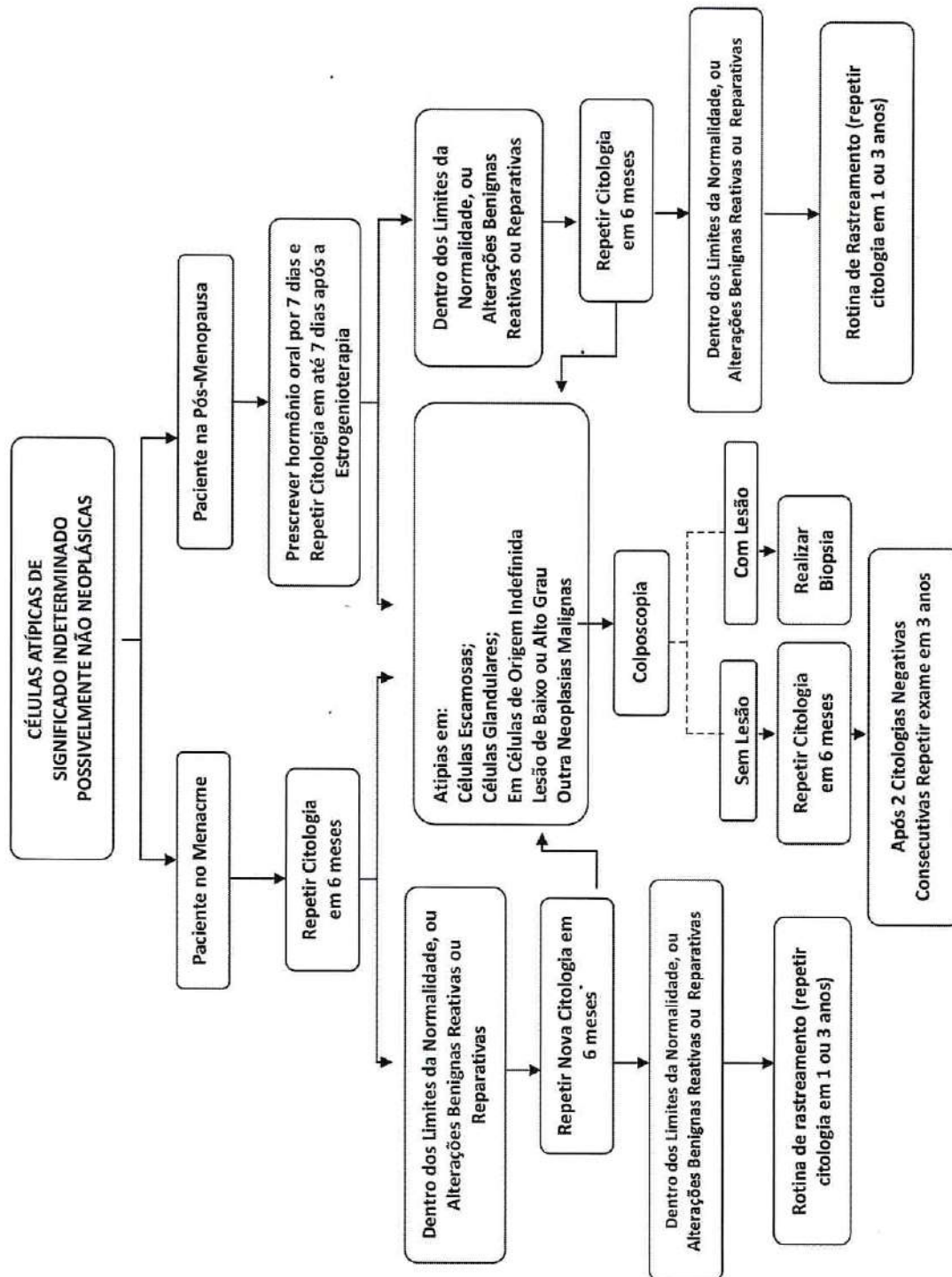
Anexo 1.1



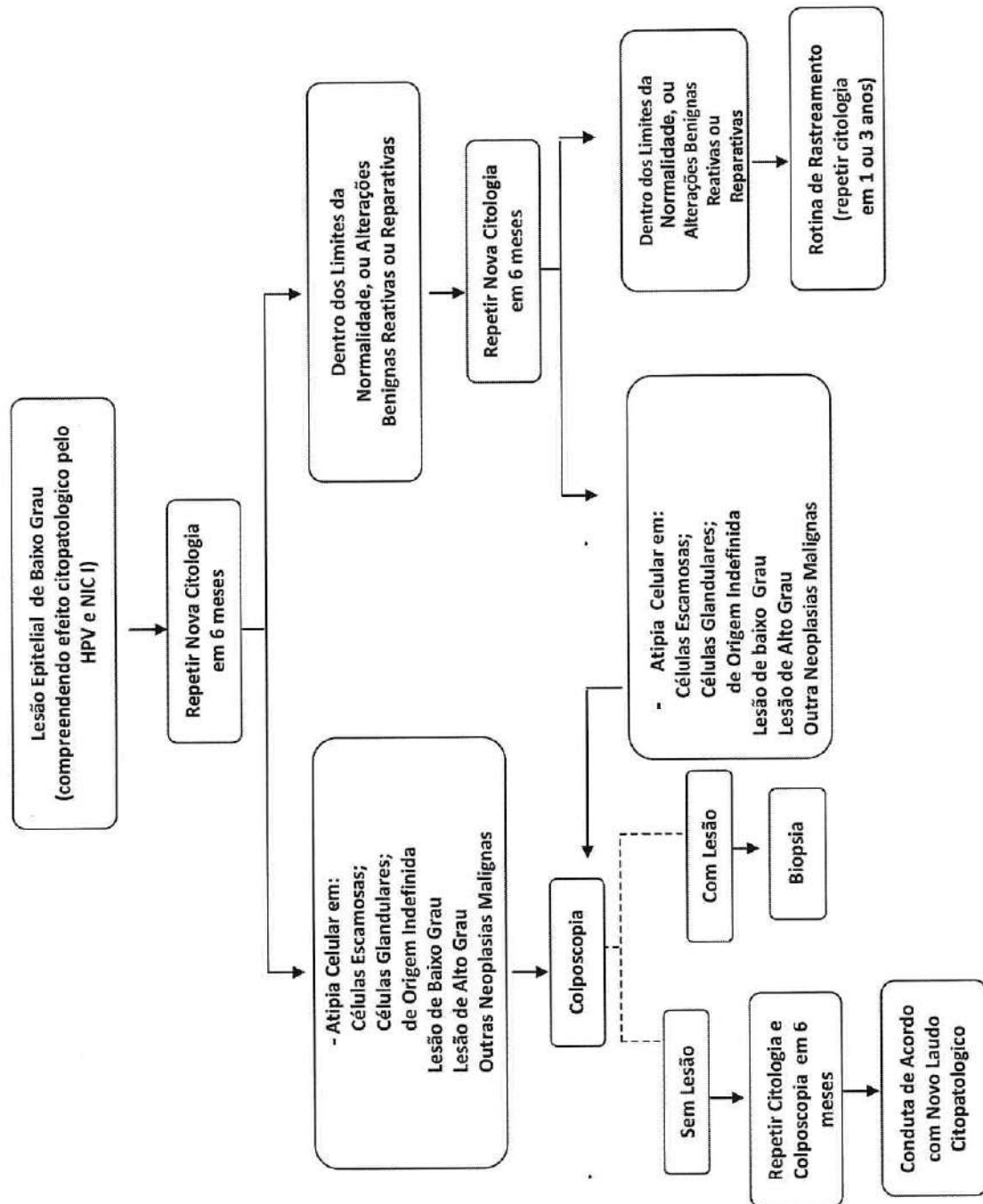
Anexo 1.2



Anexo 1.3



Anexo 1.4



Anexo 2 - Ficha de Registro de Papanicolaou

[illegible]

Anexo 3 - Cartão de Planejamento Familiar e Prevenção e Detecção do Câncer Ginecológico e Mamário - frente

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA
SECRETARIA DE SAÚDE

**PLANEJAMENTO FAMILIAR
E
PREVENÇÃO E DETECÇÃO DO
CÂNCER GINECOLÓGICO
E MAMÁRIO**

Nome: _____

Nº Prontuário _____

U.S.: _____

Anexo 3 - Cartão de Planejamento Familiar e Prevenção e Detecção do Câncer Ginecológico e Mamário - verso

DATA	OBSERVAÇÕES/ENCAMINHAMENTOS	RETORNO	ASSINATURA

Anexo 4 - Ficha de Controle de Exames Alterados

EXAMES ALTERADOS	
NOME:	FF OU FI:
RESULTADO DA CITO:	DATA:
ENCAMINHAMENTO/ACOMPANHAMENTO:	

Anexo 5 - Requisição de exame citopatológico de colo de útero

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - CÔLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento Idade Raça/Cor

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais Nacionalidade Etnia

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

- Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?
☐ Sim. Quando fez o último exame? ano
☐ Não ☐ Não sabe
- Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Usa pílula anticoncepcional? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Já fez tratamento por radioterapia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Data da última menstruação / regra: / / ☐ Não sabe / Não lembra
- Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra
- 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

- Inspeção do colo
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado
- Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não

Data da coleta / / Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ 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 túbulo
☐ Lâmina danificada ou ausente
☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
☐ Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- ☐ Escamoso
☐ Glandular
☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- ☐ Satisfatória
 Insatisfatória para avaliação oncológica 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 dessecação 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
 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*)
☐ Outros bacilos
☐ Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

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

ATÍPIAS 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 neoplasia intra-epiteliais cervicais graus II e III)
☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATÍPIAS 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: _____

Data da liberação _____ Responsável pelo resultado _____
 CNPJ (CPF) _____



2012

PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

ÁREA DE ATENÇÃO | SAÚDE DA MULHER

Secretaria
da Saúde





Apresentação.....	03
Introdução.....	05
Abordagem geral do Planejamento Familiar no município de Sorocaba	06
Assistência à Pré-Concepção	08
Infertilidade Conjugal.....	13
Infertilidade Feminina	15
Infertilidade Masculina	20
Assistência à Anticoncepção.....	24
Métodos Naturais	28
Método Rítmico (Tabelinha)	28
Método Temperatura Basal Corporal	30
Método Muco Cervica.....	31
Método de Barreira	32
Condom Masculino	32
Condom Feminino	35
Diafragma	38
Espermaticida	39
Métodos Hormonais	40
Anticoncepcional Oral	41
Fluxograma para Prescrição de Métodos Anticoncepcionais	45
Anticoncepcional Injetável	46
Dispositivo Intra-Uterino (D.I.U.)	48
Métodos Cirúrgicos.....	52
Laqueadura Tubárea.....	54
Vasectomia	55
Fluxograma de Encaminhamento para Método de Anticoncepção Cirúrgica.....	57
Anticoncepção de Emergência	58
Anticoncepção Pós-parto e Pós-abortamento	59
Anticoncepção no Climatério	61
Anticoncepção na Adolescência	63
Anticoncepção e Doenças Sexualmente Transmissíveis	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	70

Apresentação

UM POUCO DE NOSSA HISTÓRIA...

Sorocaba conta, segundo o censo de 2009, com 584.313 habitantes. Possui uma área de 456,0 km², sendo 349,2 km² de área urbana e 106,8 km² de área rural.

É o oitavo município paulista mais populoso e o quarto mercado consumidor do Estado fora da região metropolitana da capital, com um potencial de consumo per capita anual estimado em 2,4 mil dólares para a população urbana e 917 dólares para a rural (7,2 mil pessoas), é a vigésima nona cidade brasileira com maior potencial de consumo.

Ao longo dos últimos 12 anos a cidade vem passando por diversos projetos de urbanização, tornando-se hoje uma das 10 cidades mais bonitas do Estado de São Paulo. Sorocaba conta com 60 quilômetros de ciclovias criadas nas avenidas principais da cidade, sendo possível atravessá-la somente utilizando-se bicicletas como meio de transporte.

Sorocaba oferece grande qualidade de vida aos sorocabanos, que vivem numa cidade arborizada, com inúmeras praças e pontos turísticos ativos e restaurados, ruas e avenidas possuem sinalização, tornando fácil o acesso a turistas e moradores. O tráfego intenso é atendido pela urbanização vigente, a violência é controlada e nossa cidade é considerada uma das menos violentas do Estado de São Paulo.

A fundação do município se deveu, principalmente, ao capitão Baltazar Fernandes que instalou-se na região em 1654 com a família e sua escravaria vindos de Santana de Parnaíba nas terras que recebeu do rei de Portugal. Fundou então, em 15 de agosto de 1654, um povoado com o nome de Sorocaba.

Sorocaba vem do tupi “soroc” (rasgar) e “aba”, morfema nominalizador. Assim, Sorocaba significa “rasgão” ou “terra rasgada”.

Para incentivar o povoamento, Baltazar Fernandes doou terras aos beneditinos de Parnaíba para que estes construíssem um convento e uma escola, para funcionarem como um centro gerador de cultura.

O povoado foi elevado a município no dia 3 de março de 1661, passando a chamar-se Vila de Nossa Senhora da Ponte de Sorocaba e na ocasião, foi instalada a primeira Câmara Municipal.

Até então, a principal fonte de renda era o comércio de índios como escravos. A partir do século XVII, foi gradativamente substituída pelo comércio de mulas

Sorocaba tornou-se um marco obrigatório para os tropeiros devido a sua posição estratégica, eixo econômico entre as regiões Norte, Nordeste e Sul. Com o fluxo de

tropeiros, o povoado ganhou uma feira onde os brasileiros de todos os Estados reuniam-se para comercializar animais, a Feira de Muare.

Este fluxo intenso de pessoas e riquezas promoveu o desenvolvimento do comércio e das indústrias caseiras, baseadas na confecção de facas, facões, redes de pesca, doces e objetos de couro para a montaria.

Com a inauguração da Estrada de Ferro Sorocabana em 1875, indústrias têxteis de origem inglesa instalaram-se na cidade, tornando-a conhecida como a Manchester Paulista. Posteriormente, com a decadência a atividade têxtil na cidade, foi necessária a instalação de outros tipos de indústrias. A partir da década de 1970 o parque industrial foi diversificado.

O declínio da indústria têxtil fez com que a cidade buscasse novos caminhos e, a partir da década de 1970, diversificou o seu parque industrial, hoje com mais de 1.700 empresas, entre elas algumas principais do país. O nosso parque industrial possui excelente infraestrutura rodoviária, transportes públicos, rede de energia elétrica, telecomunicações, deposição de lixo e resíduos industriais, água e esgoto, com mais de 25 milhões de metros quadrados. As principais atividades econômicas são: indústrias de máquinas, siderurgia e metalurgia pesada, autopeças, indústrias têxteis, equipamentos agrícolas, químicas, petroquímicas farmacêuticas, papel e celulose, produção de cimento, energia eólica, eletrônica, ferramentas, telecomunicações entre outras, tornando-se assim uma cidade dinâmica e de boa situação econômica.

Desde o início do Programa de Planejamento Familiar foram realizados treinamentos para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento da saúde reprodutiva da população visando reduzir a gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis.

Oportunizar escolhas responsáveis no tempo/espaço da vida do munícipe é função do poder público. A Secretaria Municipal da Saúde através do Programa de Assistência Integral à Mulher, reconhecendo o direito e a vontade dos habitantes da cidade, re-edita o Protocolo de Planejamento Familiar que tem como objetivo orientar os profissionais da saúde quanto ao planejamento familiar de seus pacientes.

Em breve, reeditaremos o protocolo de Assistência ao Pré-Natal, que complementar a este, pretende reduzir a gravidez precoce, as gestações indesejadas e; principalmente, a morbimortalidade materna e infantil.

Introdução

PAISM

Este Protocolo de Atenção ao Planejamento Familiar é mais um passo da Secretaria Municipal da Saúde, através do Programa da Mulher, para a padronização das condutas, permitindo seu acompanhamento, avaliação e retroalimentação. Preconizamos a educação continuada, assim como a avaliação e o monitoramento das variáveis que possam interferir na saúde reprodutiva dos casais/mulheres residentes no município.

O objetivo maior é a humanização do atendimento e a qualificação da atenção ao planejamento familiar em suas várias etapas: pré-concepção, infertilidade e anticoncepção; com avaliação e assistência priorizada ao risco reprodutivo, visando a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal.

O resultado dessa política, associada à assistência ao pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido, culmina com a redução das complicações evitáveis durante o pré-natal, parto e o puerpério, em decorrência da assistência qualificada e priorizada a todas as etapas, que englobam desde a pré-concepção até o puerpério e atenção à criança. Os casais bem orientados e assistidos conseguem manter suas famílias dentro dos limites por eles planejados, assim como dar a elas uma melhor qualidade de vida.

As ações de assistência, prevenção e promoção de saúde das pacientes de risco que querem engravidar, permitem o monitoramento e o diagnóstico precoce de complicações e intercorrências que podem comprometer a saúde materno-infantil. Já para as mulheres/casais de risco que não desejam engravidar, o programa de anticoncepção se propõe a orientar e a garantir a oferta do método anticoncepcional mais adequado. Dentre estes métodos, os definitivos serão indicados considerando-se critérios pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba.

ABORDAGEM GERAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE SOROCABA

POPULAÇÃO ALVO:

Mulheres/homens em idade fértil.

POPULAÇÃO PRIORIZADA:

Mulheres que apresentem um ou mais fatores de risco reprodutivo relacionados a seguir:

- Doenças crônicas (Risco reprodutivo severo): Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal, cardiopatia, doenças auto imunes, pneumopatias, hepatopatias, infecção HIV/AIDS e outras doenças sistêmicas graves;
- Escolaridade menor que a 4ª série do ensino fundamental;
- Antecedentes obstétricos desfavoráveis, tais como abortos, mortes fetais e neonatais;
- Recém nascidos com baixo peso ao nascer, pré-eclampsia, malformações congênitas, cerclagem, amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro;
- Uso/abuso de drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, tabagismo, alcoolismo e outras drogas lícitas e/ou ilícitas;
- Obesidade e desnutrição.

AÇÕES EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

O principal objetivo destas orientações é possibilitar ao indivíduo, “o direito de decidir quantos filhos quer ter e quando tê-los”.

As ações de planejamento familiar devem estar voltadas para a população em idade fértil, assegurando continuidade no atendimento e avaliação.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Constituição Brasileira, 1988).

Os elementos fundamentais na qualidade de atenção são: escolha livre de métodos, informação completa para os usuários, competência técnica de quem dispensa os métodos, boa relação usuário-serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva.

A Equipe de saúde deve estar motivada, treinada e organizada para dar assistência à saúde reprodutiva da população, com intervenções preventivas, educativas e terapêuticas, garantindo um serviço de qualidade.

A ação educativa em planejamento familiar deve ser realizada em pequenos grupos, usando metodologia participativa, tendo o objetivo de estabelecer um processo contínuo de educação, que vise trabalhar a atenção integral, focalizando outros aspectos da saúde reprodutiva, tais como a sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, violência, direitos sexuais e reprodutivos e também sobre as diferentes opções anticoncepcionais, de maneira que o usuário seja capaz de realizar uma escolha livre e informada.

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

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE MÉDICA

Os critérios de elegibilidade médica para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das (os) usuárias (os) de métodos anticoncepcionais.

A lista dos critérios de elegibilidade médica dividem-se em quatro categorias:

OMS 1:

O método pode ser usado sem restrições.

OMS 2:

O método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados..

OMS 3:

O método não deve ser usado, a menos que o profissional de saúde julgue que a mulher pode usar o método com segurança. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método. Deve ser o método de última escolha e, caso seja escolhido, um acompanhamento rigoroso se faz necessário.

OMS 4:

O método apresenta um risco inaceitável.

DIREITO REPRODUTIVO

A lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal do Brasil, considera o planejamento familiar como direito de todo cidadão, englobando o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Cabe às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde garantir atenção integral à saúde, no que diz respeito à concepção e contracepção, através de ações preventivas e educativas, utilizando-se de métodos e técnicas prescritos após avaliação, acompanhamento clínico e orientações prévias sobre os riscos, as vantagens, desvantagens e a eficácia de cada método.

Assistência à Pré-Concepção

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Ainda não podemos esperar, por parte das mulheres, expressiva porcentagem de procura espontânea para esta atividade. Mas, enquanto profissionais de saúde, podemos motivá-las para essa avaliação em momentos distintos de educação em saúde, em consultas médicas, ou de enfermagem, não nos esquecendo de motivar especialmente as adolescentes.

Sabe-se que pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orientação, ou de oportunidade para a aquisição de um método anticoncepcional, e isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério, nas atividades de vacinação, trabalhos educativos e grupos comunitários.

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei n.º 9.263/96, foi conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida Lei, o planejamento familiar é entendido "... como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta

direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal” (art. 2).

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, pois:

- Diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- Diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária;
- Diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- Aumenta o intervalo interpartal, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que os bebês sejam adequadamente amamentados;
- Possibilita a prevenção e/ou postergação de gravidez em mulheres adolescentes, ou com patologias crônicas, tais como diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.

As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, exame ginecológico completo, além de alguns exames laboratoriais.

Podem ser instituídas ações específicas, quanto aos hábitos e o estilo de vida:

- Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional materno e do recém-nascido e das condições para o parto;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (5mg, VO/dia, durante 60 à 90 dias antes da concepção) (de prescrição de médico e enfermeiro);
- Medidas educativas, como orientações para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para aumento do intervalo interpartal (mínimo de dois anos).

Em relação à prevenção e às ações a serem tomadas quanto às infecções, são consideradas eficazes as investigações para:

- Rubéola e Hepatite B: nos casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação (conforme idade preconizada pelo PNI);
- Colocação de esquema vacinal em dia;
- Toxoplasmose;
- HIV/AIDS: incentivar a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV;
- Sífilis: nos casos positivos, tratar a mulher e seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a sífilis congênita e orientar sobre os cuidados preventivos;
- Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar para sua prevenção.

Obs.: É importante, também, a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo a pesquisa para sífilis e HIV/Aids.

A avaliação pré-concepcional tem-se mostrado altamente eficaz, quando existem doenças crônicas, tais como:

- Diabetes mellitus: o controle estrito da glicemia prévio à gestação, e durante esta, tanto no diabetes pré-gravídico, como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrosomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. O melhor controle do diabetes durante a gestação, comprovadamente, leva a melhores resultados maternos e perinatais;
- Hipertensão arterial crônica: a adequação de drogas, o acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer prognóstico em gestação futura;
- Epilepsia: a orientação, conjunta com neurologista, para o uso de monotopia e de droga com menor potencial teratogênico, por exemplo a carbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais. A orientação para o uso de ácido fólico prévio à concepção também tem-se correlacionado à redução no risco de malformação fetal, porque neste grupo de mulheres a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato;

- Infecções pelo HIV: o controle pré-concepcional no casal portador do HIV pressupõe a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ (parâmetro de avaliação da imunidade) e a redução da carga viral de HIV circulante para níveis indetectáveis. Esses cuidados, acrescidos das técnicas de assistência preconizadas para a concepção em casais HIV+ (soro discordantes ou soro concordantes) e das ações para a prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo a não amamentação, permitem que a gestação ocorra em circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança, promovendo melhores resultados maternos e perinatais;
- Além de outras situações, como anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

Alguns dos pontos discutidos aqui também aplicam-se ao puerpério imediato, para aquelas mulheres que não tiveram oportunidade de realizar o controle pré-gestacional, o que é muito comum na adolescência. Esses conhecimentos lhes serão úteis em gestações futuras, embora sempre deva ser estimulada a realização de consulta com a equipe de saúde antes de uma próxima gravidez.

A FUTURA GESTANTE DEVE SER ORIENTADA QUANTO À PRESENÇA DE FATORES DE RISCO GENÉTICO, TAIS COMO:

- Idade materna e/ou paterna avançada;
- Filhos afetados em gestações anteriores;
- Antecedentes de familiares com doença genética;
- Características étnicas especiais.

SER AVALIADA QUANTO AO RISCO REPRODUTIVO:

- A mulher caracterizada como de risco reprodutivo deverá ter seu desejo de gestar respeitado pelos serviços de saúde. Contudo, é responsabilidade do serviço orientar o casal sobre os riscos presentes na gestação, tanto para a mãe quanto para o bebê;
- Naquelas com doenças crônicas, o acompanhamento é fundamental para uma maior efetividade das ações no controle das doenças.

QUANTO AO CONTEÚDO EDUCATIVO:

As mulheres/casais deverão receber informações educativas, individuais ou coletivas, que orientem sobre a maternidade/paternidade segura. Para tanto, as equipes de saúde devem abordar, minimamente, os temas descritos a seguir:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E REPRODUÇÃO:

- A importância do ambiente familiar harmônico para a chegada de um novo membro;
- A importância do planejamento familiar na morbimortalidade materna e neonatal.

Deve-se incentivar o casal a:

- Planejar o número de filhos que pretende ter;
- Planejar para que as gestações ocorram, preferencialmente, dentro da faixa etária preconizada como de menor risco (20 a 34 anos);
- Planejar o espaçamento mais adequado entre as gestações (preconiza-se 24 meses de intervalo);
- Informações básicas sobre o aparelho reprodutor feminino e masculino e sobre a fertilidade - reconhecimento do período fértil na mulher, concentração das relações sexuais nesse período etc.;
- A importância da qualidade de vida sobre a saúde em geral e sobre a fertilidade, atividade física periódica, lazer, medidas anti-estresse, alimentação etc.;
- A importância da dupla proteção, contra gravidez e DST/AIDS;
- A necessidade do conhecimento do método de anticoncepção de emergência;

PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ATRAVÉS DE ORIENTAÇÃO DA PRÁTICA DE SEXO SEGURO PELO USO DE PRESERVATIVOS:

- Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids);
- Sífilis;
- Gonorreia;
- Clamídia e outras patologias de transmissão sexual.

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES:

Toxoplasmose

- Evitar contato com gatos. Evitar manusear os materiais contaminados com as fezes de gatos ou fazê-lo com uso de luvas e em seguida lavar as mãos com sabão e água. Alimentar os gatos em casa com carne cozida ou ração. Manter o animal em casa;
- Evitar consumir carne crua ou mal cozida, principalmente de porco e de carneiro;

- Após o manuseio da carne crua, lavar as mãos e utensílios com água e sabão ou usar luvas;
- Retirar a casca de vegetais e frutas ou lavá-los com água e sabão e enxaguar bem antes do consumo;
- Evitar que moscas e baratas contaminem verduras, frutas, legumes e outros alimentos;
- Usar luvas para trabalhar com a terra;
- Evitar leite não pasteurizado.

Hepatite B

- Orientação sobre formas de transmissão, uso de agulhas descartáveis (injeções, tatuagens, acupuntura); transfusões sanguíneas com sangue não contaminado.

Vírus da Inclusão Citomegálica

- Lavar as mãos cada vez que houver contato com urina, principalmente mulheres que trabalham com crianças que usam fraldas (creches, berçários, escolas pré-primárias) ou têm outro filho pequeno.

EFEITOS DELETÉRIOS DE AGENTES QUÍMICOS E OUTROS PRODUTOS TÓXICOS SOBRE A CONCEPÇÃO E A SAÚDE EM GERAL, ENTRE ELES:

- Chumbo - presente nas tintas e vernizes;
- Óxido de etileno - usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em alguns pesticidas;
- Agentes encontrados em inseticidas (dibromo cloropropano);
- Radiação ionizante.

Infertilidade Conjugal

Infertilidade conjugal é a ausência de gravidez em um casal com vida sexual ativa, sem uso de medidas anticonceptivas, em um período de um ano ou mais. Entretanto, fatores como a idade dos cônjuges e a presença de condições determinantes de infertilidade podem alterar o prazo estabelecido.

A INFERTILIDADE SE SUBDIVIDE EM:

- Primária - ausência de gestação prévia;
- Secundária - falha na capacidade reprodutiva após uma ou mais gestações;
- Esterilidade - incapacidade definitiva em gestar;
- Abortamento habitual - 3 ou mais abortos espontâneos até a idade de 20 semanas de gestação.

QUANTO À AVALIAÇÃO DA INFERTILIDADE

A avaliação da infertilidade conjugal engloba uma avaliação minuciosa do casal, já que 1/3 dos problemas se relaciona aos homens, 1/3 às mulheres e 1/3 a ambos.

Vários fatores podem interferir na fertilidade e na concepção e os serviços de atenção primária de saúde podem orientar e assistir os casais diagnosticados como inférteis e referenciar aqueles que necessitem de atenção secundária.

A EQUIPE DE SAÚDE DEVE:

- Acolher e orientar o casal;
- Determinar se o casal é supostamente infértil, devendo ser investigado.

Para tanto, utilizar os parâmetros descritos a seguir:

- Casais que estejam tentando engravidar há **um ano** ou mais com vida sexual ativa e sem uso de medidas anticonceptivas;
- Casais onde a mulher tenha mais de 35 anos e que estejam tentando engravidar há **seis meses** ou mais;
- Realizar avaliação clínica minuciosa do casal e afastar patologias concomitantes;

Introduzir conteúdos educativos, individual ou coletivamente, que orientem o casal:

- A identificar o período fértil da mulher através do método de temperatura basal, do muco cervical ou sintotérmico;
- A concentrar as relações sexuais no período fértil;
- A eliminar fatores que interfiram com o depósito de sêmen ejaculado na vagina ou na migração espermática no trato genital feminino (duchas vaginais pós-coito, uso de lubrificantes e outros);
- A eliminar fatores que interfiram no processo de fertilidade e de concepção ;
- Encaminhar os casais que requeiram tratamento especializado, dentro de critérios pré-determinados (descritos posteriormente), para serviços de referência, atualmente o Ambulatório de Infertilidade do CHS.

AVALIAÇÃO DO CASAL

HISTÓRIA CLÍNICA:

- Dados pessoais de cada um;
- Tempo de união;

Prática sexual:

- Frequência do coito;
- Período do ciclo menstrual em que ocorrem os coitos;
- Métodos anticonceptivos utilizados;
- Tratamentos anteriores de fertilidade;
- Antecedentes de cirurgia abdominal;
- Antecedentes de infecção/DST;
- Antecedentes de parotidite;
- Antecedentes de criptorquidia;
- Avaliação psicológica, quando necessário.

EXAME FÍSICO E COMPLEMENTAR

Será especificado na avaliação da mulher e do homem.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Antes do início de qualquer tratamento para infertilidade o casal deve ser informado sobre:

- Os riscos com o tratamento;
- Os prováveis custos do tratamento;
- Em quanto o tratamento aumenta as chances de conceber;
- Quantos tratamentos serão necessários para que se possa conceber;
- Se este tratamento elimina outras opções;
- Quais as opções existentes caso este tratamento não obtenha sucesso.

INFERTILIDADE FEMININA

A infertilidade feminina se relaciona a:

A. DISFUNÇÕES OVULATÓRIAS

30 a 50% das mulheres com infertilidade têm algum problema ovulatório.

As causas mais frequentes são:

- Síndrome dos ovários policísticos;
- Insuficiência lútea;
- Elevação das taxas de prolactina: uso de medicamentos como anticonvulsivantes, antidepressivos, consumo de cocaína e heroína; estresse; hiperestimulação das mamas;
- Endocrinopatias: Diabetes mellitus, adenoma de hipófise, alterações tireoideanas, alterações de supra-renal, erros do metabolismo;

- Anovulação pós-pílula: em geral o organismo feminino demora até seis meses para retornar à produção hormonal normal;
- Menopausa precoce: radioterapia, quimioterapia ou de causa desconhecida;
- Fatores imunológicos: doenças auto-imunes;
- Alterações cromossômicas;

B. ALTERAÇÕES MECÂNICAS OU NO TRANSPORTE

50% das mulheres com infertilidade apresentam problemas pélvicos em decorrência de infecção, aderência com obstrução e/ou destruição das trompas. As principais causas são:

Por fatores vaginais (incidência de 0,2%):

- Infecções;
- Anomalias congênitas ou adquiridas;
- Uso de lubrificantes vaginais;
- Vaginismo.

Por fatores da cérvix uterina (incidência de 10%):

- Sequelas de cirurgias e cauterizações - sinéquias, estenose, lesões de criptas;
- Infecções;
- Pólipos e miomas;
- Malformação congênita;
- Fatores imunológicos e outros;
- Ausência de muco cervical adequado.

Por fatores uterinos (incidência em torno de 5%):

- Aderências após infecções, curetagem após abortos;
- Leiomiomas (1 em cada 4 mulheres com mais de 30 anos tem mioma uterino), pólipos;
- Endometrite tuberculosa;
- Alterações congênitas.

Por fatores tubo-peritoneais (incidência em torno de 30 a 50% dos fatores tubários e 10% dos fatores peritoneais):

- DST (principalmente Clamídea e Blenorrágia) desencadeando Doença Inflamatória Pélvica;
- Tuberculose;
- Aderências após apendicite rota e peritonite;
- Endometriose;
- Neoplasias;
- Iatrogenia;
- Cirurgia pélvica anteriores.

C. ALTERAÇÕES GENÉTICAS

- Anormalidades cromossômicas;
- Malformações congênitas do aparelho reprodutor feminino.

D. ABORTAMENTO ESPONTÂNEO DE REPETIÇÃO (INCIDÊNCIA DE 0,1 A 0,2%)

Uma em cada seis gestações termina em abortamento espontâneo. O caso é caracterizado como abortamento habitual ou de repetição quando ocorrerem três ou mais interrupções espontâneas alternadas ou duas interrupções consecutivas da gestação até a idade de 20 semanas. O casal deve ser encaminhado a um serviço de referência especializado.

As principais causas são:

- Anormalidades cromossômicas;
- Anormalidades uterinas - congênitas, miomas ou pólipos, sinéquias;
- Insuficiência lútea;
- Incompetência istmo-cervical, congênita ou iatrogênica;
- Hipotireoidismo, Diabetes mellitus;
- Colagenoses (principalmente Lupus Eritematoso Sistêmico);
- Fatores imunológicos;
- Causas infecciosas - listeriose, micoplasma.

E. ENDOMETRIOSE PÉLVICA

A endometriose acomete 40 a 50% das mulheres com infertilidade. Em geral acomete mulheres na faixa etária de 30 a 40 anos e que ainda não tiveram filhos, muitas vezes com história familiar de endometriose. Não se sabe exatamente porque interfere na fertilidade, mas suas consequências são aderências, obstrução tubária e alterações ovulatórias. A clínica mais frequente é dor pélvica pré-menstrual, menstrual ou durante o coito com penetração profunda; dor durante a defecação no período pré-menstrual e menstrual e menstruação irregular.

F. OUTROS FATORES

Cerca de 10% dos casais com infertilidade não têm causa conhecida. Acredita-se que os fatores psicológicos envolvidos possam contribuir para essa condição.

Fatores ambientais também estão envolvidos na fertilidade, como uso de determinados medicamentos ou substâncias e produtos químicos ou físicos que interferem na ovulação e na concepção.

AVALIAÇÃO DA MULHER

A avaliação da mulher pelas equipes de saúde engloba:

ANAMNESE:

- **Determinação da ovulação** - verificar os registros feitos pela mulher sobre os ciclos menstruais, a temperatura basal e o muco cervical. Caso a mulher não tenha feito acompanhamento anterior no serviço de saúde ou não tenha feito registros, solicitar que o faça a partir desse momento, com orientação prévia;
- **Sintomatologia presente** - dispareunia, vaginismo, galactorreia, leucorreia, prurido vulvar ou vaginal, ardor, sintomas sugestivos de outras patologias que possam interferir na fertilidade, avaliação do estado mental (ansiedade, medos, expectativas, pessimismo etc.);
- **Desenvolvimento puberal** - idade e característica da telarca, pubarca e menarca;
- **Ciclos menstruais** - periodicidade, duração do fluxo, quantidade do fluxo, presença de dismenorreia, mudanças nas características dos ciclos. Ciclos menstruais com período menor de 21 dias ou maior de 35 - 40 dias sugerem distúrbio hormonal;
- **Vida sexual** - comportamento de risco para DST, múltiplos parceiros, uso ou não de preservativos, práticas de higiene pós-coito com duchas vaginais, uso de lubrificantes durante o coito.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

- Gestações anteriores (em uniões anteriores ou na atual);
- Abortos espontâneos ou provocados;
- Gravidez ectópica ou molar;
- Curetagens anteriores;
- Infecções puerperais;
- Hemorragias pós-parto com necessidade de transfusão (Síndrome de Sheehan: necrose hipofisária por isquemia);
- Filhos afetados por doenças genéticas em gestações anteriores.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS:

- Métodos anticoncepcionais utilizados - Anticoncepcional hormonal oral, DIU;
- Distúrbios hormonais anteriores;
- Doença inflamatória pélvica;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Cirurgia pélvica ou abdominal baixa;

- Doenças associadas - Diabetes, mellitus, hipotireoidismo, hipertireoidismo, cardiopatias, nefropatias, hipertensão arterial sistêmica, tuberculose;
- Quadros anteriores de anorexia, bulimia, dietas e alterações frequentes de peso;
- Tratamentos anteriores ou atuais com uso de hormônios, quimioterapia, radioterapia, drogas antimitóticas, anticonvulsivantes, antidepressivos, carbolítio, warfarin, antagonistas dos folatos, prednisolona e outros;
- Tratamentos anteriores para infertilidade e seus resultados.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

- História familiar de infertilidade e suas causas;
- Endometriose;
- Doenças - hipertensão arterial, Diabetes mellitus, hipotireoidismo, hipertireoidismo, cardiopatias, nefropatias, tuberculose e outras;
- Antecedentes de familiares com doença genética.

CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA:

- Tabagismo;
- Drogadição;
- Alcoolismo;

Exposição frequente a substâncias químicas e outros produtos tóxicos:

- Chumbo - presente nas tintas e vernizes;
- Óxido de etileno - usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em alguns pesticidas;
- Agentes encontrados em inseticidas (dibromo cloropropano);
- Radiação ionizante;
- Ginastas e atletas com treinamentos prolongados e atividade física excessiva - amenorreia da atleta;
- Estresse e medidas antiestresse.

EXAME FÍSICO:

- Geral: tipo físico, pressão arterial, peso, altura, índice de massa corporal, distribuição dos pelos, presença de acne, comedões e oleosidade;
- Avaliação da tireoide;
- Avaliação cardiorrespiratória;
- Exame do abdômen - presença de cicatrizes, visceromegalias, gânglios inguinais;
- Exame de mamas - forma, simetria, presença de pelos, grau de desenvolvimento gânglios, galactorreia, nódulos.

EXAME GINECOLÓGICO:

- Órgãos genitais externos - distribuição de pelos, conformação da vulva, clitóris, introito vaginal;
- Exame especular e bimanual;
- Exame vaginal - forma, presença de septos, lubrificação, cor da mucosa, secreção, sinais de infecção;
- Colo uterino - forma, posição, mobilidade, sensibilidade, consistência, presença de secreções, muco cervical;
- Corpo uterino - posição, forma, tamanho, mobilidade, sensibilidade;
- Anexos e paramétrio - sensibilidade, consistência, espessura, massas tumorais, outros achados.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| | ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO |
| • Eritrograma; | |
| • VDRL; | |
| • HIV; | |
| • Parcial de urina e sedimentoscopia; | |
| • Tipagem sanguínea e fator Rh, caso seja desconhecida ou duvidosa; | |
| • Colpocitologia oncótica; | |
| • Progesterona plasmática 3 a 10 dias após a data prevista da ovulação; | |
| • Prolactina; | |
| • TSH e T4 livre | |
| • FSH e LH; | |
| • Histerossalpingografia – 1 ano após tentativas sem sucesso. | |

ABORDAGEM TERAPÊUTICA:

- Encaminhar para psicoterapia de apoio; caso os fatores emocionais que sejam relevantes;
- Afastamento de fatores ambientais deletérios;
- Mudança de hábitos de vida;
- Tratamento das infecções;
- Tratamento das doenças associadas.

INFERTILIDADE MASCULINA

A infertilidade masculina incide em 30 a 40% dos casais com infertilidade conjugal relaciona-se a:

A. PROBLEMAS NA PRODUÇÃO E MATURAÇÃO DOS ESPERMATOZÓIDES

Alterações da síntese hormonal interferindo na ação das células germinativas

- medicamentos, malformação congênita, traumas, doenças, fatores deletérios do meio

ambiente, doenças sexualmente transmissíveis;

Destruição das células de Sertoli

- orquite, torção testicular, traumas, tratamento inadequado da não descida do testículo na infância;

Fatores genéticos (10% dos casos);

Fatores ambientais

- chumbo, mercúrio, calor excessivo ao nível dos testículos (sauna, hidromassagem, fornos, etc.), radiação, estresse, produtos químicos industriais (conservantes, detergentes fortes, solventes),

Consumo de drogas

- tabaco, álcool, cocaína, maconha e outros;

Uso de medicamentos

- antidepressivos, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, antiulcerosos.

B. PROBLEMAS NA MOTILIDADE DOS ESPERMATOZÓIDES

- Fatores que interferem na produção do espermatozoide podem interferir também na sua motilidade;
- Varicocele;
- Infecções prostáticas.

C. OBSTRUÇÃO OU BLOQUEIO DO SISTEMA DE CONDUÇÃO

- Alterações congênitas como agenesia de epidídimo;
- Infecções, blenorragia;
- Fibrose cística.

D. PROBLEMAS DE EJACULAÇÃO

- Distúrbios psiquiátricos
- Paraplegia ou tetraplegia
- Distúrbios de ordem sexual

Ejaculação prematura, retrógrada ou retardada, distúrbios psicosssexuais, impotência sexual;

- Doenças

Diabetes mellitus , hipertensão arterial, neuropatologias e outras;

- Medicamentos

Ansiolíticos (provocam ejaculação retrógrada).

AVALIAÇÃO DO HOMEM

A avaliação do homem é menos invasiva, mais simples e menos onerosa que a da mulher. Ao se detectar infertilidade o casal deve iniciar investigação ao mesmo tempo, porque ambos podem estar comprometidos.

ANAMNESE:

Idade e características do desenvolvimento puberal

- mudança de voz, pubarca, desenvolvimento do aparelho genital;
- Fatores emocionais envolvidos;
- Sintomatologia sugestiva de patologias que possam comprometer a fertilidade e a concepção;
- Vida sexual: comportamento sexual de risco para DST, múltiplas parceiras, práticas sexuais habituais, distúrbios da função sexual - ejaculação prematura, retrógrada ou retardada, impotência;

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS:

- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Orquite;
- Criptorquidia;
- Traumas, torções testiculares;
- Cirurgias genitais - varicocele, hidrocele e outras;
- Cirurgias inguinais - hérnias;
- Tratamentos hormonais anteriores;
- Radioterapia, quimioterapia, antidepressivos, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, antiulcerosos;
- Doenças como: tuberculose, Diabetes mellitus, hipertensão arterial, neuropatias, plegias, cardiopatias, dislipidemia, aterosclerose, doenças autoimunes.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

- Fertilidade da família;
- Tuberculose;
- Diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, aterosclerose, dislipidemia.

CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA:

- Tabagismo;
- Alcoolismo;
- Drogadição;
- Atletas com uso atual ou anterior de anabolizantes;

- Ambiente profissional - calor excessivo, radiação, produtos químicos com efeitos deletérios sobre a fertilidade (chumbo, mercúrio);
- Estresse e medidas antiestresse.

EXAME FÍSICO

- Geral: tipo físico, pressão arterial, peso, altura, índice de massa corporal, caracteres sexuais secundários;
- Avaliação de todas as regiões do corpo, buscando identificar patologias associadas.

EXAME GENITAL:

- Distribuição dos pelos pubianos;
- Gânglios inguinais;
- Pênis - forma, posição do meato uretral (hipospádia, epispádia), secreções, relação prepúcio/glande (fimose, parafimose);
- Testículos - forma, tamanho, posição da bolsa escrotal, consistência, mobilidade através do canal inguinal, massas palpáveis (varicocele, hidrocele, hérnias e outras).

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Espermograma - a coleta é obtida por masturbação após 2 a 5 dias de abstinência, em frasco estéril, no próprio laboratório (o material pode permanecer fora do laboratório por 30 a 60 minutos apenas, em temperatura máxima de 24° C). Quando houver dúvidas deve-se solicitar novo exame.

Resultado (manual FIGO 1990):

- Volume > 2,0 ml;
- Concentração > 20 x 10⁶ espermatozoides/ml (> 20.000.000/ml);
- Motilidade > 50% com movimento progressivo ou > 25% com progressão linear rápida após 60 minutos de coleta;
- Morfologia > 50% de formas normais;
- Leucócitos < 1x 10⁶/ml, 1 a 2%;
- Espermocultura e antibiograma;
- VDRL e pesquisa de outras DSTs, HIV;
- Investigação laboratorial de patologias associadas - glicemia de jejum e pósprandial, dislipidemia, investigação de tuberculose etc.;

ABORDAGEM TERAPÊUTICA:

- Acompanhamento psicoterápico se necessário;
- Mudanças nos hábitos de vida;

- Afastamento dos fatores ambientais deletérios à fertilidade;
- Tratamento das infecções;
- Tratamento das doenças associadas.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM INFERTILIDADE

Deverão ser encaminhados aos serviços de Infertilidade Conjugal os casais/ pessoas que obedecerem a todos os seguintes critérios:

QUANTO AO PERFIL DO USUÁRIO:

- Mulheres com idade inferior a 40 anos;

QUANTO AO TEMPO DE INFERTILIDADE:

- Um ano para casais que estejam tentando engravidar com vida sexual ativa e sem uso de medidas anticonceptivas;
- Seis meses quando a mulher tiver idade superior a 35 anos;
- Quando já avaliados (temperatura basal, muco cervical, espermograma, histerossalpingografia e assistidos com orientações e investigações já descritas) pelos serviços de saúde de atenção primária;
- Qualquer tempo, na presença de fatores diagnosticados que necessitem de investigação e assistência especializada.

Assistência à Anticoncepção

A assistência à anticoncepção tem o objetivo de assistir as mulheres/casais, que não desejam engravidar nesse momento. Os serviços de saúde do município devem, através de instruções a respeito da fertilidade, da anticoncepção e dos métodos anticoncepcionais, subsidiar a escolha consciente e o uso adequado do método que mais se adapta à realidade do casal/mulher.

QUANTO À AVALIAÇÃO DA MULHER/CASAL

A consulta inicial engloba:

A- AVALIAÇÃO CLÍNICA E GINECOLÓGICA COMPLETA:

- Anamnese;
- Exame físico geral;
- Exame de mamas;

- Exame ginecológico e realização do exame preventivo de câncer de colo uterino se o mesmo foi realizado há mais de um ano ou há mais de 3 anos com 2 exames consecutivos normais.

B- ANÁLISE DA ESCOLHA E PRESCRIÇÃO DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL BUSCANDO:

- Esclarecer sobre o uso e os possíveis efeitos esperados, específicos de cada método;
- Alertar sobre as complicações e orientar para que procure atendimento imediatamente.

C- ENCAMINHAR ÀS ATIVIDADES EDUCATIVAS;

D- REALIZAR O PREENCHIMENTO ADEQUADO DOS REGISTROS CONTENDO INFORMAÇÕES SOBRE:

- Tipo de risco;
- Método disponibilizado;
- Avaliação clínica;
- Conclusão do atendimento.

AS CONSULTAS DE RETORNO ENGLOBAM:

- Reavaliação da indicação e da aceitabilidade do método, de acordo com a presença ou não de reações adversas e efeitos colaterais, dificuldades na aplicação do método, participação do parceiro etc.;
- Informação sobre a menstruação;
- Avaliação de: peso, PA, exame das mamas, exame ginecológico, intercorrências clínicas ou ginecológicas;
- Solicitação de exames complementares, se necessário;
- Orientação sobre a importância do retorno e a participação nas atividades educativas;
- Agendamento em trabalho educativo e retorno com o profissional que realizou o 1º atendimento em 40 dias.

QUANTO AO CONTEÚDO EDUCATIVO

TEM COMO OBJETIVO:

- Oferecer à clientela informações necessárias para a escolha e o posterior uso do método mais adequado;
- Utilizar metodologia que melhor se adapte à disponibilidade de pessoal, tempo, espaço, bem como às características e necessidades da clientela;

- Priorizar prática educativa participativa que permita a troca de informações e experiências baseadas nas vivências das próprias mulheres. A linguagem do profissional deve ser acessível, simples e precisa.

ABORDAR OS SEGUINTE TÓPICOS, ENTRE OUTROS:

- Importância do Planejamento Familiar;
- Noções sobre fisiologia e anatomia dos órgãos sexuais e sexualidade;
- Tipos de métodos;
- Características, vantagens, desvantagens, efetividade, contra-indicações e complicações relativas aos métodos;
- Prevenção de DST/AIDS.

QUANTO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

A indicação do método anticoncepcional a ser utilizado pelo indivíduo deve considerar:

- Eficácia, inocuidade, disponibilidade, facilidade de uso, aceitabilidade e reversibilidade;
- Estado de saúde, presença de risco reprodutivo, escolha pessoal, condições sócio-econômicas, entendimento do uso adequado do método, fase da vida, hábitos de vida, padrão de comportamento sexual, ideias e preconceitos a respeito dos métodos, aspirações reprodutivas, métodos utilizados anteriormente e sua respectiva eficácia etc.;
- Após retorno obrigatório de 30 dias, preconizamos retornos anuais para reavaliação do método e paciente.

A tabela abaixo destaca os métodos contraceptivos disponíveis na rede municipal

CLASSIFICAÇÃO DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS DISPONÍVEIS NA REDE	
CLASSIFICAÇÃO	TIPO
Métodos de Abstinência Periódica e Natural	Temperatura Basal Ogino Knaus ("tabelinha") Billings (Muco cervical) LAM (amenorreia durante a amamentação) Sintotérmico
Métodos de Barreira	Condom – Masculino Condom – Feminino Diafragma Espermaticida
DIU	T Cu 380A
Métodos Hormonais	ORAIS: Minipílulas, Pílulas Combinadas, Pílulas só de progestogênio para anticoncepção de emergência INJETÁVEIS: Mensal e Trimestral
Métodos Cirúrgicos	Laqueadura Vasectomia

A tabela abaixo descreve a taxa de falha dos diferentes métodos

TAXA DE FALHA DE ANTICONCEPCIONAIS		
MÉTODO	TIPO	TAXA DE FALHA (%)
NATURAL	Temperatura Basal	20
	Ogino Knaus	9 a 20
	Billings	3 a 20
	LAM*	1,8
BARREIRA	Condom	2 a 12
	Diafragma	6 a 18
	Espermaticida	3 a 21
DIU	T Cu 380 ^a	0,5 a 1
HORMONAIS	Pílulas Combinadas	0,1 a 3
	Pílula de Progestágeno Puro	0,5 a 3
	Depoprovera	0,3 a 0,4
	Mesigyna	0,4
DEFINITIVOS	Laqueadura**	0,2 a 0,4
	Vasectomia**	0,1 a 0,15

Fonte: Hatcher, R.A. ET AL Contraceptive Technology, 1990 - 1992

* nos primeiros 6 meses após o parto e em amamentação exclusiva e amenorreia.

**Trabalhos científicos recentes mostram aumento na taxa de falha em métodos definitivos em pacientes menores de 25 anos.

MÉTODOS NATURAIS

Os métodos naturais de anticoncepção englobam todas as técnicas baseadas na auto-identificação dos diferentes momentos do ciclo menstrual feminino e consequente abstenção de relação sexual com contato genital no período fértil.

MÉTODO RÍTMICO ("Tabelinha")

O método, também denominado Ogino-Knaus, calendário ou tabelinha, consiste na abstenção das relações sexuais sem contato genital durante o período fértil. A mulher (casal) deve ser orientada a registrar o primeiro dia de cada menstruação durante, no mínimo, seis meses, a fim de se estabelecer seu padrão menstrual e determinar, com segurança, o período de maior risco para concepção.

Atuação do Profissional de Saúde: médico ou enfermeiro

TÉCNICA DE USO

- Verificar o número de dias de cada ciclo - período que engloba o primeiro dia do ciclo (primeiro dia da menstruação) ao último dia (dia anterior ao primeiro dia da próxima menstruação);
- Anotar o ciclo mais curto e o ciclo mais longo;
- Calcular a diferença entre o ciclo mais curto e o mais longo, para identificação das mulheres cuja diferença é maior ou igual a 10 dias, para as quais o método é considerado inadequado devido a grandes chances de falha;

CALCULAR O PERÍODO FÉRTIL MEDIANTE A SEGUINTE FÓRMULA:

Início = ciclo mais curto menos 18

Fim = ciclo mais longo menos 11

- Abster-se de relações sexuais com contato genital no período fértil;
- Orientar que os cálculos sejam refeitos periodicamente, a cada 6 meses, determinando-se ajustes na identificação do período fértil. Para tanto, as mulheres devem permanecer anotando as datas de início dos ciclos.

EXEMPLO:

1º DIA DO CICLO NOS ÚLTIMOS 12 MESES											
21/01	18/02	18/03	17/04	12/05	10/06	10/07	08/08	06/09	04/10	01/11	25/11
28	28	30	25	28	30	29	29	29	28	28	24

Número de dias entre os ciclos

ciclo mais curto: 24 dias

ciclo mais longo: 30 dias

diferença entre os ciclos: $30 - 24 = 6$ dias (padrão hormonal adequado para o método)

início do período fértil: $24 - 18 = 6^\circ$ dia

fim do período fértil: $30 - 11 = 19^\circ$ dia

Orientar abstinência sexual com contato genital no período entre o 6º e o 19º dia dos ciclos posteriores. Se o ciclo atual iniciou dia 3 de abril, do dia 8 até o dia 21 de abril recomenda-se abstinência.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Ciclos menstruais irregulares, com diferença superior ou igual a 10 dias entre o ciclo mais curto e o mais longo;
- Pós-menarca, pré-menopausa, pós-parto e pós-aborto imediato e primeiros ciclos após o uso de anticoncepcionais hormonais;
- Amenorreia;
- Lactação;
- Alteração psíquica que impossibilite o uso adequado do método.

Lembrar: algumas circunstâncias podem desencadear ovulações fora do período esperado, tais como: doenças, viagens, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho etc. Nesse período, o casal deve ser orientado a tomar maiores precauções.

RETORNO

- Avaliar se houve adaptação ao método;
- Esclarecer dúvidas;
- Reforçar as orientações dadas na 1ª avaliação.

PERIODICIDADE DOS RETORNOS

- **Primeiro retorno:** 1 mês após avaliação inicial;
- **Semestral** - para refazer os cálculos do período fértil e reforçar as orientações.

MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL CORPORAL

Este método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal, que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual. Após a ovulação, ela se eleva permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação, fato este provocado pelo aumento dos níveis de progesterona (efeito termogênico). Portanto o método permite, através da mensuração diária da temperatura basal, determinação da fase infértil pós-ovulatória.

TÉCNICA DE USO DO MÉTODO:

- A partir do primeiro dia do ciclo menstrual, verificar e registrar diariamente a temperatura basal, pela manhã em repouso. Usar um termômetro comum, por via oral, retal ou vaginal;
- Verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura por 4 dias no período esperado após ovulação. Reconhecer um aumento de no mínimo de 0,2°C

entre a temperatura baixa e as três temperaturas altas. O período fértil termina na manhã do 4. dia em que foi observada a temperatura elevada;

- Abster-se das relações sexuais durante toda a primeira fase do ciclo (pré-ovulatória);
- Atentar para alguns fatores que podem alterar a temperatura basal, tais como: ingestão de bebidas alcoólicas, atividades físicas, doenças, perturbações emocionais, etc.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Amenorreia
- Irregularidades menstruais
- Alterações psíquicas
- Estresse
- Pré-menopausa
- Mulher com alto risco gestacional

Atuação do profissional de saúde: médico ou enfermeiro

- Na primeira consulta explicar e discutir com a paciente a técnica de uso do método, recomendando com especial atenção a fatores que possam influenciar nos valores da temperatura basal.
- Na consulta de retorno em 1 mês, devendo avaliar a capacidade de interpretação do método pela paciente e posteriormente, consultas ginecológicas anuais. (se necessário para reavaliação do aprendizado do método; novas consultas de retornos mensais poderão ser agendadas).

MÉTODO DO MUCO CERVICAL

Também chamado método de Billings, baseia-se na auto-observação das modificações cíclicas do muco cervical durante todo o ciclo menstrual, o que permite à mulher/ao casal a identificação do período fértil.

O muco cervical, produzido pelas criptas cervicais, apresenta-se pegajoso e grumoso no início do ciclo, dando sensação de secura na vulva. No período fértil torna-se transparente, abundante fluido, elástico, escorregadio, como clara de ovo, dando sensação de umidade e lubrificação. O dia do ápice é o último dia com sensação de umidade lubrificante e pode ser reconhecido pela mudança posterior para secura ou muco pegajoso.

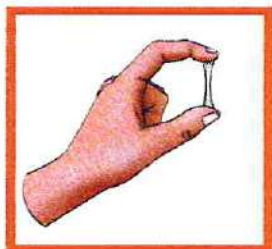


Figura esquemática do muco cervical

Atuação do profissional de saúde: médico ou enfermeiro

TÉCNICA DE USO

- Pesquisar diariamente a presença do muco, observando atentamente a sensação ocasionada por ele;
- Interromper a atividade sexual ao menor sinal da presença do muco, após o período de secura vaginal que normalmente sucede a menstruação;
- Observar o aumento progressivo do muco que atinge o pico durante a ovulação, passando a diminuir a partir dela, por ação da progesterona;
- Permanecer em abstinência por no mínimo 3 dias a partir do pico (ápice), podendo reiniciar a atividade sexual no 4º dia.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Alterações psíquicas.

AVALIAÇÃO INICIAL

- Explicar e discutir com a paciente/o casal a técnica de uso;

MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira são aqueles que evitam a gravidez por meio do impedimento da ascensão dos espermatozoides ao útero. Esse impedimento pode ser mecânico, químico ou misto.

Com a pandemia do HIV/AIDS a indicação do uso desses métodos pelas equipes de saúde deve ser considerada em todos os casais/mulheres que procurem assistência, quer como método anticoncepcional isolado ou como método associado a outros já escolhidos, para a prevenção da DST/AIDS, uma vez que os outros métodos anticoncepcionais não têm ação preventiva para essas doenças.

CONDOM MASCULINO

Também chamado preservativo masculino ou camisinha. Trata-se de um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação

Oferece proteção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis. O preservativo masculino se encontra disponível nas farmácias das UBS de Sorocaba.

TÉCNICA DE USO

- Usar o preservativo em todas as relações sexuais;
- Colocar o preservativo antes de qualquer contato do pênis com os órgãos genitais femininos;
- Desenrolar o preservativo sobre o pênis ereto, deixando um espaço da extremidade sem ar, para o sêmen;
- Se houver necessidade de lubrificação, utilizar substâncias à base de água para evitar a ruptura pela fricção;
- Proceder a retirada do pênis logo após a ejaculação, **enquanto estiver ereto**, pressionando as bordas do condom contra o mesmo;
- Usar uma única vez e descartar.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Anomalias do pênis.

EFEITOS COLATERAIS

- Alergia ao látex;
- Irritação vaginal devido à fricção.

Atuação do profissional de saúde: médico ou enfermeiro

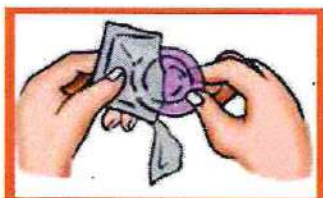
AVALIAÇÃO INICIAL

- Avaliar o grau de participação masculina na prática do anticoncepcional;
- Explicar e discutir a técnica de uso;
- Insistir na importância do uso a cada relação;
- Recomendar a manipulação cuidadosa do preservativo, evitando o contato com unhas longas; não esticar ou inflar;

RETORNO

- Avaliar a regularidade do uso do método;
- Discutir sobre a possível interferência do método na espontaneidade sexual;
- Reforçar as recomendações iniciais.
- Periodicidade dos retornos
- Um mês após a avaliação inicial;
- Anual após o primeiro retorno.

COMO USAR O PRESERVATIVO MASCULINO



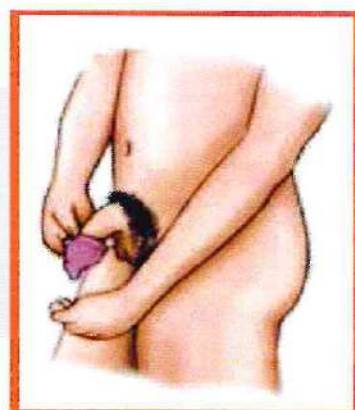
Verifique a data de vencimento na embalagem. Retire a camisinha da embalagem com cuidado.

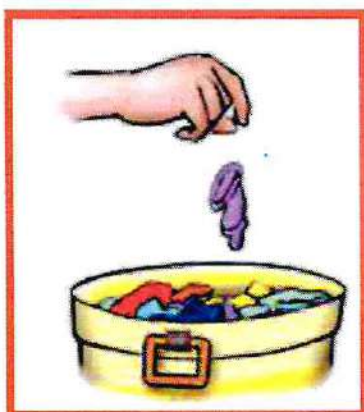
Com a outra mão, pressione entre os dedos, belisque a ponta da camisinha para retirar o ar preso e desenrole a camisinha para cobrir o pênis.



Coloque a camisinha quando o pênis estiver rígido e ereto, mas antes que toque a área genital do parceiro. A borda enrolada deve estar virada para fora.

Depois da relação, retire o pênis com cuidado antes que perca a rigidez. Segure a borda da camisinha contra o pênis de modo que o sêmen não escorra para fora.





Depois de usar a camisinha, jogue fora em um local apropriado.

Retire a camisinha e dê um nó na ponta.

Deve ser usada uma camisinha nova a cada relação vaginal ou anal. A camisinha deve ser colocada no pênis ereto antes que ele entre em contato com a área genital ou anal do(a) parceiro(a).

CONDOM FEMININO

Também conhecido como camisinha feminina ou preservativo feminino. Contraceptivo de barreira vaginal, de poliuretano. Recobre o colo uterino, paredes vaginais e parte da vulva. É mais resistente e durável que o preservativo masculino e oferece proteção mais efetiva contra as DST. Pode ser inserido fora do intercuro sexual, ficando o seu uso sob o controle feminino.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Anomalias vaginais.

EFEITOS COLATERAIS

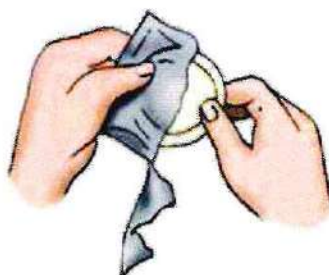
- Alergia.

OBS: Para este método, a rede prioriza pacientes com comportamento de risco (portadoras de HIV, profissionais do sexo, presidiárias ou parceiras de presidiários).

Atuação Profissional: médico ou enfermeiro

COMO USAR O PRESERVATIVO FEMININO

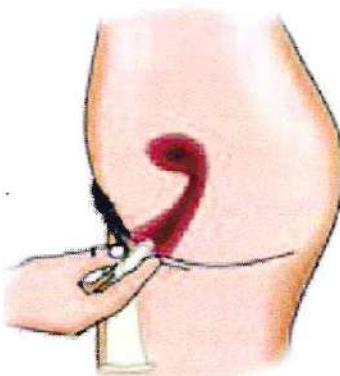
1. Abra a embalagem com cuidado.



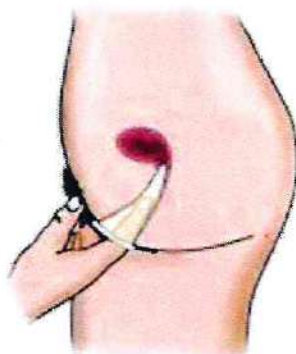
2. Segure o anel pequeno (na parte fechada do preservativo) entre o polegar e o dedo médio.



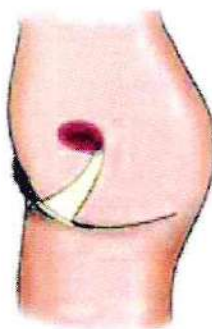
3. Encontre uma posição confortável, sentada ou deitada com os joelhos abertos ou em pé, com um pé apoiado em um banquinho. Aperte o anel pequeno e coloque dentro da vagina, empurrando-a o máximo possível com os dedos.



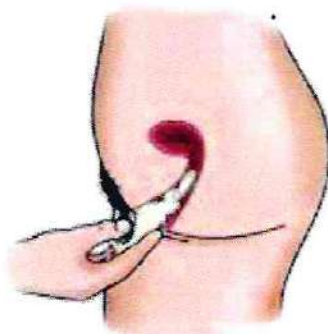
4. Coloque um dedo dentro do preservativo e empurre o anel o mais profundo que puder.



5. O anel externo ficará encostado ao corpo quando o pênis estiver dentro do preservativo. Quando o pênis penetrar a vagina, esteja certa de que ele está dentro do preservativo.



6. Imediatamente após o sexo, retire o preservativo, torcendo com delicadeza o anel externo puxando o preservativo tomando cuidado para que o sêmen não esorra.



DIAFRAGMA

É um pequeno dispositivo circular de borracha, com bordas firmes e flexíveis, que, ao ser colocado na vagina, forma uma barreira física sobre o colo uterino, impedindo a ascensão dos espermatozoides ao útero.

Atuação Profissional: médico ou enfermeiro

TÉCNICA DE USO

- Usar espermaticida nas bordas e no lado côncavo do diafragma;
- Inserir o diafragma um pouco antes da relação sexual, porém não mais que seis horas antes da relação sexual;
- Verificar se o diafragma está colocado corretamente, sentindo o colo uterino através da sua cúpula, com o dedo indicador;
- Remover o diafragma seis a oito horas após o coito;
- Após o uso, lavar com sabão neutro e água fria e enxugar em toalha de pano ou papel. Depois de seco, espalhar amido de milho por toda a superfície e guardar em recipiente próprio;
- Verificar se não tem pequenos furos, olhando contra a luz ou colocando água na sua concavidade e verificando se não há escape.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Configuração anormal da vagina;
- Cistocele ou retocele acentuada;
- Retroversão uterina;
- Prolapso uterino;
- Presença de septos, cistos e fístulas vaginais;
- Pós-parto até a 6ª semana;
- Alergia ao látex ou ao espermaticida;
- Alterações psíquicas graves;
- Cervicocolpites agudas;
- O uso contínuo (acima de 24-36 horas) é contra-indicado, pois há risco de infecção geniturinária e choque tóxico.

EFEITOS COLATERAIS

- Irritação da vagina ou pênis;
- Reação alérgica à borracha ou aos espermaticidas.

AVALIAÇÃO INICIAL

- Ensinar a técnica de uso;
- Determinar o tamanho e o tipo de diafragma a ser utilizado através do exame ginecológico;
- Testar, através do toque vaginal, o diafragma posicionado;
- Solicitar que a paciente retire e recoloca o diafragma no consultório e verificar, pelo toque, se a colocação está correta;
- Pedir que se locomova por 10 a 15 min, com o diafragma, e verificar se há desconforto;
- Colocar e remover o diafragma várias vezes, na primeira semana após a consulta inicial, como aprendizagem, fazendo abstinência sexual neste período;
- Agendar retorno em uma semana, orientando para que venha com o diafragma colocado.

RETORNO

- Verificar se o diafragma está posicionado corretamente, pelo toque vaginal; Solicitar que a paciente retire e recoloca o diafragma, verificando a exatidão da técnica;
Repetir a medida do diafragma:
 - após cada parto;
 - após abortamento;
 - variação de peso superior ou inferior a 5 kg;
 - após cirurgia vaginal ou perineal;
 - a cada dois anos, rotineiramente (substituir o diafragma por outro novo).
- Periodicidade dos retornos:
 - Primeiro retorno após uma semana da avaliação inicial;
 - Segundo retorno 30 dias após;
 - Seguimento posterior anual.

ESPERMATICIDA

Conjunto de substâncias químicas que formam uma película que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozoides, além de lesar a membrana celular dos espermatozoides e inativá-los. Por não apresentar proteção contraceptiva adequada quando utilizado isoladamente, deve ser usado de forma combinada com o diafragma ou preservativo, a fim de aumentar a eficácia isolada de cada um. O agente espermaticida recomendado pelo Ministério da Saúde é à base de nonoxinol-9. Espermaticidas que contenham acetato de fenil-mercúrio não devem ser usados, pois há possibilidade de absorção do mercúrio e teratogenicidade.

As apresentações são: óvulos, supositórios, geleias, cremes, tabletes, espumas, aerossóis. A rede disponibiliza a apresentação em geleias.

Atuação Profissional: médico ou enfermeiro

TÉCNICA DE USO (GELEIA)

- Aplicar uma hora antes da relação sexual;
- Reaplicar a cada relação sexual;
- Evitar duchas vaginais até 8 horas após o coito;
- Lavar o aplicador com água e sabão, enxaguando-o bem. Não se deve fervê-lo.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Mulheres de alto risco gestacional;
- Irritação por reação alérgica (vaginal ou peniana).

EFEITOS COLATERAIS

- Alergia na vagina ou pênis.

AVALIAÇÃO INICIAL

- Ensinar a técnica de uso;
- Esclarecer que o método não oferece proteção satisfatória se usado isoladamente;
- Explicar a associação com o diafragma ou o preservativo. Solicitar que a paciente venha ao serviço de saúde com o diafragma colocado.

RETORNO

- Solicitar retorno, se o método for usado em associação com o diafragma ou o preservativo.
- Periodicidade dos retornos
- Vide diafragma ou preservativo.

MÉTODOS HORMONAIS

São substâncias utilizadas com a finalidade básica de se inibir a ovulação e provocar alterações das características do muco cervical impedindo assim a concepção.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO ORAL (AHCO) E MINIPÍLULAS

Atuação Profissional: prescrição pelo médico ou enfermeiro

Conhecido como pílula. São esteroides isolados ou em associação, com a finalidade de impedir a concepção.

CLASSIFICAM-SE EM:

- minipílulas = progestógeno isolado
- combinada = estrogênio + progestógeno

AS VANTAGENS PRINCIPAIS SÃO :

- praticidade;
- não interferência no relacionamento sexual;
- diminuição do fluxo menstrual;
- melhora da dismenorrea e da tensão pré-menstrual;
- regularidade do ciclo menstrual;
- diminuição de doenças benignas das mamas;
- regressão dos cistos funcionais ovarianos;
- diminuição da incidência de endometriose
- diminuição da incidência de câncer de ovário e de endométrio;
- melhora de doenças como acne, hirsutismo e eczema seborreico.

COMPONENTES DAS PÍLULAS COMBINADAS

Estrogênio

- Etinilestradiol;

Progestogênios

- Levonorgestrel;
- Noretindrona;
- Acetato de Ciproterona;
- Desogestrel;
- Gestodeno;
- Drospirinona
- Clormadinona

A rede municipal disponibiliza para as usuárias o anticoncepcional combinado Etinilestradiol + Levonorgestrel.

COMPONENTES DAS MINI-PÍLULAS

- Levonogestrel;
- Noretisterona;
- Desogestrel;

A rede municipal disponibiliza para as usuárias a minipílula de Levonorgestrel. Seu uso é preconizado nas seguintes situações:

- Associada à amamentação exclusiva até o 6º mês
- Outras indicações ginecológicas não relacionadas à anticoncepção.
- O uso fora do período de amamentação deve ser feito sob orientação médica

TÉCNICA DE USO

- Iniciar no 1º dia do ciclo menstrual;
- Ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário;
- ao final da cartela:
- pílula combinada (21 dias de uso): fazer pausa de 7 dias e, no dia seguinte, iniciar nova cartela, independentemente do fluxo menstrual.
- minipílula: (35 dias) não deve haver interrupção entre uma cartela e outra, nem durante a menstruação.

Em casos de puerpério, vide Anticoncepção Pós-Parto na pág. 56.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Neoplasia hormônio-dependente ou suspeita;
- Câncer de mama declarado ou suspeito;
- Tromboflebite ou doenças tromboembólicas (no presente ou passado);
- Doença coronariana, doença cerebrovascular;
- Sangramento uterino anormal não diagnosticado;
- Gravidez;
- Hipertensão arterial moderada e grave;
- Diabetes insulino-dependente;
- Tabagistas;
- Hepatopatias;
- Doenças cardiovasculares: prótese valvar, hipertensão pulmonar primária ou secundária, estenose mitral com fibrilação atrial ou aumento do átrio esquerdo,

cardiomiopatia, doença cardíaca vascular hipertensiva, Síndrome de Marfan e coarctação de aorta complicada;
Lupus eritematoso sistêmico.

SITUAÇÕES QUE NÃO CONTRA-INDICAM O USO DO AHCO, MAS EXIGEM ACOMPANHAMENTO CRITERIOSO:

(Prescrição restrita ao médico)

- Fatores de risco para tromboembolismo - varizes, imobilização, sobrepeso ou obesidade, anemia falciforme;
- Fatores de risco para doença cardiovascular aterosclerótica - tabagismo, história familiar, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade;
- Fatores de risco para doença hipertensiva - antecedentes de toxemia gravídica, história familiar, idade avançada;
- Epilepsia, psicose e neuroses graves.
- Doenças da vesícula biliar, icterícia gravídica anterior e anomalias da excreção biliar;
- Cefaleia;
- Insuficiência Renal e Cardíaca;
- Otosclerose;
- Hiperprolactinemia;
- Esclerose em placas;
- Pacientes acima de 40 anos;

EFEITOS COLATERAIS

- Cefaleia;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Cloasma;
- Mastalgia;
- Sangramento intermenstrual - principalmente com produtos de baixa dose;
- Acidentes flebíticos ou tromboembólicos;
- Hipertensão Arterial;
- Hepatopatias.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- Medicamentos que comprovadamente diminuem a eficácia dos AHCO: carbamazepina, barbitúricos, hidantoína, rifampicina e griseofulvin.
- Medicamentos cuja ação é reduzida pelo AHCO: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, metildopa, guanetidina.

AVALIAÇÃO INICIAL

- Investigar contra-indicação ao uso de pílulas (Anamnese, exame físico e ginecológico);
- Explicar a técnica de uso;
- Esclarecer a ocorrência de pequenos sangramentos intermenstruais durante os primeiros meses do uso de pílula combinada de baixa dose;
- Orientar para procurar atendimento, se tiver sangramento e/ou dor abdominal de causa indeterminada;
- Recomendar que informe o uso de pílula sempre que for à consulta médica;
- Recomendar que em caso de esquecimento de uso procure a Unidade de Saúde mais cedo possível para orientação.

RETORNO

- Investigar interferência clínica e/ou condições para contra-indicação do uso de pílula;
- Avaliar possíveis reações adversas e orientar que, após período de adaptação, elas devem desaparecer ou diminuir;
- Avaliar as condições de uso (regularidade, tolerância, aceitabilidade etc.).

Avaliar:

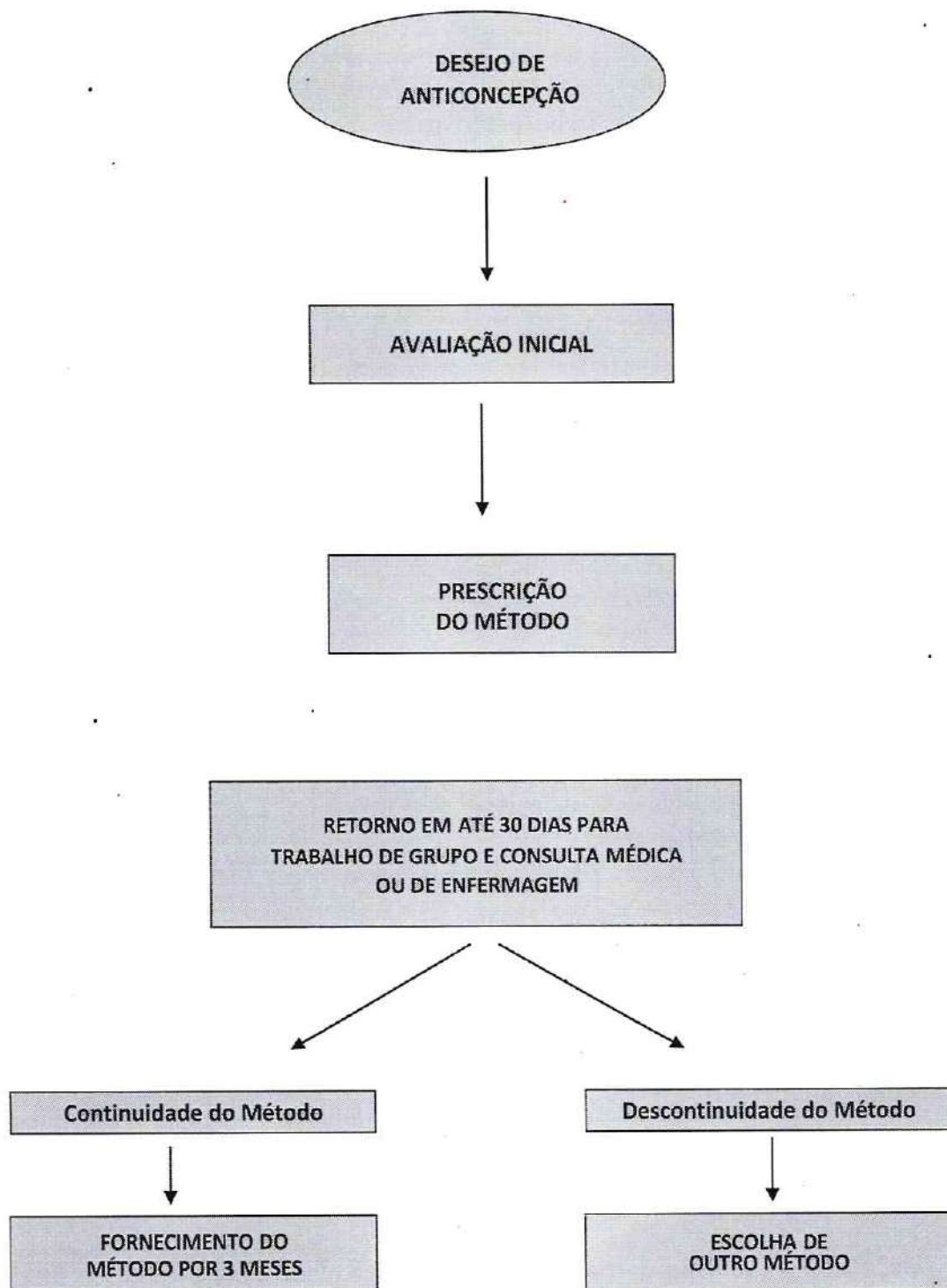
1. peso;
2. pressão arterial;
3. exame ginecológico e de mama;
4. colpocitológico anual.
5. Prescrever a quantidade de cartelas de pílulas necessárias até o próximo retorno.

Periodicidade dos retornos:

1. Mensal após avaliação inicial (1º retorno* após a prescrição)
2. Anual.
3. Atendimento individual com médico ou enfermeiros. Orientar uso de preservativo até a definição de novo método. Orientamos o uso de preservativo por 30 dias a partir do início de qualquer método.

ATENÇÃO: O 1º retorno da paciente deve ser agendado para o trabalho de grupo onde o responsável pela atividade educativa poderá fornecer o método pelos próximos 3 meses.

FLUXOGRAMA PARA PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS



Usuárias habituais que nunca tenham passado por trabalho educativo em Planejamento Familiar, ao renovar sua receita de contraceptivo devem ser encaminhadas ao trabalho de grupo.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL

Atuação do Profissional de Saúde: prescrição por médico ou enfermeiro

São anticoncepcionais para uso feminino, que contêm progestógeno isolado ou associado ao estrogênio, para administração intramuscular profunda.

ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL MENSAL

Vantagens:

- Alta eficácia;
- Comodidade de aplicação por ser dose única mensal;
- Não interfere com o ato sexual;
- Menor repercussão metabólica que os AHCO, devido a ausência da 1ª passagem hepática;
- Preservação de sangramento semelhante ao do fluxo menstrual, ao fim do efeito contraceptivo.

COMPONENTES

- Enantato de Noretisterona 50mg e valerianato de Estradiol 5 mg (Mesigyna®- disponível na rede);
- Acetato de medroxiprogesterona 25 mg e Cipionato de Estradiol 5 mg (Perlutan®).

TÉCNICA DE USO

- Na primeira vez deve ser aplicado entre o 1º e 5º dias do ciclo menstrual;
- Repetir a cada 30 dias;
- Aplicação por via intramuscular, na região glútea;
- Recomenda-se não massagear ou usar compressa quente no local;

CONTRA-INDICAÇÃO

- Lactação;
- Gravidez;
- Câncer genital e mamário;
- Hepatopatia;
- Enxaqueca grave;
- Sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico.

EFEITOS COLATERAIS

- Alterações menstruais;
- Cefaleia;
- Náuseas e vômitos;
- Mastalgia;

AValiação Inicial

- Realizar anamnese, exame físico e investigação de todas as condições que contra-indiquem o uso de hormônio;
- Explicar possíveis ocorrências de irregularidade menstrual e outros sintomas/sinais;
- Orientar para procurar atendimento quando houver qualquer dúvida, ou suspeita de gravidez ou intolerância às irregularidades menstruais.

Anticoncepcional Injetável Trimestral

Anticoncepção realizada com acetato de medroxiprogesterona de depósito, com alta eficácia por três meses. Pode ser utilizado no pós-parto e durante a lactação, na presença de amenorreia, e não apresenta interação medicamentosa.

Os principais efeitos colaterais são: irregularidades do ciclo menstrual, amenorreia, alterações de humor, cefaleia, demora no retorno da fertilidade, diminuição da libido, depressão, acne, náuseas, distensão abdominal, desconforto mamário e aumento de peso.

Fora da amamentação, a primeira dose deve ser feita até o sétimo dia do ciclo menstrual, indicando-se o uso de outro método anticonceptivo no primeiro mês após a aplicação. Nestes casos a prescrição deve ser feita sob orientação médica. Repetir a injeção a cada 90 dias.

Nos casos em que a paciente já utiliza o método fora do período de amamentação, tendo sido, anteriormente prescrita pelo médico, o método pode ser transcrito pelo enfermeiro até o período máximo de 1 ano (com indicação apenas para anticoncepção).

OBS₁: Quando o método for usado para outras indicações que não anticoncepção, a prescrição deve ser restrita ao médico.

OBS₂: Durante a amamentação, a prescrição poderá ser feita pelo enfermeiro.

RETORNO

- Avaliar o uso do método;
- Pesquisar condições de contra-indicação.

Analisar:

- peso e pressão arterial;
- realizar exame físico geral e ginecológico.

Periodicidade dos retornos

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

- Mensal ou trimestral (dependendo do tipo injetado) após avaliação inicial;

OBS: O mercado brasileiro possui também anticoncepcionais por via transdérmica/subdérmica (Evra® / Implanon®) e o anel vaginal (Nuvaring®) não disponíveis na rede.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

Atuação do Profissional da Saúde: médicos

Os dispositivos intra-uterinos são artefatos de polietileno que exercem efeito anticonceptivo quando colocados na cavidade uterina. Provocam uma reação inflamatória uterina, desencadeando alterações bioquímicas que interferem no transporte dos espermatozoides no aparelho genital feminino e alteram os óvulos e espermatozoides, **impedindo a fecundação**.

CLASSIFICAÇÃO:

- **DIU medicado ou ativo** - além do polietileno, contém substâncias (metais ou hormônios) que exercem ação bioquímica. Os mais utilizados são os de cobre. O cobre impregna as secreções do cérvix, cavidade uterina e trompas de Falópio, interferindo no transporte do espermatozoide pelo aparelho genital feminino e influi, também, na vitalidade e no transporte do óvulo na trompa.

TÉCNICA DO PROCEDIMENTO

- Orientar detalhadamente a paciente sobre os procedimentos a serem realizados;
- Aguardar resultado de Colpocitologia Oncótica para a inserção do DIU;
- Solicitar a paciente que assine o termo de consentimento livre e esclarecido para a colocação do DIU;
- Exame ginecológico normal.

Momento da inserção:

- Preferencialmente, inserir com a paciente menstruada. Pacientes em uso de anticoncepcional injetável trimestral, em amenorreia por puerpério ou pacientes com ciclos irregulares, solicitar teste de gravidez na semana da inserção.

Etapas:

- toque vaginal bimanual;
- colocação do espéculo estéril;
- assepsia da vagina e do colo uterino;
- pinçamento do lábio anterior do colo, delicadamente;
- realizar a histerometria (medida < 7 e > 10 cm contra-indica o uso);
- colocar o DIU no aplicador;
- realizar a inserção de acordo com o modelo;
- remover cuidadosamente a pinça;
- solicitar USG transvaginal após a inserção.

Etapas para a remoção:

- Explicar o procedimento;
- Inserir o espéculo;
- Realizar assepsia da vagina e do colo uterino;
- Apreender os fios do DIU perto do colo uterino;
- Puxar firme e delicadamente para retirar o DIU.
- A reinserção de outro DIU pode ser feita no mesmo momento da remoção do anterior.

OBS: O uso crônico de anti-inflamatórios pode diminuir a eficácia do DIU.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO SEGUNDO A OMS:

Serão descritos abaixo fatores que, quando presentes, orientam a escolha ou não do DIU como método anticonceptivo.

CATEGORIA 4 - CONTRA-INDICAÇÃO ABSOLUTA

- Neoplasias malignas do colo ou do endométrio, do ovário e coriocarcinoma;
- Sangramento uterino;
- Suspeita de gravidez;
- Doença inflamatória pélvica - episódio atual ou nos últimos 3 meses, ou antecedentes de dois ou mais episódios;
- Malformação uterina;

- Tuberculose pélvica;
- Cervicite purulenta;
- Infecção pós-parto e pós-aborto.

CATEGORIA 3 - CONDIÇÕES ONDE OS RISCOS HABITUALMENTE SUPERAM OS BENEFÍCIOS

- Sangramento menstrual aumentado;
- Pós-parto entre 3 e 28 dias;
- Risco aumentado de DST - parceiros múltiplos ou parceiro com parceiras múltiplas;
- Risco aumentado de contrair HIV;
- AIDS;
- Doença trofoblástica benigna.

CATEGORIA 2 - CONDIÇÕES EM QUE OS BENEFÍCIOS SÃO MAIORES QUE OS RISCOS

- Idade menor que 20 anos;
- Nuliparidade;
- Anemia ferropriva, anemia falciforme, talassemia;
- Pós-parto e pós-aborto de 2º trimestre (inserção antes de completar 48 horas);
- Mioma ou outros problemas anatômicos que não alteram a cavidade uterina;
- História de DIP sem gravidez anterior;
- Vaginite sem cervicite;
- Endometriose;
- Dismenorreia severa;
- Doença cardíaca valvular - complicada - fibrilação auricular, risco de tromboembolismo.

CATEGORIA 1 - USO SEM RESTRIÇÕES

- Doenças da mama;
- Cefaleia;
- Epilepsia;
- Idade limite de 45 anos;
- Antecedentes de gravidez ectópica e DIP com gravidez posterior;
- Antecedentes de cirurgia abdominal ou pélvica, incluindo cesariana;
- Hipertensão arterial sistêmica, doenças tromboembólicas, doença cardiovascular isquêmica, cardiopatia valvular, doenças hepáticas, obesidade e hiperlipidemias;
- Mais de quatro semanas pós-parto sem infecção;
- Após aborto de primeiro trimestre sem infecção;

A presença de dois ou mais fatores concomitantes eleva a categoria da paciente.

Uma adolescente solteira de 15 anos, sem filhos, com história de múltiplos parceiros no ano, por exemplo, apresenta dois fatores da categoria 2 (nuliparidade e idade inferior a 20 anos) e dois fatores da categoria 3 (risco aumentado de contrair DST/HIV/AIDS e múltiplos parceiros). Pertence, portanto, à categoria 4.

REAÇÕES ADVERSAS APÓS A INSERÇÃO

- **Dor** - afastar perfuração uterina, se persistir deve ser retirado;
- **Reação vagal** - manter a paciente em decúbito dorsal com a cabeça baixa até melhorar;
- **Sangramento** - fazer compressão. Se abundante, afastar perfuração uterina e lesão de vasos;
- **Laceração de colo** - fazer sutura;
- **Perfuração** - retirar o DIU;
- **Bacteremia transitória** - pode desencadear endocardite bacteriana.

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O USO

- Dismenorreia e dor pélvica;
- Alergia aos componentes;
- Sangramento menstrual exagerado ou prolongado;
- Expulsão (mais frequente nos três primeiros meses);
- **Gravidez** - intra-uterina ou ectópica.

AVALIAÇÃO INICIAL

- DIU deve ser oferecido como uma opção entre outros anticoncepcionais;
- Verificar se a paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e explicar a técnica de inserção;
- Orientar sobre complicações/intercorrências e enfatizar para procurar atendimento se houver sinais/sintomas;
- A paciente após ser orientada sobre prazo de validade, complicações e índice de falha do DIU deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido conforme modelo encontrado no anexo;
- O médico que realiza a inserção deve estar treinado para o uso do método. Toda a equipe de enfermagem deve estar preparada para atender as intercorrências ou referi-las;
- Na rede encontra-se disponível o T Cu 380.

SINAIS DE ALERTA

A paciente deve ser orientada a procurar o serviço de saúde imediatamente, caso apresente:

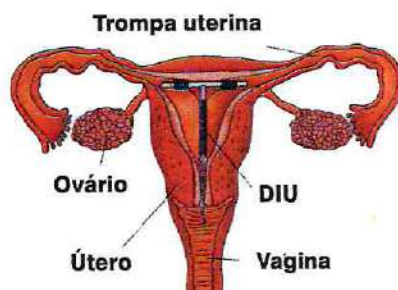
- Atraso menstrual e sintomatologia sugestiva de gestação;
- Sangramento vaginal severo ou irregular e sintomatologia de gestação (há risco de ser gravidez ectópica);
- No relacionamento sexual, sem uso de preservativo, com múltiplos parceiros por parte de um dos membros do casal;
- Dor em baixo ventre, febre, comprometimento do estado geral e leucorreia.

RETORNO

- Avaliar a adaptação ao método;
- Pesquisar intercorrências ou complicações;
- Avaliar prazo de validade do DIU a partir da data de inserção, para substituição:
T Cu 380 A - 10 anos

Periodicidade dos retornos

- Primeiro retorno após realização de USG
- Próximo retorno se tiver intercorrências ou retorno anual.



MÉTODOS CIRÚRGICOS

Consiste na realização de procedimento cirúrgico voluntário, masculino ou feminino, objetivando a esterilização permanente.

CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA

A portaria 144 do Ministério da Saúde, de 20 de novembro de 1997, atualizada pela portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999, permite a realização deste procedimento.

A. Somente será permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres, com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, dois filhos vivos, e através de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos de cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção existentes. Deverá ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. Tal informação deverá estar contida em ficha clínica individual do paciente.

B. Quando se evidenciar clinicamente risco, à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, que recomende a esterilização, o procedimento deverá ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

C. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada sua realização através de histerectomia e ooforectomia.

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

QUANTO AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA CREDENCIADOS

A esterilização cirúrgica somente deverá ser realizada pelos Serviços de referência, segundo os seguintes critérios:

- A instituição deverá manter arquivo individual dos pacientes submetidos a esterilização, nos quais conste, além do prontuário médico, toda a documentação complementar, à disposição de fiscalização a ser exercida pela instância gestora.
- É obrigatório o preenchimento de notificação compulsória, conforme modelo da portaria MS 144 de 20 de novembro de 1997, quando da realização dos procedimentos laqueadura tubária e vasectomia.
- Se necessária laqueadura no momento do parto, devido ao número elevado de cesarianas ou doença severa de base, deverá haver manifestação expressa da vontade do casal/mulher, cerca de 60 dias antes do parto e pareceres de dois médicos, indicando a esterilização cirúrgica e justificando-a.

LAQUEADURA TUBÁRIA

Laqueadura tubária consiste na obstrução do lúmen tubário, impedindo o encontro do óvulo com o espermatozoide. Por se tratar de método definitivo, a indicação deve obedecer os critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação e a normatização vigentes.

FLUXO

Serviço de Saúde de Atenção Primária:

- Avaliar se tem indicação;
- Solicitar ao paciente que assine o termo de manifestação da vontade de realização de anticoncepção cirúrgica;
- Solicitar os exames pré-operatórios;
- Grupo sanguíneo e Rh (se desconhecidos ou na presença de dúvida);
- Hemograma e coagulograma;
- Glicemia em jejum; Parcial de urina;
- Perfil lipídico;
- Solicitar teste imunológico de gravidez se for necessário;
- Encaminhar para serviço de referência credenciada.

Serviço de referência credenciado:

- Confirma indicação;
- Solicitar teste de gravidez se for necessário;
- Realizar o ato cirúrgico;
- Avaliação da equipe de Psicologia do Planejamento Familiar.

Vias de acesso:

- Minilaparotomia; laparoscopia; colpotomia posterior.

Técnicas de laqueadura tubária:

- Pomeroy; Eletrocoagulação Bipolar; Anéis de Silástico (Yoon); Clipes tubários.

Orientações gerais:

- Após a cirurgia, orientar abstinência sexual por 30 dias;
- Retornar a UBS em 7 a 14 dias, para retirada de pontos;
- Procurar imediatamente assistência médica se apresentar febre $>38^{\circ}\text{C}$, dor abdominal persistente, sangramento ou saída de secreção pela incisão.

FALHA CONTRACEPTIVA (0,3 GESTAÇÕES PARA CADA 100 MULHERES NO ANO)

- Paciente grávida no momento da esterilização;
- Fistulização.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Mulheres grávidas;
- Infecções pélvicas ou sistêmicas agudas;
- Fatores que contra-indicam realização cirúrgica;
- Incerteza do casal/mulher sobre a escolha;
- Casos que não preenchem os critérios pré-determinados.

VASECTOMIA

Consiste na secção e/ou oclusão dos canais deferentes, com o intuito de impedir que os espermatozoides façam parte do sêmen ejaculado.

FLUXO

Serviço de Saúde de Atenção Primária:

- Avaliar se está dentro dos critérios citados anteriormente - é pré-requisito; solicitar ao paciente que assine o termo de manifestação da vontade de realização de anticoncepção;
- Encaminhar para o Setor de Planejamento Familiar para avaliação com Equipe de Saúde;
- Realizar a necessidade de exames pré-operatórios.

Serviço de referência credenciado:

- Confirmar indicação e aguarda 60 dias da solicitação;
- Realiza o ato cirúrgico.

Orientações gerais:

- Orientar para que o paciente procure imediatamente a UBS na presença de febre $>38^{\circ}\text{C}$, sangramento ou secreção pela incisão e dor ou aumento de volume escrotal para agendamento com urologista;
- Orientar abstinência sexual por 5 dias e, posteriormente, utilizar métodos de anticoncepção até a realização do espermograma de controle demonstrando azoospermia;
- Realizar espermograma de controle após 25 ejaculações, para confirmar a efetividade do método.

FALHA CONTRACEPTIVA

- Raramente ocorre recanalização espontânea;
- A falha contraceptiva é de 0,1 a 0,15 gestações por 100 homens por ano, uma vez estabelecida azoospermia.

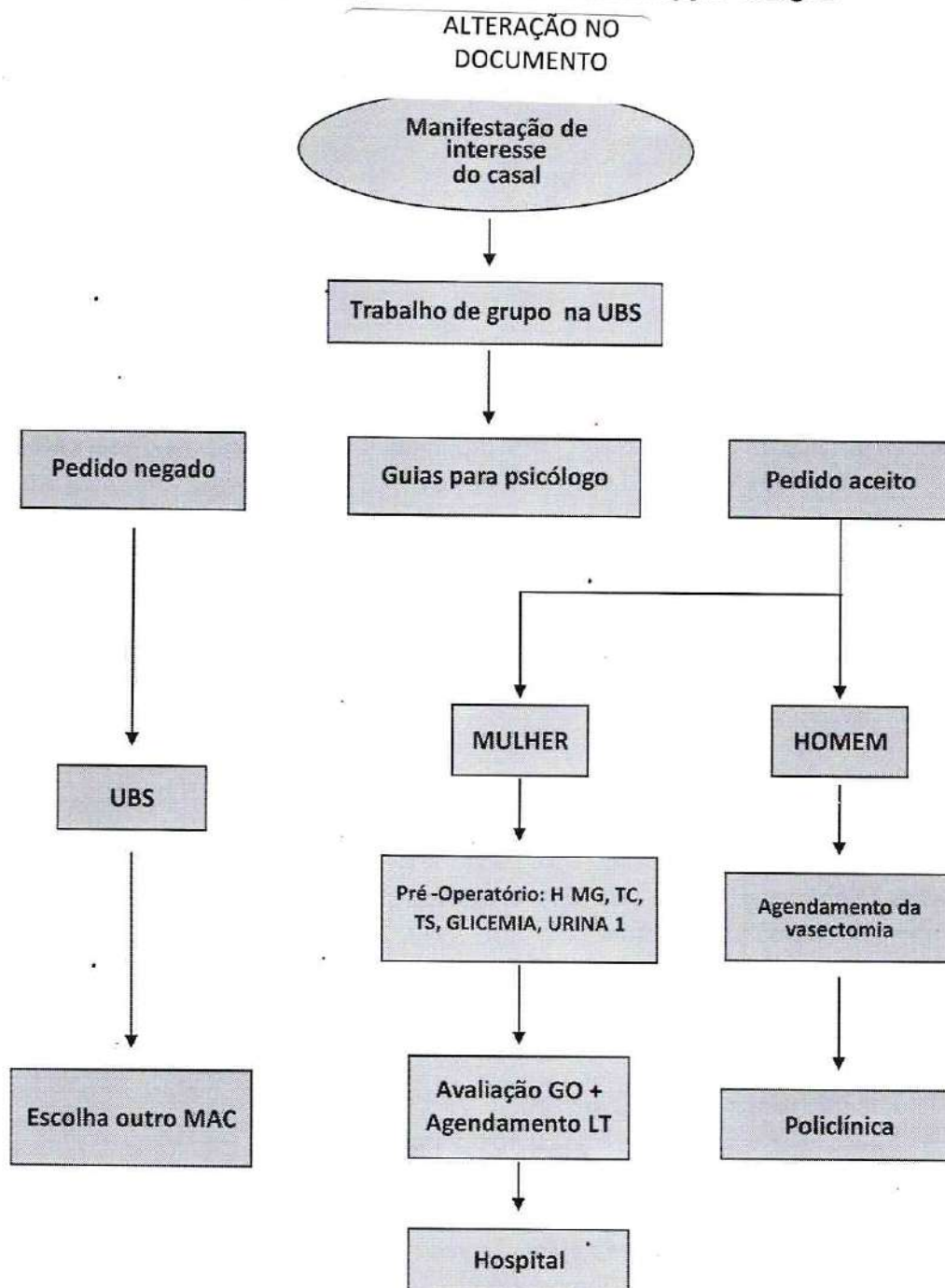
CONTRA-INDICAÇÃO

- Infecção local na pele ou escroto;
- Infecção de trato genital masculino ou orquite;
- Distúrbios de coagulação;
- Presença de fatores que impedem a realização de ato cirúrgico;
- Homens/casais que não estejam seguros da decisão;
- Homens/casais que não preenchem os critérios pré-determinados.

PRECAUÇÕES

- Hérnia inguinal; Orquidopexia;
- Hidrocele; Varicocele;
- Desajustes sexuais.

Fluxograma de encaminhamento para método de anticoncepção cirúrgica



ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Atuação do Profissional da Saúde: prescrição por médico ou enfermeiro

Consiste na utilização de pílulas contendo estrogênio e progestogênio, ou só progestogênio, depois de uma relação sexual desprotegida para evitar uma gestação. Estes hormônios irão interferir na ovulação, na fase lútea, na espermomigração, na fertilização e no transporte e nutrição do ovo. Há evidências experimentais de que, na espécie humana, a administração de esteroides com atividade estrogênica ou progestacional não interfere com o processo de nidificação, uma vez que este tenha se iniciado.

INDICAÇÕES:

- Indicar em situações emergenciais: estupro, relações sexuais desprotegidas, ruptura de condom, esquecimento de mais de dois comprimidos dos contraceptivos orais, ou relações sexuais desprotegidas ocorridas há mais de 90 dias da última injeção do anticoncepcional injetável trimestral, ou há mais de 33 dias da última dose do anticoncepcional injetável mensal;
- Deve ser usada no máximo até 72 horas após um coito fecundante. Tem melhor eficácia quanto mais cedo for iniciada;
- **A anticoncepção de emergência não protege de DST e nem de outra gravidez no ciclo menstrual que foi administrada. A próxima menstruação pode ser antecipada, retardada ou vir no tempo certo; pode ainda ter um fluxo normal, mais intenso ou com volume inferior ao habitual.**
Deve-se pensar em gravidez, caso a menstruação não ocorra em 3 semanas.

MÉTODO DE YUZPE:

- Pílula combinada com 30 mcg de Etinilestradiol + 0,15 mg de Levonorgestrel 4 comprimidos a cada 12 horas (duas doses);
- O método de Yuzpe previne 77% das gravidezes esperadas se usado até 24 horas, 36% entre 25 e 48 horas, e 31% entre 49 e 72 horas da relação sexual desprotegida.

PÍLULA SÓ DE PROGESTOGÊNIO:

- Comprimido com 0,75 mg de Levonorgestrel – um comprimido a cada 12 horas (duas doses); ou
- Comprimido com 0,75 mg de Levonorgestrel – dois comprimidos em dose única; ou
- Comprimidos de 1,5 mg de levonorgestrel – um comprimido em dose única.

Observações:

- O levonorgestrel previne 95% das gravidezes esperadas quando tomado até 24 horas do coito desprotegido; 85% se usado entre 25 e 48 horas, e 58% entre 49 e 72 horas;
- Estudo recente da OMS demonstrou taxa de gravidez da dose única de 1,34% contra 1,69% para o esquema de duas doses. O mesmo estudo mostrou que a taxa de gravidez mantém-se em níveis relativamente altos, se usado até cinco dias após a relação sexual desprotegida (2,44% em dose única e 2,67% em dose dividida)
- Há evidência de menor taxa de gravidez em mulheres que após o uso de levonorgestrel não tiveram coito até a próxima menstruação. Deve-se orientar a abstenção sexual até a menstruação seguinte, mesmo nas mulheres que iniciaram imediatamente outro método anticoncepcional.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Considerar as contra-indicações para o uso de anticoncepcionais hormonais;
- Avaliar a relação risco/benefício, respeitando a opção da usuária;
- Embora haja riscos no uso de ACHO em altas doses em fumantes, maiores de 35 anos, obesas, hipertensas etc., estes são, na maioria, dependentes do período de tempo de uso. Deve-se considerar também o risco de uma gestação indesejada nesta população.

EFEITOS COLATERAIS

- Náuseas e vômitos entre 20 a 70% dos casos (usar antieméticos);
- Cefaleia, mastalgia, dores abdominais;
- Irregularidades menstruais - se houver atraso menstrual ou sangramento menstrual prolongado e anormal, deve-se descartar gestação;
- Repetir a dose se houver vômitos até 2 horas após a ingestão dos comprimidos. Fazer anti-emético e aguardar 30 minutos para nova tomada.

ANTICONCEPÇÃO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO

A duração da amenorreia e do período anovulatório no pós-parto relaciona-se com a frequência e duração das mamadas, com a continuidade da amamentação noturna e a administração de outros alimentos ao bebê. No aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses após o parto, as taxas de gestação são em torno de 1,8% em mulheres amenorreicas.

A eficiência anticonceptiva declina nos casos em que a amamentação é parcial, quando houver associação de outros alimentos para o bebê e no retorno da menstruação.

Nos casos em que não houver amamentação, a fertilidade retorna num período estimado de 1 a 2 meses após o parto, sendo que a ovulação pode ocorrer em até 40 dias, e nos casos de pós-aborto o retorno à fertilidade se dá no primeiro ciclo.

A equipe de saúde deve:

- Captar precocemente as mulheres no período de puerpério para o programa de planejamento familiar;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- Orientar para a consulta de puericultura;
- Iniciar programa educativo;
- Informar sobre a importância do período de 24 meses entre as gestações para a saúde materno-infantil;
- **Indicar o uso de medidas anticonceptivas antes que o casal/mulher retorne às relações sexuais. A lactação deve ser prioridade e o método anticonceptivo não deve interferir negativamente nesse processo. Para tanto, considerar as informações descritas a seguir:**

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	MULHERES QUE AMAMENTAM	MULHERES QUE NÃO AMAMENTAM
LAM - método da amenorreia na lactação (amamentação exclusiva + amenorreia + período até 6 meses após o parto)	Amamentação exclusiva - não há necessidade de anticoncepção antes de 6 meses, considerando a presença da amenorreia, mamadas noturnas com intervalo inferior a 6 horas e menos de 10% de uso de outros alimentos (suco, chá, água) Amamentação parcial - indicar anticoncepção a partir de 45 dias após o parto.	
MÉTODOS DE BARREIRA	Condom - em todas as relações sexuais. Sugerir o uso dos lubrificadores. Diafragma - em todas as relações sexuais. Fazer nova medição do tamanho, após 6 a 8 semanas após o parto.	Condom - em todas as relações sexuais. Sugerir o uso dos lubrificadores. Diafragma - em todas as relações sexuais. Fazer nova medição do tamanho, após 6 a 8 semanas após o parto

DIU	Pode ser colocado após 6 a 8 semanas do parto.	Pode ser colocado após 6 a 8 semanas do parto
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COM PROGESTOGÊNIO ISOLADO	Minipílula - iniciar após 40 dias do parto. Injetável trimestral - muito eficazes mesmo após o término da amamentação. Uso recomendado 6 semanas após o parto, principalmente em prematuros, pela imaturidade do sistema hepático do recém-nascido.	Minipílula - iniciar no 1º dia da 1ª menstruação ou após 40 dias do parto. Injetável trimestral - início 40 dias após o parto.
MÉTODOS NATURAIS	Avaliação do muco cervical e da temperatura basal após 15 dias do parto. Indicado para mulheres com experiência anterior no uso do método. Método de difícil controle pela amenorréia da lactação.	Para mulheres com experiência no método. O método do calendário deve ser iniciado a partir de 6 ciclos menstruais após o parto.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO	Contra-indicado na lactante exclusiva até 6 meses após o parto . A partir do 6º mês pode ser utilizada em pacientes que estejam em regime de amamentação integral ou quase (Fonte: Manual de Planejamento Familiar da OMS - 2007)	Pílula combinada ou injetável mensal - iniciar nos primeiros 5 dias da 1ª menstruação ou após 40 dias do parto.

ANTICONCEPÇÃO NO CLIMATÉRIO

O climatério representa o período de transição entre os períodos reprodutivo e não reprodutivo. Não tem início bem definido, podendo ser considerado aproximadamente dos 35 aos 50 anos.

Esta fase caracteriza-se pela diminuição da fertilidade do casal por:

- Diminuição da fertilidade;
- Aumento dos ciclos anovulatórios;
- Diminuição da frequência das relações sexuais em geral.

Nesta fase da vida, tanto a anticoncepção como as eventuais gestações oferecem risco para a mulher e para a criança. Deve-se considerar, portanto, o uso de métodos anticoncepcionais eficazes e que ofereçam menos riscos para os casais.

Esta população é priorizada no Programa de Assistência ao Planejamento Familiar da SMS, por ser considerada de risco reprodutivo. Na concomitância de fatores de risco, principalmente doenças crônicas, o risco será caracterizado como severo.

A tabela a seguir aborda a indicação dos diferentes métodos anticoncepcionais nesta fase da vida da mulher:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	INDICAÇÃO	CUIDADOS NO USO
MÉTODOS NATURAIS	Indicação limitada por serem menos eficazes devido, também, às irregularidades dos ciclos menstruais nessa época. Não devem ser estimulados.	Contra-indicação relativa para as mulheres/casais com risco reprodutivo severo.
MÉTODOS DE BARREIRA	Mais eficazes pelo declínio da fertilidade nessa época. Indicado o uso em todas as relações sexuais.	Diafragma - contra-indicado nos prolapsos urogenitais e nas alterações de estática pélvica pelos partos anteriores.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL	Pílula combinada de baixa dose previne osteopenia, melhora distúrbios vasomotores, reduz o fluxo menstrual e a dismenorrea, reduz a anemia e promove perfil lipoproteico antiaterogênico. Realizar controle de glicemia e de colesterol total anual. Minipílula - Menos eficaz que os AHCO, devendo ser indicada nos casos de intolerância e/ou contra-indicação ao uso deles.	Pílula combinada - contra-indicado no tabagismo, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes. Minipílula - causa irregularidades menstruais, devendo-se descartar patologia endometrial. Suprime a lipoproteína protetora da aterosclerose. As de 75 microgramas de desogestrel tem eficácia igual as combinadas e tendem à amenorrea.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL	Injetáveis mensais - podem ser usados com segurança. Injetáveis trimestrais - muito eficazes, conferem proteção endometrial.	Provocam alterações menstruais como amenorreia e irregularidades menstruais, devendo ser afastadas anormalidades endometriais.
DIU	Eficácia aumentada em razão do declínio da fertilidade. Menor possibilidade de perfuração, expulsão, remoção, dismenorreia, gravidez ectópica.	Distúrbios menstruais requerem avaliação criteriosa.
ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA	De acordo com os critérios já descritos.	Considerar as orientações já descritos.

ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A menarca, nas meninas vem ocorrendo cada vez mais precocemente, atualmente por volta de 9 e 13 anos e a puberdade entre 10 a 14 anos para os meninos. Em contrapartida, os aspectos atuais da sociedade, relacionados à educação e à realização profissional para o homem e a mulher, ocasionaram a postergação do casamento; porém a liberdade sexual e os estímulos presentes no cotidiano, associados a outros fatores, implicam no início cada vez mais precoce da atividade sexual entre os adolescentes.

O adolescente procura os serviços de saúde quando já iniciou atividade sexual e comumente não utiliza os métodos anticoncepcionais ou faz uso inadequado deles, e este fato se deve a vários fatores :

- Caráter esporádico e/ou não planejado das relações sexuais;
- Sentem-se invulneráveis ou envergonhados e não são suficientemente firmes para negociar o uso de anticoncepção ou condom, principalmente as meninas adolescentes (questão de gênero);
- Tem temor de ser julgado e que se descubra a sua atividade sexual; Medo do exame ginecológico;
- Falta de informação sobre os métodos disponíveis, acham que a pílula pode fazer mal ou engordar;
- Baixo nível socioeconômico e cultural;
- Não conscientização da possibilidade de uma gestação.
- Não participação do parceiro na prevenção da gravidez;
- Há ainda um desejo não revelado de testar sua fertilidade e engravidar ou até de repetir o modelo familiar, quando as suas mães foram grávidas adolescentes.

AS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DO INÍCIO PRECOCE DA ATIVIDADE SEXUAL SÃO :

- Gestação indesejada;
- Índices elevados de morbimortalidade materna por: hipertensão arterial, anemia, hemorragia e infecção;
- Início tardio do pré-natal;
- Consumo de drogas lícitas e ilícitas;
- Abortos provocados;
- Índices elevados de morbimortalidade infantil no primeiro ano de vida por baixo peso, prematuridade, abandono e marginalização;
- Perda da auto-estima, sensação de culpa, vergonha, rejeição familiar e social;
- Experiência sexual insatisfatória;
- Abandono da família, baixa escolaridade, bloqueio profissional, menor perspectiva de ascensão social e perpetuação da pobreza;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Maior risco de neoplasia cervical.

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

Em Sorocaba, em 2009 tivemos um percentual de aproximadamente 14% de grávidas adolescentes. A vida sexual dos adolescentes é um fato, e cada vez mais está sendo estimulada a liberalidade sexual. Compete à sociedade em geral assumir conjuntamente - família/ escola/ profissionais de saúde - o processo de educação sexual das crianças e dos adolescentes. Os Serviços de Saúde, em particular, devem estar organizados para assistir esta população, buscando assumir uma postura aberta e franca, isenta de preconceitos, respeitando as escolhas de cada indivíduo. Procurando promover educação continuada no que diz respeito à sexualidade, relação sexual, anatomia, fisiologia da reprodução, sexo seguro e responsável, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis. Transcrevemos aqui as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) para o atendimento do adolescente:

Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes

Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP - e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (www.febRASGO.org.br/adolescencia.htm). Considerando o número cada vez maior de adolescentes iniciando a vida sexual e o risco que envolve a atividade sexual desprotegida, pediatras e ginecologistas precisam estar preparados para abordagem deste tema durante o atendimento dos jovens. Constitui grande desafio a adequada orientação sexual, que implica em enfatizar a participação da família, escola, área de saúde e sociedade como um todo, nesse processo contínuo de educação. Para tanto é necessário que os profissionais de saúde (generalistas ou especialistas) tenham também conhecimento sobre sexualidade, incluindo a anticoncepção, bem como os aspectos éticos que envolvem a prescrição dos métodos contraceptivos.

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

- 1. O adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta. Deve-se lembrar que a privacidade não está obrigatoriamente relacionada à confidencialidade.
- 2. Confidencialidade é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista, não podem ser passadas a seus pais e ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apoia-se em regras da bioética médica, através de princípios morais de autonomia.
- 3. A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas, violência, entre outras situações.
- 4. Destaca-se a importância da postura do profissional de saúde, durante o atendimento aos jovens, respeitando seus valores morais, sócio-culturais e religiosos.
- 5. O sigilo médico é um direito garantido e reconhecido pelo artigo 103 do Código de Ética Médica, segundo o qual "É vedado ao médico".
- 6. Em situações de exceção, como déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos, desejo do adolescente de não ser atendido sozinho, entre outros, faz-se necessária a presença de um acompanhante durante o atendimento.
- 7. Nos casos em que haja referência explícita ou suspeita de abuso sexual, o profissional está obrigado a notificar o conselho tutelar, de acordo com a lei federal 8069-90, ou a Vara da Infância e Juventude, como determina o ECA, sendo relevante a presença de outro profissional durante a consulta. Recomenda-se a discussão dos casos em equipe multidisciplinar, de forma a avaliar a conduta, bem como, o momento mais adequado para notificação.
- 8. O médico deve aproveitar as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados a sexualidade e saúde reprodutiva.
- 9. A orientação deve incidir sobre todos os métodos, com ênfase na dupla proteção (uso de preservativos), sem juízo de valor.
- 10. A prescrição de métodos anticoncepcionais deverá estar relacionada a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade.
- 11. A prescrição de métodos anticoncepcionais a adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico.
- 12. Na atenção a menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente a informação que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico.

- 13. O médico pode prescrever contracepção de emergência, com critérios e cuidados, por ser um recurso de exceção, as adolescentes expostas ao risco iminente de gravidez, nas seguintes situações:
 - a. não estar usando qualquer método contraceptivo
 - b. falha do método contraceptivo utilizado
 - c. violência sexual

Observações:

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

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

- 14. Nos casos de violência sexual, devem ser respeitadas as normas do Ministério da Saúde, que inclui a contracepção de emergência, devendo a mesma estar disponibilizada nos serviços que atendem essas adolescentes.
- 15. Os adolescentes de ambos os sexos tem direito a educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito a sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito.

A tabela a seguir descreve as principais indicações e contra-indicações dos métodos anticoncepcionais para adolescentes.

MÉTODO	CARACTERÍSTICAS
MÉTODOS NATURAIS	As variações dos ciclos menstruais nesta faixa etária são significativas e não há possibilidade de prever o período fértil com segurança. Os métodos relacionados às transformações do muco cervical, temperatura basal e sintotérmico, além de sofrer as consequências das variações do ciclo, exigem disciplina e autocontrole, características pouco frequentes nesta idade.

CONDOM MASCULINO E CONDOM FEMININO	Apresentam inúmeras vantagens como: proteção contra DST e HIV/Aids, custo relativamente baixo, facilidade na aquisição, complicações raras e boa eficácia. Devem ser usados de forma adequada em todas as relações sexuais Quando não eleitos como método anticoncepcional devem estar associados para prevenção de DST.
DIU	Maior risco de expulsão do DIU pela nuliparidade e maior risco de DIP. Indicado nos casos de gestação anterior e parceiro único, com risco mínimo de DST.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL	Pílula Combinada - Pode ser utilizada nos casos de ciclos irregulares. Avaliar riscos e benefícios. Iniciar após 6 meses da menarca mas se o risco de gravidez for grande pode ser iniciada logo após a menarca. Minipílula - provoca alterações menstruais e deve ser usada no caso de contra-indicação da pílula combinada.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL	Mensal Trimestral – uso à critério médico
ANTICONCEPÇÃO EMERGÊNCIA DE	Usar em situações emergenciais deve ser indicado até 72 horas após um possível coito fecundante.

ANTICONCEPÇÃO E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DUPLA PROTEÇÃO

O programa de planejamento familiar na atualidade deve abordar a prevenção da infecção HIV/AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis, através das orientações rotineiras dos casais/mulheres. O emprego dos métodos de barreira isoladamente, como contraceptivos, ou em associação com outros métodos é fundamental para a prevenção, já que esses últimos previnem gestação mas não DST/HIV/AIDS.

Deve-se estimular a dupla proteção (contra gravidez e DST/AIDS).

A tabela abaixo compara a eficácia dos diversos métodos contraceptivos quanto à prevenção de gestação e de DST/HIV/AIDS.

MÉTODO	PROTEÇÃO CONTRA GRAVIDEZ	PROTEÇÃO CONTRA DST/HIV/AIDS
PRESERVATIVO MASCULINO	Muito boa, se usado correta e regularmente.	Muito boa. O HIV e outros agentes de DST não o atravessam Deve ser usado em qualquer tipo de relação sexual (anal, vaginal, oral).

PRESERVATIVO FEMININO	Muito boa, se usado correta e regularmente.	Muito boa. O HIV e outros agentes de DST não o atravessam.
DIAFRAGMA	Muito boa, se usado corretamente.	Não oferece proteção contra o HIV.
ESPERMATICIDA	Deficiente, se usado isoladamente.	Não oferece proteção contra o HIV.
ANTICONCEPCIONAL ORAL	Excelente, se tomado corretamente.	Nenhuma.
ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL	Excelente.	Nenhuma.
DIU	Excelente.	Nenhuma. Aumenta o risco de DIP após a inserção ou quando o parceiro/usuária tem comportamento de risco.
ESTERILIZAÇÃO	Excelente.	Nenhuma.
MÉTODOS NATURAIS	Boa se observados corretamente.	Nenhuma, se usados isoladamente. Se associados ao preservativo, oferecem proteção muito boa.
ALEITAMENTO	Boa se o aleitamento for exclusivo nos 6 primeiros meses.	Nenhuma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Rosires Pereira et al. Laqueadura Tubária e Vasectomia. *Femina*, junho/98, vol.26 n.º 5, p.449-453.
- ANDRADE, Rosires Pereira et al. Contracepção Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. *Revinter*: Rio de Janeiro, 2000, 287 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde da Mulher. *Assistência ao Planejamento Familiar*. 3 ed. Brasília, 1996. 169 p.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. *Guia para Prestação de Serviços em Saúde Reprodutiva*. s.ed., s.ed., Ceará, p 287-388.
- CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Assistência à Saúde, Coordenação de Normas Técnicas, Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher. *Planejamento Familiar*. 15 p.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Anticoncepção - Manual de orientação*. Melo, N. R. e Pereira, S. F. 1997. 127 p.
- PINOTTI, José Aristodemo et al. *Reprodução Humana*. São Paulo, Fundação BYK, 1996. 657 p.
- RUSCHEL, S. B. ; Ceresér, K. M. M. Anticoncepcionais Orais. in *RBM-GO*, vol. IX, n.º 4, outubro de 1998, p. 164-175.
- SERAFINI, Paulo et al, *O Bê A Bá da Fertilidade*. São Paulo, Organon, 1 de, 1998. 134 p.

ANEXOS

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

As ações de saúde devem estar voltadas para a população em idade fértil e devem assegurar a continuidade no atendimento e avaliação. A motivação, a capacitação da equipe, o envolvimento da comunidade e a acessibilidade ao serviço de saúde são pontos fundamentais para o sucesso do programa.

O monitoramento das ações são importantes para avaliar a cobertura e a qualidade da atenção ao Planejamento familiar. A divulgação da assistência em Planejamento Familiar é essencial para se efetuar a busca ativa das(dos) potenciais usuárias(as) do serviço, não se limitando apenas ao atendimento da demanda espontânea. Também é que ainda na maternidade a puérpera seja referida ao Planejamento Familiar.

COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

- Cadastrar o usuário no cartão saúde;
- Informar às pessoas de sua área de atuação sobre o Programa de Planejamento Familiar;
- Captar para o Programa do Planejamento Familiar: mulheres/casais em idade fértil que desejam anticoncepção e mulheres/casais tenham dificuldade para engravidar;
- Auxiliar a Equipe de Saúde no monitoramento dos usuários do Programa através da busca ativa pela visita domiciliar.

COMPETE AO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Captar para o Programa do Planejamento Familiar: mulheres/homens em idade fértil que desejam anticoncepção e mulheres/homens tenham dificuldade para engravidar;
- Realizar ações educativas;
- Realizar agendamento de consulta médica ou de enfermagem conforme a necessidade;
- Realizar a entrega dos métodos anticoncepcionais e reforçar a orientação do modo de usar;
- Realizar busca ativa aos faltosos ao Programa através de visita domiciliar.

COMPETE AO ENFERMEIRO:

- Captar para o Programa do Planejamento Familiar: mulheres/homens em idade fértil que desejam anticoncepção e mulheres/homens tenham dificuldade para engravidar;
- Realizar e avaliar ações educativas;
- Abrir ou dar seguimento ao prontuário do paciente;

- Realizar consulta de enfermagem conforme a necessidade;
 - Realizar a coleta do exame colpocitopatológico se necessário;
 - Esclarecer sobre o uso e os possíveis efeitos colaterais de cada método;
 - Realizar orientação e controle periódico e contínuo;
 - Referenciar os casos específicos;
 - Anotar no prontuário o método que a paciente está usando, intercorrências, avaliação clínica, em caso de exclusão, anotar a data e o motivo;
 - Programar o monitoramento dos usuários;
 - Realizar agendamento de retorno.
- No caso de opção por Métodos Cirúrgicos, realizar trabalho educativo e encaminhar ao Setor de Planejamento Familiar.

COMPETE AO MÉDICO:

- Captar para o Programa do Planejamento Familiar: mulheres/homens em idade fértil que desejam anticoncepção e mulheres/homens tenham dificuldade para engravidar;
 - Realizar atendimento através de consulta médica para mulheres/homens encaminhados pela equipe de enfermagem e mulheres/homens que na demanda diária da UBS necessitem de anticoncepção e ou encaminhamento para investigação de infertilidade;
 - Esclarecer sobre o uso e os possíveis efeitos colaterais de cada método;
 - Avaliar o risco reprodutivo;
 - Realizar a coleta da colpocitologia oncótica quando necessário;
 - Realizar agendamento de retorno;
 - Realizar orientação e controle periódico e contínuo;
 - Referenciar os casos específicos;
 - Realizar e avaliar as ações educativas e assistenciais;
 - Anotar no prontuário o método que a paciente está usando, intercorrências, avaliação clínica, em caso de exclusão, anotar a data e o motivo;
 - Em caso de opção pelo DIU obrigatoriamente preencher o Termo de consentimento pós informado.
- No caso de opção por Métodos Cirúrgicos, realizar trabalho educativo e encaminhar ao Setor de Planejamento Familiar.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSERÇÃO DE DIU

Eu, _____ afirmo que estou participando do Programa de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, na Unidade de Saúde _____, e declaro que fui informada sobre as indicações, contra indicações, índices de falhas e eficácia dos métodos anticoncepcionais recomendados pela Organização Mundial da Saúde e disponíveis e liberados para uso neste país.

Após o esclarecimento de todas as dúvidas, escolhi como método o DIU (Dispositivo Intra Uterino), e estou ciente que o mesmo é um objeto pequeno de plástico flexível, com revestimento de fios de cobre, a ser inserido no útero através da vagina; e de que o DIU Tcu 380 A tem um índice de falha de 3 em cada 1000 mulheres em um ano. Também estou ciente de que o DIU em 5 a 15 % do total de usuárias pode apresentar os seguintes efeitos colaterais: alterações no ciclo menstrual; sangramento menstrual prolongado e volumoso contribuindo para anemia; sangramento e manchas no intervalo entre menstruações; cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação. Durante o procedimento de inserção, pode ocorrer uma sensação de fraqueza e, excepcionalmente, desmaio; e ainda sei que o DIU, às vezes, pode deslocar-se e sair do útero, sem que eu me dê conta.

Receberei gratuitamente o DIU e comprometo-me a retornar regularmente para controle e adequação do método, de acordo com o Protocolo de Planejamento Familiar em 30 dias; e após, a cada ano. Entendi que sou livre para interromper ou não o uso do método e que este DIU colocado em ____/____/____ tem a validade de ____ anos e deve ser retirado em ____/____/____.

Fui informada também que em caso de dor em baixo ventre, secreção vaginal anormal ou purulenta ou sangramento excessivo, devo me dirigir à Unidade de Saúde _____ ou a um Hospital credenciado pelo SUS, onde receberei atendimento e encaminhamentos que se fizerem necessários.

Pelo presente termo, consinto na inserção do DIU, entendendo que o método não tem eficácia contraceptiva de 100%, e caso venha a engravidar, isento de culpa e responsabilidade o médico que colocou o DIU, bem como a Prefeitura Municipal de Sorocaba, através da Secretaria Municipal da Saúde.

Afirmo ter ciência do texto acima e ter compreendido claramente as informações nele contidas.

Declaro que assinei este termo em duas vias, na presença de uma testemunha, para que produzam os devidos efeitos legais.

Sorocaba, ____ de ____ de ____.

Usuária _____

RG nº _____

Médico _____

Carimbo CRM

Testemunha: _____

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Enf. Cristiane Andrea Rosa de Lima
Dra. Jeane Marie Peter
Dr. Marco Antonio de Barros
Enf. Selma Aparecida Olher Brancalhone

CO-AUTORES E COLABORADORES:

Dr. André Bernardo
Dra. Leonice Castro Pompeu
Enf. Vanise Regina Costa de Oliveira
Fernanda Aparecida Pereira da Silva

2012

PROTOCOLO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ÁREA DE ATENÇÃO | SAÚDE DA MULHER

Secretaria
da Saúde





INTRODUÇÃO	04
DST COMO PRIORIDADE	04
PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O CONTROLE DAS DST	05
ESTRATÉGIAS PARA ADEQUADA ATENÇÃO	05
O MANEJO ADEQUADO DE CASOS DE DST.....	06
ABORDAGEM AOS PORTADORES DE DST	06
DIAGNÓSTICO EM DST	08
ABORDAGEM SINDRÔMICA EM DST	08
SÍNDROMES EM DST	08
CORRIMENTO URETRAL – Tratamento Agente Etiológico	09
CORRIMENTO URETRAL – Tratamento Sindrômico	10
ÚLCERAS GENITAIS – Tratamento Agente Etiológico	11
ÚLCERAS GENITAIS – Tratamento Sindrômico	12
HERPES GENITAL – Tratamento	13
SÍFILIS E CANCRO MOLE – Tratamento	14
CORRIMENTO VAGINAL – Tratamento Sindrômico	15
CERVICITE – Tratamento	17
LEUCORREIAS	18
TRICHOMONAS VAGINALIS	19
VAGINOSE.....	21
CANDIDÍASE	23
FLUXOGRAMA DE DESCONFORTO E DOR PÉLVICA	26
ESQUEMA DE TRATAMENTO DE DIP	27
INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	27
HEPATITE B e C	32
SÍFILIS NA GRAVIDEZ	33
PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA	35
ALGORITMO PARA ABORDAGEM CLÍNICA E LABORATORIAL DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....	43
FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO NO SAME DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL ..	44
Anexo 1 – Notificação de Sífilis em Gestante	45
Anexo 2 – Notificação de Sífilis Congênita	47
Anexo 3 – Demais Doenças Sexualmente Transmissíveis	49
BIBLIOGRAFIA	50

INTRODUÇÃO

Fatos negativos no contexto da atenção às DST em nosso país:

- São escassos os dados epidemiológicos relativos às DST;
- Portadores de DST continuam sendo discriminados o que os afastam dos serviços de saúde;
- Populações prioritárias como adolescentes, profissionais do sexo, homo e bissexuais, travestis e outras, têm pouca acessibilidade aos serviços;
- Atendimento muitas vezes inadequado – resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento;
- Para muitas das DST técnicas laboratoriais existentes não apresentam a sensibilidade e/ou a especificidade satisfatória. Não se oferece resultado de testes conclusivos no momento da consulta;
- Espera em longas filas, agendamento para outro dia;
- Irregularidade na disponibilidade de medicamentos específicos.

O resultado dessa situação de baixa resolutividade dos serviços é a busca de atendimento em locais nos quais não seja necessário se expor e nem espera em longas filas: as farmácias comerciais.

DST COMO PRIORIDADE

Por que as DST devem ser priorizadas?

1. Magnitude:

Mesmo com poucos dados epidemiológicos quando estes são comparados à informações de outros países conclui-se pela elevada frequência das DST em nosso país. Isto mais o alto índice de automedicação, muitos casos acabam ficando nas formas subclínicas permanecendo transmissores.

2. Transcendência:

- As DST são os principais fatores facilitadores da transmissão sexual do HIV;
- Algumas delas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para

complicações graves e até óbito;

- Algumas DST, durante a gestação, podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando a interrupção espontânea da gravidez;
- As DST podem causar grandes impactos psicológicos em seus portadores;
- As DST causam também grande impacto social, custos indiretos para a economia do país.

3. Vulnerabilidade:

As DST são agravos que podem ser evitados com ações de prevenção primária, ex. utilização de preservativo. Além disso, existem tratamentos eficazes para todas elas (com exceção das causadas por vírus).

Se conseguir conscientizar os pacientes da necessidade de procurar rapidamente um serviço de saúde para tratar-se a curto prazo, romper a cadeia de transmissão dessas doenças e consequentemente a infecção pelo HIV.

4. Factibilidade:

O controle das DST é possível desde que existam bons programas preventivos e rede de serviços básicos que sejam acessíveis para pronto atendimento, com profissionais preparados para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento dos portadores de DST e seus parceiros sexuais e garantia de medicamentos e preservativos.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O CONTROLE DAS DST

- Interromper a cadeia de transmissão;
- Prevenir novas ocorrências.

ESTRATÉGIAS PARA ADEQUADA ATENÇÃO

- Prevenção através de constante informação para a população e de atividades educativas;

1. Percepção de risco;
2. Mudanças no comportamento sexual;
3. Promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo;

4. Aconselhamento para as pessoas com DST e seus parceiros visam:
 - Que o indivíduo busque maior cuidado;
 - Associação de DST com HIV;
 - Estimular adesão ao tratamento.
5. Promoção e distribuição de preservativos.

Deteção de Casos.

Importante detectar os portadores assintomáticos, em toda clientela, especialmente em gestantes ou adolescentes, que passam em atendimento ginecológico, planejamento familiar, pré-natal, serviços de prevenção do câncer cérvico-uterino, serviços odontológicos, serviços de enfermagem, etc.;

Para isto, é necessária a mudança na orientação dos profissionais de saúde para que passem a fazer assistência integral aos usuários; assim, os indivíduos em situação de risco teriam uma oportunidade para aconselhamento e/ou diagnóstico;

Tratamento imediato

Deve ser instituída no momento da consulta, preferencialmente com medicação via oral e com dose única, ou com o menor número possível de doses. Utilizar fluxogramas para tratamento imediato e ruptura da cadeia de transmissão.

O MANEJO ADEQUADO DE CASOS DE DST

O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa, mas principalmente uma ação preventiva da transmissão do HIV e do surgimento de outras complicações.

ABORDAGEM AOS PORTADORES DE DST

O atendimento aos portadores de DST visa:

- Interromper a cadeia de transmissão de forma mais efetiva e imediata possível;
- Evitar as complicações da(s) DST;
- Cessação imediata dos sintomas.

O objetivo desse atendimento é tentar prover em uma única consulta:

- Diagnóstico
- Tratamento
- Aconselhamento, que deve estar presente em todo o atendimento. Além de

ouvir as preocupações do cliente, o profissional de saúde deve facilitar a reflexão e a superação de dificuldades, prover informação, apoio emocional e auxiliar nas decisões para a adoção de medidas preventivas. É necessário que o profissional tenha habilidade e sensibilidade para abordar de forma não preconceituosa questões da intimidade, sobretudo a respeito da sexualidade e do uso de drogas, de forma identificar as práticas do usuário que o expõem a risco. O aconselhamento, a avaliação de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais vários profissionais podem atuar, além de médicos (as) e enfermeiros (as).

A conduta não deverá depender dos demorados processos de realização e/ou interpretação de exames, mas exames de laboratório podem ser colhidos.

O exame físico e a anamnese do paciente e de seus contatos sexuais devem constituir-se nos principais elementos diagnósticos das DST, tendo em vista a dificuldade de acesso aos exames laboratoriais.

No atendimento motivado por DST os profissionais de saúde deverão incluir:

- Exame clínico-genital minucioso para busca inclusive de outras DST;
- Educação para redução de riscos;
- Orientação sobre cuidados higiênicos;
- Oferecimento do teste anti-HIV, VDRL e hepatites;
- Aconselhamento;
- Estímulo à adesão ao tratamento;
- Promoção do uso de preservativos;
- Convocação de parceiros sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados;
- Orientar interrupção das relações sexuais até conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Pesquisa e observação de achados que possam identificar outras doenças: inspeção geral, PA, palpação de mamas, toque retal e PAP;
- Agendar retorno;
- Recomendar retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais;
- **Notificação - O impresso próprio deve ser encaminhado para: Programa Municipal de DST/AIDS - Notificação de Sífilis em Gestante (anexo1), Notificação de Sífilis Congênita (anexo 2); demais Doenças Sexualmente Transmissíveis (anexo 3). A sede do Programa Municipal de DST/AIDS e área de vigilância das DST e de AIDS estão situados no prédio do SAME.**

DIAGNÓSTICO EM DST

- Diagnóstico etiológico: testes laboratoriais (pode ser muito demorado e dispendioso);
- Diagnóstico clínico: sinais e sintomas que possam caracterizar uma determinada DST (até mesmo os especialistas podem equivocar-se);
- Abordagem Sindrômica: baseado na identificação de uma ou mais síndromes em DST, indica o tratamento para os agentes etiológicos mais comuns;
- O oferecimento dos testes anti-HIV, VDRL e hepatites devem fazer parte da rotina (com o consentimento do paciente). No caso das gestantes obter o consentimento assinado em prontuário. Em menores de 16 anos o consentimento deve ser assinado pelo responsável legal.

ABORDAGEM SINDRÔMICA DE DST

As principais características da abordagem sindrômica são:

- Classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- Utiliza fluxogramas;
- Indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes nas síndromes;
- Inclui a atenção aos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento, o fornecimento e orientação para utilização de preservativos;

Incluem a oferta da sorologia para sífilis, HIV e hepatites.

SÍNDROMES EM DST

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: • Tricomoníase • Vaginose Bacteriana • Candidíase Cervicite: • Gonorréia • Infecção por Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia Infecção por Clamídia Tricomoníase Mycoplasma Ureaplasma
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura >38°C	Gonorréia Infecção por Clamídia Infecção por germes Anaeróbios

O diagnóstico síndrome inclui o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais frequentes.

As infecções mistas ocorrem com frequência, consequentemente os custos com o tratamento em excesso são compensados pelos custos elevados que advirão ao se deixar de tratar pessoas com infecções mistas ou sem os sintomas específicos de uma determinada doença.

A abordagem síndrome baseia-se em um grande número de estudos epidemiológicos realizados em vários países incluindo o Brasil.

Os Fluxogramas de tratamento são as ferramentas essenciais na abordagem síndrome, porque permitem que profissionais de saúde, mesmo não especializados, diagnostiquem e tratem pacientes com DST no primeiro atendimento, permitindo assim, o tratamento por médicos e enfermeiros, capacitados.

Os enfermeiros poderão usando apenas os fluxogramas do tratamento síndrome para: **Corrimento Vaginal e Uretral, Cervicite e Leucorreias.**

CORRIMENTO URETRAL - TRATAMENTO AGENTE ETIOLÓGICO

CLAMÍDIA ;

AZITROMICINA 1G, VO, DOSE ÚNICA; **OU**

DOXICICLINA 100MG ,VO, DE 12/12h POR 7 DIAS; **OU**

ERITROMICINA (ESTEARATO) 500 MG , VO, DE 6/6h POR 7 DIAS.

+

GONORREIA :

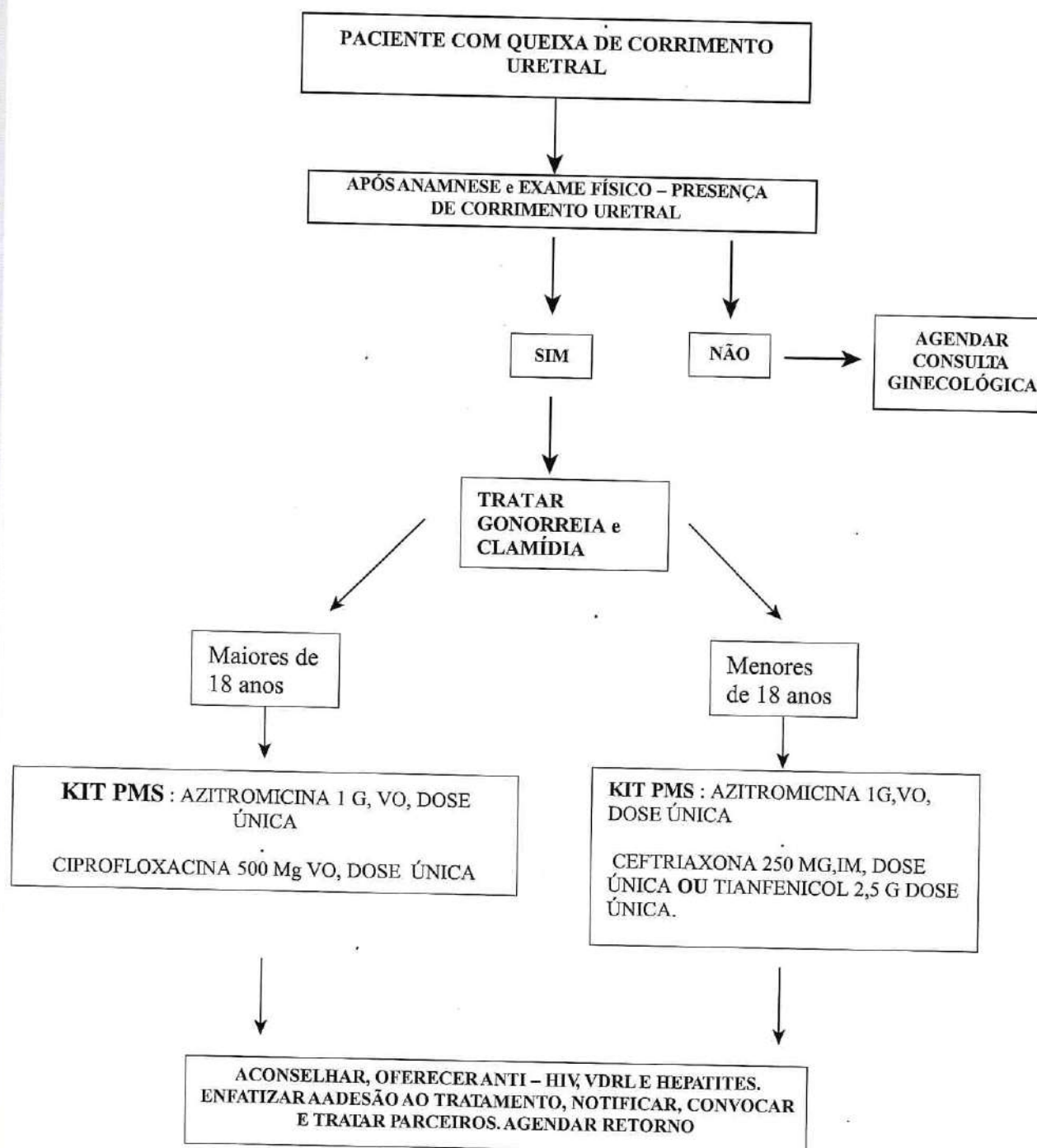
CIPROFLOXACINA 500MG,VO, DOSE ÚNICA; **OU**

CEFTRIAXONA 250 MG, IM, DOSE ÚNICA ;**OU**

TIANFENICOL 2,5 G , VO, DOSE ÚNICA.

CORRIMENTO URETRAL – Tratamento Sindrômico

Fluxograma



Em caso de não resposta ao tratamento encaminhar ao SAME, para avaliação e conduta

ÚLCERAS GÊNITAIS – Tratamento Agente Etiológico

HERPES GENITAL:

1º EPISÓDIO- ACICLOVIR- 200 MG, VO , 2 COMP. DE 8/8h DE 7 A 10 DIAS.
 RECORRÊNCIA- ACICLOVIR – 200 MG, VO, 2 COMP. DE 8/8h POR 5 DIAS.

SÍFILIS:

PENICILINA G BENZATINA, 2,4 MILHÕES UI , IM, DOSE ÚNICA;OU
 ERITROMICINA (ESTEARATO) 500 MG, VO, DE 6/6h POR 15 DIAS.

+

CANCRO MOLE:

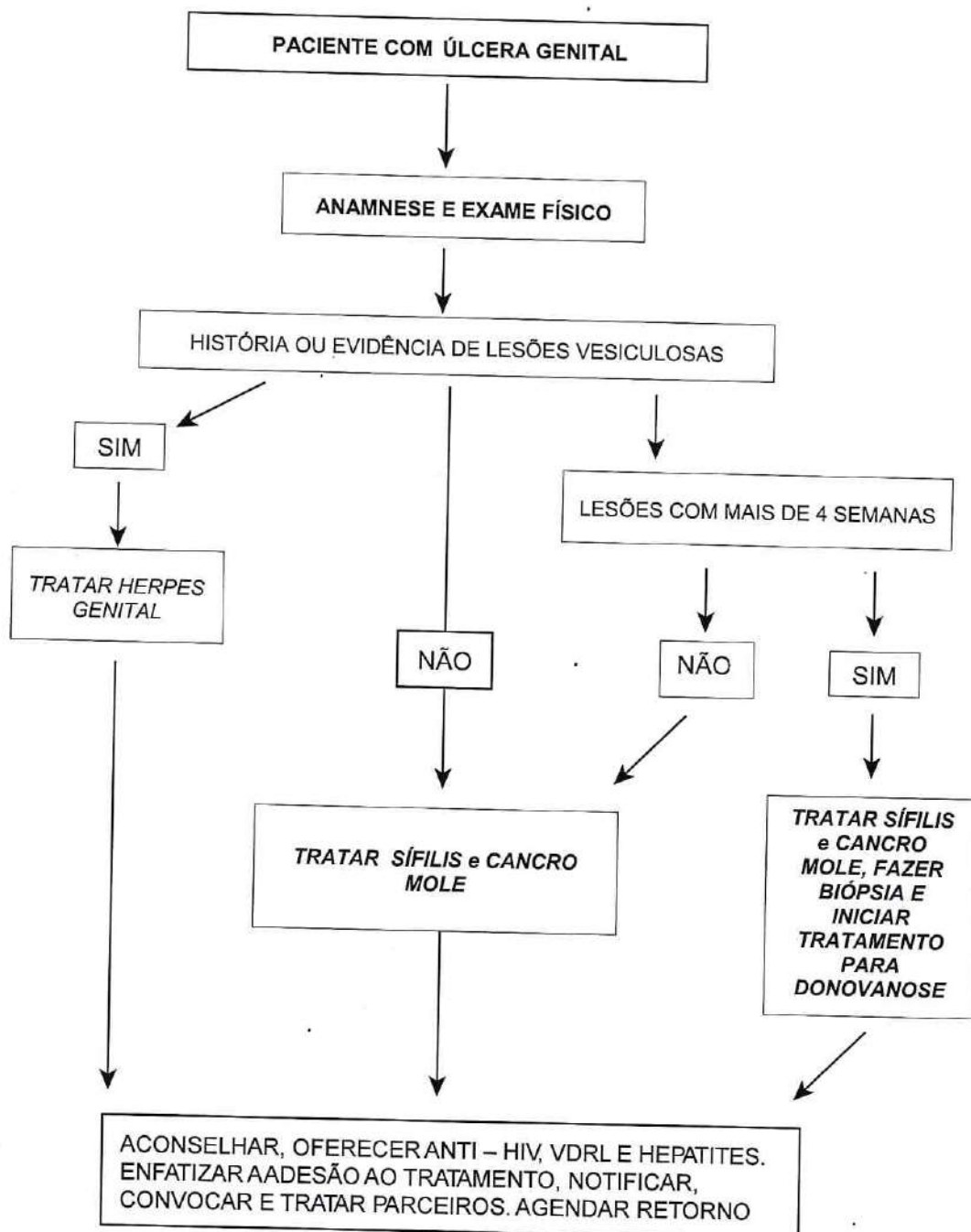
AZITROMICINA 1 G, VO, DOSE ÚNICA; OU
 CEFTRIAXONA 250 MG, IM, DOSE ÚNICA;OU
 CIPROFLOXACINA 500 MG, VO, DE 12/12h , POR 3 DIAS.

DONOVANOSE:

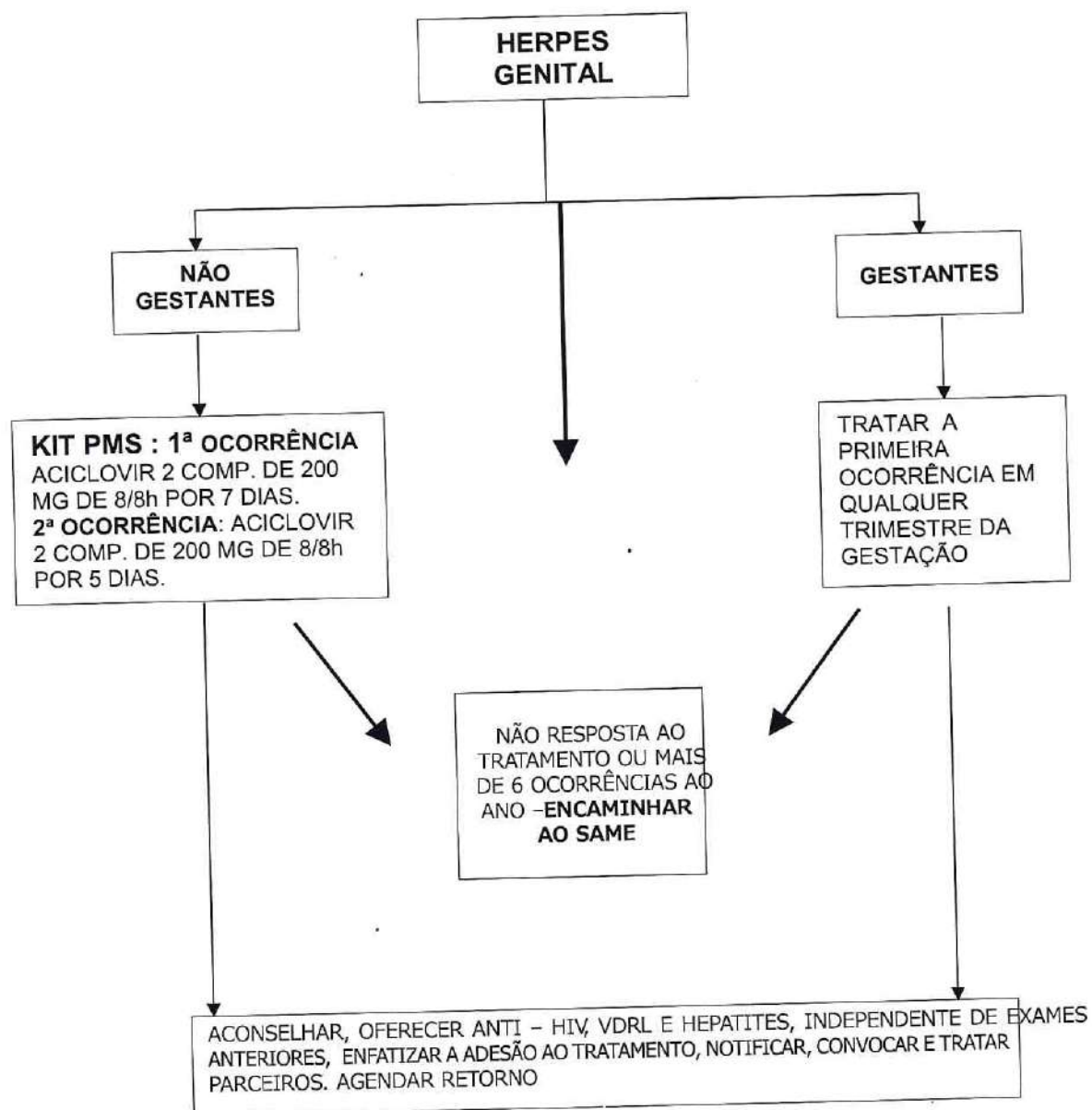
SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM (800 MG E 160 MG), VO, DE 12/12h , NO MÍNIMO, 3 SEMANAS, OU
 ERITROMICINA (ESTEARATO) 500 MG , VO, DE 6/6h POR, NO MÍNIMO, 3 SEMANAS.

ÚLCERAS GENITAIS – Tratamento Sindrômico

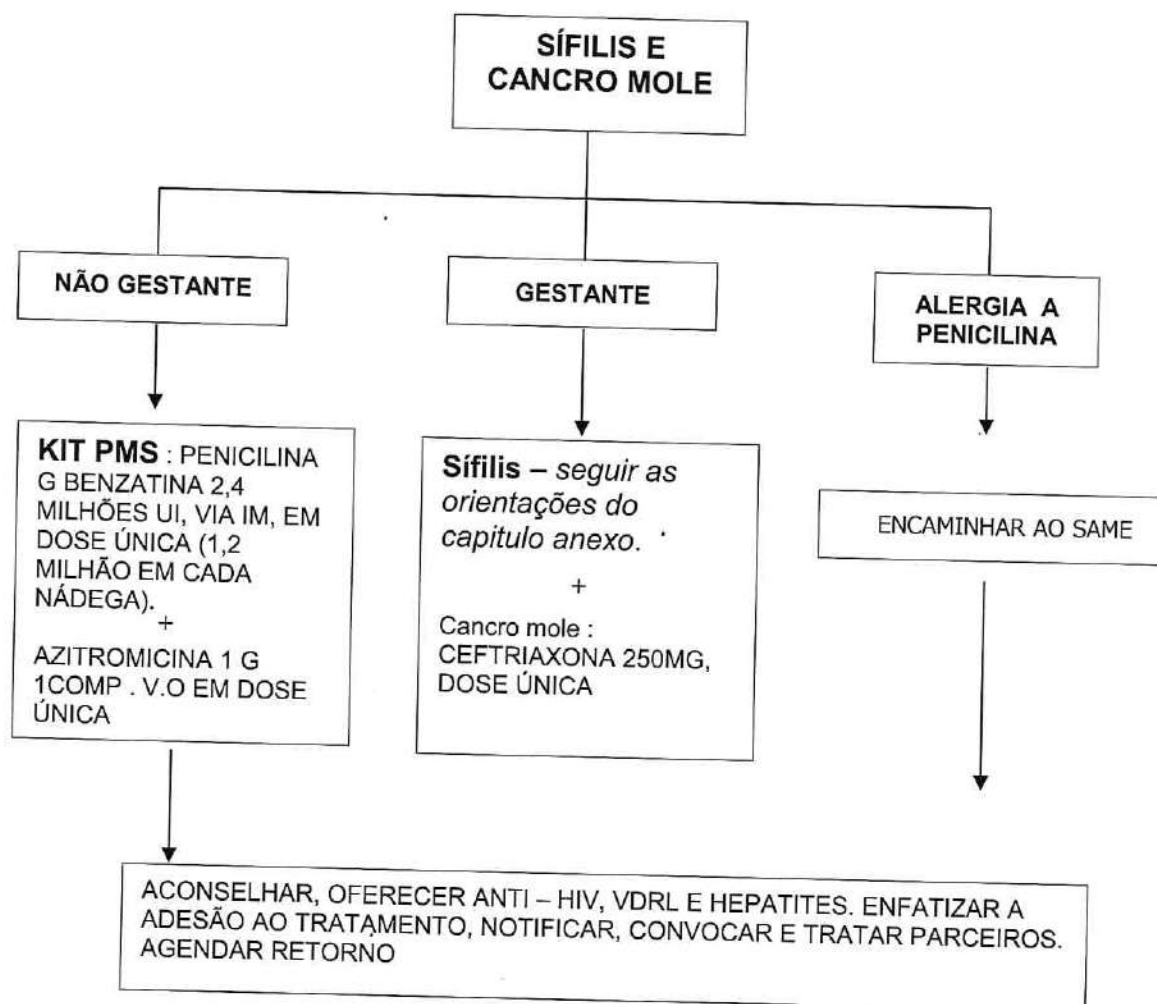
Fluxograma



HERPES GENITAL - Tratamento



SÍFILIS E CANCRO MOLE – Tratamento



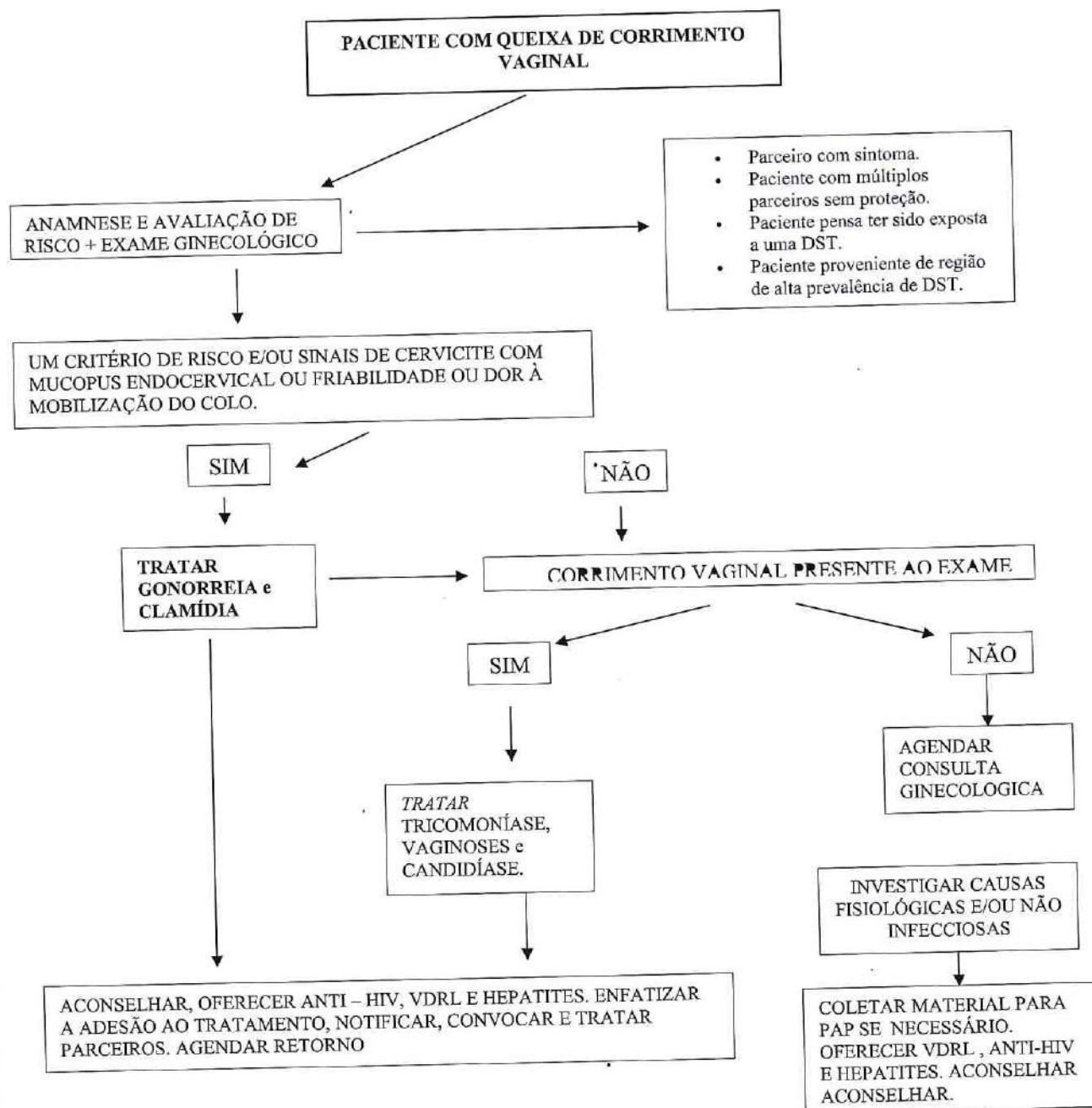
1. Se gestantes seguir o fluxograma em item específico.

Se a lesão ou lesões tiver mais de 4 semanas deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente para Clínica SAME e iniciar o tratamento para donovanose, com Sulfametoxazol/ Trimetoprim (800 mg e 160 mg) VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou Eritromicina (estearato) 500 mg VO, 6/6 h, por no mínimo, 3 semanas.

2. Seguir as orientações gerais durante o tratamento (pág. 36).

CORRIMENTO VAGINAL – Tratamento Sindrômico

Fluxograma sem pH vaginal e ou Microscopia



Notas do fluxograma de corrimentos vaginais

Pacientes com queixa de corrimento vaginal ou presença de corrimento em qualquer situação:

Anamnese:

Em mulheres com queixa de corrimento vaginal, realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação daqueles com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo ou clamídia. Nesses casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar o tratamento.

Critérios de risco para infecção:

- Parceiro com sintomas;
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção;
- Paciente acredita ter se exposto a DST;
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de DST.

Exame ginecológico:

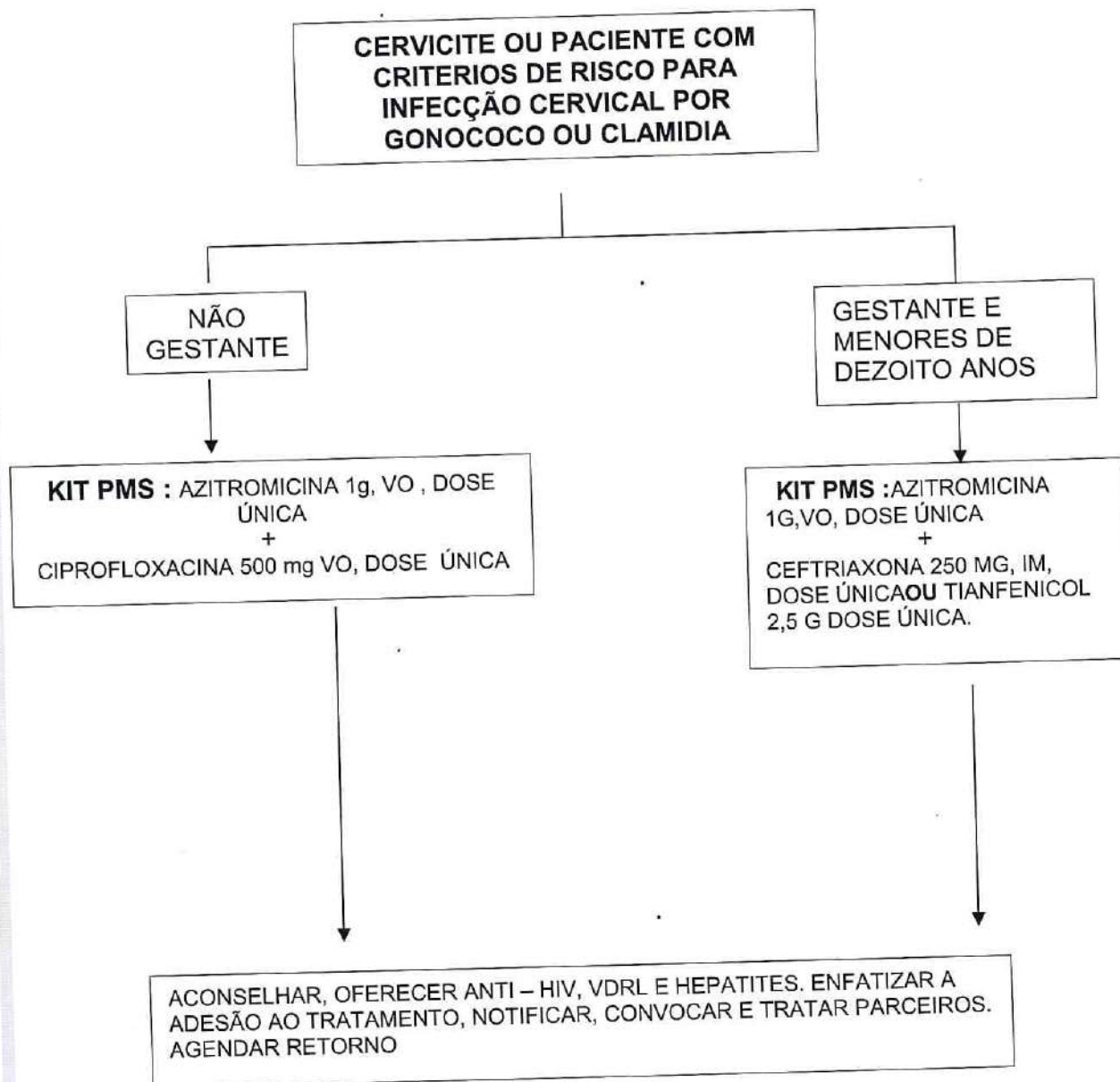
Fazer o teste do cotonete do conteúdo cervical (colher *swab* endocervical com o cotonete e observar presença de *mucopus* contrapondo em papel branco). Se houver *mucopus* endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor a mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorreia e clamídia).

Quando disponível realizar o teste do pH vaginal ou teste de *Whiff* (teste das aminas) com KOH 10%.

pH 4,5 e/ou KOH (+) = tratar vaginose bacteriana e tricomonas
pH 4,5 e/ou KOH (-) = aspecto grumoso tratar monilíase

Citologia oncológica: aproveitar para colher, se houver indicação, conforme preconizado.

CERVICITE - Tratamento



LEUCORREIAS

Se o teste de pH vaginal e/ou teste das aminas não estiverem disponíveis e sendo visualizado o corrimento vaginal no exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis patologias que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase.

Frente a resultados de exames e diagnóstico dos agentes etiológicos, tratar a seguir:

- *Clamídia sp* ou *Actinomyces*

NÃO GESTANTES

Tratamento via oral:

AZITROMICINA	1g em dose única, ou
DOXICICLINA	100mg 2 vezes ao dia, por 7 dias

Tratamento via oral Alternativo:

ERITROMICINA	500mg 4 vezes ao dia, por 7 dias, ou
OFLOXACIN	300mg 2 vezes ao dia, por 7 dias, ou
LEVOFLOXACIN	500mg 1 vez ao dia, por 7 dias, ou
AMOXACILINA	500mg 3 vezes ao dia, por 7 dias.

GESTANTES E NUTRIZES

Tratamento via oral:

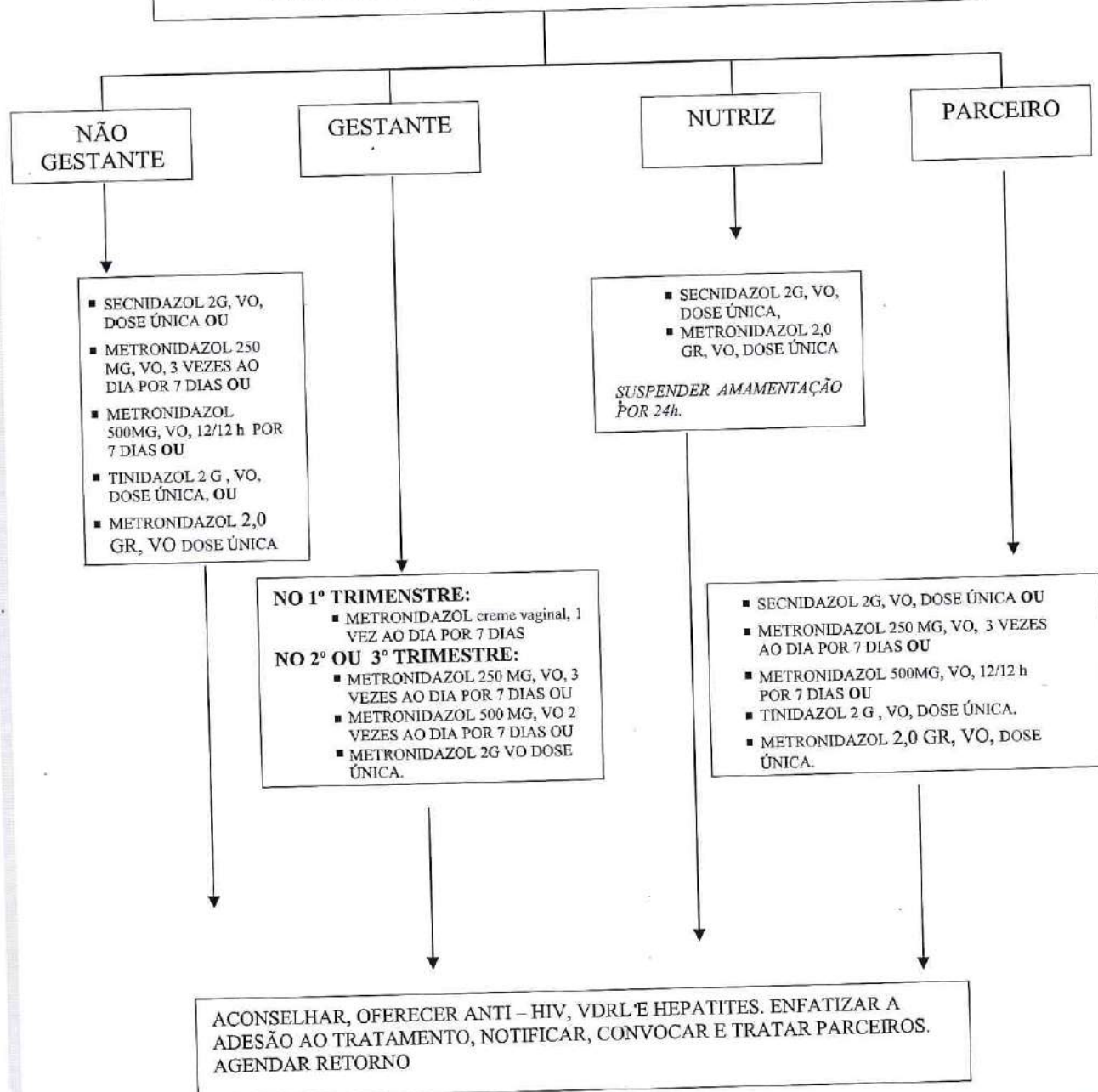
AZITROMICINA	1g em dose única, ou
AMOXACILINA	500mg 3 vezes ao dia, por 7 dias

Obs.: o parceiro deve ser tratado com AZITROMICINA. (1g em dose única)

TRICOMONÍASE

TRICHOMONAS VAGINALIS
TRATAR SEMPRE
COM OU SEM QUEIXA CLÍNICA

TRICHOMONAS VAGINALIS
TRATAR SEMPRE (COM OU SEM QUEIXAS CLÍNICAS)



Tricomoníase é uma DST, isso justifica as ações complementares de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

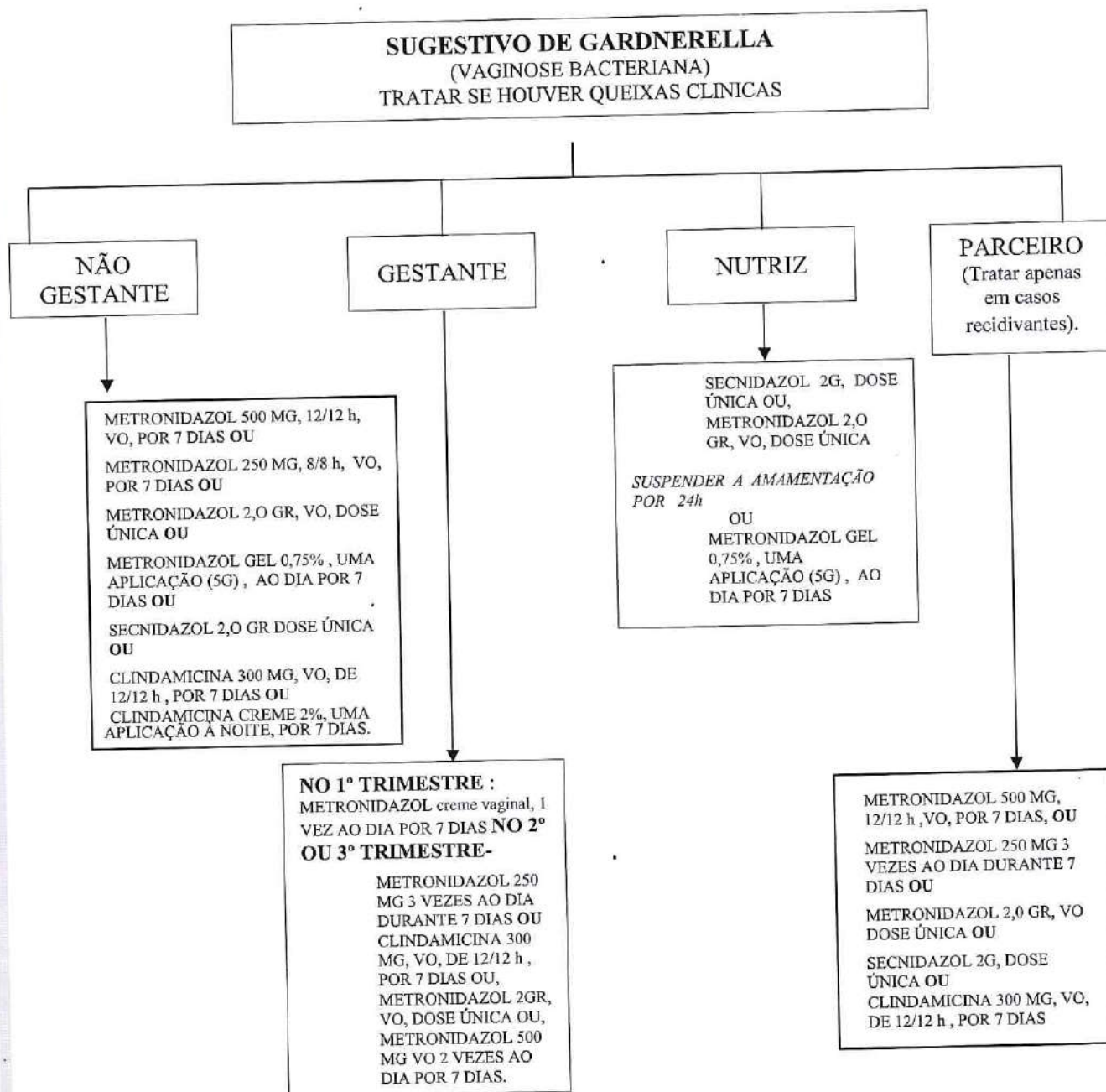
Principais queixas clínicas:

- Prurido;
- Ardência;
- Disúria;
- Corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso, fétido;
- Com escoriações.

Parceiros: tratar ao mesmo tempo em que a paciente e preferencialmente com o medicamento em dose única.

- Portadores de HIV: seguir o esquema acima.
- Durante o tratamento deve-se evitar a ingestão de álcool, devido a interação medicamentosa, podendo levar a efeitos colaterais como: mal estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca.
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.

VAGINOSE



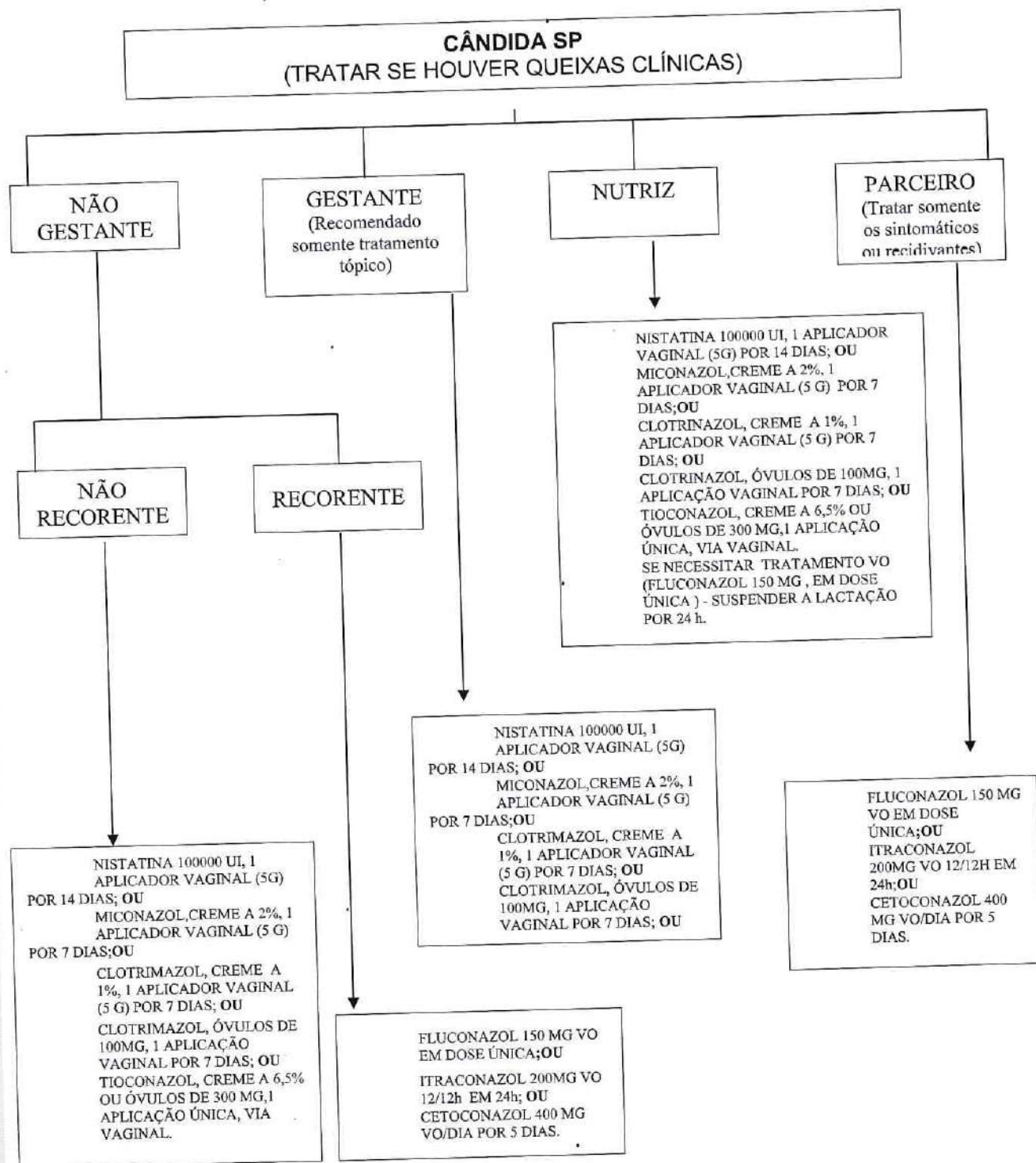
Vaginoses

A Vaginose bacteriana é uma infecção endógena, não uma DST. Não precisam ser realizadas as ações complementares de controle das DST.

Principais queixas clínicas:

- Secreção mal-cheirosa, branca acinzentada, em geral escassa;
 - Com ou sem prurido ou irritação local.
- Parceiros não precisam ser tratados, somente os casos recidivantes, nestes casos tratar ao mesmo tempo em que a paciente, preferencialmente com o medicamento em dose única.
- Durante o tratamento deve-se evitar a ingestão de álcool, devido interação medicamentosa, podendo levar a efeitos colaterais como: mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca.
- Portadores de HIV: seguir esquema acima.

CANDIDÍASE



Candidíase

A candidíase é uma infecção endógena, não uma DST. Não precisam ser realizadas ações complementares de controle das DST.

Principais queixas clínicas:

- Prurido;
- Ardência;
- Disúria;
- Corrimento branco em grumos (leite coalhado);
- Hiperemia local;
- Escoriações;
- Irritação intensa da vagina e vulva.

Orientações:

- Parceiro não precisa ser tratado, exceto os sintomáticos. Tratamento via oral apenas para os recidivantes;
- Portadores de HIV: seguir esquema acima;
- Mulheres que apresentam candidíase recidivante (quatro ou mais episódios por ano) devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, inclusive pelo HIV, uso de corticoide e outros;
- Nestes casos aconselhar e oferecer UDRL, Hepatites e anti-HIV, enfatizar adesão ao tratamento. Buscar parceiros, notificar e agendar retorno.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Considerada a associação de mais de uma DST e destas com a infecção pelo HIV, especialmente nas mulheres que apresentem vulvovaginites comprovadas e com frequência igual ou maior que quatro vezes ao ano. Aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de testes anti-HIV, sífilis e hepatites.

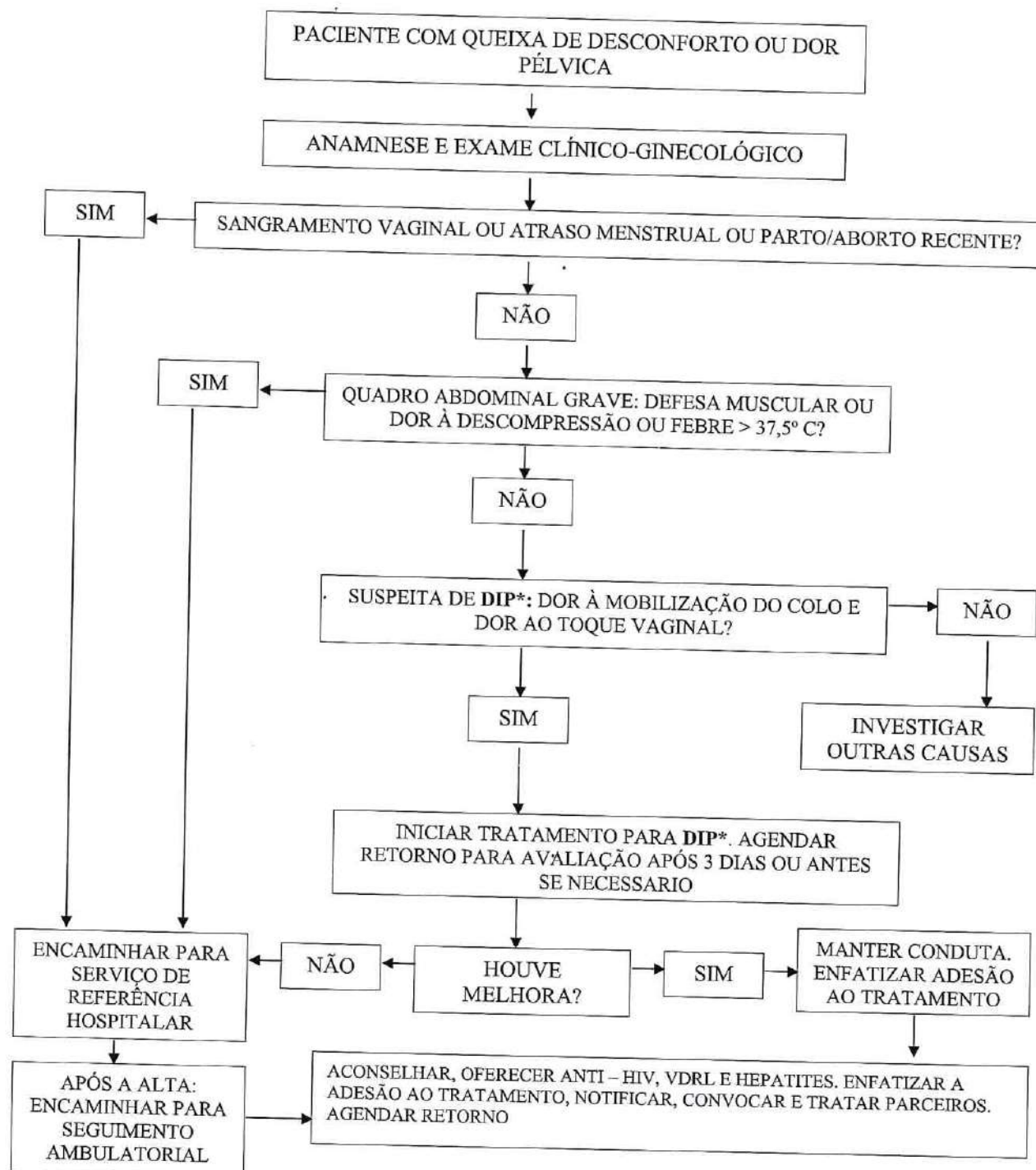
Como orientação mínima para a paciente:

1. Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desa-

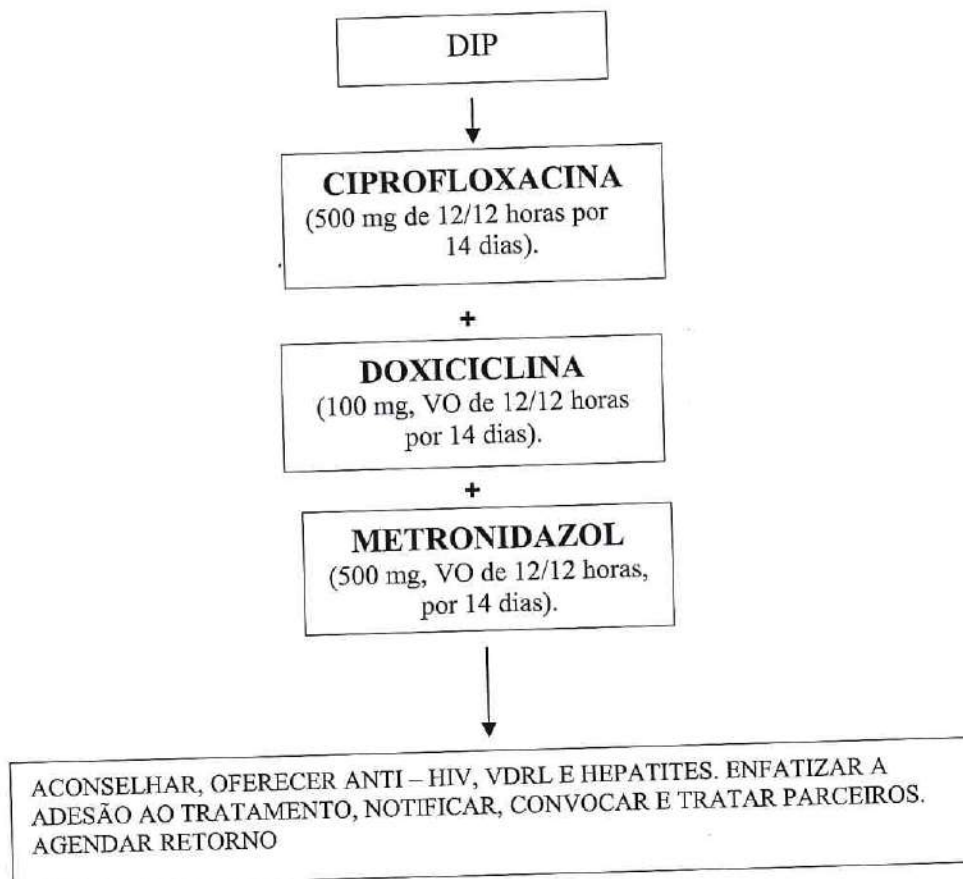
parecido;

2. Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
3. Promover o uso de preservativos;
4. Recomendar seu retorno ao serviço de saúde, se ela voltar a ter problemas genitais;
5. Encorajar a paciente portadora de cervicite ou tricomoníase a comunicar a todos os seus parceiros sexuais do último mês, para eles serem atendidos e tratados. Convocar os parceiros (esta atividade é fundamental para que se rompa a cadeia de transmissão, e para evitar que a paciente se reinfecte.) Notificar o caso no formulário apropriado;
6. Agendar o retorno da paciente para controle;
7. Orientar quanto à higiene adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação;
8. Quando a bacterioscopia, cultura e parasitológico estiverem normais pensar em causas fisiológicas:
 - Vagina apresenta normalmente um conteúdo fisiológico que pode aumentar em volume no período peri-menstrual, período ovulatório e quando a mulher está excitada sexualmente;
 - Origem alérgica ou irritativa.

FLUXOGRAMA DE DESCONFORTO E DOR PÉLVICA



ESQUEMA DE TRATAMENTO DE DIP*



Houve melhora no quadro?

Se, ao retornar, a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, segundo o mesmo esquema, recomendando-se sempre a necessidade de completar o tratamento, mesmo que já tenha havido grande melhora. Não havendo melhora, ou havendo piora de quadro, a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

* DIP- DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Conceito:

Doença infecciosa, de transmissão frequentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.

Agente etiológico:

O *Papilomavírus Humano (HPV)* é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 2 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal.

Classificação:

Baixo risco: está associado às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e neoplasias intraepiteliais de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes (verrugas genitais visíveis) e podem aparecer na vulva, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.

- **Tipos de HPV:** 6, 11, 42, 43, 44.

Alto risco: possuem uma alta correlação com as neoplasias intraepiteliais do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro).

- **Tipos de HPV:** 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68.

Pacientes que tem verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV.

HPVs são os principais responsáveis pelo aparecimento do câncer cervical e suas lesões precursoras e estão presentes em mais de 90% dos casos.

90% das pacientes apresentam: HPV 16, 18, 31, 45 e 48.

Diagnóstico:

É basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. A biópsia está indicada quando:

- Existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- As lesões não responderem ao tratamento convencional;
- Paciente for imunodeficiente;
- As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas pela colposcopia, teste de Schiller (iodo) e biópsias dirigidas.

Tratamento:

Condiloma Acuminado: Aconselhar, Oferecer Anti-HIV, VDRL e Hepatites. Há alta prevalência de HIV em portadores de HPV. Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar e convocar parceiros.

Ácido tricloroacético (ATA) a 80% em solução alcoólica: o ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, deverá ser associado a exérese cirúrgica. A UBS deverá adquirir o ATA de acordo com rotina estabelecida pela S.E.S.

Eletrocauterização: utiliza um eletrocautério para remover ou fulgurar as lesões isoladas. Há necessidade de anestesia local, não se aplica as lesões vaginais, cervicais e anais.

Podofilina 10 – 25%: não deve-se usar durante a gravidez. Aplicar em cada lesão e deixar secar.

Exérese cirúrgica: é o método apropriado para o tratamento de poucas lesões quando é desejável exame histopatológico do espécime. Os condilomas podem ser retirados por meio de uma incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. A hemostasia pode ser obtida por eletrocoagulação. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento. Na presença de lesão vegetante no colo uterino, deve-se excluir a possibilidade de tratar-se de uma lesão intra-epitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento.

Seguimento:

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os Pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses.

As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreio de doenças pré-invasivas do colo uterino.

A presença de condilomas genitais sem lesão macroscópica cervical ou suspeita colpocitológica (Papanicolaou) de lesão pré-invasiva, ou teste de Schiller (+) não é indicação para colposcopia. As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico, teste de Shiller e citologia oncológica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e após este período, anualmente, se não houver recorrência.

Fluxo:

- O tratamento deve ser realizado na UBS;
- O tratamento em gestante deve ser realizado na UBS, com uso do ATA;
- Lesões vegetantes no colo uterino devesse excluir a possibilidade de tratar se de uma lesão intra-epitelial, devendo ser encaminhado a um serviço de colposcopia;
- Pacientes com grandes lesões ou a necessidade de o tratamento ser realizado sob analgesia, devem ser encaminhadas ao ambulatório. **ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO** a. No caso das gestantes encaminhar à maternidade.

Conduta para os parceiros sexuais:

Os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame clínico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST, e pela avaliação de lesões sub clínicas. Eventualmente, podem ser transmissores de condiloma para novos parceiros sexuais. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, o risco de transmissão para parceiros não infectados. Não se recomenda a triagem de lesões por HPV nos homens quando as parceiras forem diagnosticadas apenas por lesões citológicas ou subclínicas.

Condiloma Acuminado:

Aconselhar, oferecer Anti-HIV, VDRL e hepatites. se presença de lesões, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar.

Gestantes:

Lesões condilomatosas podem atingir grandes proporções. Os tipos 6 e 11 podem causar papilomatose laringeal em recém-nascidos e crianças (situação rara). Não se sabe, até o momento, se a via de transmissão é transplacentárias, perinatal ou pós-natal. Não há

nenhuma sugestão de que a cesariana tenha algum valor preventivo.
Nunca usar Podofilina durante qualquer fase da gravidez.

Infecção subclínica pelo HPV na genitália (sem lesão macroscópica):

A infecção subclínica pelo HPV é mais frequente do que as lesões macroscópicas, tanto em homens quanto em mulheres. O diagnóstico, quase sempre, ocorre de forma indireta pela observação de áreas que se tornam brancas após aplicação do ácido acético sob visão colposcópica ou outras técnicas de magnificação, e que, biopsiadas, apresentam alterações citológicas compatíveis com infecção pelo HPV. Podem ser encontradas em qualquer local da genitália masculina ou feminina. Todavia, a aplicação de técnicas de magnificação e uso do ácido acético exclusivamente para rastreio da infecção subclínica pelo HPV não é recomendável. A reação ao ácido acético não é um indicador específico da infecção pelo HPV e, desta forma, muitos testes falso-positivos podem ser encontrados em populações de baixo risco.

Na ausência de lesão intra-epitelial, não é recomendável tratar as lesões subclínicas pelo HPV. Frequentemente, seu diagnóstico é questionável, e nenhuma terapia foi capaz de erradicar o vírus.

Não existe um teste simples e prático para detectar a infecção subclínica pelo HPV. O uso do preservativo pode reduzir a chance de transmissão do HPV para parceiros provavelmente não infectados (novos parceiros). Não se sabe se a contagiosidade dessa forma de infecção é similar à das lesões exofíticas.

Pessoas imunossuprimidas (ex: HIV, transplantados) podem não responder ao tratamento para o HPV como as imunocompetentes e podem acontecer recidivas mais frequentes.

Pedir sempre sorologia Anti-HIV. Como o carcinoma escamoso pode surgir mais frequentemente em imunossuprimidos, valoriza-se a biópsia de lesões nesse grupo. O tratamento deve basear-se nos mesmos princípios referidos para os HIV negativos.

Rastreio de câncer cérvico-uterino:

Mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para outros fatores que aumentam este risco, como a infecção pelo HPV e o HIV. Estudos mostram que as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino são 5 vezes mais frequentes em mulheres portadoras de DST.

Mulheres com DST devem ser submetidas a colpocitologia mais frequente pelo maior risco de serem portadoras de câncer cérvico-uterino ou seus precursores.

Ao atender a portadora de DST, o profissional de saúde deve perguntar sobre o resultado de sua última colpocitologia e a época em que foi realizada.

Se não se submeteu a uma colpocitologia nos últimos 12 meses:

- Fazer a coleta tão logo quanto possível;
- Se a DST é uma infecção pelo HPV a coleta deve fazer parte do exame ginecológico rotineiro.
- Realizar a coleta em caso de dúvida.

Outras considerações importantes:

- A colpocitologia não é um teste efetivo para o rastreamento de DST

Situações especiais:

- **Coleta durante a gravidez** mulheres grávidas devem submeter-se como as demais ao exame colpocitológico, preferencialmente até o 7º mês, excluindo a coleta endocervical como parte da rotina pré-natal.
- **Mulheres infectadas pelo HIV:** estudos demonstram maior prevalência de lesão intra-epitelial em portadoras do HIV. Algumas mulheres portadoras de lesão intra-epitelial podem ser portadoras do HIV ainda sem diagnóstico. Dado o benefício que estas mulheres terão pelo diagnóstico sorológico da presença do HIV, este teste deve ser oferecido após aconselhamento a todas as portadoras de lesão intra-epitelial de alto grau e carcinoma in situ.

HEPATITE B e C

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático. As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pelas possibilidades de complicações das formas agudas e crônicas.

A transmissão do vírus da **hepatite B (HBV)** se faz por via parenteal e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada DST. A transmissão vertical (materno-infantil) também é causa frequente de disseminação do vírus. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do HBV. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, a chance de cronificação é de cerca de 70% a 90%. Cerca de 20% a 25% dos casos crônicos com replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).

A transmissão da **hepatite C** ocorre principalmente por via parenteral. Em percentual significativo de casos não é possível identificar a via de infecção. São consideradas de risco acrescido para a infecção pelo HCV por via parenteral: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, pessoas

com tatuagens, *piercing* ou que apresentem outras formas de exposição percutânea. A transmissão sexual é pouco frequente (risco de 2 a 6% para parceiros estáveis) e ocorre, principalmente, em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), sendo que a coexistência de alguma D.S.T. – inclusive o HIV – constitui-se em um importante facilitador dessa transmissão. A transmissão da hepatite C de mãe para filho (vertical) ocorre em 3-5% dos casos. Após contato com o HCV a chance de cronificação da infecção é de 70 a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço deles evolui para formas histológicas graves no período de 20 anos. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave.

SÍFILIS NA GRAVIDEZ

A Sífilis Congênita é resultado da infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, bactéria causadora da sífilis. Essa infecção se dá através da placenta de uma mulher grávida que esteja infectada pela sífilis. É uma doença grave que pode causar má formação do feto, sérias consequências para a saúde da criança ou até a morte.

As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem o abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, recém-nascido com sinais clínicos de Sífilis Congênita ou, mais frequentemente, recém-nascido aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente, como deformidades osteoarticulares, surdez, deficiência mental ou alterações visuais.

Formas clínicas da Síndrome da Sífilis Congênita:

Na **Sífilis Congênita Precoce**, sinais e sintomas surgem até os 2 anos de vida: baixo peso ao nascer; coriza serossanguinolenta; obstrução nasal; prematuridade; osteocondrite; choro ao manuseio; pênfigo palmo-plantar; fissura peribucal; hepatoesplenomegalia; alterações respiratórias/pneumonia; icterícia; anemia geralmente severa; hidropsia; pseudoparalisia dos membros; condiloma plano.

Na **Sífilis Congênita Tardia**, os sinais e sintomas surgem a partir dos 2 anos de vida: tibia em “lâmina de sabre”; fronte olímpica; nariz em sela; dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson); mandíbula curta; arco palatino elevado; ceratite intersticial; surdez neurológica; dificuldade do aprendizado.

É considerado Natimorto por Sífilis todo caso de óbito fetal com mais de 22 semanas de gestação ou peso maior de 500g, de mãe não tratada ou inadequadamente tratada por sífilis. O aborto por sífilis define-se como todo caso de morte fetal com menos de 22

semanas de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis, afastadas causas de aborto não espontâneo.

É importante descartar a sífilis adquirida em crianças maiores (com teste para sífilis reagentes) principalmente pela possibilidade de abuso sexual.

Transmissão da sífilis:

A transmissão da mãe infectada para o bebê pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto. Estando presente na corrente sanguínea da gestante, após penetrar na placenta, o treponema ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente por todo o organismo da criança que está sendo gerada. A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante. Quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais grave será o risco de transmissão para o bebê. Na infecção recente da mãe, devido aos elevados níveis de bacteremia, o risco de transmissão mãe-feto é maior que em outros estágios da infecção.

Exames complementares:

Sorologia não-Treponêmica (VDRL e RPR) é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, mas apresenta tendência a queda progressiva nas titulações, até sua negatificação após alguns anos. O recém-nascido não infectado pode apresentar anticorpos maternos transferidos através da placenta, e neste caso, o teste pode ser positivo até o sexto mês de vida aproximadamente sofrendo decaimento progressivo. É relativamente elevado o número de VDRL falso positivo em gestantes pelo fato destes anticorpos não serem específicos para *T. Pallidum*.

Sorologia Treponêmica (FTA-Abs, TPHA, ELISA) são testes úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos-positivos se a mulher teve infecção prévia. O FTA-Abs/IgG, quando reagente em material do recém-nascido, não significa infecção pré-natal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. O FTA-Abs/IgM por sua vez não ultrapassa a barreira placentária, significando, quando reagente no material do recém-nascido, infecção fetal. Porém, tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos negativos por toda vida e a criança ser portadora de sífilis, fato que contraindica seu uso na prática clínica atualmente. Testes treponêmicos reagentes em crianças maiores de 18 meses, filhas de mulheres que tiveram Sífilis Gestacional confirmam a infecção congênita da criança.

Raio-X de Ossos Longos demonstram alterações ósseas compatíveis com periostite e osteocondrite.

Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR) é necessário para detectar ou afastar a neurosífilis. Alterações na contagem de linfócitos (>25 leucócitos/mm³); e na dosagem de proteínas (>100 mg/dl) do recém-nascido (após o período neonatal, os valores são >5 leucócitos e >40 mg/dl, respectivamente) associados ou não com VDRL reagente, definem o quadro.

PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Antes da gravidez - Orientações gerais:

- Uso regular de preservativos;
- Redução do número de parceiros sexuais;
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros; solicitando VDRL 1 vez ao ano;
- Realização do teste VDRL em mulheres com intenção de engravidar;
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

Características da sífilis adquirida:

• **Sífilis primária** - cancro duro, que poderá passar despercebido na mulher quando localizado nas paredes vaginais ou no colo do útero, associado, ou não, a adenopatia satélite;

• **Sífilis secundária** - lesões cutâneo-mucosas generalizadas, poliadenopatia, entre outras;

Sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas, alterações neurológicas, alterações cardiovasculares e alterações ósteo-articulares.

Tratamento da Sífilis (em não gestantes ou não nutrízes)

Sífilis Primária (com cancro): Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI *. Considerar se houver CÂNCRO.

Sífilis Secundária ou Latente (lesões cutâneas ou VDRL anterior negativo a menos de 1 ano): 2 séries de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI em intervalo de 1 semana entre cada série. (dose total = 4.800.000 UI) *. Considerar se houver lesões cutâneas (roséolas ou outras manifestações) ou se tem VDRL positivo há 12 meses.

Sífilis terciária (sem lesão e sem história anterior de infecção e sem VDRL conhecido há mais de 1 ano): 3 séries de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI em intervalo de 1 semana entre cada série. (dose total = 7.200.000 UI) *. Considerar se não houver história de CÂNCRO, lesões cutâneas e VDRL negativo nos últimos 12 meses.

Alternativo (alergia a penicilina): Eritromicina (estearato ou estolato) 500mg 6/6h; ou Tetraciclina 500mg 6/6h; ou doxicilina 100mg 12/12h, por 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia).

* 1.200.000 UI / IM aplicados em cada glúteo

Obs: Duração ignorada tratar como sífilis terciária.

Orientações gerais durante o tratamento específico:

- Devido ao alto risco de infecção, o tratamento deve ser realizado em todos os indivíduos, comunicantes sexuais, que tenham se exposto à infecção pelo *T. pallidum*, especialmente nos últimos 3 meses, mesmo que não sejam percebidos sinais ou sintomas;
- Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras durante o tratamento;
- Recomendar o uso regular do preservativo (masculino e feminino) no período durante e após o tratamento;
- Orientar os indivíduos com sífilis e seu(s) parceiro(s) sobre a importância de não se candidatar(em) à doação de sangue;
- Realizar o controle de cura trimestral, por meio do VDRL, considerando como resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos durante o primeiro ano, se ainda houver reatividade neste período, em titulações decrescente. Manter o acompanhamento semestralmente em caso de persistência da positividade, em títulos baixos;
- A cura é considerada quando há queda de 4 títulos em duas verificações do VDRL subsequentes;
- A elevação de títulos em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um novo tratamento mesmo na ausência de sinais ou sintomas específicos de sífilis;
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção do tratamento ou em caso de um intervalo maior do que sete dias entre as séries;
- Ressalta-se que casos de anafilaxia à penicilina representam um evento raro que deve ser caracterizado após teste de sensibilidade à penicilina;

NOTAS:

- Essas opções terapêuticas alternativas, com a exceção do estearato de eritromicina são contra-indicadas em gestantes e nutrízes.
- Todas essas opções terapêuticas exigem estreita vigilância clínica (seguimento dos casos e de seus parceiros), por apresentarem menor eficácia.

Durante a gravidez

Acompanhamento de Sífilis Gestacional no Rede de Atenção Básica

Toda gestante na rede de atenção básica deve fazer o exame de VDRL, na primeira consulta pré-natal e no início do terceiro trimestre (início da 28ª semana de IG). Esta orientação se faz pelo fato do Brasil ser considerado um país de alta prevalência da infecção (1,6% das gestantes).

Todo caso de gestante com VDRL positivo ($\geq 1:1$) deve ter sua amostra testada para um teste treponêmico, sendo o disponível no momento o TPHA (Treponema Hemagglutination), pela Prefeitura Municipal- SES-LAMAC.

Toda caso de gestante com VDRL positivo ($\geq 1:32$) terá sua amostra testada para um teste treponêmico.

Toda gestante com VDRL $\geq 1:1$ e teste treponêmico positivo ou indeterminado, deve ser tratada independente da repetição do exame, caso seja diagnóstico novo ou não tenha sido tratada adequadamente de infecção conhecida anterior.

Gestante com VDRL $\geq 1:1$ e com teste treponêmico negativo, deve ter seu exame novamente solicitado em 5 dias, se resultado $\geq 1:4$ e TPHA negativo encaminhar ao SAME, se $< 1:4$ e TPHA negativo, a gestante deve ser considerada FALSO POSITIVO para Sífilis e portanto não é necessária nenhuma intervenção.

Gestantes que têm história confirmada de doença prévia a gestação, e ou tratamento recente ao período gestacional, devem realizar o VDRL mensalmente, pois somente o declínio ou estabilidade em baixos títulos garantem ser esta situação cicatriz sorológica ou então, reinfecção caso haja ascensão sorológica de 4 vezes (1:4 para 1:16) ou dois títulos. O teste treponêmico, na maioria das vezes, fica positivo por muitos anos ou o resto da vida, fato que impossibilita o uso deste método no diagnóstico de reinfecção.

Todas as gestantes positivas no VDRL e TPHA, que são consideradas como portadoras de Sífilis Gestacional, devem receber o tratamento na unidade básica imediatamente após diagnóstico, assim como seus parceiro(s), pois quanto mais cedo o tratamento for instituído menor a frequência da infecção do conceito e menor a frequência de aborto, natimorto ou óbito neonatal.

Todas as gestantes com sífilis gestacional, diagnosticadas na rede básica ou no pré-natal de risco da policlínica, bem como aquelas VDRL negativo, mas com parceiros positivos, após a instituição imediata da antibioticoterapia para ela, se infectada e para o parceiro, deverá ser encaminhada para o SAME com a devida guia de encaminhamento. As doses administradas de Penicilina Benzatina na mulher e parceiro devem estar anotadas no cartão do pré-natal com data. A gestante usando esquema para Sífilis Secundária ou Terciária poderá finalizar o esquema na Unidade Básica de Saúde de origem ou no SAME. A consulta deve ser marcada por fone com a enfermagem para garantir atendimento na mesma semana.

A notificação compulsória dos casos continuará sendo feita pelas Unidades Básicas de Saúde. (Anexo I).

* Casos de gestantes ou parceiros não localizados, informar a Vigilância da Sífilis para busca ativa.

Mais informações sobre Diagnóstico/Tratamento da Sífilis Gestacional e esquema alternativo encontram-se nas "Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita-MS", disponível na unidade.

Atendimento dos casos de Sífilis Gestacional no SAME

As Unidades Básicas de Saúde, após a convocação da Gestante e parceiro com Sífilis e o respectivo início de tratamento, marcarão a consulta para o casal ou mulher no SAME que terá garantia de atendimento na mesma semana.

A gestante deve trazer na consulta o encaminhamento com a história clínica, a conduta adotada e o cartão de pré-natal. O local de parto será mantido de acordo com a referência da Unidade Básica de Saúde de origem.

Serão agendadas consultas mensais ou em tempo menor se necessário.

Será realizada a avaliação do VDRL mensalmente (a primeira avaliação do VDRL em 15 dias na primeira consulta no SAME e posteriormente avaliação mensal).

Na primeira consulta e a cada trimestre no SAME serão solicitados e realizados:

- Sorologia para HIV.
- Sorologia para Hep B (caso não imunizada) e Hep C.
- Sorologia para Toxoplasmose IgM e IgG

- Sorologia para CMV IgM e IgG
- Avaliação Ginecológica em todas as consultas
- Realização de Ultrassonografia na primeira consulta no SAME e na primeira consulta após o início de um novo trimestre de gestação.

*Todas as mulheres terão visita domiciliar caso haja falta no acompanhamento e ou o parceiro não tenha sido tratado, caso haja autorização prévia a matrícula no SAME.

Esquema terapêutico

Sífilis Primária (presença de cancro) – Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI divididas 1.200.000 em cada glúteo.

Sífilis Secundária ou Latente (lesões cutâneas ou VDRL anterior negativo há menos de 1 ano) Penicilina Benzatina- 2.400.000 no dia do diagnóstico e 2.400.000 no 7º dia após diagnóstico.

Sífilis Terciária (sem lesão e sem história anterior de infecção e sem VDRL conhecido há mais de 1 ano) Penicilina Benzatina – 7.200.000, dividido em 3 séries de 2.400.000 sendo a primeira no dia do diagnóstico e as demais com intervalo de 07 dias, em relação a série anterior (0 – 7 - 14 dias).

Esquema alternativo – vide Manual “ Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – MS”.

Conduta para gestantes:

Notas:

- Situações em que a gestante apresente-se na fase secundária da doença, a primeira dose do tratamento deverá ser realizada, idealmente, em ambiente hospitalar devido a possibilidade de desenvolvimento da Reação de Jarisch-Herxheimer(*) e risco potencial de abortamento.
- Gestantes com diagnóstico de sífilis e titulação elevada ou tratadas no final do segundo ou no terceiro trimestre devem ser submetidas à ultra-sonografia obstétrica para avaliação fetal .

(*) A reação de Jarisch-Herxheimer ocorre no início do tratamento da sífilis, consistem em tremores de frio, febre elevada, indisposição, dor de garganta, mialgia, cefaleia, taquicardia e exacerbação da reação inflamatória nos locais da infecção pelos espiroquetas.

Admissão para Parto ou Curetagem

Triagem para Sífilis no local do parto:

Realizar o VDRL, ou RPR, em toda mulher admitida para o parto ou curetagem por

abortamento. Para toda gestante hospitalizada por qualquer intercorrência durante a gravidez, é recomendável, para diagnóstico precoce, solicitar o VDRL, iniciar imediatamente o tratamento da mulher e seu parceiro, caso não tenha sido feito tratamento considerado adequado no pré-natal ou a titulação for sugestiva de reinfecção.

Manejo adequado do recém-nascido:

- Realizar VDRL, ou RPR em amostra de sangue periférico do recém-nascido cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, parto ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita;
- Tratamento imediato dos casos detectados;
- Notificação e investigação dos casos detectados, incluindo os natimortos ou aborto por sífilis.

Coinfecção sífilis - HIV na gestação

Existem relatos na literatura sugerindo que a história natural da sífilis pode ser profundamente alterada resultante da coinfecção pelo HIV. As lesões de sífilis primária e secundária podem se apresentar de maneira atípica, títulos de testes não treponêmicos podem sofrer retardo em sua positividade, e até resultados falso-negativos não são incomuns. O desenvolvimento de neurosífilis nesses indivíduos pode ocorrer mais precocemente e deve ser considerada sua ocorrência quando aparecerem sinais neurológicos em pacientes com aids.

Relatos de maior risco de falência terapêutica em pessoas com Aids são descritos em outros estudos, mas a magnitude desse risco ainda não está bem estabelecida, assim como os esquemas preconizados pelo Ministério da Saúde para indivíduos não coinfectados parecem ser suficientemente potentes para utilização em coinfectados.

Assim, levando-se em consideração os fatos acima apontados, recomenda-se que os indivíduos coinfectados tenham um seguimento pós-terapêutico acurado observando-se os riscos potenciais de mais precoce e frequente envolvimento do sistema nervoso central, e de falência terapêutica.

Gestantes coinfectadas com o HIV podem apresentar discordância entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais de seguimento, com maior demora ou a não ocorrência de queda dos títulos. Devido ao maior risco de falha terapêutica e de envolvimento do sistema nervoso central, estas mulheres e seus recém-nascidos, expostos ao HIV, devem ser acompanhados com maior cuidado e atenção, devendo ser encaminhados para o SAME para acompanhamento especializado em infectologia.

OBSERVAÇÕES:

Considera-se tratamento adequado:

- É todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Considera-se tratamento inadequado para sífilis materna:

- É todo tratamento com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou
- Ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- Ausência de queda dos títulos (sorologia não-treponêmica) após tratamento adequado; ou
- Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Falha terapêutica

Cerca de 14% das gestantes podem apresentar falência no tratamento, com consequente risco de interrupção da gravidez ou nascimento de crianças com sífilis congênita. Fatores importantes implicados na falência terapêutica são:

- Coinfecção sífilis – HIV;
- Os estágios precoces da sífilis;
- Altos títulos de VDRL no momento do tratamento e no parto;
- Parto prematuro (< 36 semanas);
- Severidade da doença fetal: hidropsia, hepatomegalia, placentomegalia, ascite e elevação das transaminases fetais;
- Tratamento após 24 semanas;
- Esquema terapêutico reduzido: 1 dose de penicilina benzatina em sífilis precoce.

Por este motivo o acompanhamento de cura precisa ser feito necessariamente.

Oferecimento do teste HIV

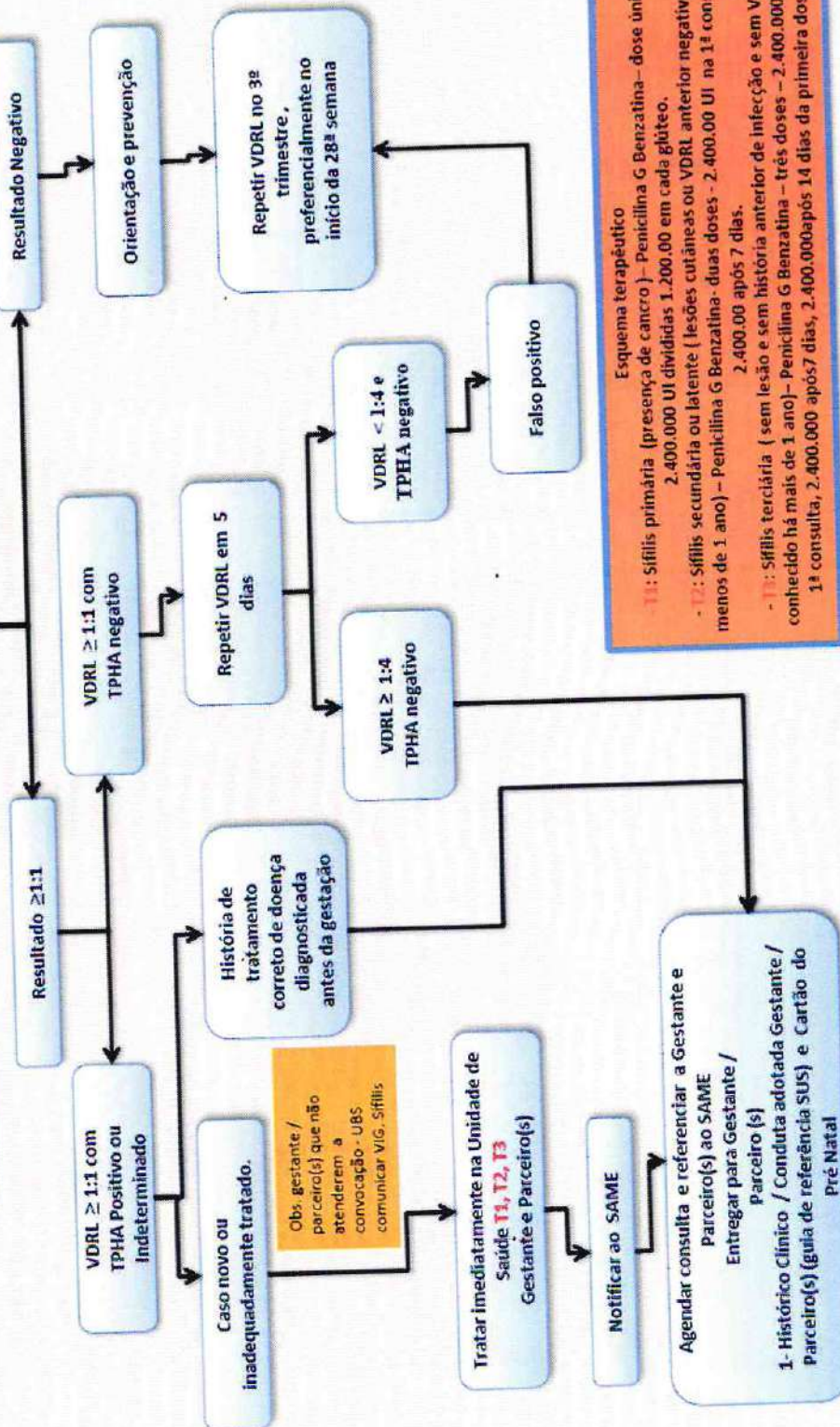
É recomendado para todas as gestantes, em especial quando do diagnóstico de sífilis, tendo em vista que:

- A coinfeção entre as DST ocorre frequentemente;
- Crianças expostas ao *T. pallidum* durante a gestação têm maior risco de adquirir o HIV de origem materna;
- Diagnóstico e tratamento adequado e precoce da sífilis na gestação, em mãe infectada pelo HIV, diminui o risco da criança adquirir essa infecção;
- O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV permite à gestante a aplicação de medidas profiláticas que reduzem a transmissão vertical do vírus.

Em suma, o diagnóstico de sífilis e de outras doenças de transmissão sexual, em qualquer período da gestação, indica avaliação sistemática da infecção pelo HIV e de outras DST em razão do maior risco relacionado a estas coinfeções.

ALGORITMO PARA ABORDAGEM CLÍNICA E LABORATORIAL DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

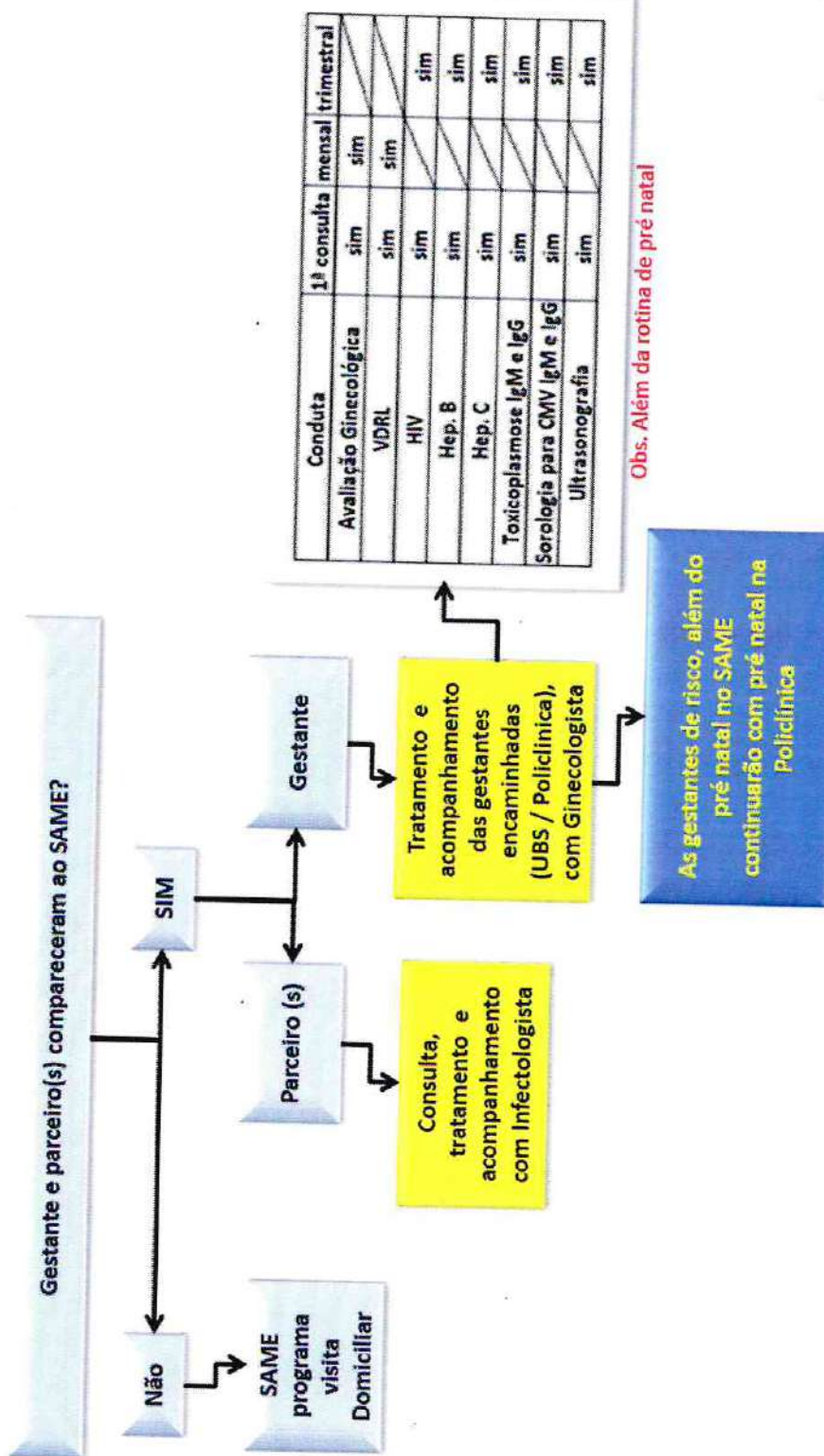
Primeira Consulta de Pré-Natal realizar VDRL e repetir no 3º trimestre (28ª semana de gestação)



SAME – Serviço de Assistência Municipal Especializada - Rua Manoel Lopes, 220 Vila Hortência Tel: 3231-8777- Vig. Sífilis e-mail: controlesifilis@splicenet.com.br

Obs.: SAME tem limite de 7 dias para agendamento.

Fluxograma de atendimento no SAME dos casos de Sífilis Gestacional



**Gestantes deverão ser referenciadas para as Maternidades de acordo com a UBS de origem .
Puerperas retornarão para o SAME – para seguimento / encerramento do caso .**

ANEXO I

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	Código (IBGE)
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 9- Ignorado
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor		
	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	24 Geo campo 1
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	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 do Caso				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação	32 UF		
	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal:	Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	38 Título 1:	39 Data	
Tratamento/encerramento	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceira sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			

Sífilis em gestante Sinan NET SVS 18/09/2008

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44: Motivo para o não tratamento do Parceiro		
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.		
	2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.		
	3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.		
	4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.		
	5 - Parceiro com sorologia não reagente.		
6 - Outro motivo: _____			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Sífilis em gestante		Sinan NET	SVS 18/09/2008

ANEXO II

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Nº

Definição de caso:
Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.
Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.
Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA		Código (CID10)	A 5 0.9
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	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					
Antecedentes Epid. da gestante/mãe	31 Idade da mãe	32 Raça/cor da mãe	33 Ocupação da mãe		
	34 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 a 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			
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal			Código	
Dados do Lab. da gestante/mãe	39 Diagnóstico de sífilis materna	1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado			
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem	41 Título	42 Data		
	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem				
Trat. da gestante/mãe	44 Esquema de tratamento	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS 04/08/2008

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) - 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado ☐ Icterícia ☐ Anemia ☐ Esplenomegalia ☐ Osteocondrite ☐ Outro ☐ Rinite mucó-sanguinolenta ☐ Hepatomegalia ☐ Lesões Cutâneas ☐ Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura		

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent-Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination *Treponema pallidum*), TPHa (*Treponema pallidum* Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:
Esquema de Tratamento Adequado:
É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:
É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:
Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ANEXO III

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
3 Nome do Agravado		Código do CID 10 (Sinanet)		
☐ Síndrome da úlcera genita (excluído herpes genital) ☐ Síndrome do corrimento uretral ☐ Síndrome do corrimento cervical ☐ Sítis em adultos (excluída forma primária) ☐ Herpes genital (apenas o primeiro episódio) ☐ Condiloma acuminado (verugas anogenitais)		N 48.5 R 38 N 72 A 53.0 A 60 A 63.0		
4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
10 (ou) Idade		11 Sexo	12 Gestante	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - 4º Trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Ignorado	
14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
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 a 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		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)
19 Distrito		Código		
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		
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		
30 País (se residente fora do Brasil)		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Bibliografia:

- Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS / 2006
- Condutas Clínicas Frente ao resultado do Exame de Papanicolaou – FOSP / 2006
- Sífilis na Gravidez – Ministério da Saúde / 2006 - site www.saude.gov.br

Fundamentação Legal da Atuação do Enfermeiro:

Lei do exercício profissional- 7498/1986

Resolução COFEN- 195/1997

Resolução COFEN- 271/2002

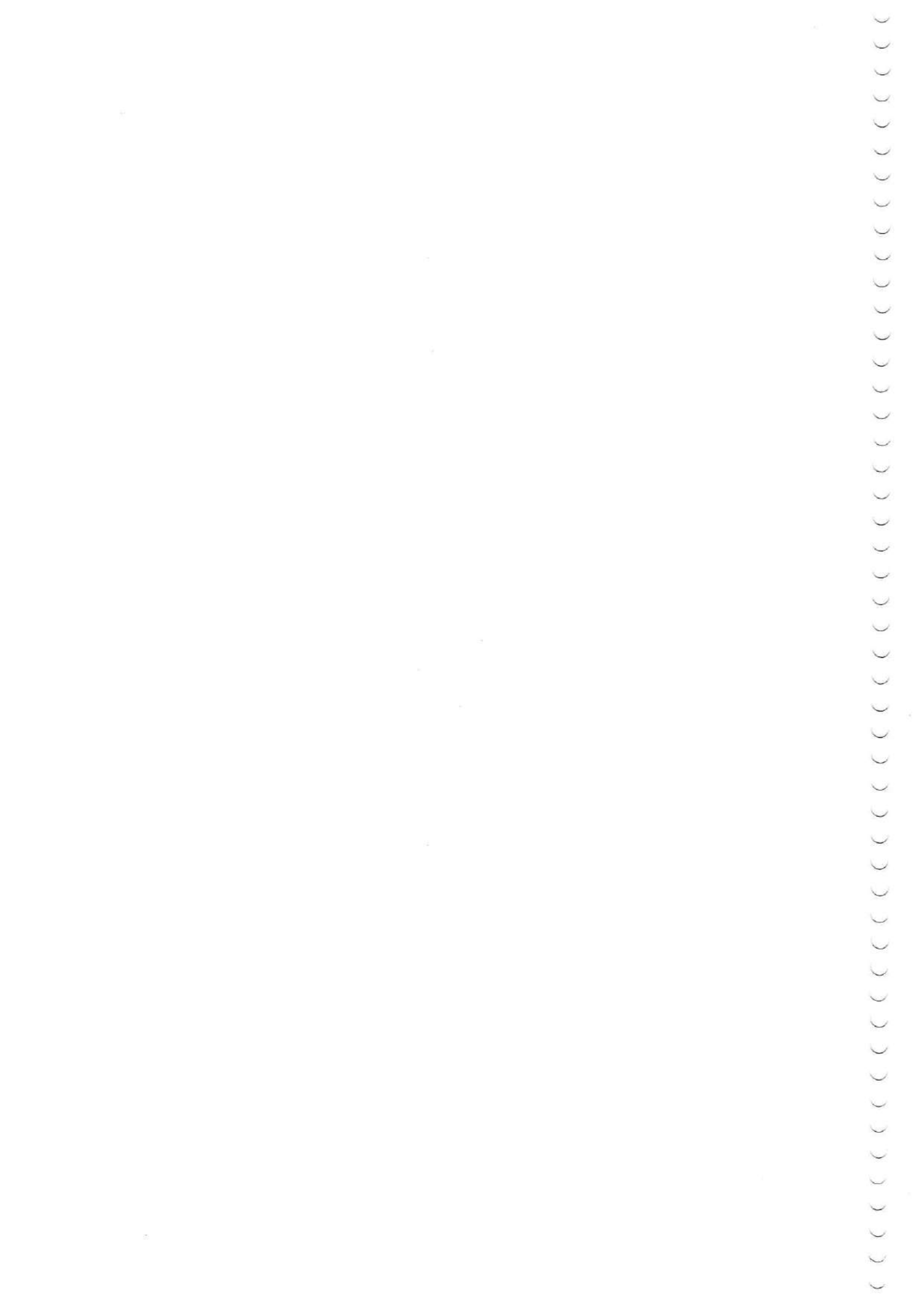
2012

PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL

ÁREA DE ATENÇÃO | SAÚDE DA MULHER

Secretaria
da Saúde





APRESENTAÇÃO.....	03
INTRODUÇÃO.....	04
 I. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	05
1.1. Captação, Inscrição e Vinculação no Pré-Natal.....	06
1.2. Avaliação Clínico-Obstétrica	07
1.3. Classificação do Pré-Natal Quanto ao Risco Gestacional.....	07
1.3.1. Pré-Natal de Baixo Risco.....	07
1.3.2. Gestante de Atenção Local.....	08
1.3.3. Pré-Natal de Alto Risco.....	09
1.3.4. Programa Gestante Saudável	13
1.4. Anamnese.....	15
1.4.1. Exame Clínico-Obstétrico.....	17
1.4.2. Mobilograma.....	18
1.4.3. Exames Complementares.....	18
1.5. Acompanhamento do Pré-Natal.....	20
1.6. Orientações às Gestantes.....	20
1.7. Aspectos Relevantes da Avaliação da Gestante	21
1.7.1. Avaliação do Estado Nutricional	21
1.7.2. Aleitamento Materno.....	25
1.7.3. Saúde Mental.....	30
1.7.4. Saúde Bucal.....	33
 II. INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL.....	35
2.1. Queixas Mais Comuns na Gestação.....	35
2.2. Intercorrências Clínicas e Obstétricas.....	38
 III. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES MATERNAS E CONGÊNITAS.....	40
3.1. Toxoplasmose Materna	40
3.1.1. Fluxograma de Investigação da Toxoplasmose na Gestação	43
3.2. Prevenção da Transmissão Vertical do HIV	44
3.2.1. Conduta de acordo com o Resultado da Investigação	47
3.3. Sífilis da gravidez.....	49
Algoritmo para abordagem clínica e laboratorial da Sífilis na Gestação	60
Fluxograma de atendimento no SAME dos casos de sífilis gestacional	61
3.4. Tuberculose na Gestação	66
3.5. Hepatite B na Gestação	67
3.5.1. Investigação da Hepatite B na Gestação	68
 IV. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À PREMATURIDADE.....	70
4.1. Trabalho de Parto Prematuro.....	70
4.1.1. Corticoterapia.....	73
4.2. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Gestação.....	74
4.2.1. Corrimentos Genitais.....	77
4.2.2. Fluxograma de Condutas para Corrimento Vaginal.....	79
4.2.3. Lesões Genitais	80
4.3. Infecção por Estreptococo Beta-Hemolítico do Grupo B na Gestação.....	82
4.4. Infecção do Trato Urinário na Gestação.....	83
4.4.1. Fluxograma de Investigação da Infecção Urinária na Gestação.....	89
4.5. Diabetes Gestacional.....	90
4.5.1. Fluxograma de Diagnóstico do Diabetes Gestacional.....	93

4.6. Síndromes Hipertensivas na Gestação.....	94
4.6.1. Doença Hipertensiva Específica da Gestação.....	94
4.6.2. Hipertensão Arterial Sistêmica na Gestação.....	96
4.7. A Gestante Fumante	97
4.8. Cardiopatias Congênitas.....	98
4.9. Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal.....	99
4.9.1. Fluxograma para Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal.....	102
V. ASSISTÊNCIA AO PARTO, AO RECÉM-NASCIDO E AO PUERPÉRIO.....	103
VI. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	104
6.1. Atribuições dos Profissionais de Saúde.....	104
VII. ANEXOS	107
Anexo I. Oficinas para as Gestantes.....	107
Anexo II. Classificação de Risco de Teratogenicidade dos Medicamentos Quando Utilizados Durante a Gravidez	109
Anexo III. Dez Passos para a Atenção Humanizada ao Parto.....	110
Anexo IV. Orientações Legais para a Gestante	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115

Apresentação

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como um grande desafio. Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços.

Capacitar e atualizar profissionais de saúde para garantir uma atenção cada vez melhor à população é uma das principais diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba. A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido.

Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos no processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher.

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

O Protocolo Mãe Sorocabana é um importante instrumento de trabalho para os profissionais de saúde da rede básica, serviços especializados e rede hospitalar.

Este Protocolo traz conteúdo revisado e atualizado, visando a melhor assistência à gestante. A abordagem deste Protocolo é baseada na integração, articulação e organização do processo de trabalho entre a equipe de saúde da unidade básica, dos serviços de referência e das maternidades vinculadas.

A mulher grávida que procura a Unidade de Saúde para realizar o pré-natal, tem a sua vinculação efetivada na maternidade onde realizará o parto, já na primeira consulta.

A equipe de saúde está treinada para cuidar da gestação, procurando manter mãe e bebê saudáveis durante o pré-natal e oferecendo as condições para um parto humanizado e um pós-parto e puerpério com o menor risco possível.

Os desafios são: a redução da mortalidade materna e infantil, (em 2009, os coeficientes de mortalidade materna de 32,3/100.000 nascidos vivos e de mortalidade infantil de 12,9/1000 nascidos vivos), o fortalecimento dos laços com a comunidade, com as Sociedades Científicas e também a constante atualização dos profissionais da rede pública.

A soma de todos estes esforços no dia a dia dos serviços de saúde faz a diferença no processo da construção de uma Sorocaba social, digna e solidária.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Introdução

Tendo como princípios fundamentais o respeito e a humanização na atenção à saúde da mulher e da criança, Sorocaba lança o Protocolo do Programa Mãe Sorocabana, contribuindo para a melhora da qualidade de atenção às gestantes e aos recém-nascidos. A implementação do Protocolo de Atenção ao Pré-natal, Parto, Puerpério, visa apoiar os profissionais no desenvolvimento da gestão da clínica, com enfoque na gestão de patologias. Como também o Protocolo de Planejamento Familiar, tem sido um passo importante para a operacionalização do Programa como um todo.

A gestante tem como referência a Unidade de Saúde mais próxima da sua residência, e no momento da inscrição no pré-natal tem também seu parto assegurado, através de um sistema de vinculação hospitalar. Estruturou-se um processo de detecção precoce de gestação de *alto risco local* (GAL) em que a UBS lança um olhar diferenciado para gestantes com potencial risco de intercorrências perinatais. Firmou-se a vinculação da gestante de risco aos serviços de maior complexidade e garante o monitoramento das mesmas pela unidade de saúde básica.

Nossa prioridade é a redução da prematuridade com a discussão de casos e para tal foram readequados fluxos e inseridos novos conteúdos.

Temos convicção que o resultado deste trabalho será expresso na redução da mortalidade materno-infantil e óbitos fetais de nosso município.

Mais que números expressivos, o Programa Mãe Sorocabana vem afirmar o respeito e o compromisso com a vida.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

I. Assistência ao Pré-Natal

MONITORAMENTO DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado, **SISPRENATAL**, de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

A avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. Para o profissional de saúde, provedor da assistência pré-natal propriamente dita, os indicadores de processo deverão ser monitorados continuamente para a avaliação da atenção prestada. O **SISPRENATAL** disponibilizará todos os indicadores de processo, por localidade e período.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

INDICADORES DE PROCESSO

INCLUSÃO NO
DOCUMENTO

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existente ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
- Percentual de gestantes inscritas que realizam, no mínimo, seis consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos (rotina da 1ª consulta e 3º trimestre VDRL e HIV) e que tendo sido diagnosticado Sífilis na Gestante, seja adequadamente tratada e acompanhada durante o PN, no parto e no puerpério;
- Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas e pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica.

Outros indicadores devem ser acompanhados para análise mais ampla do conjunto da atenção obstétrica:

INDICADORES DE RESULTADO

- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
- Percentual de gestantes adequadamente tratadas, que permitiram que seus recém-nascidos não fossem considerados Sífilis Congênita, em relação ao total de gestantes que foram diagnosticadas com Sífilis no PN;
- Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

INDICADORES DE IMPACTO

- Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparado com o do ano anterior;
- Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município, comparado com o do ano anterior;
- Razão de mortalidade materna no município, comparada com a do ano anterior;
- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município, comparado com o do ano anterior;
- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município, comparado com o do ano anterior;
- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município, comparado com o do ano anterior.

A interpretação dos indicadores de processo é importante instrumento para organização da assistência.

1.1. CAPTAÇÃO, INSCRIÇÃO E VINCULAÇÃO NO PRÉ-NATAL

A porta de entrada para a realização do pré-natal da gestante residente em Sorocaba é a Unidade de Saúde Básica (USB) mais próxima da sua residência.

Toda mulher com história de atraso menstrual deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro.

As pacientes com TIG positivo deverão ser imediatamente captadas para o pré-natal, passando em consulta com médico ou enfermeiro. As pacientes com TIG negativo deverão passar imediatamente em consulta com médico ou enfermeiro, repetir o exame em 15 dias e usar preservativo caso não haja desejo de gestação. Se o próximo TIG se mantiver negativo, agendar avaliação com o ginecologista.

A inscrição da gestante no Programa Mãe Sorocabana deve ser realizada pelo médico ou enfermeiro, na primeira consulta de pré-natal, respeitando-se os seguintes passos:

- Abertura do prontuário de pré-natal, vinculação da gestante à maternidade de referência e obtenção do número do SISPRENATAL;
 - Avaliação clínico-obstétrica e registro das informações no prontuário;
 - Solicitação dos exames complementares de rotina preconizados neste protocolo;
 - Esclarecer sobre a importância da participação paterna no PN e da necessidade de realização de exames e tratamentos conjunto (gestante e parceiro) em algumas situações;
 - Registro na carteira da gestante das informações obtidas na consulta, do número do SISPRENATAL e da maternidade de referência;
- Recomendação de vacinas e ácido fólico
- Agendar retorno com o médico em 15 dias.**

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

1.2. AVALIAÇÃO CLÍNICO-OBSTÉTRICA

A gestação é um fenômeno fisiológico, e sua evolução se dá, na maioria dos casos, sem intercorrências. Entretanto, algumas características e circunstâncias, consideradas indicadores de risco, aumentam a probabilidade de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Um dos principais objetivos do pré-natal é a detecção precoce desses indicadores, através da anamnese, do exame clínico-obstétrico e dos exames complementares para adequada atenção à gestação. É indispensável que esta avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.

1.3. CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL QUANTO AO RISCO GESTACIONAL

1.3.1. PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O Pré-natal de baixo risco compreende cerca de 90% das gestações e apresenta baixa probabilidade de intercorrências maternas e/ou fetal, mesmo cursando com alguns indicadores de risco que venham a exigir um maior monitoramento.

1.3.2. GESTANTE DE ATENÇÃO LOCAL

Inovação deste protocolo foi criada a **GAL** (Gestante de Atenção Local) cujo objetivo é lançar um olhar diferenciado naquelas gestantes que apresentam os seguintes critérios:

CÓDIGO	CRITÉRIO
1	ITU na gestação atual;
2	Sífilis diagnosticada - paciente que se recusar a fazer o pré-natal no SAME;
3	Aumento do nível pressórico no decorrer do PN;
4	Toxoplasmose sem diagnóstico definido;
5	<u>Programa Gestante Saudável:</u> Gestantes que foram internadas: <u>inscrição imediata na GAL;</u> Gestantes que foram atendidas nas UPH's e PA's: analisar o motivo do atendimento e se há enquadramento nos critérios acima. Se houver, <u>inscrição imediata na GAL;</u>
6	Gestantes adolescentes entre 17 e 18 anos;
7	Infecções odontológicas (abscessos, restos radiculares, periodontite);
8	Casos de vulnerabilidades extremas – psicossocial – (violência, pobreza, limitações de entendimento, rejeição à gestação, etc);
9	Gestantes que começaram o PN tardio (após 20 semanas);
10	Morte peri-natal explicada ou não em qualquer gestação anterior;
11	Macrossomia Fetal em qualquer gestação anterior;
12	Restrição do Crescimento Intra-Uterino (C.R.I.U.) em qualquer gestação anterior;
13	Outros: condiloma, outras DST's, litíase renal e/ou problemas que não se encaixam nos critérios acima;
14	Paciente de alto risco que se recusar a fazer o PN na Policlínica. (Duas bolas amarelas).

Os prontuários destas gestantes devem ser tarjados com adesivo redondo amarelo e o código deve ser inserido neste adesivo, tornando a visualização do caso mais fácil.

Sugerimos, para cada caso, retornos mais precoces, tais como:

ITU: retorno em 21 dias na vigência do tratamento até conclusão do caso. Após conclusão do tratamento, os retornos serão à critério médico.

SÍFILIS: convocação da gestante e parceiro imediatamente para instituição do tratamento e retorno mensais para controle do VDRL do casal.

AUMENTO DA PA: definido o quadro hipertensivo, encaminhamento para PN de Risco e retornos semanais até consulta na Policlínica.

TOXOPLASMOSE SEM DIAGNÓSTICO DEFINIDO: após resultado da sorologia, retorno em 10 dias para verificação de Avidéz de IgG. Se alta avidéz e gestante < 16 semanas, a gestante deixa de ser GAL e segue normalmente o pré-natal.

GESTANTE SAUDÁVEL: retorno imediato após alta hospitalar ou consulta em pronto-atendimento por motivo obstétrico. Os retornos, neste caso, deverão ser agendados conforme critério médico ou opção por encaminhamento ao PN de Risco.

ADOLESCENTES DE 17 e 18 ANOS: se evolução normal do pré-natal, retornos à critério médico.

INFECÇÕES ODONTOLÓGICAS: retornos à critério médico e/ou odontologista.

VULNERABILIDADE EXTREMA: se evolução normal do pré-natal, retornos à critério médico.

GESTANTE QUE INICIOU PRÉ-NATAL TARDIO: após feito os exames e colocado o pré-natal em dia, se não houver fatores de risco a gestante deixa de ser GAL e segue o pré-natal normalmente.

MORTE PERINATAL EXPLICADA OU NÃO: se evolução normal do pré-natal, retornos à critério médico.

MACROSSOMIA FETAL EM GESTAÇÃO ANTERIOR: pesquisar diabetes gestacional segundo protocolo e retornos à critério médico.

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO EM GESTAÇÃO ANTERIOR: se evolução normal do pré-natal, retornos à critério médico.

OUTROS: após tratamento, se evolução normal do pré-natal, retornos à critério médico.

PACIENTE QUE SE RECUSA A FAZER PRÉ-NATAL NA POLICLÍNICA: neste caso, deixar documentado e assinado em prontuário a recusa da paciente. Os retornos deverão ser à critério médico dependendo da patologia apresentada.

1.3.3. PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

O Pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal.

SITUAÇÕES QUE DETERMINAM O ENCAMINHAMENTO PARA O ALTO RISCO :

Os encaminhamentos serão feitos exclusivamente pelo profissional médico.

Identificando-se um dos critérios que determinam encaminhamento para a Policlínica, a gestante deve ser referenciada à Unidade de Risco (Pré-Natal de Alto Risco na Policlínica).

Nesses casos, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.

Até a consulta no serviço de Alto Risco, a gestante deverá ter retornos agendados com o ginecologista da UBS.

1. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SÓCIO - DEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:

- Idade menor que 17 e maior que 40 anos;
- Dependência de drogas ilícitas ou etilismo;

2. HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR (MAU PASSADO OBSTÉTRICO)

- Abortamento habitual
(2 ou mais abortamentos consecutivos / 3 ou mais abortamentos alternados);
- Malformações fetais;
- Prematuridade anterior (< 35 semanas);
- Óbito fetal anterior.

3. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E CRÔNICAS:

- Cardiopatia;
- Hipertensão arterial;
- Hemopatias;
- Distúrbios tromboembólicos e vasculares;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (diabetes, tireoidopatias, outras);
- Obesidade com IMC > 40 kg/m²;
- Baixo peso com IMC < 16 kg/m².
- Doenças auto-imunes (lupus, collagenoses, outras);
- Portadoras de febre reumática;
- Infecções urinárias recidivantes (3 ou mais episódios);
- Outras intercorrências;
- Distúrbios Neuropsíquico (epilepsia, psicopatias, outras);
- Malformações uterinas, tumores uterinos (ex. Miomatose uterina > 6cm) ou tumores anexiais e outras;
- Incompetência istmo – cervical;
- Diagnóstico confirmado ou duvidoso de toxoplasmose recente.

4. REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL:

- Portadores do vírus HIV.
- Gestantes soropositivas ou indeterminadas (Ambulatório – DST (SAME))
Rua Manoel Lopes, 220 – Além Ponte – Tel: 32114401
- Diagnóstico na gestação atual (COAS - Rua da Penha, 770, Centro Tel: 3232 2200).

5. DOENÇA OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ ATUAL

- Placenta Prévia
- Isoimunização;
- Gestação múltipla;
- Doença Hipertensiva na Gestação;
- Desvio quanto ao crescimento intra-uterino;
- Alterações no volume de líquido amniótico;
- Trabalho de Parto Prematuro.

Exames a serem solicitados no encaminhamento:

- ECG (nas cardiopatas e hipertensas);
- USG;
- Rotina de pré natal;
- Hemograma, TSH, Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina, Ácido Úrico, Urina I, TGO, TGP,
- Proteinúria de 24hs, Bilirrubinas totais e frações (nos casos de Hipertensão Arterial);
- Glicemia de jejum, Hemoglobina glicosilada (nas pacientes sabidamente diabéticas).

DEFINIÇÕES E ORIENTAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO DE:

ABORTO DE REPETIÇÃO: dois ou mais abortos. Incluem-se neste grupo os casos confirmados ou suspeitos de Síndrome antifosfolípides. Para estes o teste é feito com a pesquisa de anticardiolipina e inibidor lúpico.

CARDIOPATIAS: todas.

DIABETES: Pregressa ou super-ajuntada à gravidez. Lembrar que não se deve solicitar curva glicêmica nas paciente que já têm diagnóstico de diabetes estabelecido.

DISTÚRBIOS NEUROPSÍQUICOS: incluem-se usuárias de drogas (lícitas ou ilícitas), anticonvulsivantes, antidepressivos, etc, nas psicopatias, epilepsias, dificuldade de relacionamento médico, pacientes problema e as portadoras de distúrbios psiquiátricos.

DISTÚRBIOS TROMBOEMBÓLICOS E VASCULARES: vasculopatias, trombooses venosas, usuárias de anticoagulantes, etc.

FATOR IDADE: maiores de 40 e menores de 17 anos

FATOR ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA: IMC < 16 ou IMC > 40

GESTAÇÕES MÚLTIPLAS

HIPERTENSÃO ARTERIAL: há dois tipos clássicos: as preexistentes e as que surgem após a 20ª semana.

As pré-existentes: devem ser trocados os diuréticos e captopril por metil dopa. Sendo a dose mínima recomendada (750mg fracionada em 3 tomadas) e iniciar o

medicamento se o agendamento no programa de risco for superior a 7 dias. Do contrário não iniciar.

ALTERAÇÃO NO

DOCUMENTO

No encaminhamento solicitar: hemograma, ácido úrico, ureia, creatinina, TGO, TGP, TSH, sódio, potássio, Bilirrubinas totais e frações, proteinúria de 24h, ECG, USG.

Quando o diagnóstico for feito com mais de 36 semanas de gestação, encaminhar a maternidade de referência.

INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL: feito o diagnóstico ou a hipótese, se a gestação estiver suplantando 14 semanas.

MALFORMAÇÕES: todas.

MAU PASSADO OBSTÉTRICO: perdas fetais, óbitos intra-útero, neomortalidade elevada, gestações supervalorizadas.

PARTOS PREMATUROS ANTERIORES: < de 35 semanas. Ao fazer o encaminhamento, já solicitar USG Obstétrica com pedido de medida de comprimento do colo uterino.

PATOLOGIAS CLÍNICAS: nefropatias, reumatopatias, em especial lúpus, cirurgias bariátricas, alterações musculoesqueléticas importantes, tumores prévios ou super-ajuntados, ECT.

PLACENTA PRÉVIA

PNEUMOPATIA: principalmente as asmáticas, lembrar que a rede tem um programa específico e elas devem ser encaminhadas dentro da própria unidade de saúde e ao pré-natal de risco.

RETARDO DE CRESCIMENTO INTRAÚTERO: a qualquer tempo encaminhar.

TIREOIDOPATIAS: hipertireoidismo e hipotireoidismo. Não suspender medicamento, exceto tapazol, em uso. Se possível, no encaminhamento, solicitar: TSH, T4 livre e Hemograma. Vale lembrar hipotireoidismo é mais deletério que o hiper para os fetos

TOXOPLASMOSE: iniciar medicação (espiromicina) na dose de 1,5 mEq, que corresponde a 500mg, em 3 tomadas diárias de 2 comprimidos (3,0g).

Quando se deparar com IgM positivo, o laboratório deve ter feito o teste de avidéz.

Na dúvida iniciar a medicação e referenciar ao programa. Lembrar que a toxoplasmose confere imunidade definitiva, mas pode ressurgir nos casos de imunodepressão e gravidez.

VARIAÇÕES DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: Hidrâmnio e oligoâmnio.

1.3.4. PROGRAMA GESTANTE SAUDÁVEL

O Comitê de Mortalidade Materno-Infantil na investigação dos óbitos, observou que vários deles ocorreram após internações das gestantes nas maternidades e consultas por intercorrências clínicas nos pronto-atendimentos (PAs) e unidades pré-hospitalares (UPHs) da cidade. Com isso, essas intercorrências passaram a funcionar como evento sentinela, ou seja, a ser um critério de risco. Um fluxo foi estabelecido para melhor seguimento e vigilância destas gestantes, em concordância e com ações conjuntas entre os Hospitais, pronto-atendimentos (Pas), unidades pré-hospitalares (UPHs), Área de Atenção da Saúde da Mulher e Unidades Básicas de Saúde. Esperamos com isto estabelecer mais uma ação de redução de agravos de óbitos maternos e infantis em nossa cidade.

OBJETIVO:

- Melhor seguimento e controle das gestantes internadas nas maternidades SUS de Sorocaba;
- Melhor seguimento e controle das gestantes que passam em consultas nos PAs e UPHs;
- Facilitar acesso destas gestantes nas Unidades Básicas de Saúde;
- Vigilância do acesso das gestantes na Unidade Básica de Saúde;
- Diminuição da taxa de prematuridade;
- Diminuição da mortalidade infantil;
- Diminuição dos óbitos maternos;
- Priorizar risco das gestantes para as Unidades Básicas de Saúde;
- Integração dos dados com o Projeto GerAções;
- Suporte social e psicológico se necessário.

ESTRATÉGIAS:

- Discussão interna do Programa Saúde da Mulher para estabelecer diretrizes, juntamente com o secretário de saúde;
- Apresentação e discussão com cada maternidade SUS;
- Apresentação e discussão com os responsáveis pelos PA e UPH;
- Sensibilização dos ginecologistas e enfermeiros da UBS.

COMPETÊNCIA DO HOSPITAL:

- Elaboração do resumo de alta em dupla via e entregar uma via à paciente e a outra anexar ao prontuário;
- Elaboração de planilha com: Nome da paciente, hipótese diagnóstica, UBS de origem, data da alta, telefone de referência;
- Encaminhamento da planilha com os dados das gestantes à secretaria da saúde, semanalmente via e-mail.

COMPETÊNCIA DOS PRONTO-ATENDIMENTOS E UNIDADES PRÉ-HOSPITALARES:

- Elaboração de planilha com: Nome da paciente, hipótese diagnóstica, UBS de origem, data do atendimento, telefone de referência, guia de referência e encaminhamento para maternidade;
- Encaminhamento da planilha com os dados das gestantes à secretaria da saúde, semanalmente via e-mail.

COMPETÊNCIA DA SECRETARIA DA SAÚDE – SAÚDE DA MULHER:

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

- Encaminhamento das planilhas com os dados das gestantes às UBS, Policlínica e SAME, semanalmente via e-mail;
- Elaboração dos protocolos;
- Facilitar acesso aos obstetras;
- Integrar dados com o Programa GerAções;
- Discussão dos dados;
- Fiscalização das ações.

COMPETÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE e SAME

- A unidade básica de saúde deverá realizar, o mais breve possível, consulta de pré-natal para as gestantes que estiveram internadas e avaliar o risco, conforme hipótese diagnóstica, das gestantes que passaram nas UPHs e PAs;
- Realizar busca ativa das gestantes, que não procurarem espontaneamente a UBS, para agendamento o mais breve possível, de consulta pré-natal;
- A unidade básica de saúde deverá realizar o acompanhamento diferenciado e prioritário dessa gestante, inclusão como Gestante de Atenção Local (GAL) ou conforme protocolo, encaminhamento da mesma para o pré-natal de risco.

1.4. ANAMNESE

A ANAMNESE DEVERÁ ENGLOBALAR:

A. História clínica – queixas, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, condições de órgãos e aparelhos, condições e hábitos de vida, tratamentos em curso;

B. Antecedentes ginecológicos e obstétricos;

C. História obstétrica atual:

Investigação da data da última menstruação (DUM) para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP):

A IG e a DPP poderão ser obtidas no disco obstétrico e/ou calculadas pela Regra de Nagele.

REGRA DE NAGELE:

Cálculo do dia:

Considerar o dia da data da última menstruação (DUM) e somar 7 para as multíparas ou 10 para as nulíparas.

Cálculo do mês e do ano:

Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre janeiro e março – somar 9 ao mês e manter o ano;

Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre abril e dezembro – diminuir 3 do mês e somar 1 ao ano;

Em ambas as situações, se a contagem dos dias ultrapassar o número de dias previsto para o mês (28, 29, 30 ou 31), deve-se somar mais 1 ao mês da DUM.

• Imunização

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
Primeira visita	dT	Primeira dose
Após coleta dos exames de 1ª rotina do Pré-Natal (sorologia para hepatite HBsAg)	Hepatite B	Primeira dose
2 meses após a 1ª dose	dT Hepatite B	Segunda dose Segunda dose
6 meses após a 1ª dose	dT ¹ Hepatite B ²	Terceira dose Terceira dose
Em qualquer fase da gestação	Influenza ³	
Puerpério	Sarampo/caxumba/rubéola ⁴	Dose única

Obs.: Caso a gestante apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado.

- Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento o intervalo para reforço, previsto a cada dez anos, deve-se reduzir para cinco anos.
- O intervalo mínimo entre a segunda e terceira dose é de dois meses desde que o intervalo de tempo decorrido entre a primeira e a terceira dose seja, no mínimo, de quatro meses.
- Disponível na rede pública nos meses de outono/inverno:
- Caso a vacina não tenha sido aplicada na puérpera na maternidade administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde.

De acordo com a RDC ANVISA nº 61/2008

1. dT: vacina adsorvida difteria e tétano adulto.
2. HEPATITE B: vacina hepatite B (recombinante).
3. INFLUENZA: Vacina influenza (fracionada, inativada).
4. SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA: vacina sarampo, caxumba, rubéola.

1.4.1. EXAME CLÍNICO-OBSTÉTRICO

OS ASPECTOS RELEVANTES DO EXAME CLÍNICO SÃO:

Tomada de medidas antropométricas e avaliação nutricional:

- Aferir o peso em todas as consultas. Realizar avaliação nutricional conforme descrito no item 1.7;
- Inspeção de pele e mucosas e palpação de tireoide;
- Avaliação dos sinais vitais: aferição de pulso, frequência cardíaca e pressão arterial;
- Avaliação cardiopulmonar;
- Avaliação de membros inferiores;
- Pesquisa de edema em face, mãos, região pré-sacra, membros inferiores.

O EXAME OBSTÉTRICO DEVE DESTACAR:

A. Inspeção e palpação das mamas - avaliar simetria e tipo de mamilos (normais, planos, invertidos); palpar axilas;

B. Avaliação da posição e apresentação fetal no útero materno:

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos;

- 1 – Delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa,
- 2 – Deslizar as mãos do fundo até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto,
- 3 – Explorar a mobilidade do polo que se apresenta no estreito superior pélvico;
- 4 – Determinar a situação fetal colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

C. Medida da altura uterina (AU) – visa o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações.

Técnica para a medida da AU:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Fixar uma extremidade da fita métrica sobre a borda superior da sínfise púbica;
- Deslizar a borda cubital da mão e percorrer a linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.

D. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) após a 12ª semana;

Realizar ausculta dos BCF a cada consulta, após a 14ª semana, com o auxílio do detetector fetal ultra-sônico (Sonar).

E. Exame dos genitais:

1 – *Inspeção e palpação dos genitais externos* – palpar região inguinal à procura de linfonodos; avaliar vulva, períneo, introito vaginal, região anal;

2 – *Exame especular* – Realizar na 1ª consulta de pré-natal (pode ser realizado na consulta de retorno, considerar o contexto clínico e o desejo da mulher) e sempre que houver queixa da paciente. Introduzir o espéculo e examinar a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquisar a presença de lesões, infecções, distopias e incompetência ístmico-cervical. Quando necessário, coletar material para exame colpocitológico.

3 – *Toque bimanual* – avaliar as condições do colo uterino (permeabilidade), volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia) e anexos.

1.4.2. MOBILOGRAMA

Em gestantes que necessitam de monitoramento, mas que ainda podem ser controladas na US, pode-se lançar mão do mobilograma, pois auxilia na avaliação da vitalidade fetal e deve ser utilizado principalmente nas gestações de risco após a 26ª semana ou no final de gestação nos casos de pós-datismo.

ALTERAÇÃO NO

MOBILOGRAMA (método de registro materno diário de movimentos fetais): DOCUMENTO contagem e registro dos movimentos fetais pela própria paciente. Orientar a gestante a deitar em decúbito lateral esquerdo, palpando o abdome e anotando os movimentos fetais em três momentos do dia (após café da manhã, almoço e jantar). A soma diária da contagem deve ser maior ou igual a 15 movimentos fetais. São considerados sinais de alarme, exigindo propedêutica complementar valores inferiores a 15 nas três medidas ou uma redução de mais de 50% no número de movimentos fetais. Nestas situações, a gestante deve ser orientada a procurar a US ou o Hospital de Referência.

1.4.3. EXAMES COMPLEMENTARES

Estes exames devem ser solicitados pelo médico ou enfermeiro.

TIG – Solicitar se amenorreia;

Hemograma - Solicitar na 1ª consulta e repetir no 3º trimestre (28ª semana);

Tipagem Sanguínea e Fator RhD - Solicitar na 1ª consulta;

Teste de Falcização – Na abertura do pré-natal;

Coombs Indireto - **ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO** las gestantes RhD negativo com companheiro RhD positivo ou descor o semanas, a partir da 24ª semana; não solicitar após o uso da imunoglobulina anti-RhD. Solicitar após resultado de tipagem sanguínea (RhD negativo).

Urina 1 – Solicitar para todas as gestantes na 1ª consulta, 2º e no 3º trimestre (28ª semana);

Cultura de Urina e Contagem de Colônias e Antibiógrama - Solicitar para todas as gestantes na 1ª consulta do pré-natal, no 2º e 3º trimestres e/ou para controle de cura das infecções urinárias;

Glicemia de Jejum - Solicitar na 1ª consulta e 3º trimestre;

VDRL - Solicitar na 1ª consulta e repetir no 3º trimestre;

Teste Treponêmico - **ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO** até 1:16; rá investigado automaticamente nas titulações

Teste Anti-HIV1 e HIV2 - Oferecer na 1ª consulta e 3º trimestre com realização de aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes e seus parceiros. Solicitar ciência da gestante para realização dos exames, com assinatura no prontuário da mesma;

Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) - **ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO** pré natal. Se gestante suscetível (IgM e IgG negativos), repetir no s Em casos de doença antiga (IgM negativo e IgG positivo) não é necessário repetir o exame durante a gestação;

Teste de Aidez de IgG para Toxoplasmose - Nos casos de sorologia positiva para IgG e IgM será realizado automaticamente pelo laboratório;

Sorologia para Hepatite B (HBsAg) - Solicitar na 1ª consulta; **INCLUSÃO NO DOCUMENTO**

Exame especular – Realizar na 1ª consulta de pré-natal (pode ser realizado na consulta de retorno, considerar o contexto clínico e o desejo da mulher) e sempre que houver queixa da paciente;

Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal – Solicitar na 1ª consulta, preferencialmente até o 7º mês, conforme protocolo, porém sem realizar a coleta endocervical. Esclarecer à gestante que pode ocorrer um pequeno sangramento sem comprometimento das condições fetais. Os resultados alterados deverão ser encaminhados para o serviço de referência;

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

USG Obstétrica – Solicitar o mais precocemente possível, preferencialmente entre semanas gestacionais para determinar a idade gestacional. Outro exame deve ser solicitado entre a 20ª e 24ª semanas gestacionais para avaliação fetal. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas na dependência da suspeita clínica.

1.5. ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

Toda gestante da área de abrangência da US inscrita no Programa Mãe Sorocabana deverá ser acompanhada pela equipe de saúde. Após a solicitação dos exames de rotina do Pré-natal, deve-se agendar a 1ª consulta com o médico em 15 dias para a análise dos resultados dos exames e a conduta devida. As consultas subsequentes deverão ser mensais até o 7º mês, quinzenais durante o 8º mês e semanais durante todo o 9º mês até o parto.

Um número **mínimo** de 07 consultas é preconizado como parâmetro de qualidade de assistência ao pré-natal. Este mínimo de consultas deve ser assim distribuído: 1 consulta no 1º trimestre; 2 consultas no 2º trimestre; 4 consultas no 3º trimestre.

Quando houver suspeita ou diagnóstico de alto risco a gestante deverá ser avaliada em um serviço de referência de pré-natal de alto risco. Se este serviço confirmar o risco, determinará a conduta e o local de acompanhamento desta gestante, que será vinculada a uma maternidade de alto risco. As consultas e os exames complementares serão disponibilizados de acordo com a necessidade de cada caso.

Mesmo que a gestante seja assistida em serviços de alto risco, a US básica realizará seu monitoramento até a consulta puerperal.

Tanto a US quanto o serviço de alto risco são responsáveis pelo correto registro das informações pertinentes (intercorrências, indicadores de risco, medicamentos prescritos e outros) no prontuário e na carteira da gestante. O acompanhamento do pré-natal termina após a consulta puerperal.

Suspeita ou diagnóstico de transtorno mental – encaminhar para o Programa de Saúde Mental.

OBS: Não deverão ser encaminhados para a Policlínica casos de urgência e emergência. Os mesmos devem ser referidos estritamente para as Maternidades Referenciadas da UBS.

1.6. ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES

TODAS AS GESTANTES DEVEM SER ORIENTADAS A:

- Portar a carteira da gestante com seu histórico resumido e constando devidamente anotados os exames complementares em todas as avaliações ambulatoriais e hospitalares, tanto eletivas quanto emergenciais, inclusive nas consultas puerperais;

- Participar das oficinas e visitas à maternidade durante o pré-natal;
- Adequar hábitos alimentares de acordo com as orientações nutricionais;
- Preparar-se para o aleitamento materno;
- Procurar a US e/ou maternidade de referência caso ocorram sinais de trabalho de parto e/ou de alerta para emergência tais como cefaleia, dor abdominal e/ou lombar, edema súbito, perda de líquido via vaginal, sangramento via vaginal, febre, redução importante dos movimentos fetais e sinais de infecção urinária.
- Comparecer às consultas agendadas na UBS e se necessário nos serviços de referência;
- Comparecer às consultas do Programa de Saúde Bucal da UBS.

1.7. ASPECTOS RELEVANTES DA AVALIAÇÃO DA GESTANTE

1.7.1. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional deve ocorrer em todas as consultas do pré-natal, o que permitirá estipular metas mais adequadas de ganho ponderal para cada gestante. A equipe de saúde deve realizar orientação adequada para cada caso, visando a promoção do estado nutricional materno, as melhores condições para o parto e peso adequado do recém-nascido.

ESTADO NUTRICIONAL INICIAL

Baixo peso, sobrepeso e obesidade são condições consideradas de risco nutricional.

Os extremos de peso materno no início da gravidez são indicadores de risco gestacional.

GANHO DE PESO RECOMENDADO

O ganho ponderal recomendado para cada gestante pode ser estimado a partir do estado nutricional inicial encontrado, variando de acordo com a situação de baixo peso, peso adequado, sobrepeso ou obesidade.

Hiperemese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes devem ser afastadas em gestantes com baixo peso. Para aquelas com sobrepeso e obesidade deve-se investigar edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla.

Quadro 1

ESTADO NUTRICIONAL INICIAL	Total no 1º trimestre	Semanal no 2º e 3º trimestre	Total na Gestação
Baixo Peso	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade		0,3	7,0

Ganho de peso, por Kilo, recomendado segundo o estado nutricional inicial diagnosticado na primeira consulta de pré-natal. Fonte IOM, 1992, adaptado.

MONITORAMENTO DO GANHO PONDERAL

Em todas as consultas do pré-natal, a equipe de saúde deve atualizar o IMC e a idade gestacional e preencher o gráfico da ficha de gestante. A ligação dos pontos de intersecção no gráfico, forma o traçado de uma curva que pode ser descendente, horizontal ou ascendente e deve ser interpretada como: - Traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco); - Traçado ascendente: ganho de peso adequado

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional para a gestante tem como principais objetivos:

- Satisfazer as necessidades nutricionais da mãe,
- Preparar adequadamente o organismo materno para o parto,
- Fazer reserva calórica para o aleitamento materno,
- Satisfazer as necessidades nutricionais do crescimento fetal.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Nas consultas de pré-natal é importante orientar a gestante para:

- Adequar o fracionamento da alimentação, café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar;
- Diminuir o volume das refeições caso haja excesso;
- Moderar o consumo de café, chá e mate e sal iodado;
- Consumir 2 litros de água por dia ou mais, preferencialmente entre as refeições;

- Evitar o consumo de calorias vazias como doces, balas, tortas, refrigerantes, chocolates, alimentos gordurosos e salgados, frituras, molhos cremosos e bebidas alcoólicas;
- Recomendar com cautela o uso de aspartame, sucralose e stévia pura;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitaminas A, C, E e do complexo B e minerais como ferro, iodo, cálcio, zinco entre outros (quadro 2);
- Suplementar com ferro (40 mg de ferro elementar ao dia) rotineiramente para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação até 3 meses pós parto (OMS, 2001).
- Prescrição por médico ou enfermeiro.
- Recomendar o ácido fólico 5mg/dia iniciando 3 meses antes da concepção até 12 semanas ou de gestação; visando a redução de anomalias do tubo neural. Prescrição por médico enfermeiro.

Quadro 2

VITAMINA	PRINCIPAIS FONTES
B6 ou Piridoxina	Grãos integrais, levedura, gérmen de trigo, legumes e miúdos.
B12 ou Cianocobalamina	Leite, ovo, queijo e especialmente fígado.
B1 ou Tiamina	Carne de músculo, carnes magras e de aves domésticas, gema de ovo, peixe, leguminosas.
Ácido fólico	Espinafre, fígado, rins, nozes, cereais integrais, lentilha, frutas cítricas, morangos e verduras frescas.
C ou Ácido Ascórbico	Frutas cítricas (laranja, limão acerola e kiwi) e verduras cruas.
D ou Calciferol	Peixes e óleo de fígado de bacalhau.
K ou Menadiona	Espinafre, repolho, tomate e fígado de porco.
Vitamina A	Abóbora, verduras verde-escuras, gema de ovo, leite integral, fígado, mamão e cenoura.
Ferro	Fígado, carnes, peixes, gema de ovo, leguminosas, grãos integrais ou enriquecidos, vegetais verde-escuros, melado de cana.
Zinco	Leguminosas, gema de ovo e carnes em geral.
Iodo	Sal iodado de cozinha e algas marinhas.
Cálcio	Leite e derivados, gema de ovo

VITAMINA	PRINCIPAIS FONTES
Fósforo	Carnes, ovos, leite e derivados
Flúor	Água tratada.
Magnésio	Leite, folhas verdes, vagem, mandioca, feijão, nozes, chás.
Sódio	Sal de cozinha, frutos do mar, alimentos de origem animal, leite e ovos.

ORIENTAÇÕES PARA ADEQUAÇÃO DO GANHO PONDERAL

As orientações nutricionais deverão ser ajustadas de acordo o ganho de peso verificado nas consultas do pré-natal, conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 3

GANHO PONDERAL	ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS
Adequado	Manter a dieta e seguir orientações gerais para gestantes.
Inferior ao recomendado	Se alimentação adequada – aumentar a quantidade total dos alimentos; aumentar o consumo de alimentos como pães, massas, arroz; acrescentar 2 colheres de chá de óleo vegetal no almoço e jantar; verificar a necessidade de suplementos e complementos nutricionais
Superior ao recomendado	Reduzir o consumo de alimentos como pães, massas, arroz; reduzir alimentos gordurosos; evitar frituras, preparações concentradas em açúcar, óleos e azeite; retirar peles e gorduras visíveis das carnes; optar por grelhados, assados, cozidos e ensopados, restringir açúcar a duas colheres de chá 3x ao dia (café da manhã, lanche e ceia); estimular o consumo de saladas no início da refeição (almoço e jantar); utilizar vinagre, ervas, limão e salsa; aumentar a ingestão de fibras, vegetais e frutas, de preferência crus.

CALENDÁRIO DAS CONSULTAS: INCLUIDO SUGESTÃO DE
CRONOGRAMA

Cronograma:

- 1ª consulta enfermagem e/ou médico.
- Inscrição ao Programa Sisprenatal.
- Demais consultas, preferencialmente com o médico.
- Consultas do início à 32ª semana: mensal.
- Consultas após 32ª semana até o parto: quinzenal ou semanal.
- Gestantes com fatores de risco serão agendadas à critério médico.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. **Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).**

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.

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 já deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

1.7.2. ALEITAMENTO MATERNO

O período da gestação é um momento privilegiado para se trabalhar o resgate da cultura da amamentação e esta questão tem se constituído num desafio universal.

Este trabalho deve ter início no começo da gestação e consiste em orientar a gestante, seu parceiro e sua família, esclarecendo suas dúvidas, preocupações e incentivando o aleitamento exclusivo. É importante que nas gestantes adolescentes a abordagem seja diferenciada devido ao momento de desenvolvimento corporal próprio desta fase evolutiva, e podem demonstrar dificuldade na aceitação da amamentação. Atualmente a Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento exclusivo por um período de seis meses, podendo estender-se até dois anos com a criança recebendo alimentos complementares. O desejo ou não de amamentar deve ser compreendido e respeitado.

No pré-natal não é necessário o preparo das mamas para a amamentação. O estabelecimento da posição e da pega do bebê após o nascimento parecem ser os fatores mais importantes para propiciar uma sucção efetiva pelo bebê e não o preparo das mamas durante a gestação.

Sabe-se que o tempo de 30 minutos de sucção do mamilo produz elevados níveis de prolactina por cerca de 3 a 4 horas, o que representa uma produção suficiente de leite para nutrir o recém-nascido. Por isso, possibilitar a livre demanda é um elemento básico para a amamentação. Quanto mais precoce (ainda na sala de parto) o RN for levando ao seio, maior será a produção de leite e menor o desconforto decorrente do ingurgitamento mamário. Atualmente, a evidência tem mostrado que o controle da produção do leite e leite pelo esvaziamento da glândula através da sucção.

ALTERAÇÃO NO

DOCUMENTO

COMPETE À UNIDADE DE SAÚDE

Manter uma equipe de saúde preparada e bem treinada no processo da lactação influencia de forma importante a incidência da amamentação na comunidade onde estes profissionais de saúde atuam.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES:

- Usar linguagem de fácil compreensão; escutar as dúvidas, medos, questionamentos e mitos, transmitir confiança e demonstrar que as informações prestadas são baseadas nas experiências e nas evidências científicas; demonstrar que a equipe está disposta a dar suporte ao casal sempre que necessário; reforçar que pode ser mudado o curso de uma experiência anterior negativa;
- Cuidar com as expressões usadas após o exame das mamas como: suas mamas são muito pequenas, seu mamilo é plano ou invertido e você terá dificuldade para amamentar.

Está provado que a grande maioria das mulheres com mamilos invertidos pode amamentar com sucesso, porém devem receber assistência pós-natal até que a amamentação esteja estabelecida;

- Orientar as pacientes com cirurgia redutora de mama para a grande dificuldade da manutenção da lactação, entretanto nas pacientes com próteses de mama, esta frequência é menor;
- Orientar o uso de sutiã reforçado para manter os seios elevados;
- Orientar a gestante a expor as mamas durante a gravidez aos raios solares por 15 minutos até as 10 horas da manhã ou aos raios ultravioletas (lâmpada de 40 watts), à distância de um palmo das mamas;
- Orientar a gestante a solicitar ao obstetra e ao pediatra, para o início precoce da amamentação;
- A Equipe de Saúde deve proibir o aleitamento cruzado explicando os riscos;
- Orientar sobre a massagem e a ordenha manual para prevenir as complicações mais comuns da lactação, como fissuras, ingurgitamento mamário e mastite; esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado.

CONTRA-INDICAÇÕES DA AMAMENTAÇÃO

Algumas situações podem ocasionar um impedimento temporário ou até raramente proibitório da amamentação, e podem ser maternas e neonatais.

- Mulheres com câncer de mama tratado ou em tratamento;
- Mulheres com distúrbios graves da consciência ou comportamento;
- Mãe com HIV+ ou HTLV+ está proibida a amamentação (20% de chance de transmissão do vírus HIV)
- Mãe com diagnóstico de varicela (5 dias antes e 3 dias após o parto);
- Mãe com herpes mamilar (temporariamente, enquanto persistirem as lesões);
- Mãe em uso de agentes antineoplásicos, iodo radioativo, propiltiuracil (antitireoidiano), lítio, cloranfenicol, tetraciclina e anticoagulantes como a femprocumona (exceto a heparina e varfarina).
- Recém natos com alteração de consciência, prematuridade extrema
- Criança com Fenilcetonúria/ Galactosemia;

TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

- Lavar as mãos com água e sabão antes e após as mamadas;
- A higiene das mamas no banho diário da mãe é um cuidado suficiente;
- A mãe deve estar bem confortável de preferência com os pés apoiados e as costas;
- A equipe de saúde deve ensinar a mãe a massagear a mama, com movimentos circulares pequenos, iniciando na base da mama em direção a aréola e no término da massagem deve-se comprimir a parte mais externa da aréola (pressionando os seios galactíferos) para que ocorra o extravasamento do leite pelo mamilo, para que a aréola fique macia o suficiente para o bebê abocanhá-la.
- A mãe ao oferecer o seio à criança deve, verificar se a pega e a posição do bebê estão corretas (boca de peixinho), devendo a borda do lábio inferior do bebê estar virada para fora e o queixo junto ao peito materno, a posição do abdome do bebê junto ao abdome materno e a cabeça mais elevada que tórax, a fim de evitar refluxo de leite para o ouvido, prevenindo as otites;
- A mãe deve colocar a mão aberta apoiando a parte inferior da mama que está sendo sugada, evitando que o peso da mama propicie a parada da lactação; deve evitar a posição da mão em a forma de tesoura, pois pode obstruir a passagem do leite por compressão dos ductos;
- Oferecer a primeira mama e deixar que o bebê a esgote, para em seguida passar para a outra mama, e iniciar a próxima mamada pela ultima mama ofertada, favorecendo assim o seu completo esvaziamento;
- Para interromper a sucção deve-se colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê, afastando e liberando o mamilo da boca do bebê;

- Deixar o bebê no colo por alguns minutos, na posição de pé, para facilitar a eructação e evitar a broncoaspiração.

TÉCNICA PARA O ARMAZENAMENTO E REUTILIZAÇÃO DO LEITE MATERNO

Existem situações em que a mãe não poderá amamentar seu bebê (prematuridade ou complicações fetais), havendo necessidade do esgotamento das mamas. Alguns cuidados devem ser tomados na extração do leite e para o seu armazenamento.

A mãe deve dar preferência para a ordenha manual; lavar as mãos e a mama sempre que fizer a ordenha; acondicionar o leite num recipiente de vidro com tampa plástica, sem papelão. O vidro deve ser lavado com água e sabão e fervido por 15 minutos, para a esterilização; guardar o vidro contendo o leite em geladeira, em congelador (até 10 dias); no freezer (até 15 dias) (desde que o congelamento seja imediatamente após a coleta). Uma vez descongelado, não deve ser recongelado.

Antes de oferecer o leite ao bebê, o leite deve ser aquecido em banho-maria até atingir a temperatura de 36 graus centígrados e deve-se evitar a febre;

INTERCORRÊNCIAS DA AMAMENTAÇÃO

Durante a amamentação podem surgir intercorrências como mamilos sensíveis e doloridos, diminuição temporária do leite, ingurgitamento mamário, fissuras, mastites e abscessos.

Associados a estas intercorrências encontram-se fatores maternos como:

- Ansiedade da mãe e da família;
- Alimentação inadequada da mãe;
- Doenças como febre, gripe, anemias, infecções, transtornos mentais;
- Falta de orientação adequada na Maternidade ou Unidade de Saúde;
- Inexistência do alojamento conjunto nas maternidades ou hospitais;
- Técnica inadequada de amamentação ou tempo de sucção insuficiente, impedindo o estímulo adequado para a permanência da lactação;
- Introdução precoce da mamadeira ou alimentação mista.

A principal consequência das intercorrências na lactação é o desmame precoce. Uma das formas para tentar evitá-lo, cabe a US supervisionar todas as puérperas detectando e intervindo precocemente em situações de risco descritas abaixo.

GANHO DE PESO INADEQUADO DO BEBÊ

Deve-se estimular o bebê a esvaziar bem uma das mamas; aumentar a frequência das mamadas ou complementar com o leite anteriormente ordenhado que deve ser oferecido em copinho ou colherinha.

FISSURAS

Ocorre sempre que a pega é inadequada, geralmente porque a mama está muito ingurgitada. Pode ocorrer sangramento mamilar, o que não impede a amamentação. Se a fissura for grande ou a dor para amamentar for muito intensa, deve-se suspender a amamentação na mama afetada durante 24 horas e esgotá-la manualmente para evitar o ingurgitamento; expor as mamas aos raios solares, como descrito anteriormente. Evitar as lavagens excessivas das mamas e o uso de produtos tópicos como pomadas ou cremes.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

As mamas muito frequentemente ficam ingurgitadas, dolorosas, pesadas e ligeiramente quentes, entre 2 a 5 dias após o parto, quando ocorre a apojadura, este processo é transitório e evolui sem complicações. É denominado ingurgitamento mamário aquele que ocorre após o 5º dia pós-parto, podendo ocorrer em qualquer período da amamentação.

Apresenta-se com febre, mal estar geral, as mamas ficam pesadas e dolorosas. A conduta é: manter o aleitamento, reduzir os intervalos e ordenhar as mamas antes das mamadas, para facilitar o extravasamento do leite e após a amamentação se a mama permanecer ainda muito dura e dolorida, como já descrito. Evitar compressas quentes e frias.

MASTITES

É um processo infeccioso que ocorre na mama da lactante, habitualmente, a partir da 2ª semana após o parto. Geralmente é unilateral e pode ser consequente a uma fissura ou ingurgitamento indevidamente tratado. Esta situação exige avaliação médica para estabelecimento da medicação apropriada. Deve-se manter a amamentação na mama afetada sempre que possível e corrigir a pega e a posição da amamentação quando necessário. Alguns cuidados podem ser feitos na tentativa de prevenir as mastites como: lavar as mãos com água e sabão antes e após as mamadas; manter a regularidade das mamadas; aumentar os cuidados de higiene se a mãe apresentar quadros gripais; observar a coloração da pele da mama em casos de dor ao amamentar e procurar auxílio precocemente.

ABCESSOS MAMÁRIOS

A UBS deve encaminhar à Maternidade de Referência toda mulher com diagnóstico de abscesso para que possa ser realizada a drenagem.

1.7.3. SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais que ocorrem na gestação ou no pós-parto podem ser a primeira manifestação psiquiátrica ou o agravamento ou ainda a recaída de transtornos prévios. O parto é um fator estressor que pode precipitar depressão, mania, psicoses reativas e esquizofrenia.

A associação de fatores como exposição a substâncias psicoativas intra-útero, desnutrição, infecções, relações familiares ou profissionais conflitantes, abandono, exposição a eventos negativos, experiências adversas e falta de apoio social, aumentam o risco para a saúde mental materna.

O pré-natal oportuniza a prevenção, detecção e o tratamento precoce de transtornos mentais na gestação. Durante as consultas e as oficinas do pré-natal, a equipe de saúde pode detectar a presença de fatores de risco assim como de alterações sugestivas de comprometimento da saúde mental. É importante observar aparência geral, interação com o examinador, atividade psicomotora, estado emocional, linguagem, presença ou não de alucinações, nível de consciência, características do pensamento (conteúdo, velocidade, preocupações, obsessões, agressividade), orientação e memória.

TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

Dentre os Transtornos de Humor que acometem as gestantes, a depressão é um quadro frequente e deve ser investigado. Para Evans (2001), a Depressão Pós-Parto (puerperal) não parece ser uma síndrome distinta da depressão que ocorre durante a gestação, mas sim, uma continuidade da mesma. Caracteriza-se principalmente pelo humor deprimido, com um sentimento profundo de tristeza, fadiga e perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas. Outros sintomas englobam alteração do apetite, ideias auto-agressivas ou suicidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, pessimismo e sentimento de culpa e desamparo.

A Depressão Pós-Parto é um Transtorno de Humor de grau moderado a severo que se inicia dentro de seis semanas após o parto. Apresenta uma prevalência de 15 a 20%, sendo maior nas mulheres com história prévia de transtornos afetivos como disforia pré-menstrual, depressão antes e/ou durante a gestação. Ocorre com maior frequência em adolescentes (Piyasil, 1998) e mulheres com dificuldades adaptativas à gestação (Sugawara, 1997) devido à gravidez não desejada, situação civil irregular, gravidez repudiada por familiares e carência social. Entretanto, é necessário diferenciá-la da reação depressiva normal que ocorre após o parto. A reação depressiva pós-parto tem sido relacionada com mudanças rápidas dos níveis hormonais.

Acomete cerca de 50% das puérperas, surge geralmente nos primeiros dias após o parto e costuma cessar em duas semanas. Caracteriza-se por tristeza, disforia, choro frequente, dependência, fadiga, ansiedade e não causa danos significativos à puérpera e seus familiares.

A Psicose Puerperal considerada atualmente como um Transtorno de Humor (CID 10) é um quadro delirante, grave e agudo, com prevalência de 0,1 a 0,2% das puérperas. Surge de 2 dias a 3 meses após o parto com confusão mental, incoerência, desconfiança e preocupações obsessivas

sobre sua saúde e a do bebê. A evolução é variável e cerca de 50% dos casos cursam com delírios, 25% com alucinações, 4% com suicídio e 5% com infanticídio.

Gestantes e puérperas com episódios maníacos do Transtorno Bipolar podem apresentar humor eufórico, exagerada sensação de bem estar, agitação psicomotora e prejuízo do julgamento. Muitos destes quadros podem não ser diagnosticados e comprometer o desenvolvimento e segurança do bebê. Os quadros de Transtorno de Humor durante ou após a gestação podem estar associados a disfunções tireoideanas, síndrome de Cushing, eventos periparto como infecção, toxemia e perdas sanguíneas; também ao uso de medicamentos como anti-hipertensivos, escopolamina e meperidina. O médico deve estar atento para descartar estas situações.

TRATAMENTO

O intercâmbio entre obstetras e psiquiatras deve ser incentivado para assegurar o melhor resultado possível para a mãe e o bebê. Deve-se considerar o risco de implicações fetais decorrentes do uso de medicamentos pela gestante assim como os riscos advindos de transtornos mentais não tratados.

Gestantes com transtornos de humor ou de ansiedade podem apresentar efeitos danosos sobre suas futuras funções maternas, no momento do parto e no período neonatal. Estudos retrospectivos em seres humanos (Weinstock, 2001) sugerem que o estresse materno crônico, durante a gravidez, associa-se a níveis elevados de hormônio liberador de corticotrofina (CRH), de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e de cortisol. Esses hormônios podem aumentar a probabilidade do nascimento de prematuros, de atraso no desenvolvimento infantil e alterações comportamentais nas crianças. Nos casos de depressão leve, o acompanhamento ambulatorial na UBS, e o apoio familiar podem ser suficientes, mas os casos moderados e graves assim como outras patologias devem ser encaminhados a serviços de referência em saúde mental, pois o tratamento medicamentoso pode ser imprescindível (McGrath, 1999). Em qualquer situação, a psicoterapia individual e familiar é benéfica. Os antipsicóticos devem ser evitados no primeiro trimestre, mas quando necessário, recomenda-se o uso de haloperidol ou trifluoperazina. Vários autores concordam que o uso de antidepressivos tricíclicos e de inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) antes, durante e após a gestação é indicado na prevenção e/ou tratamento de transtornos afetivos (Schou, 1998). O uso de inibidores da monoaminooxidase (IMAO) é contra-indicado. O uso de estabilizadores de humor como o lítio é controverso. Mulheres portadoras de transtornos mentais devem ser aconselhadas, no programa de planejamento familiar, a usar métodos anticoncepcionais de alta eficácia ou definitivos.

Para mulheres com Transtorno Bipolar tipo II, onde prevalecem episódios de euforia, ou com episódios isolados de moderada severidade, recomenda-se a retirada progressiva da medicação em 3 a 5 dias (Alexis, 1998; Adele, 2000). Já nos casos de episódios graves ou nas cicladoras rápidas, deve-se permanecer em tratamento medicamentoso, preferindo-se a monoterapia com a menor dose efetiva. O lítio é contra-indicado no primeiro trimestre de gestação e a sua retirada deve ser progressiva. No entanto, o índice de recaídas nos 6 meses após sua interrupção é em torno de 50%.

Pode ser utilizado no terceiro trimestre mas seu uso no puerpério contra-indica a amamentação.

O quadro abaixo descreve os principais agentes farmacológicos empregados no tratamento de transtornos mentais e seus efeitos adversos sobre a gestante e o conceito.

Quadro 4

GRUPO	FÁRMACO	CONSEQUÊNCIAS
Antipsicóticos de alta potência	Haloperidol, flufenazina, penfluridol, pimozida, pipotiazina, zuclopentixol	Malformações especialmente se usado entre a 6ª e a 10ª semana. Mortes fetais decorrentes da suspensão do tratamento. *Gravidez: Categoria C. *Lactação: Excretado no leite materno; uso controverso na amamentação; efeitos desconhecidos sobre o lactente.
Antipsicóticos de baixa potência	Clorpromazina, levomepromazina, sulpirida, tioridazina, trifluoperazina, amisulprida	Icterícia, movimentos extrapiramidais, hiper e hiporreflexia no recém-nascido quando usado no 3º trimestre. *Gravidez: Categoria C (contra-indicado principalmente no primeiro trimestre). *Lactação: Excretados no leite materno, não recomendados durante a lactação pelo risco de sedação.
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina, clomipramina, imipramina, maprotilina, nortriptilina	Período perinatal – pode provocar o aparecimento de irritação, convulsões e sintomas secundários aos efeitos anticolinérgicos. *Gravidez: Categoria C. *Lactação: Excretado no leite materno, com a amamentação; uso controverso.
Inibidores Seletivos da recaptação de serotonina	Fluoxetina, sertralina, citalopram, nefazodona, paroxetina	Fluoxetina – Gravidez: Categoria B e lactação: excretado no leite materno, compatível com a amamentação
Inibidores da monoaminoxidase	Selegilina, tranilcipromina, moclobemida	Malformações congênitas. *Gravidez: Categoria C. *Lactação: Desconhecido, uso não recomendado.

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

GRUPO	FÁRMACO	CONSEQUÊNCIAS
Estabilizadores do humor	Carbonato de lítio	Malformações cardiovasculares se usado no 1º trimestre; síndrome do "floppy baby" (cianose e hipotonia) se usado no período perinatal. Contra-indicada amamentação. *Gravidez: Categoria D. *Lactação: Excretado no leite; contra-indicada lactação.
	Carbamazepina	Espinha bífida (0,5 – 1%) se usado no 1º trimestre. Aconselha-se associar folatos e vitamina k, para evitar a diminuição dos fatores de coagulação. *Gravidez: Categoria D. Avaliar risco/benefício. *Lactação: Excretado no leite materno; compatível com a amamentação; uso seguro.
	Ácido valproico	Malformações do tubo neural em 3 a 5% dos fetos. Contra-indicação absoluta. *Gravidez: Categoria D. *Lactação: Excretado no leite materno; amamentação.
Benzodiazepínicos	Diazepam, bromazepam, clonazepam	Anomalias congênitas se usado no 1º trimestre. Alterações na termorregulação, apneia e hipotonia muscular se usado no período perinatal; no 2º e 3º trimestre, o uso ocasional não costuma afetar a gestação e o feto de forma negativa. *Gravidez: Categoria D. *Lactação: Excretado no leite materno; efeitos desconhecidos sobre o lactente; uso não recomendado.

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

*Classificação do risco de teratogenicidade (FDA) e recomendação durante a lactação (Academia Americana de Pediatria) pág.99

1.7.4. SAÚDE BUCAL

A gestante apresenta maior suscetibilidade para o surgimento de problemas bucais devido às alterações orgânicas, mudanças de hábitos alimentares decorrentes da gestação e da higiene bucal. Os níveis elevados de estrogênio e progesterona durante a gestação acarretam alterações orgânicas como a hiperacidez salivar, a hipervascularização gengival e a diminuição da motilidade do trato digestivo. Todos estes fatores contribuem para o comprometimento da saúde bucal na

gestação e a prevenção de agravos depende do acompanhamento periódico da gestante pela equipe de saúde.

A acidez salivar, agravada pelas náuseas e vômitos frequentes, favorece o aparecimento de cáries dentárias. Já o aumento da vascularização gengival predispõe à doença periodontal e aos tumores gravídicos. Com a evolução da gestação, a diminuição da capacidade fisiológica do estômago leva à ingestão de menor quantidade de alimentos e ao aumento do número de refeições, nem sempre associados aos cuidados adequados de higiene bucal. O aumento da atividade cariogênica, no entanto, relaciona-se principalmente às alterações da dieta e à presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes.

O tratamento odontológico poderá ser realizado em qualquer fase do período gestacional, embora o segundo trimestre seja o momento mais oportuno, evitando intervenções prolongadas com a gestante em decúbito dorsal.

O RX não está proibido. Recomendamos sempre utilizar avental de chumbo e evitar repetições, principalmente antes da 8ª semana (embriogênese).

A utilização de anestésico com vasoconstritor não está contra-indicada, porém deverá ser utilizado conforme avaliação e necessidade da paciente. Exceção se faz quanto ao uso da Prilocaina, cujo vasoconstritor é a felipressina. Como medida de segurança pode-se utilizar a dose média de 2 tubetes de Lidocaína a 2% por sessão, realizando injeção lenta da solução.

DOENÇA PERIODONTAL E PRÊMATURIDADE

A doença periodontal caracteriza-se por uma série de alterações patológicas no periodonto, formado pelos tecidos moles (gengivas) e duros (osso alveolar, cemento e ligamento periodontal) que circundam os dentes e têm alta prevalência na gestação. A gengivite gravídica acomete de 30 a 100% de todas as mulheres.

Várias evidências científicas correlacionam a doença periodontal com o nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros. Cerca de 50% dos partos prematuros sem fatores de risco estabelecidos podem estar associados à doença periodontal. Gestantes com doença periodontal têm 7,5 vezes mais probabilidade de desenvolver prematuridade (Offenbacher et al., 1996). O agravamento da condição periodontal pode ser um fator de risco para pré-eclâmpsia.

CUIDADOS COM O BEBÊ

Os cuidados com os dentes do bebê iniciam-se durante a gestação. No conceito, os dentes decíduos começam a ser formados por volta da sexta semana gestacional, e os permanentes por volta do quinto mês. Condições gestacionais desfavoráveis como o uso de medicamentos, processos infecciosos, carências nutricionais entre outros, podem comprometer a fase de formação e mineralização dos dentes.

Os hábitos alimentares e de higiene da família e particularmente da mãe influenciam o comportamento futuro dos filhos. Hábitos saudáveis como adequada higiene bucal após as refeições e alimentação equilibrada, pobre em produtos açucarados e industrializados devem ser incentivados.

A amamentação durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de muitas má-oclusões. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular de sucção favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

COMPETÊNCIA DA UBS

As gestantes deverão ser encaminhadas para a avaliação da saúde bucal na primeira consulta de pré-natal. Após avaliação inicial, as dúvidas devem ser esclarecidas e aquelas que apresentam doença em atividade serão submetidas a tratamento odontológico.

II – Intercorrências no Pré-Natal

Toda queixa deve ser avaliada criteriosamente pela equipe de saúde

Situações clínicas e/ou obstétricas podem surgir durante a gestação e de acordo com a sua gravidade poderão ser tratadas na UBS básica ou deverão ser encaminhado para serviços de referência de maior complexidade.

2.1. QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

Alterações fisiológicas da gravidez podem gerar queixas comuns durante o pré-natal.

Grande parte desta sintomatologia diminui ou desaparece com a orientação da gestante e a adequação da alimentação, sendo desnecessário o uso de medicamentos. As recomendações a seguir aplicam-se aos casos em que os sintomas são ocasionais e transitórios.

SINTOMAS DIGESTIVOS

Durante a gestação, alterações hormonais, diminuição da motilidade gastrointestinal, erros alimentares e sedentarismo frequentemente ocasionam queixas digestivas. Até a 16ª semana de gestação, náuseas e vômitos são comuns. Em algumas gestantes, há salivação excessiva que pode provocar náuseas e vômitos, interferir no sono e implicar em perda de líquidos e eletrólitos. Flatulência, obstipação e cólicas também são frequentes e podem acarretar ou agravar processos hemorroidários. No final da gestação, o deslocamento do estômago e do duodeno pode gerar pirose (azia).

Com o objetivo de reduzir estes transtornos a gestante deve ser orientada a:

- Alimentar-se logo ao acordar, evitando jejum prolongado, dando preferência a alimentos secos;

- Evitar alimentação monótona, variando as refeições conforme a tolerância individual;
- Evitar alimentos gordurosos, pimenta, doces com grande concentração de açúcar, alimentos flatulentos, alimentos com odor forte;
- Evitar líquidos durante as refeições;
- Utilizar frutas, caldos, alimentos laxativos e temperos naturais;
- Mastigar demoradamente;
- Evitar deitar-se logo após as refeições;
- Dormir com travesseiro alto, quando ocorrer pirose;
- Fazer exercícios físicos periódicos quando possível.

FRAQUEZA, TONTURA E DESMAIO

São comuns no início da gestação e geralmente estão associados à hipotensão arterial e/ ou hipoglicemia. Orientar para:

- Evitar inatividade e mudanças bruscas de posição;
- Evitar jejum prolongado, fazendo a 1ª refeição ao acordar. O intervalo entre as refeições não deverá ser superior a 3 horas;
- Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar a sintomatologia.

CÂIMBRAS

Ocorrem com mais frequência na 2ª metade da gestação e são comuns durante a noite. Estimular o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B₁ (quadro 2).

EDEMA

É importante diferenciar o tipo generalizado do gravitacional.

1. Edema Gravitacional — está limitado aos tornozelos e decorre do aumento de pressão nos capilares dos membros inferiores. Quando cessa a pressão da veia cava inferior pelo útero grávidico quando, por exemplo, a paciente fica em decúbito lateral, o edema cede.

Conduta:

- A paciente deve repousar em decúbito lateral.
- Usar meia elástica.

2. Edema generalizado — é percebido pelo súbito aumento de peso, engrossamento dos dedos, inchaço do rosto e deposição de água na metade superior do corpo. Está relacionado com a retenção de água e sódio. Algumas mulheres apresentam este tipo de edema acompanhado de hipertensão e proteinúria, estado patológico específico da gravidez, a toxemia da afecção.

Conduta:

- Dieta hipossódica.
- O uso de diuréticos com intuito de aliviar o sintoma deve ser evitado. Existem complicações na utilização de tiazidas como: hiponatremia, hipocalemia, trombocitopenia, discreto efeito diabetogênico no concepto.
- Repouso.

VEIAS VARICOSAS

Ocorrem mais frequentemente nas múltiparas e decorrem da fraqueza congênita das paredes musculares das veias, aumento da pressão venosa nos membros inferiores, inatividade e mau tono muscular. Embora possam ser assintomáticas, as varizes dos membros inferiores podem determinar dor, edema, ulcerações e complicações como tromboflebite e flebotrombose. Ocorre, às vezes, varizes vulvares que regredirão, na maioria das vezes, após o parto.

O tratamento esclerosante e cirúrgico está contra-indicado na gravidez.

Conduta:

- Orientação a repouso, elevação dos MMII e uso de meias elásticas de média compressão.

SINTOMAS URINÁRIOS

O aumento da frequência urinária e nictúria, a urgência miccional são habituais no início e no final da gestação. A pressão exercida pelo útero gravídico com anteflexão exagerada no primeiro trimestre e a pressão exercida pela apresentação fetal nas últimas semanas de gestação são os fatores atribuídos para estes sintomas. Alguns destes sintomas podem indicar infecção urinária (ITU). Sempre que a gestante apresentar sintomas urinários, a hipótese de ITU deve ser afastada.

LEUCORREIA

Durante a gestação há um aumento da produção de muco cervical, maior descamação do epitélio vaginal e transudação elevada pelo aumento de vascularização. A gestante apresenta uma secreção vaginal branca leitosa que não produz irritação em condições normais. O aumento da secreção vaginal e a maior ou menor acidez da vagina (Mudança do pH vaginal), predispõem ao aparecimento de infecções vaginais que deverão ser tratadas.

Recomenda-se a realização de exame especular sempre que houver queixa de leucorreia.

2.2. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS

ANEMIA

O período gestacional caracteriza-se por uma redução fisiológica da concentração de hemoglobina compensada pela hipervolemia que mantém uma adequada perfusão e oxigenação tecidual. No entanto, a associação da anemia fisiológica da gestação com as anemias carenciais (deficiência de ácido fólico e ferro), a anemia falciforme a talassemia, podem comprometer a saúde materno-infantil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,1974), a anemia na gravidez é caracterizada por valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 11,0 g/dl.

A suplementação de ferro está indicada rotineiramente para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação (OMS, 2001). Para as gestantes com hemoglobina < 11g/dl, indica-se dose terapêutica de sulfato ferroso. Um comprimido de 200 mg de sulfato ferroso corresponde a 40 mg ferro elementar. O medicamento deve ser administrado preferencialmente entre as refeições e com suco de frutas cítricas para melhor a absorção do ferro.

Algumas recomendações nutricionais são importantes para a prevenção e o tratamento das anemias carenciais. Deve-se orientar a gestante a consumir alimentos ricos em ferro, vitaminas B12, B6, ácido ascórbico e ácido fólico. Alguns alimentos que interferem na absorção do ferro como café, chá, mate, chocolate, aveia, farelos (fibras), refrigerantes devem ser evitados durante as refeições.

HIPEREMESE

Pode estar associada a gestações múltiplas ou mola hidatiforme. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores destes transtornos. Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação, ocasionando perda de peso, desidratação e oligúria. O apoio psicológico, as ações educativas e a orientação nutricional são as melhores maneiras de prevenir casos mais complicados. O tratamento consiste na administração de antieméticos por via oral ou intramuscular (10 mg de metoclopramida de 4/4h ou 50 mg de dimenidrato de 6/6h). Casos refratários ao tratamento devem ser encaminhados imediatamente para a maternidade de referência.

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

O quadro abaixo descreve as manifestações clínicas das síndromes hemorrágicas mais importantes que acometem a gestante assim como a conduta frente a estas situações.

Quadro 5

PATOLOGIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	CONDUTA
Ameaça de abortamento	Sangramento discreto e eventualmente dor	Sangramento em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; colo fechado	Encaminhar à maternidade*. Após confirmação diagnóstica ecográfica da viabilidade da gestação, indicar repouso no leito; antiespasmódicos SN e progestágenos na insuficiência lútea
Abortamento	Sangramento e dor em baixo ventre	Sangramento abundante em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; colo aberto, eliminação de restos	Encaminhar à maternidade
Gravidez ectópica	Dor em baixo ventre, lipotímia	Irritação peritoneal, hipotensão, colo amolecido, útero aumentado, dor e/ou tumor à palpação de anexos	Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco
Mola hidatiforme	Sangramento discreto e intermitente, ausência de dor, expulsão de vesículas (patognomônico), hiperemese acentuada, hipertensão arterial precoce	Altura e volume uterinos maiores do que o esperado para a idade gestacional	Ecografia. Encaminhar à maternidade para diagnóstico* e tratamento
Descolamento cório-amniótico	Sangramento discreto	Sangramento discreto vermelho escuro	Ecografia. Repouso absoluto até a interrupção do sangramento; antiespasmódicos SN
Placenta prévia	Segunda metade da gestação. Mais frequente em multiparas com partos cesáreos anteriores. Sangramento súbito, recorrente e progressivo, vermelho vivo, quantidade variável e indolor	Sangramento vermelho vivo de quantidade variável, proveniente da cavidade uterina	Na suspeita, evitar o toque vaginal. Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco
Descolamento prematuro de placenta	Associado à HAS e ao uso de drogas como crack e cocaína. Dor abdominal súbita; sangramento vermelho escuro de quantidade variável	Útero hipertônico e sensível à palpação; BCF ausentes ou alterados; sinais de hipotensão e choque; sangramento oculto (dentro da cavidade uterina) sem exteriorização da hemorragia	Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco

SN – se necessário - * na ausência de ginecologista na UBS ou na impossibilidade de acesso à ecografia.

III - Prevenção e Tratamento das Infecções Maternas e Congênicas

3.1. TOXOPLASMOSE MATERNA

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, cujo hospedeiro definitivo é o gato e os hospedeiros intermediários são roedores, suínos, bovinos, ovinos, caprinos, aves e o homem. As diferentes formas de transmissão para o homem ocorrem pela ingestão de cistos presentes em carnes cruas ou mal cozidas ou de oocistos presentes no solo, alimentos e água ou por transfusão sanguínea e transplante de órgãos. A forma congênita ocorre por transmissão transplacentária.

A toxoplasmose adquirida é, na maioria dos casos, benigna e autolimitada e cerca de 60 a 70% da população adulta já contraiu a infecção. Apenas 10 a 20% dos casos são sintomáticos, cursando com mal estar, cefaleia, mialgia, exantema máculo-papular, odinofagia, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, acompanhados ou não de febre. Estes sintomas duram algumas semanas mas a adenomegalia e a hepatoesplenomegalia podem persistir por meses.

INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA

Na toxoplasmose recente, anticorpos IgM específicos positivam-se em 5 a 14 dias, atingem níveis elevados em um mês e podem permanecer positivos por 18 meses. Anticorpos IgA específicos positivam-se após 14 dias e desaparecem entre 5 a 6 meses. Anticorpos IgG específicos atingem o pico máximo cerca de 2 meses da infecção, declinam somente após 5 a 6 meses mas mantêm-se detectáveis pelo resto da vida.

A avidéz com que os anticorpos IgG ligam-se a seus respectivos antígenos pode ser avaliada pela maior ou menor facilidade de quebra dessa ligação. Anticorpos produzidos até 4 meses têm avidéz fraca ou intermediária, sugerindo doença recente, enquanto que anticorpos antigos têm avidéz forte, sugerindo doença antiga.

Anticorpos IgG maternos são transmitidos via transplacentária ao concepto enquanto que os IgM não. No recém-nascido, a presença de anticorpos IgG específicos podem representar anticorpos maternos transferidos passivamente. Na criança não infectada, os anticorpos IgG desaparecem gradativamente, até os doze meses e os IgM estarão sempre negativos. Ao contrário, na criança infectada, os níveis de anticorpos IgG permanecem elevados ou ascendentes enquanto os IgM podem ou não estar reagentes.

CLASSIFICAÇÃO

A equipe de saúde deve avaliar a situação da gestante quanto à infecção por toxoplasmose, classificando-a em: susceptível, doença recente ou doença antiga, de acordo com a investigação sorológica.

- **IgG e IgM não reagentes:** gestante suscetível, nunca foi infectada;
- **IgG reagente e IgM não reagente :** gestante com doença antiga;
- **IgG não reagente e IgM reagente ou duvidoso:** provável doença recente, repetir sorologia em 15 dias, IgG e IgM.
- **IgG reagente e IgM reagente ou duvidoso:** provável doença recente neste caso, o Laboratório Municipal realiza automaticamente a avidéz de IgG:
- **Avidéz fraca ou intermediária:** doença recente, iniciar o tratamento e encaminhar para referência;
- **Avidéz forte:** avaliar idade gestacional (IG) quando da realização do exame:

IG maior que 16 semanas: possível doença recente, encaminhar para referência;

IG menor ou igual a 16 semanas: doença antiga.

MANEJO

ORIENTAÇÕES GERAIS

Todas as gestantes, independente da classificação, devem receber orientações sobre medidas de prevenção primária da toxoplasmose, descritas a seguir:

- Evitar contato com gatos sempre que possível;
- Se tiver gatos em casa, procurar alimentá-los com carne cozida ou ração, e manusear com luvas os materiais contaminados com fezes de gatos, em seguida, lavar as mãos com água e sabão; evitar que os animais saiam de casa.
- Evitar consumir carne crua ou mal cozida, principalmente de porco e de carneiro;
- Preparar a carne antes dos outros alimentos. Após o manuseio da carne crua, usando ou não luvas, lavar as mãos, os utensílios, a pia e a mesa de preparo com água e sabão;
- Retirar a casca dos vegetais e frutas, ou lavá-los com água e sabão e enxaguá-los bem, antes do consumo;
- Evitar que moscas e baratas contaminem verduras, frutas, legumes e outros alimentos;
- Usar luvas para trabalhar com a terra, lavando as mãos após esta atividade.

GESTANTE SUSCETÍVEL PARA TOXOPLASMOSE

Na gestante suscetível, o risco de contaminação por toxoplasmose é determinado pela presença dos seguintes fatores:

- Gatos no domicílio;

INCLUSÃO NO DOCUMENTO

- Consumo de carne crua ou mal cozida (em especial carneiro e porco);
- Manuseio frequente de carne crua;
- Condições precárias de higiene pessoal e ambiental (presença de moscas, baratas, ratos no domicílio e imediações);
- Manuseio da terra e jardinagem;
- Baixo grau de entendimento das orientações para a prevenção primária;
- Não viabilidade das mudanças necessárias para proteção.

A sorologia para toxoplasmose nas gestantes suscetíveis deverá ser repetida no segundo e terceiro trimestre.

GESTANTE COM DOENÇA ANTIGA

Deve-se observar fatores de risco para imunossupressão como HIV/AIDS, uso de imunossupressores (quimioterápicos e corticoides) entre outros pela possibilidade de reativação da toxoplasmose.

GESTANTE COM DOENÇA RECENTE

INCLUSÃO NO DOCUMENTO

Gestantes com toxoplasmose recente confirmada deverão ser monitoradas pelos diferentes níveis de atenção.

Compete à Unidade de Saúde:

Registrar no prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames laboratoriais e o esquema terapêutico;

Instituir tratamento em 100% das gestantes com diagnóstico confirmado para reduzir a transmissão transplacentária da doença com Espiramicina 500mg, 2cp de 8/8h e encaminhar a gestante ao PN de Alto Risco da Policlínica.

Compete ao Serviço de Alto Risco:

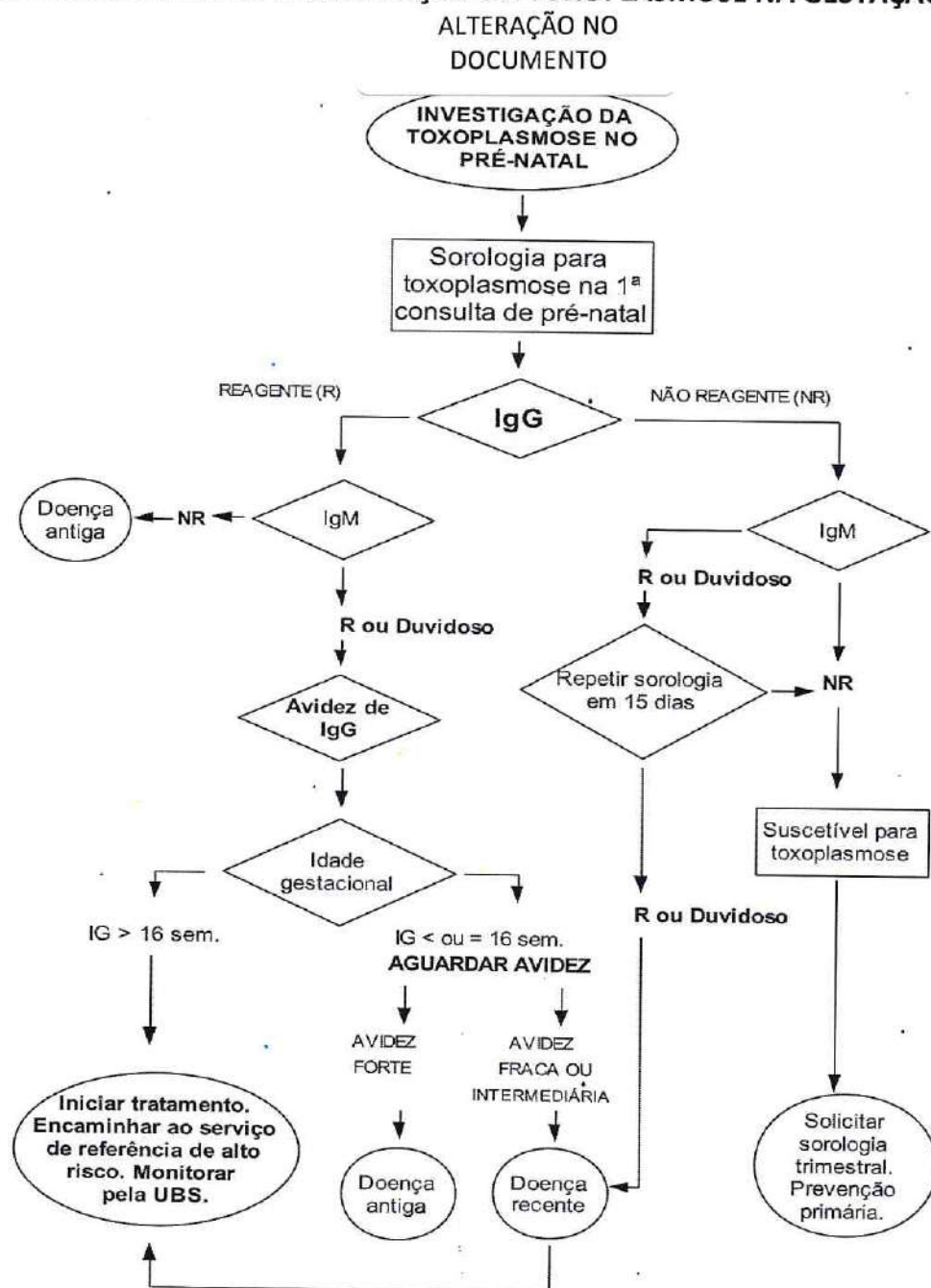
Verificar a necessidade de acompanhamento desta gestante no serviço de referência que seguirá tratamento conforme protocolo do Alto Risco.

CONSIDERAÇÕES GERAIS QUANTO AO ESQUEMA TERAPÊUTICO:

- Vincular e encaminhar todas as gestantes com diagnóstico confirmado ou duvidoso de toxoplasmose recente para o pré-natal de Alto Risco da Policlínica e;
- Monitorar a gestante com diagnóstico confirmado de toxoplasmose recente quanto à presença nas consultas do serviço de referência e ao uso correto da medicação;

- Suspender a medicação no puerpério, não sendo necessário a realização de novos exames, nem de acompanhamento específico;
- Orientar a puérpera que não há risco para ela nem para gestações futuras e que o tratamento visa somente impedir a transmissão vertical.

3.1.1. FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DA TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO



3.2. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

O HIV/AIDS é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo retrovírus denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com 2 tipos conhecidos: HIV-1 e o HIV-2. Na população adulta, as principais formas de transmissão do vírus são por via sanguínea e sexual, enquanto que na população infantil, a principal é a transmissão vertical.

Atualmente, as relações heterossexuais sem uso de preservativo são as principais responsáveis pela transmissão do vírus, segundo a OMS. Os fatores que determinam o aumento da transmissão do HIV numa relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outras DST.

No Brasil, a epidemia da AIDS, que apresentava um perfil predominantemente masculino, com maior incidência na faixa etária de 25 a 39 anos, vem apresentando uma mudança no padrão, atingindo cada vez mais jovens e mulheres. Ao se avaliar a proporção de casos entre homens e mulheres, nos jovens entre 13 e 24 anos, observa-se uma importante mudança. No início da década de 90 eram 3 casos no sexo masculino para um caso no sexo feminino, a partir de 2000 a proporção vem se mantendo em 1:1. No Brasil, em 2003 foram notificados 1398 casos em homens e 1447 casos em mulheres (Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico Ano 1, nº 01 Jan-Jul 2004)

Os fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV são:

- Relações sexuais sem uso de preservativos;
- Compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas;
- Utilização de sangue e seus derivados sem controle de qualidade;
- Recepção de órgãos ou sêmen de doadores infectados;
- Gravidez em mulher infectada pelo HIV. A transmissão na gestação, ocorre principalmente se houver carga viral elevada, durante o parto pelas secreções cérvico-vaginais e na lactação pelo aleitamento materno;
- Rotura prolongada das membranas amnióticas;

O HIV não se transmite pelo convívio social ou familiar, por abraço ou beijo, através de alimentos, água ou picadas de insetos.

O indivíduo infectado pelo HIV pode demorar até doze anos para ter manifestações clínicas da AIDS, porém a transmissão do vírus pode ocorrer em qualquer fase da infecção, sendo o risco proporcional à magnitude da viremia.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A evolução da doença pode ser dividida em 3 fases:

INFECÇÃO AGUDA:

Pode ocorrer 5 a 30 dias após a infecção inicial e caracteriza-se por viremia elevada. A sintomatologia é auto-limitada na maioria dos casos e assemelha-se a outras infecções virais. Manifesta-se por febre, calafrios, sudorese, mialgia, cefaleia, dor de garganta, alterações gastrintestinais, linfadenopatia generalizada, dor retro-orbitária e erupção cutânea.

LATÊNCIA CLÍNICA OU ASSINTOMÁTICA:

Durante um período de alguns meses ou anos, não há manifestação de sintomatologia da infecção. Entretanto, há uma agressão constante ao sistema imunológico do hospedeiro com queda lenta dos linfócitos CD4.

DOENÇA SINTOMÁTICA:

Na fase inicial ou precoce o portador pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos e de intensidade variável. À medida que ocorrem alterações na imunidade, surgem manifestações como febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante, sudorese noturna, astenia e adenomegalia. Infecções oportunistas passam a se manifestar ou recidivar, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (nova nomenclatura para o *Pneumocystis carinii* causador de pneumonia em humanos), toxoplasmose cerebral, candidíase oral e esofagiana e meningite por criptococos, dentre outras.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período de 4 a 8 semanas após a infecção inicial, sendo este intervalo denominado janela imunológica. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas, porém há elevada viremia com maior risco de transmissão do HIV.

A triagem de infecção por HIV no Laboratório Municipal é feita por testes que detectam anticorpos contra o vírus e apresentam alta sensibilidade. Se o primeiro teste (1ª amostra) de triagem for negativo, respeitando a janela imunológica, a infecção é descartada. Mas se for positivo ou indeterminado, são realizados na mesma amostra sanguínea um outro teste de triagem (com metodologia diferente) e um teste de alta especificidade (imunofluorescência indireta) para confirmação do diagnóstico. Havendo exames discordantes, faz-se outro teste confirmatório (Western blot). Se todos os testes de triagem e confirmatórios forem reagentes, realiza-se nova investigação em outra amostra (2ª amostra) de sangue para confirmação do

resultado da 1ª amostra. Os testes de quantificação de RNA (mensuração de carga viral), realizados por PCR quantitativo, e a dosagem do CD4, feita por citometria de fluxo, são usados para a orientação da conduta terapêutica em pacientes HIV positivo.

O Teste Rápido Anti-HIV é um teste de triagem cuja sensibilidade e especificidade é similar ao teste ELISA de terceira geração e que apresenta resultado em no máximo 30 minutos.

Está indicado em casos específicos que requerem decisão terapêutica de emergência. O Teste Rápido é preconizado para todas as gestantes que estão no hospital em pré-parto ou trabalho de parto independente de terem realizado o teste HIV durante o pré natal. No entanto, deve-se considerar a maior proporção de resultados falso-positivos em populações com baixa prevalência para o HIV, como as gestantes (0,7% a 0,6%).

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO NA GESTAÇÃO, PARTO E AMAMENTAÇÃO

Estima-se que 30% das crianças nascidas de mães HIV positivo não tratadas tornam-se infectadas na gestação, durante o trabalho de parto, parto ou através da amamentação. A administração da terapia anti-retroviral com AZT na gestação, no parto e ao recém-nascido e a proibição da amamentação reduziu a taxa de transmissão vertical para 8%, segundo um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076). Atualmente, o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde (2004) com terapia tríplice é capaz de reduzir a probabilidade de transmissão vertical para aproximadamente 2%.

A gravidade desta doença e a disponibilidade de medidas eficazes para diminuir a transmissão para o feto apontam para a importância da realização de sorologia para HIV na rotina do pré-natal, maternidade e adoção de medidas de prevenção da transmissão vertical para os casos detectados.

Vários estudos têm demonstrado que alguns fatores estão associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho, dentre estes:

- Fatores virais: carga viral, genótipo viral, diversidade circulante e resistência viral;
- Fatores maternos: estado clínico e imunológico, DST e outras co-infecções;
- Fatores comportamentais: uso de drogas e prática sexual desprotegida;
- Fatores obstétricos: tempo de rotura das membranas amnióticas, via de parto, presença de hemorragia intraparto e parto instrumentalizado;
- Fatores inerentes ao recém-nascido: prematuridade, baixo peso ao nascer e aleitamento materno.

COMPETE À UBS

Solicitar o teste anti-HIV na primeira consulta de pré-natal realizada pelo médico ou enfermeiro, após o consentimento verbal da gestante ou familiar responsável;

Fazer o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV:

Estas orientações deverão ser prestadas em dois momentos: previamente à coleta do exame, aconselhamento pré-teste (individual ou coletivo) e o aconselhamento pós-teste por ocasião da entrega do resultado, que deve ocorrer de forma individual, durante a **consulta com o médico ou enfermeiro**; **No aconselhamento, as gestantes devem ser orientadas sobre:**

- O que é AIDS, formas de transmissão, meios de prevenção, a diferença entre infecção e doença;
- Quais os testes utilizados (triagem e complementares), significados dos resultados, o conceito de janela imunológica e a confidencialidade do resultado;
- Aspectos que envolvam a infecção e o estado de gravidez: consequências para a saúde materna, probabilidade de transmissão do vírus para o feto/RN (na gestação, durante o parto, na amamentação) e disponibilidade de tratamento;
- A gestante que aceitar ou não realizar o teste deverá assinar um Termo de Declaração de Realização ou Recusa do Teste Anti-HIV

3.2.1. CONDUTA DE ACORDO COM O RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO

RESULTADO NEGATIVO (NA 1ª CONSULTA E NO 3º TRIMESTRE):

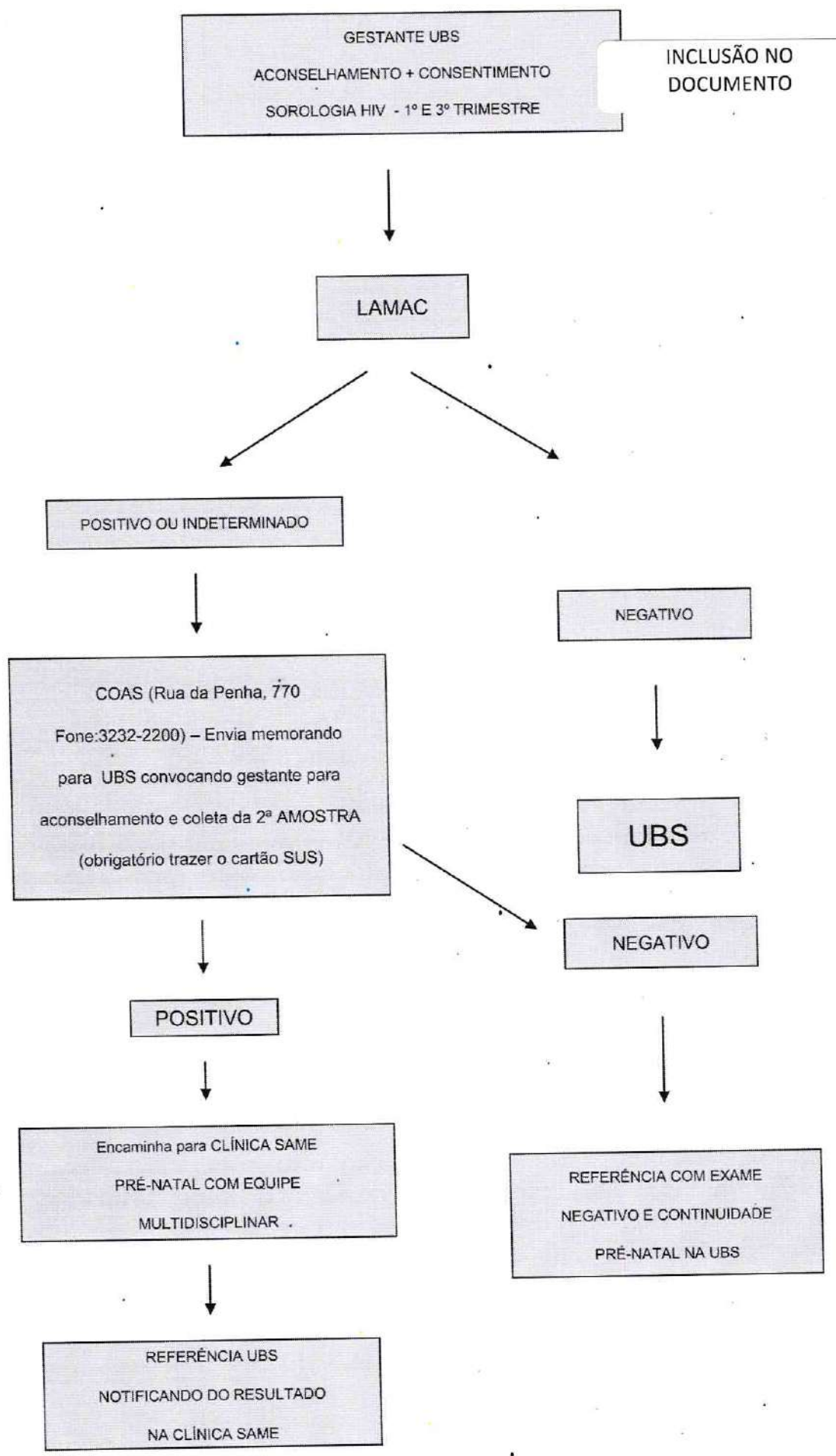
- Orientar a paciente quanto aos modos de transmissão;
- Reforçar a importância do sexo seguro, orientando quanto à utilização do preservativo, especialmente durante a gestação, uma vez que a possibilidade de contaminação pelo HIV não está descartada;
- Avaliar a possibilidade de janela imunológica.

RESULTADO INDETERMINADO:

O resultado indeterminado deve ser encaminhado para o COAS, e compete à UBS, a convocação da gestante e orientação para que compareça ao COAS com o cartão SUS.

RESULTADO POSITIVO:

Deverá ser comunicado através do COAS, e após confirmação do resultado será encaminhada para o SAME. Compete à UBS, a convocação da gestante e orientação para que compareça ao COAS com o cartão SUS.



COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Realizar Teste Rápido para HIV para todas as gestantes anteparto ou em trabalho de parto e que não tenham realizado investigação para HIV/AIDS no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível, após o consentimento verbal da gestante ou familiar responsável;

Inibir a lactação - enfaixar as mamas com ataduras, imediatamente após o parto, para evitar a estimulação das mesmas. Manter a conduta por um período de dez dias (esta medida isolada já alcança 80% de sucesso). Associar a supressão farmacológica da lactação com carbegolina 0,5 mg, 2 comprimidos, VO, em dose única.

A mãe e o RN serão encaminhados através do agendamento do Programa RN de Risco, para o SAME, para acompanhamento.

3.3 SÍFILIS NA GRAVIDEZ

A Sífilis Congênita é resultado da infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, bactéria causadora da sífilis. Essa infecção se dá através da placenta de uma mulher grávida que esteja infectada pela sífilis. É uma doença grave que pode causar má formação do feto, sérias consequências para a saúde da criança ou até a morte.

As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem o abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, recém-nascido com sinais clínicos de Sífilis Congênita ou, mais frequentemente, recém-nascido aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente, como deformidades osteoarticulares, surdez, deficiência mental ou alterações visuais.

Formas clínicas da Síndrome da Sífilis Congênita:

Na Sífilis Congênita Precoce, sinais e sintomas surgem até os 2 anos de vida: baixo peso ao nascer; coriza serossanguinolenta; obstrução nasal; prematuridade; osteocondrite; choro ao manuseio; pênfigo palmo-plantar; fissura peribucal; hepatoesplenomegalia;

alterações respiratórias/pneumonia; icterícia; anemia geralmente severa; hidropsia; pseudoparalisia dos membros; condiloma plano.

Na Sífilis Congênita Tardia, os sinais e sintomas surgem a partir dos 2 anos de vida: tibia em "lâmina de sabre"; fronte olímpica; nariz em sela; dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson); mandíbula curta; arco palatino elevado; ceratite intersticial; surdez neurológica; dificuldade do aprendizado.

É considerado Natimorto por Sífilis todo caso de óbito fetal com mais de 22 semanas de gestação ou peso maior de 500g, de mãe não tratada ou inadequadamente tratada por sífilis. O aborto por sífilis define-se todo caso de morte fetal com menos de 22 semanas de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis, afastadas causas de aborto não espontâneo.

É importante descartar a sífilis adquirida em crianças maiores (com teste para sífilis reagentes) principalmente pela possibilidade de abuso sexual.

Transmissão da sífilis:

A transmissão da mãe infectada para o bebê pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto. Estando presente na corrente sanguínea da gestante, após penetrar na placenta, o treponema ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente por todo o organismo da criança que está sendo gerada. A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante. Quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais grave será o risco de transmissão para o bebê. Na infecção recente da mãe, devido aos elevados níveis de bacteremia, o risco de transmissão mãe-feto é maior que em outros estágios da infecção.

Exames complementares:

Sorologia não -Treponêmica (VDRL e RPR) é indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, mas apresenta tendência a queda progressiva nas titulações, até sua negatificação após alguns anos. O recém-nascido não infectado pode apresentar anticorpos maternos transferidos através da placenta, e neste caso, o teste pode ser positivo até o sexto mês de vida aproximadamente sofrendo decaimento progressivo. É relativamente elevado o número de VDRL falso positivo em gestantes pelo fato destes anticorpos não serem específicos para *T. Pallidum*.

Sorologia Treponêmica (FTA-Abs, TPHA, ELISA) são testes úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos-positivos se a mulher teve infecção prévia. O FTA-Abs/IgG, quando reagente em material do recém-nascido, não significa infecção pré-natal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. O FTA-Abs/IgM por sua vez não ultrapassa a barreira placentária, significando, quando reagente no material do recém-nascido, infecção fetal. Porém, tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos negativos por toda vida e a criança ser portadora de sífilis, fato que contraindica seu uso na prática clínica atualmente. Testes treponêmicos reagentes em crianças maiores de 18 meses, filhas de mulheres que tiveram Sífilis Gestacional confirmam a infecção congênita da criança.

Raio-X de Ossos Longos demonstram alterações ósseas compatíveis com periostite e osteocondrite.

Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR) é necessário para detectar ou afastar a neurosífilis. Alterações na contagem de linfócitos (>25 leucócitos/mm³); e na dosagem de proteínas (>100 mg/dl) do recém-nascido (após o período neonatal, os valores são >5 leucócitos e >40 mg/dl, respectivamente) associados ou não com VDRL reagente, definem o quadro.

PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Antes da gravidez

Orientações gerais:

- Uso regular de preservativos;
- Redução do número de parceiros sexuais;
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros, solicitando VDRL 1 vez ao ano;
- Realização do teste VDRL em mulheres com intenção de engravidar;
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

Características da sífilis adquirida :

Sífilis primária - cancro duro, que poderá passar despercebido na mulher quando localizado nas paredes vaginais ou no colo do útero , associado, ou não, a adenopatia satélite;

Sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas generalizadas, poliadenopatia, entre outras;

Sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas , alterações neurológicas, alterações cardiovasculares e alterações ósteo articulares.

Tratamento da Sífilis (em não gestantes ou não nutrízes)
Sífilis Primária (com cancro) : Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI *. Considerar se houver CANCRO.
Sífilis Secundária ou Latente (lesões cutâneas ou VDRL anterior negativo a menos de 1 ano) : 2 séries de Penicilina G Benzatina 2.400.00 UI em intervalo de 1 semana entre cada série. (dose total = 4.800.000 UI)*. Considerar se houver lesões cutâneas (roséolas ou outras manifestações) ou se tem VDRL positivo há 12 meses.
Sífilis terciária (sem lesão e sem história anterior de infecção e sem VDRL conhecido há mais de 1 ano) : 3 séries de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI em intervalo de 1 semana entre cada série. (dose total = 7.200.000 UI)*. Considerar se não houver história de CANCRO, lesões cutâneas e VDRL negativo nos últimos 12 meses.
Alternativo (alergia a penicilina): Eritromicina (estearato ou estolato) 500mg 6/6h; ou Tetraciclina 500mg 6/6h; ou doxicilina 100mg 12/12h, por 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia).

* 1.200.000 UI / IM aplicados em cada glúteo

Obs: Duração ignorada tratar como sífilis terciária.

Orientações gerais durante o tratamento específico:

- Devido ao alto risco de infecção, o tratamento deve ser realizado em todos os indivíduos, comunicantes sexuais, que tenham se exposto à infecção pelo *T. pallidum*, especialmente nos últimos 3 meses, mesmo que não sejam percebidos sinais ou sintomas;
- Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à reinfecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras durante o tratamento;

- Recomendar o uso regular do preservativo (masculino e feminino) no período durante e após o tratamento;
- Orientar os indivíduos com sífilis e seu(s) parceiro (s) sobre a importância de não se candidatar(em) à doação de sangue;
- Realizar o controle de cura trimestral, por meio do VDRL, considerando como resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos durante o primeiro ano. Manter o acompanhamento semestralmente em caso de persistência da positividade, em títulos baixos;
- A cura é considerada quando há queda de 4 títulos em duas verificações do VDRL subsequentes;
- A elevação de títulos em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um novo tratamento mesmo na ausência de sinais ou sintomas específicos de sífilis;
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção do tratamento ou em caso de um intervalo maior do que sete dias entre as séries;
- Ressalta-se que casos de anafilaxia à penicilina representam um evento raro que deve ser caracterizado após teste de sensibilidade à penicilina;

NOTAS:

- Essas opções terapêuticas alternativas, com a exceção do estearato de eritromicina são contra-indicadas em gestantes e nutrízes.
- Todas essas opções terapêuticas exigem estreita vigilância clínica (seguimento dos casos e de seus parceiros), por apresentarem menor eficácia.

Durante a gravidez

Acompanhamento de Sífilis Gestacional no Rede de Atenção Básica

Toda gestante na rede de atenção básica deve fazer o exame de VDRL, na primeira consulta pré-natal e no início do terceiro trimestre (início da 28ª semana de IG). Esta orientação se faz pelo fato do Brasil ser considerado um país de alta prevalência da infecção (1,6% das gestantes).

Todo caso de gestante com VDRL positivo ($\geq 1:1$) deve ter sua amostra testada para um teste treponêmico, sendo o disponível no momento o TPHA (Treponema Hemagglutination), pela Prefeitura Municipal SES LAMAC.

Toda caso de gestante com VDRL positivo ($\geq 1:32$) não terá sua amostra testada para um teste treponêmico.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

Toda gestante com VDRL $\geq 1:1$ e teste treponêmico positivo ou indeterminado, deve ser tratada independente da repetição do exame, caso seja diagnóstico novo ou não tenha sido tratada adequadamente de infecção conhecida anterior.

Gestante com VDRL $\geq 1:1$ e com teste treponêmico negativo, deve ter seu exame novamente solicitado em 5 dias, se resultado $\geq 1:4$ e TPHA negativo encaminhar ao SAME, se $< 1:4$ e TPHA negativo, a gestante deve ser considerada FALSO POSITIVO para Sífilis e portanto não é necessária nenhuma intervenção.

Gestantes que têm história confirmada de doença prévia a gestação, e ou tratamento recente ao período gestacional, devem realizar o VDRL mensalmente, pois somente o declínio ou estabilidade em baixos títulos garantem ser esta situação cicatriz sorológica ou então, reinfecção caso haja ascensão sorológica de 4 vezes (1:4 para 1:16) ou dois títulos. O teste treponêmico, na maioria das vezes, fica positivo por muitos anos ou o resto da vida, fato que impossibilita o uso deste método no diagnóstico de reinfecção.

Todas as gestantes positivas no VDRL e TPHA, que são consideradas como portadoras de Sífilis Gestacional, devem receber o tratamento na unidade básica imediatamente após diagnóstico, assim como seus parceiro(s), pois quanto mais cedo o tratamento for instituído menor a frequência da infecção do conceito e menor a frequência de aborto, natimorto ou óbito neonatal.

Todas as gestantes com sífilis gestacional, diagnosticadas na rede básica ou no pré-natal de risco da policlínica, bem como aquelas VDRL negativo, mas com parceiros positivos, após a instituição imediata da antibioticoterapia para ela, se infectada e para o parceiro, deverá ser encaminhada para o SAME com a devida guia de encaminhamento. As doses administradas de Penicilina Benzatina na mulher e parceiro devem estar anotadas no cartão do pré-natal com data. A gestante usando esquema para Sífilis Secundária ou Terciária poderá finalizar o esquema na Unidade Básica de Saúde de origem ou no SAME. A consulta deve ser marcada por fone com a enfermagem para garantir atendimento na mesma semana.

A notificação compulsória dos casos continuará sendo feita pelas Unidades Básicas de Saúde. (Anexo I).

* Casos de gestantes ou parceiros não localizados, informar a Vigilância da Sífilis para busca ativa.

Mais informações sobre Diagnóstico/Tratamento da Sífilis Gestacional e esquema alternativo encontram-se nas "Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita-MS", disponível na unidade.

Atendimento dos casos de Sífilis Gestacional no SAME

As Unidades Básicas de Saúde, após a convocação da Gestante e parceiro com Sífilis e o respectivo início de tratamento, marcarão a consulta para o casal ou mulher no SAME que terá garantia de atendimento na mesma semana.

A gestante deve trazer na consulta o encaminhamento com a história clínica, a conduta adotada e o cartão de pré-natal. O local de parto será mantido de acordo com a referência da Unidade Básica de Saúde de origem.

Serão agendadas consultas mensais ou em tempo melhor se necessário.

Será realizada a avaliação do VDRL mensalmente (a primeira avaliação do VDRL em 15 dias na primeira consulta no SAME e posteriormente avaliação mensal).

Na primeira consulta e a cada trimestre no SAME serão solicitados e realizados:

Sorologia para HIV.

Sorologia para Hep B (caso não imunizada) e Hep C.

Sorologia para Toxoplasmose IgM e IgG

Sorologia para CMV IgM e IgG

Avaliação Ginecológica em todas as consultas

Realização de Ultrassonografia na primeira consulta no SAME e na primeira consulta após o início de um novo trimestre de gestação.

***Todas as mulheres terão visita domiciliar caso haja falta no acompanhamento e ou o parceiro não tenha sido tratado, caso haja autorização prévia a matrícula no SAME.**

Esquema terapêutico

Sífilis Primária (presença de cancro) – Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI divididas 1.200.000 em cada glúteo.

Sífilis Secundária ou Latente (lesões cutâneas ou VDRL anterior negativo há menos de 1 ano) Penicilina Benzatina- 2.400.000 no dia do diagnóstico e 2.400.000 no 7º dia após diagnóstico.

Sífilis Terciária (sem lesão e sem história anterior de infecção e sem VDRL conhecido há mais de 1 ano) Penicilina Benzatina – 7.200.000, dividido em 3 séries de 2.400.000 sendo a primeira no dia do diagnóstico e as demais com intervalo de 07 dias, em relação a série anterior (0 – 7 - 14 dias).

Esquema alternativo – vide Manual “ Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – MS”.

Notas:

- Situações em que a gestante apresente-se na fase secundária da doença, a primeira dose do tratamento deverá ser realizada, idealmente, em ambiente hospitalar devido a possibilidade de desenvolvimento da Reação de Jarisch-Herxheimer(*) e risco potencial de abortamento.
- Gestantes com diagnóstico de sífilis e titulação elevada ou tratadas no final do segundo ou no terceiro trimestre devem ser submetidas à ultrassonografia obstétrica para avaliação fetal.

(*) A reação de Jarisch-Herxheimer ocorre no início do tratamento da sífilis, consistem em tremores de frio, febre elevada, indisposição, dor de garganta, mialgia, cefaleia, taquicardia e exacerbação da reação inflamatória nos locais da infecção pelos espiroquetas.

Admissão para Parto ou Curetagem

Triagem para Sífilis no local do parto:

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

Realizar o VDRL, ou RPR, em toda mulher admitida para o parto ou curetagem por abortamento. Para toda gestante hospitalizada por qualquer intercorrência durante a gravidez, é recomendável, para diagnóstico precoce, solicitar o VDRL, iniciar imediatamente o tratamento da mulher e seu parceiro, caso não tenha sido feito tratamento considerado adequado no pré-natal ou a titulação for sugestiva de reinfecção.

Manejo adequado do recém-nascido:

- Realizar VDRL, ou RPR, em amostra de sangue periférico do recém-nascido cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, parto ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita;
- Tratamento imediato dos casos detectados;
- Notificação e investigação dos casos detectados, incluindo os natimortos ou aborto por sífilis. (Anexo II).

Coinfecção sífilis- HIV na gestação

Existem relatos na literatura sugerindo que a história natural da sífilis pode ser profundamente alterada resultante da coinfecção pelo HIV. As lesões de sífilis primária e secundária podem se apresentar de maneira atípica, títulos de testes não treponêmicos podem sofrer retardo em sua positividade, e até resultados falso-negativos não são incomuns. O desenvolvimento de neurosífilis nesses indivíduos pode ocorrer mais precocemente e deve ser considerada sua ocorrência quando aparecerem sinais neurológicos em pacientes com AIDS.

Relatos de maior risco de falência terapêutica em pessoas com Aids são descritos em outros estudos, mas a magnitude desse risco ainda não está bem estabelecida, assim como os esquemas preconizados pelo Ministério da Saúde para indivíduos não coinfectados parecem ser suficientemente potentes para utilização em coinfectados.

Assim, levando-se em consideração os fatos acima apontados, recomenda-se que os indivíduos coinfectados tenham um seguimento pós-terapêutico acurado observando-se os riscos potenciais de mais precoce e frequente envolvimento do sistema nervoso central, e de falência terapêutica.

Gestantes coinfectadas com o HIV podem apresentar discordância entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais de seguimento, com maior demora ou a não ocorrência de queda dos títulos. Devido ao maior risco de falha terapêutica e de envolvimento do sistema nervoso central, estas mulheres e seus recém-nascidos, expostos ao HIV, devem ser acompanhados com maior cuidado e atenção, devendo ser encaminhados para o SAME para acompanhamento especializado em infectologia.

OBSERVAÇÕES:

Considera-se tratamento adequado:

- É todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Considera-se tratamento inadequado para sífilis materna:

- É todo tratamento com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou
- Ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- Ausência de queda dos títulos (sorologia não-treponêmica) após tratamento adequado; ou
- Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Falha terapêutica

Cerca de 14% das gestantes podem apresentar falência no tratamento, com consequente risco de interrupção da gravidez ou nascimento de crianças com sífilis congênita. Fatores importantes implicados na falência terapêutica são:

- Coinfecção sífilis – HIV;
- Os estágios precoces da sífilis;

- Altos títulos de VDRL no momento do tratamento e no parto;
- Parto prematuro (< 36 semanas);
- Severidade da doença fetal: hidropsia, hepatomegalia, placentomegalia, ascite e elevação das transaminases fetais;
- Tratamento após 24 semanas;
- Esquema terapêutico reduzido: 1 dose de penicilina benzatina em sífilis precoce.
- Por este motivo o acompanhamento de cura precisa ser feito necessariamente.

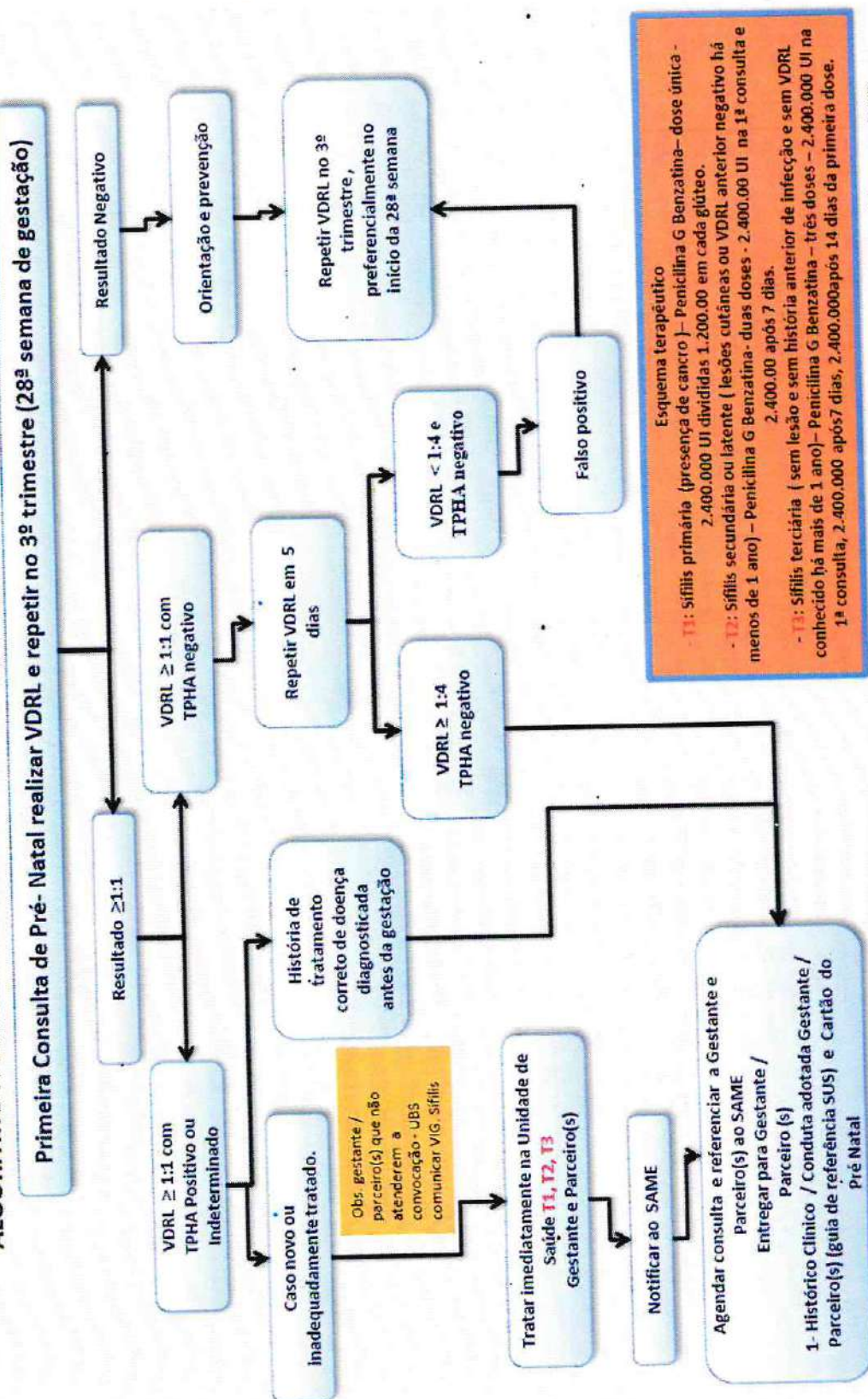
Oferecimento do teste HIV

É recomendado para todas as gestantes, em especial quando do diagnóstico de sífilis, tendo em vista que:

- A coinfeção entre as DST ocorre frequentemente;
- Crianças expostas ao *T. pallidum* durante a gestação têm maior risco de adquirir o HIV de origem materna;
- Diagnóstico e tratamento adequado e precoce da sífilis na gestação, em mãe infectada pelo HIV, diminui o risco da criança adquirir essa infecção;
- O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV permite à gestante a aplicação de medidas profiláticas que reduzem a transmissão vertical do vírus.

Em suma, o diagnóstico de sífilis e de outras doenças de transmissão sexual, em qualquer período da gestação, indica avaliação sistemática da infecção pelo HIV e de outras DST em razão do maior risco relacionado a estas coinfeções

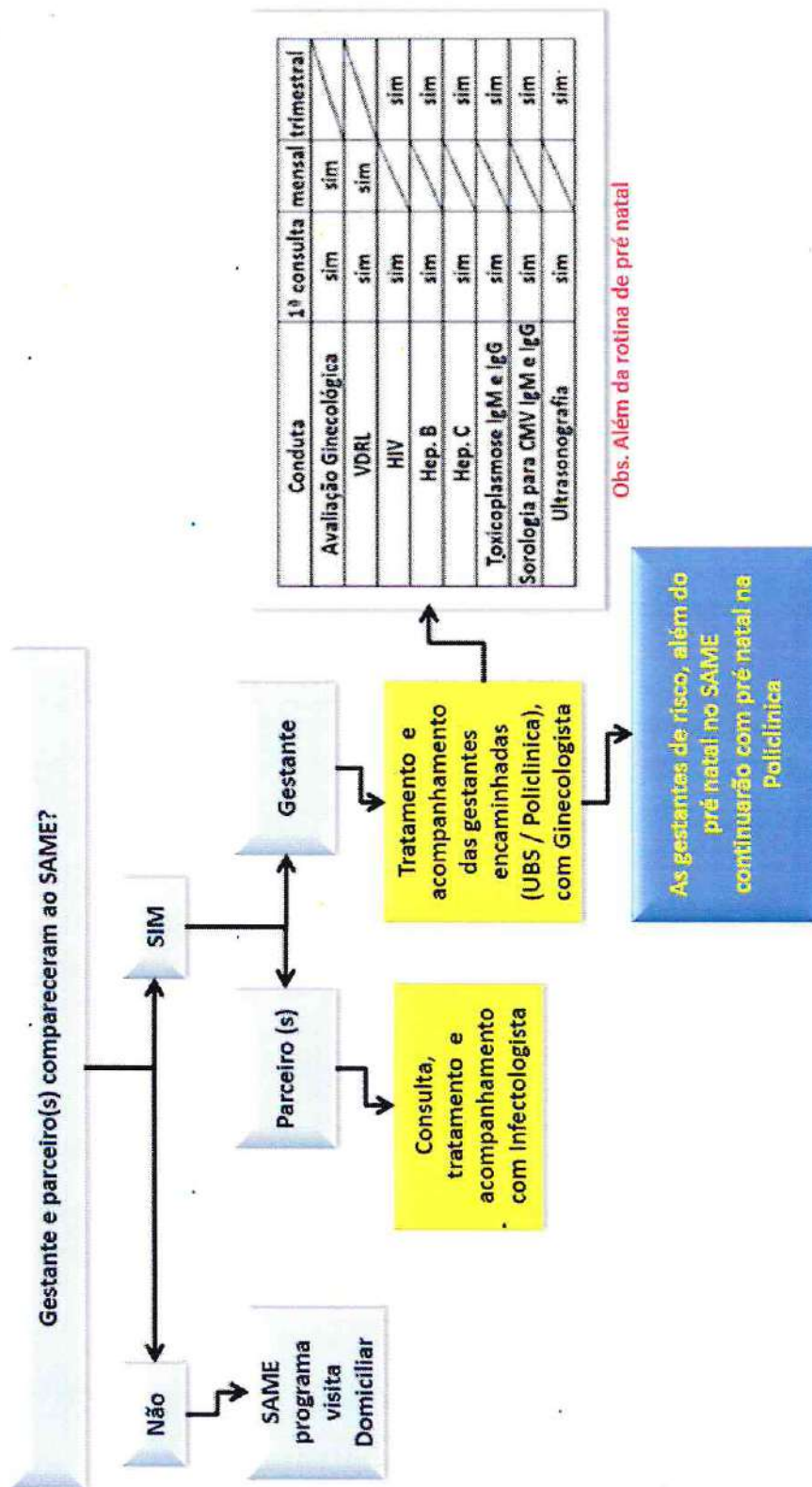
ALGORITMO PARA ABORDAGEM CLÍNICA E LABORATORIAL DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO



SAME – Serviço de Assistência Municipal Especializada - Rua Manoel Lopes, 220
Vila Hortência Tel: 3231-8777- Vig. Sífilis e-mail: controlesifilis@splicenet.com.br

Obs. : SAME tem limite de 7 dias para agendamento.

Fluxograma de atendimento no SAME dos casos de Sífilis Gestacional



Gestantes deverão ser referenciadas para as Maternidades de acordo com a UBS de origem .
Puerperas retornarão para o SAME – para seguimento / encerramento do caso .

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagentes, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE	Código (CID10) O98.1
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	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	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso		
	31 Ocupação		
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
Ant. epid. gestante	34 Unidade de realização do pré-natal:	Código	
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica	
Dados laboratoriais	Resultado dos Exames		
	37 Teste não treponêmico no pré-natal	38 Título	
	40 Teste treponêmico no pré-natal		
Tratamento/encerramento	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante		
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
Ant. epidemiológicos da parcerias sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44	Motivo para o não tratamento do Parceiro	☐
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.		
	2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.		
	3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.		
	4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.		
	5 - Parceiro com sorologia não reagente.		
6 - Outro motivo: _____			

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Definição de caso:

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10)	6 Data do Diagnóstico
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	8 Data de Nascimento	9 Raça/Cor
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	20 Bairro
Dados de Residência	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	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Idade da mãe
	32 Raça/cor da mãe	33 Ocupação da mãe	34 Escolaridade	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal
	39 Diagnóstico de sífilis materna	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem		
	41 Título	42 Data	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	44 Esquema de tratamento
	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante	47 Data do parto	48 Data da morte

Ant. Epidem. da Criança	47	UF	48	Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49	Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código	
Dados do Laboratório da Criança	50	Teste não treponêmico - Sangue Periférico				51	Título	52	Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1:				
	53	Teste treponêmico (após 18 meses)				54	Data		
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado								
	55	Teste não treponêmico - Líquor				56	Título	57	Data
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1:					
Dados Clínicos da Criança	58	Titulação ascendente				59	Evidência de <i>Treponema pallidum</i>		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				
	60	Alteração Liquórica				61	Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado				
Tratamento	62	Diagnóstico Clínico				63	Presença de sinais e sintomas		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				
Evolução	64	Esquema de tratamento							
	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado								
	65	Evolução do Caso				66	Data do Óbito		
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado									

Observações Adicionais:

Investigador	Município / Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou: elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou: quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração liquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

3.4 TUBERCULOSE NA GESTAÇÃO

A gestante com diagnóstico de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva deve ser tratada com o esquema básico se for um caso novo: sem tratamento anterior, ou tratamento menor que 30 dias, ou tratamento anterior há mais de 5 anos. Estes tratamentos podem ser realizados em qualquer período da gestação de forma semelhante às de pacientes não gestantes.

As demais formas de tuberculose: pulmonar com baciloscopia negativa e extra-pulmonar devem ser encaminhadas à referência na Policlínica Municipal no setor de TB/Hansen para avaliação, conduta e notificação.

Gestantes portadoras de co-infecção tuberculose-HIV/AIDS devem ser avaliadas pelo Ambulatório DST/AIDS, independente da forma de tuberculose. Uma vez confirmado o diagnóstico, a gestante retornará à Unidade de Saúde Básica que fará o acompanhamento.

ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

Realizar baciloscopia de controle mensalmente, sendo indispensáveis as do 1º, 2º, 4º e 6º mês de tratamento.

ORIENTAÇÕES SOBRE O PARTO E O ALEITAMENTO MATERNO NAS GESTANTES EM TRATAMENTO

A transmissão da doença se faz, usualmente, pela inalação de gotículas de vias aéreas superiores de um doente, sendo a porta de entrada, em geral, o trato respiratório. Caso a mãe tenha seu diagnóstico no momento do parto ou logo em seguida, deverá usar máscara para cuidar do Rn.

CONDUTA QUANTO AO PARTO, AO RECÉM-NASCIDO E À AMAMENTAÇÃO DE ACORDO COM AS FORMAS CLÍNICAS DE TUBERCULOSE MATERNA	
FORMA CLÍNICA	CONDUTA
Tuberculose pulmonar	Parto em maternidade geral, com isolamento respiratório;
a) Mãe bacilífera (não tratada ou tratada há menos de 3 semanas do parto)	Diminuir o contato íntimo entre mãe e filho; Amamentar com máscara ou similar e lavar cuidadosamente as mãos antes de manipular o bebê; Iniciar quimioterapia do RN com isoniazida 10mg/kg/dia, durante 3 meses; Realizar PPD no RN após 3 meses de quimioprofilaxia: exame positivo – manter quimioprofilaxia por mais 3 meses exame negativo – interromper quimioprofilaxia e vacinar com BCG.
b) Mãe não bacilífera (tratada há mais de 3 semanas do parto)	Parto em maternidade geral, sem isolamento respiratório; Manter a amamentação; Vacinar com BCG.
Tuberculose Extrapulmonar	Realização de parto em maternidade geral; Amamentação sem restrições.

3.5. HEPATITE B NA GESTAÇÃO

A hepatite B, cujo agente etiológico é o HBV (vírus da hepatite B), é uma doença grave que pode evoluir para cirrose hepática, câncer hepato-celular, insuficiência hepática e óbito.

Aproximadamente 500 milhões de pessoas são portadoras de hepatite B no mundo.

A transmissão de hepatite B se faz por via parenteral, sexual, contato íntimo familiar (transmissão horizontal) e de mãe para filho (transmissão vertical). Na exposição perinatal, a transmissão mãe/filho pode ocorrer pela exposição do RN ao sangue e ou líquido amniótico, durante a

passagem pelo canal vaginal, pela amamentação e mais raramente por via transplacentária. O vírus é excretado no leite materno, porém não há contra-indicação da amamentação desde que tenha recebido a 1ª dose do esquema vacinal e imunoglobulina humana anti-hepatite B.

No período neonatal, o risco de infecção pelo HVB de recém-nascidos de mães HBsAg reagentes é de 80 a 90%. Bebês contaminados apresentam 90% de chance de se tornarem portadores crônicos e 25% destas crianças irão à óbito por doença hepática na idade escolar ou na idade adulta. A medida mais eficaz para a prevenção desta infecção é a soro vacinação.

A triagem sorológica da hepatite B será feita para todas as gestantes, através da solicitação do exame HBsAg na 1ª consulta de pré-natal. A vacina é indicada para toda a população com idade pré-determinada pelo Ministério da Saúde e também para pessoas que apresentem fatores de risco e têm maior vulnerabilidade conforme Manual de Vacinação do Ministério da Saúde.

3.5.1. INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B NA GESTAÇÃO

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

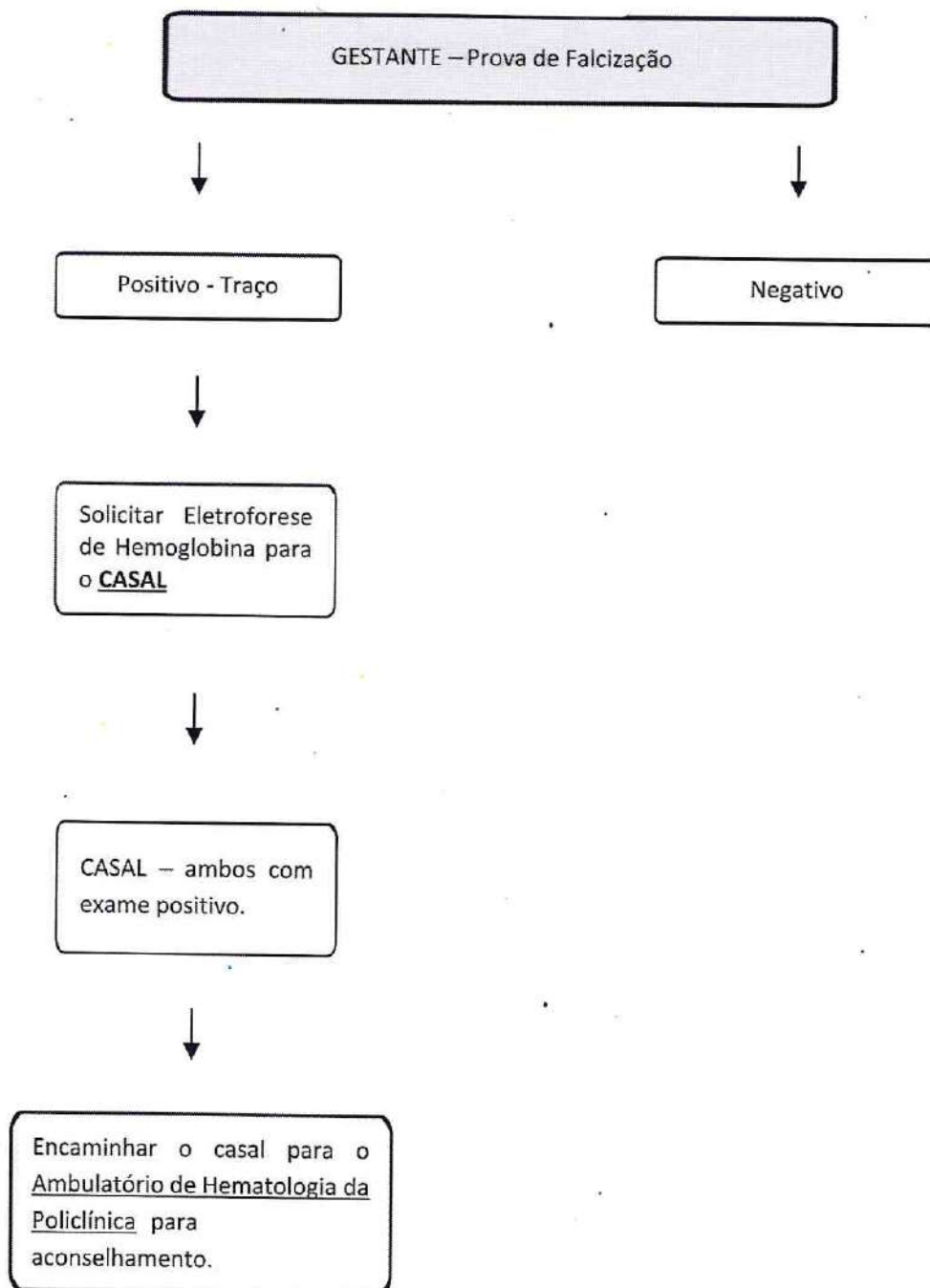
As gestantes não imunes deverão ser vacinadas após a realização da sorologia para Hepatite B, independente de sua idade, independente de idade gestacional. Caso possua carteira de vacinação, esta deve ser avaliada e o esquema de vacinação deverá ser iniciado ou completado. Gestantes com HBsAg reagente deverão ser referenciadas para serviço de infectologia de referência. A puérpera deverá ser encaminhada para o serviço de referência.

ANEMIA FALCIFORME

Em virtude da lei municipal nº 6.779 de 10 de março de 2003, estamos a partir do mês de julho implantando como rotina para gestantes o exame de Prova de Falcização.

AOS OBSTETRAS

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO



Aos Pediatras

Em virtude da triagem do TESTE DO PEZINHO apresentar o dado para Anemia Falciforme, devemos proceder da seguinte maneira:

Traço Falciforme = verificar se os pais já foram triados:

- **Pais não triados:** solicitar aos pais exame de prova de falcização e Eletroforese de Hemoglobina. Caso ambos positivos encaminhar os pais ao Ambulatório de Hematologia da Policlínica para aconselhamento.
- **Criança:** exame de pezinho com traço falciforme e ambos os pais com traço falciforme. Aos 6 meses de idade colher hemograma, prova de falcização e eletroforese de hemoglobina, se positivo – Ambulatório de hematologia na Policlínica. Qualquer intercorrência clínica antes dos 6 meses de idade se necessário realizar os exame antecipadamente.

IV - Prevenção e Tratamento das Patologias Associadas à Prematuridade

4.1. TRABALHO DE PARTO PREMATURO

O trabalho de parto prematuro (TPP) é responsável por 50% dos partos pré-termos (PP) e 75% da mortalidade perinatal. Consiste no trabalho de parto que ocorre antes da 37ª semana gestacional e caracteriza-se por 6 a 8 contrações uterinas em uma hora ou no mínimo 3 contrações em 30 minutos, levando a alterações na maturação cervical (apagamento ou dilatação do colo uterino) com membranas corioamnióticas íntegras ou não. Sua incidência no Brasil é de 12%.

Tem como principais fatores predisponentes a baixa condição socioeconômica, a assistência pré-natal inadequada e a infecção geniturinária (McGregor, 2000) e sífilis congênita precoce. Medidas de prevenção do TPP e da morbi-mortalidade neonatal englobam:

- Melhora do diagnóstico e controle de infecções no período pré-concepcional;
- Melhora da qualidade do pré-natal;
- Rastreamento, diagnóstico e monitoramento de gestantes com risco para TPP no pré-natal;
- Programas de suplementação nutricional;
- Uso adequado de corticoterapia e terapia tocolítica;
- Encaminhamento precoce de todos os casos suspeitos e/ou diagnosticados de TPP para o Serviço de Referência;

A transferência de todas as gestantes em TPP, com idade gestacional (IG) < 34 semanas para centros de referência secundários e terciários, diminui a mortalidade neonatal em 60% dos casos.

O TPP diferencia-se da ameaça de trabalho de parto prematuro porque nesta condição há contratilidade uterina anormal, ou seja, mais de 2 a 3 contrações uterinas dolorosas em 1 hora (após a 28ª semana), sem alterar o colo uterino.

FATORES DE RISCO PARA O TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Os fatores de risco para TPP devem ser investigados na consulta pré-concepcional e/ou na primeira consulta de pré-natal e/ou nas consultas subsequentes e são eles:

- Gestação anterior com TPP;
- Idade materna < 16 anos e > 35 anos;
- Desnutrição materna;
- Atividade física materna extenuante;
- Isoimunização RhD;
- Diabetes mellitus;
- Síndromes hipertensivas - Doença hipertensiva específica da gestação, Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Tabagismo;
- Cardiopatia materna;
- Patologias uterinas: incompetência istmo-cervical, malformações, leiomiomas;
- Distensão uterina: gêmeos, polidrâmnio;
- Sífilis na gestação
- Violência e trauma materno.

INFECÇÕES MATERNAS:

Trato urinário: bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite não tratada ou de repetição;

Trato genital: sífilis, gonorreia, infecção por estreptococo do grupo B, clamídia e tricomonas e vaginose bacteriana;

Corioamnionite: rotura prematura de membranas;

Outras infecções: apendicite, pneumonia;

O PAISM instituiu a gestão dos casos de infecção urinária na gestação tendo em vista a importância destes fatores na evitabilidade da prematuridade.

COMPETE À UBS

- Proceder a rotina de exames laboratoriais do Programa para detecção precoce dos fatores de risco;

- Solicitar o estudo microbiológico: exame a fresco, bacterioscopia e cultura da secreção vaginal, para esclarecimento diagnóstico quando houver alteração no exame citopatológico como flora cocóide ou história clínica de leucorreia crônica;
- Fazer seguimento da grávida com infecção urinária conforme este Protocolo; Encaminhar precocemente a gestante com quadro sugestivo de TPP à consulta médica e/ou Hospital de Referência;
- Após a alta fazer busca ativa e monitoramento de toda gestante internada por TPP.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Avaliar a gestante e as informações descritas na carteira da gestante;
- Solicitar exames complementares para investigação de infecção materna como hemograma completo, urinálise;
- Realizar ecografia para avaliar idade gestacional, índice de líquido amniótico (ILA), localização e maturidade da placenta, comprimento do colo uterino;
- Proceder a inibição do TPP, tratar os fatores associados e instituir corticoterapia quando indicados;
- Promover assistência diferenciada ao parto na inevitabilidade do mesmo;
- Na alta registrar na carteira da gestante as informações pertinentes ao caso (resultado de exames, diagnóstico, terapêutica e procedimentos realizados), fornecer resumo de alta Programa Gestante Saudável;
- Encaminhar a gestante à US após alta hospitalar.

MANEJO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Quando ocorrer queixa compatível com trabalho de parto prematuro é importante questionar:

- A gestante está em TPP?
- As membranas estão íntegras?
- O feto é prematuro?
- Há fatores de risco presentes?

ANAMNESE

A avaliação clínico-obstétrica criteriosa permitirá a elucidação do caso e deve englobar:

- Investigar a história do trabalho de parto - número, frequência, duração e intensidade das contrações uterinas;
- Questionar sobre a cor, odor, quantidade e presença de sangue ou não no líquido vaginal;
- Confirmar a idade gestacional, através dos dados da carteira da gestante e da ecografia (se feita até 24 semanas);

- Pesquisar fatores de risco para TPP identificados na gestação atual ou anterior e outras doenças;
- Avaliar o perfil psicossocial.

EXAME FÍSICO

- Identificar sinais de infecção materna: temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial;
- Avaliar batimentos cardíofetais;
- Determinar a altura uterina (AU) que deve ser compatível com a idade gestacional, determinada pela data da última menstruação (DUM) e ecografia obstétrica previamente realizada;
- Avaliar a apresentação fetal pois no TPP a apresentação pélvica é muito frequente;
- Realizar exame especular, em primeiro lugar, se houver relato de perda de líquido e/ou sangramento vaginal;
- Comprovar a saída de líquido pelo orifício do colo uterino e observar cor, quantidade, presença de mecônio, secreção vaginal com aspecto infeccioso e com odor;
- Comprovar e identificar a origem do sangramento;
- Coletar secreção cervico-vaginal para pesquisa de infecções quando necessário;
- Realizar toque vaginal para avaliação da dilatação cervical e da altura da apresentação;
- Se houver sangramento e/ou rotura prematura de membranas, o toque está contraindicado para evitar agravamento do quadro hemorrágico e infeccioso;
- Avaliar a contratilidade uterina colocando a mão sobre o fundo uterino e contando o número de contrações num período mínimo de 15 minutos;

CONDUTA

A conduta dependerá das condições do feto, da iminência de parto, da disponibilidade de recursos locais e de transporte seguro para um centro de referência.

4.1.1. CORTICOTERAPIA

A corticoterapia reduz de forma eficaz o distress respiratório, a hemorragia intraventricular fetal e a mortalidade neonatal entre 24 a 34 semanas de gestação. Os critérios de uso são:

- Diagnóstico claro do TPP;
- Idade gestacional compreendida entre 24 a 34 semanas;
- Gestantes sem contra-indicação para a realização do parto em 24 a 48 horas;
- Gestantes sem contra-indicação para uso de corticoide;
- Bem estar fetal.

Evidências atuais mostram benefício com até dois pulsos de corticoide, dependendo da idade gestacional da primeira dose aplicada, com intervalo mínimo de 7 dias (quadro 9). Não há indicação de mais de dois pulsos pelo risco de desenvolvimento de síndrome de Cushing neonatal.

Quadro 9

MEDICAMENTOS	UM PULSO
Betametasona (ampolas de 1 ml com 6 mg)	12 mg (2 ampolas), IM; repetir esta dose após 24 h (Total de 4 ampolas)
Dexametasona (ampolas de 2,5 ml com 2 mg/ml = 5 mg)	10 mg (2 ampolas), IM, de 12/12 h, por 2 dias (Total de 8 ampolas)

4.2. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA GESTAÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais frequentes em todo mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua ocorrência nos países industrializados, em 1990, foi de um caso para cada 100 pessoas/ano.

Nos países em desenvolvimento, correspondem a um quinto das principais causas de procura por serviços de saúde. No Brasil, estima-se que 10 a 12 milhões de casos de DST curáveis ocorrem anualmente.

O atendimento inadequado por funcionários despreparados e preconceituosos aos portadores de DST, em locais de atendimento sem privacidade, acarreta segregação do paciente e exposição a situações de constrangimento, o que contribui para a não procura aos serviços de saúde.

Estudos recentes revelam que pessoas portadoras de DST, quando expostas ao HIV, apresentam maior probabilidade de se tornarem infectadas, e quando infectadas, maior probabilidade de transmitir o vírus. A associação de vários tipos de DST é muito frequente, dentre elas a associação de sífilis, gonorréia, clamídia e HPV em relação à gestação, evidências científicas mostram que úlceras genitais, vulvovaginites e cervicites durante o ciclo grávido-puerperal associam-se à maior ocorrência de coriamnionite, trabalho de parto prematuro, aminorrexe prematura, prematuridade, baixo peso ao nascer, abortamento, endometrite, mortalidade materna e neonatal.

TRANSMISSÃO

O principal modo de transmissão das DST é o contato íntimo e a relação sexual por via vaginal, anal ou oral. Outros modos de transmissão incluem as transfusões sanguíneas ou outras formas de contato com sangue ou hemoderivados (sífilis, hepatite B, hepatite C, HIV).

Pode ocorrer transmissão da mãe para o filho no período gestacional, durante o parto e/ou durante a amamentação.

Dentre os fatores sociais e culturais que influenciam a transmissão das DST estão:

- Não adotar medidas de sexo seguro: desconhecimento sobre como usar o preservativo, não gostar de usar preservativo;
- Demora na busca por assistência: sintomatologia leve ou inexistente, mais frequente em mulheres, vergonha e constrangimento pelo estigma associado às DST;
- Não realizar ou não concluir o tratamento prescrito: falta de convicção de que o tratamento seja eficaz, interrupção do tratamento por acreditar que o desaparecimento dos sintomas signifique a cura, medo que o tratamento faça mal para seu bebê, custo do tratamento, falta de confiança no serviço ou no profissional de saúde;
- Deixar de comunicar os parceiros para que estes recebam o tratamento adequado: medo, vergonha, preconceito, raiva.

Embora as DST tenham agentes etiológicos distintos, a sintomatologia encontrada caracteriza um número limitado de síndromes clínicas. A abordagem sindrômica possibilita a identificação dos prováveis agentes etiológicos de uma determinada síndrome clínica. O quadro abaixo descreve os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

MANEJO

A prevenção de intercorrências gestacionais e neonatais decorrentes destas patologias depende da detecção precoce e do tratamento adequado das mesmas (Vide Protocolo de Doenças Sexualmente Transmissíveis -SES-Sorocaba-2007)

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

COMPETE A UBS:

Determinar, durante a anamnese das gestantes, o escore de risco para cervicite. Se o escore for maior ou igual a 1 (Protocolo de Abordagem Sindrômica das DST) , há maior probabilidade de cervicite sintomática ou não (portadora assintomática) por gonococo e/ou clamídia.

SÍNDROMES CLÍNICAS E SEUS AGENTES ETIOLÓGICOS MAIS COMUNS			
SÍNDROME	SINTOMAS	SINAIS	ETIOLOGIA
Corrimento genital	Corrimento vaginal com prurido, odor fétido, dor à micção e dor durante a relação sexual	Edema de vulva, vagina e cérvix, hiperemia de vulva, corrimento vaginal	Vulvovaginítes: tricomoníase, vaginose bacteriana, candidíase
		Muco/pus cervical, colo friável, dor à mobilização do colo	Cervicite: Gonorreia Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral, prurido, estrangúria, polaciúria, odor fétido	Corrimento uretral	Gonorreia, clamídia, tricomonas, micoplasma e ureaplasma
Úlcera genital	Ferida dolorosa, ferida indolor, prurido e ardência	Úlcera genital, aumento dos linfonodos inguinais, fístulas	Sífilis, cancro mole, herpes genital, donovanose
Desconforto ou dor pélvica	Dor ou desconforto pélvico, dor durante a relação sexual	Muco/pus cervical, dor à palpação abdominal, dor à mobilização do colo, temperatura > 38° C	Gonorreia, clamídia, vaginose

FONTE: manual de controle de DST, MS, Brasil, 2000

Realizar exame especular na 1ª consulta de pré-natal e investigar qualquer queixa de corrimento genital em qualquer idade gestacional.

O EXAME DEVE CONTEMPLAR:

- **Exame da genitália externa:** vulva, ânus, períneo e região inguinal, à procura de linfonodos aumentados;
- **Exame especular** – observar sinais de cervicite mucopurulenta e colo friável. Na presença de leucorreia, fazer o teste de pH vaginal, em seguida realizar coleta de secreção para o teste das aminas com KOH 10%. Pingar 2 gotas desta solução na secreção vaginal coletada em lâmina e aguardar 1 minuto. Considera-se resposta positiva se a lâmina exalar odor de

peixe podre. Na indisponibilidade deste teste, o tratamento sintomático deve ser considerado.

Na suspeita de infecção por gonococo, o tratamento deve ser voltado para clamídia/gonococo e tratado conforme protocolo de DST – Abordagem Sintomática.

- **Toque vaginal** - detectar dor à mobilização do colo;
Após o exame o profissional deve registrar no prontuário a presença e o tratamento de corrimentos e úlceras genitais e notificar as DST diagnosticadas; orientar as gestantes a não utilizar duchas vaginais para a higiene local e monitorar o tratamento de DST da gestante e de seu parceiro.

4.2.1. CORRIMENTOS GENITAIS

O corrimento genital é um sintoma comum às vulvovaginites e cervicites, cujos principais agentes etiológicos são *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Candida albicans*. No ciclo grávido-puerperal estes agentes predispõem à complicações gestacionais, como a corioamnionite e o TPP; complicações puerperais como a endometrite e infecções de feridas operatórias; e complicações neonatais como pneumonia e septicemia. As principais formas de contaminação fetal são a hematogênica e o canal de parto.

A candidíase é a primeira causa de vulvovaginite no Brasil. Na maioria dos casos, a transmissão é endógena, por ser a *Candida* um fungo comensal da mucosa vaginal e intestinal.

Entretanto a transmissão sexual pode ocorrer, sobretudo nas formas recorrentes. O fator predisponente mais comum para a candidíase é a gravidez e a sua incidência e severidade aumentam com o evoluir da gestação. Outros fatores predisponentes são obesidade, Diabetes mellitus descompensado, HIV, uso de antibióticos, corticoides ou imunossupressores, dieta, hábitos de higiene e vestuário inadequado. A *Candida* quando não associada a outras infecções, não acarreta TPP.

O TPP com frequência é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana. A vaginose bacteriana é a segunda causa de corrimento vaginal. Caracteriza-se por um desequilíbrio da flora vaginal normal, com ausência ou redução dos *Lactobacilos* acidófilos e aumento acentuado de bactérias, em especial anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteróides* sp, *Mobiluncus* sp, *Mycoplasma hominis*, *Peptostreptococos*). Cerca de 50% dos casos de vaginose bacteriana em gestantes são assintomáticos. O quadro associado à infecção urinária é responsável por mais de 50% dos casos de TPP, amniorrexe prematura, corioamnionite e endometrite puerperal e resultam em 3,1% de nascimentos pré-termos (McGregor et al., 1998).

CONSIDERAÇÕES:

Clamídia e Gonorréia :Toda gestante com secreção uretral e/ou cervicite com muco - pus endocervical e/ou com pelo menos 1 critério de risco e/ou cervicite sintomática, deve ser tratada com azitromicina 1g, VO, em dose única associada a ceftriaxona 250 mg, IM, em dose única ou

Tianfenicol 2,5g em dose única. Os parceiros, se maiores de 18 anos devem ser tratados com uma dose única de azitromicina 1 g (VO) associada a Ciprofloxacina 500mg em dose única. Se forem menores de 18 anos, devem ser tratados como as gestantes.

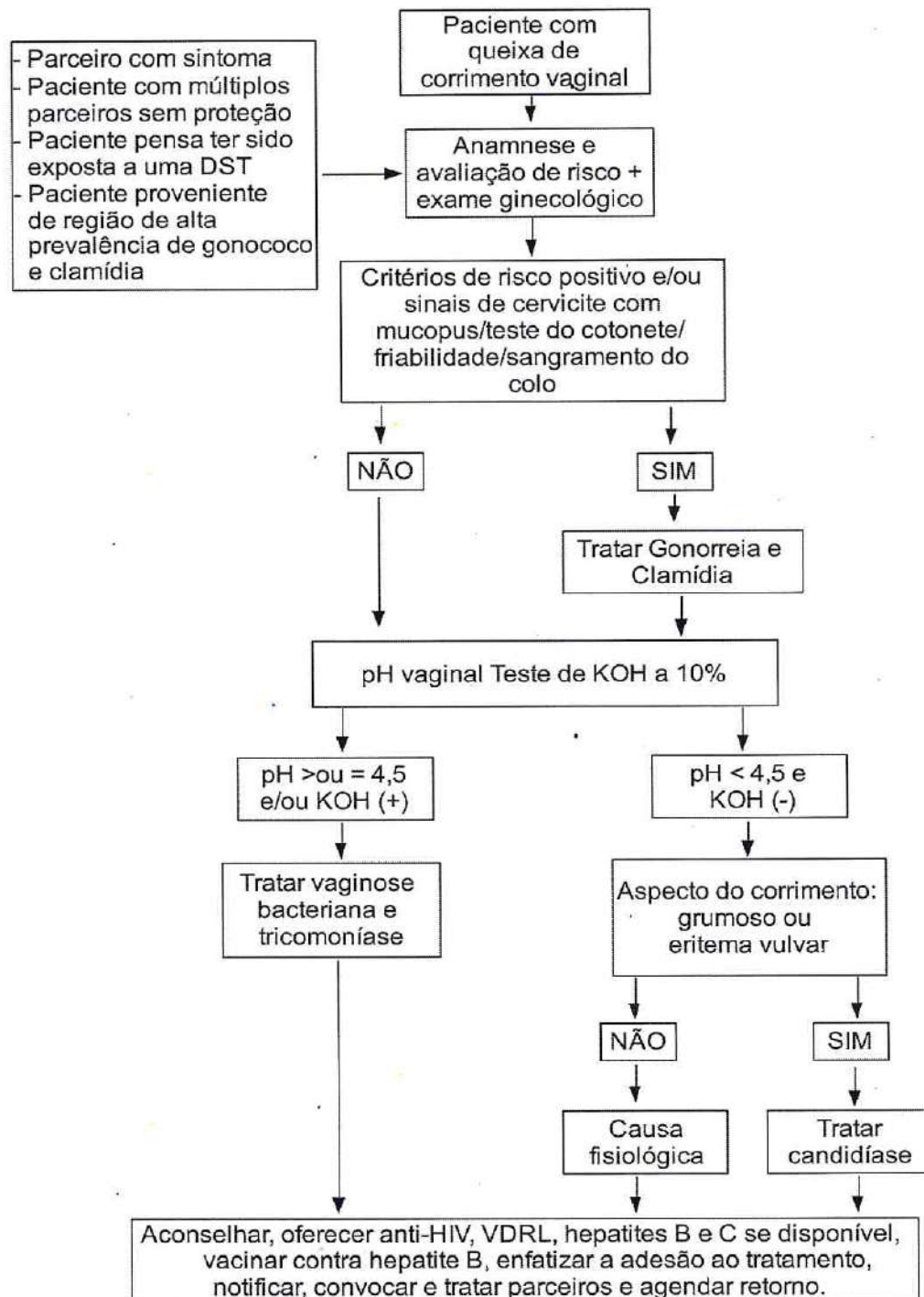
Tricomoníase - cerca de 50% dos casos são assintomáticos. A transmissão é por via sexual ou por secreções e objetos contaminados, devido ao alto grau de resistência do *Trichomonas vaginalis* (Linhares, 1994). Pode alterar a classe da citologia oncológica e o exame deve ser repetido 2 a 3 meses após o tratamento para diagnosticar a persistência dessas alterações.

Candidíase - Nos casos de candidíase recorrente, a mulher deve ser aconselhada a realizar o teste anti-HIV e reavaliar a possibilidade de diabetes gestacional. O tratamento da Candidíase preconizado envolve a prescrição de Nistatina 100.000Ui aplicadas por 14 dias e medidas comportamentais.

Vaginose bacteriana - a *Gardnerella vaginalis*, na ausência de uma flora anaeróbia mista e sem sintomas da vaginose bacteriana, provavelmente faz parte de uma microbiota normal. Na avaliação laboratorial de vaginose bacteriana, a coloração de Gram, segundo o critério de Nugent, apresenta sensibilidade de 99% (Gratacos E, 1999), com 4% de resultados falso-negativo (Tam M.T, 1998). Já o exame de Papanicolaou tem uma sensibilidade de 77% (Lamont, R.F., 1999). Quando for instituído tratamento com metronidazol, deve-se contra-indicar a ingestão de bebidas e alimentos contendo etanol até três dias após o tratamento, pelo efeito antabuse.

Não estando disponíveis a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal durante o exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis enfermidades que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidose

4.2.2. FLUXOGRAMA DE CONDUTAS PARA CORRIMENTO VAGINAL



4.2.3. LESÕES GENITAIS

Entre as doenças sexualmente transmissíveis, as lesões genitais são sinais comuns que acometem a gestante e podem comprometer a saúde materno-fetal. As principais DST que cursam com lesões são herpes simples, condiloma acuminado (HPV), sífilis e cancro mole.

O **cancro duro** é uma lesão única, indolor e que desaparece em até 21 dias.

O **herpes** é causado pelo herpes simplex vírus HSV-1 em 20% dos casos e HSV-2 em 80% dos casos. Durante a gestação, a primo-infecção acarreta risco de complicações obstétricas pela elevada quantidade de carga viral circulante. Apesar de levar ao abortamento no 1º trimestre de gestação, não é considerado causador de embriopatia. A infecção neonatal é um quadro grave que exige cuidados hospitalares especializados. A transmissão vertical geralmente ocorre na passagem do feto pelo canal de parto em cerca de 50% dos casos.

O **cancro mole**, causado pelo *Haemophilus ducreyi*, não parece representar risco para a gestante e o feto. Entretanto, 12 a 15% dos casos estão associados à sífilis e necessitam de tratamento combinado. Gestantes HIV positivo com cancro mole devem ser monitoradas com cuidado pois necessitam de tratamento mais prolongado.

O **condiloma acuminado** ou verruga genital é causado pelo papilomavírus humano (HPV). Apresenta alta infectividade e cerca de 80% das mulheres têm parceiros infectados assintomáticos. Pode haver contaminação não sexual por toalhas, sabonetes, espêculos, luvas ou auto-inoculação (Campion, 1985). O vírus pode permanecer por muitos anos no estado latente e após este período, originar novas lesões. A recidiva de lesões provavelmente relaciona-se à reativação de reservatórios próprios do vírus e não reinfecção. De acordo com o potencial oncogênico, o HPV classifica-se em alto, médio e baixo risco de oncogênese. Os tipos de alto risco, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES:

HERPES SIMPLES

O risco de transmissão do HSV2 depende da fase e das manifestações da doença e do tipo de parto. No parto vaginal, a transmissão ocorre em 50% dos casos com lesão primária (ativa), 33% dos casos assintomáticos e 0,04% dos casos de história anterior mas sem lesão visível. Recomenda-se a realização de cesariana toda vez que houver lesões herpéticas ativas no final da gestação. O tratamento deve envolver o uso de analgésicos e anti-inflamatórios (sintomáticos), tratamento local com solução fisiológica 0,9% ou água boricada 3%. Pode ser usado o Aciclovir 400mg VO 8/8h por 10 dias, para primo-infecção em gestantes a partir do 2º trimestre.

HPV

O tratamento consiste na redução, remoção ou destruição de lesões clínicas e subclínicas pela impossibilidade da erradicação do vírus no trato genital inferior. Os métodos disponíveis são destrutivos ou ressectivos. Não se preconiza o tratamento de infecção latente ou de casos duvidosos.

Ambulatorialmente, utiliza-se o Ácido Tricloroacético (ATA 80 a 90%) em lesões pouco extensas vulvoperineais. Repetir a aplicação a cada 7 dias se necessário. Nas lesões vaginais pode-se diluir a solução em 50% e não exceder 2cm de área de aplicação. O parceiro deve ser avaliado, quando possível, e recomenda-se o uso de preservativo durante o tratamento. A gestante deverá ser encaminhada para realização de exame clínico e de citologia oncológica após o parto.

A via de parto será indicada de acordo com os critérios obstétricos pois a contaminação do recém-nascido independe da via de parto e a frequência de complicações fetais é muito baixa, segundo vários autores. Em situações onde o volume e o sangramento das lesões ou a infecção, comprometem as condições adequadas ao parto normal, a cesariana está indicada.

TRATAMENTO DO HPV:

O tratamento do HPV, quando houver lesões múltiplas ou grandes deverá ser realizado no Serviços de Referência através dos seguintes métodos:

ELETROCAUTERIZAÇÃO OU ELETROCOAGULAÇÃO

Indicada em lesões pequenas e isoladas do períneo ou colo uterino pois pode ocorrer necrose tecidual extensa e estenose da vagina e do ânus. Exige equipamento específico e anestesia local.

Em lesões do colo uterino está recomendada a partir da 12ª semana de gestação.

EXERESE CIRÚRGICA

Indicado em gestantes com grande número de lesões e extensa área acometida, em casos resistentes a outras formas de tratamento e deve ser realizado ambiente hospitalar.

Pode ser realizado ambulatorialmente na presença de poucas lesões, especialmente quando é necessário realizar o exame histopatológico.

LEEP (LOOP EXCISION ELETROSURGICAL PROCEDURE)

A cirurgia de Alta Frequência está indicada principalmente para lesões extensas e externas e pode ser realizado em qualquer fase da gestação, porém deve-se evitar a conização alta durante a gravidez.

4.3. INFECÇÃO POR ESTREPTOCOCCO BETA-HEMOLÍTICO DO GRUPO B (STREPTOCOCCUS AGALACTIAE) NA GESTAÇÃO

INCLUSÃO NO DOCUMENTO

A infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo B (EGB) é reconhecida atualmente como fator de risco para TPP, infecção puerperal precoce e sepse neonatal com alta taxa de mortalidade (65%) (Ritchman, 1996). Em cada 1000 gestantes infectadas, 26 apresentam partos abaixo de 32 semanas de gestação.

A colonização vaginal ocorre em 12,3% das gestantes admitidas em serviços hospitalares (Ritchman, 1996) e a grande maioria delas são assintomáticas (Honig, 1999). A ascensão do microrganismo pelo canal cervical leva à infecção das membranas fetais, ao início de trabalho de parto e parto prematuro. A contaminação provém do reto ou por contato sexual.

As recidivas são frequentes, o que exige o acompanhamento contínuo de gestantes portadoras do EGB. A infecção materna ocorre em até 24 horas após o parto e leva à deterioração rápida do estado geral com febre alta ($> 38^{\circ}\text{C}$), calafrios, taquicardia e útero doloroso à palpação. O diagnóstico é feito pela cultura da secreção vaginal coletada no terço inferior da vagina, na região anal.

Como a profilaxia intraparto da infecção por EGB reduz o risco de infecção neonatal em 85% dos casos, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), recomenda a antibioticoterapia profilática para as gestantes com fatores de risco.

Fatores de risco para infecção por EGB:

- Antecedentes de infecção *de recém-nascido* pelo EGB,
- Amniorrexe prematura por mais de 18 horas,
- Trabalho de parto prolongado
- Trabalho de parto prematuro em gestante com menos de 37 semanas de gestação
- Temperatura materna $> 38^{\circ}\text{C}$
- Gestantes com história de infecção urinária por EGB, mesmo com tratamento anterior.

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA INTRAPARTO PARA INFECÇÃO POR ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICO DO GRUPO B		
MEDICAMENTO	DOSE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO
Penicilina G Cristalina (1a escolha)	5 MILHÕES UI, EV	2,5 MILHÕES UI, EV de 4/4h até o parto
Ampicilina (2a escolha)	2g, EV	1g, EV, de 4/4h até o parto
Clindamicina (alergia a penicilina)	900mg, EV	900mg EV de 8/8h até o parto

COMPETE À UBS

- Pesquisar fatores de risco para infecção por EGB nos antecedentes da gestante;
- Tratar infecções do trato urinário por EGB;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante a ocorrência de fatores de risco e/ou qualquer infecção por estreptococos B durante o pré-natal, para que o hospital possa fazer a profilaxia para o RN adequadamente.

COMPETE AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- Fazer antibioticoterapia profilática intraparto nos casos descritos anteriormente.
- Fazer antibioticoterapia profilática intraparto nos casos descritos anteriormente e nas gestantes com cultura de urina, vaginal ou retal positiva para EGB;
- Registrar no prontuário e na carteira da gestante a ocorrência de fatores de risco e/ou infecção por EGB durante a gestação, parto e puerpério ou infecção do recém-nascido, assim como o tratamento instituído (profilático ou curativo).

4.4. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

Durante a gestação os níveis elevados de progesterona e prostaglandinas promovem o aumento da complacência vesical, a redução do tônus muscular ureteral e da sua peristalse; estas modificações fisiológicas resultam em aumento da frequência urinária, glicosúria, formação do hidroureter e hidronefrose principalmente à direita. Estas mudanças predispoem à transformação das bacteriúrias assintomáticas em infecções sintomáticas do trato urinário.

Os conhecimentos atuais sobre a fisiopatologia e fatores que determinam ou favorecem o aparecimento das infecções do trato urinário (ITU) permitem orientar a terapia antimicrobiana e avançar na sua prevenção.

A ITU ocorre em 5 a 10% das gestantes e na maioria das vezes é monomicrobiana, tendo como principais agentes etiológicos: *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus sp*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus saprophyticus* coagulase negativa, e *Streptococcus hemolítico* do grupo B (*agalactiae*).

Na eventualidade de a paciente apresentar infecção urinária pelo *Streptococcus hemolítico* do grupo B (*Streptococcus agalactiae*), a infecção deve ser tratada por dez dias, e a presença deste microorganismo deve ser registrada na Carteira da Gestante para que possa ser realizada a profilaxia anteparto da seps neonatal.

As infecções do trato urinário associam-se a intercorrências materno-fetais graves, entre elas: abortamento, processos septicêmicos, insuficiência renal, endocardite bacteriana, trabalho de parto pré-termo, parto pré-termo, hipóxia perinatal, paralisia cerebral neonatal, óbito intra-útero e baixo peso ao nascer; aumentando as taxas da morbi-mortalidade materna e neonatal.

Alguns fatores maternos predisõem à infecção urinária na gestação como infecções genitais, nefro e urolitíase, malformações do trato urinário, diabetes, hipertensão arterial, anemia, multiparidade, hábitos comportamentais inadequados (higiene, ritmo miccional, alimentação inadequada, entre outros fatores). Estas pacientes devem ser monitoradas com maior cuidado para a infecção urinária.

Apesar do aparecimento de microrganismos resistentes frente aos antimicrobianos mais usados no tratamento da ITU, hoje dispomos de drogas eficazes que devem ser usadas de forma individualizada.

A ITU pode manifestar-se de forma variável e seu tratamento é direcionado conforme a forma clínica que se apresenta:

Bacteriúria Assintomática (BA): 2 a 7 % das gestantes apresentam bacteriúria no primeiro trimestre da gestação. Se não tratadas, 20 a 30% apresentarão pielonefrite aguda no final do segundo ou no início do terceiro trimestre, com 2 a 3 vezes maior risco de mortalidade perinatal. O risco é aumentado para as múltiparas, paciente com infecção urinária prévia, anomalia anatômica do trato urinário e parto pré-termo prévio.

A investigação e tratamento da BA reduzirá a taxa de parto pré-termo. Se a bacteriúria assintomática for tratada no início da gravidez, somente em 1 a 1,5% ocorrerá a recidiva.

Na primeira consulta de pré-natal além do exame parcial de urina, deve ser solicitada a urocultura. A urocultura no início da gestação apresenta uma sensibilidade de 94% para o diagnóstico de BA.

A confirmação do diagnóstico laboratorial da BA se faz com o desenvolvimento de mais de 100.000 colônias (10^5) de um único microrganismo considerado como agente uropatogênico.

Em casos de menor crescimento de colônias (10^3) ou desenvolvimento polimicrobiano, deve ser repetido o exame. Na permanência do número de colônias (abaixo de 10^5) a gestante não deverá ser tratada porém deve ser monitorada com urocultura mensal.

A Pesquisa de Elementos Anormais/Sedimento na Urina não é adequada para o diagnóstico da BA porque em 80% dos casos não se evidencia a leucocitúria e há necessidade de análise microbiológica.

A escolha da terapêutica adequada para o tratamento da bacteriúria assintomática deve basear-se na identificação, quantificação do agente etiológico, e na sua sensibilidade antimicrobiana através da urocultura, contagem de colônias e antibiograma. Também devem ser considerados: o quadro clínico, a idade gestacional, as prováveis interações medicamentosas para a gestante e o feto. Toda paciente com diagnóstico de BA deverá ser tratada de acordo com o antibiograma em regime de três dias e seguida com urocultura após uma semana do término do tratamento e depois uma urocultura a cada trimestre.

Cistite: é mais frequente no 2º trimestre da gestação e caracteriza-se por disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, dor suprapúbica durante a micção e ocasionalmente pode cursar com febre. Incide em 1 a 5 % das grávidas e poucas vezes é precedida pela bacteriúria assintomática. As cistites devem ser tratadas em regime de urgência. O tratamento poderá ser reajustado de acordo com o antibiograma. A eficácia do tratamento é avaliada pela melhora clínica, e se não houver resposta terapêutica em 72 horas pensar em resistência bacteriana ao antibiótico, então mudar o esquema terapêutico. Fazer urocultura após 7 dias do término do tratamento para controle de cura. **É importante ressaltar que a paciente sintomática deve ser tratada imediatamente, mesmo sem o resultado da urocultura;** porém se o resultado estiver disponível o tratamento deve ser instituído independente do número de colônias bacterianas.

Pielonefrite: Ocorre em 1 a 2% das gestações e caracteriza-se por: febre, calafrios, dor lombar alta que pode irradiar-se para baixo ventre, náuseas, vômitos e comprometimento do estado geral. Importante salientar que os sintomas podem não ocorrer simultaneamente. Cerca de 20% dos casos de pielonefrites não apresentam sintomas na fase inicial da doença.

As gestantes com pielonefrite devem ser encaminhadas para tratamento hospitalar onde o manejo deve ser agressivo, em virtude do alto risco materno e fetal.

O tratamento hospitalar deve ser iniciado com hidratação e antibioticoterapia endovenosa logo após a coleta da urocultura. Outros exames como hemograma, níveis séricos de ureia e creatinina podem auxiliar no diagnóstico e acompanhamento do estado geral da gestante.

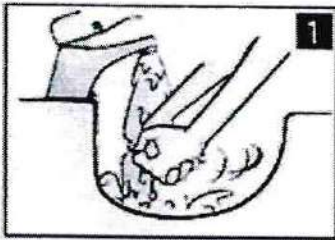
Os parâmetros de alta hospitalar na pielonefrite são: melhora clínica dos sintomas urinários e paciente afebril por mais de 24 horas. A prescrição do antibiótico via oral para complementação do tratamento domiciliar deverá ser conforme o antibiograma. Após a alta hospitalar, estas grávidas devem ser monitoradas pela Unidade de Saúde para a complementação do tratamento e controle de cura.

Infecção urinária recorrente é aquela que se repete mais que três vezes ao ano.

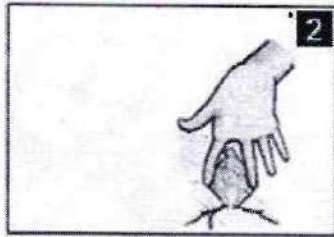
CUIDADOS NA COLETA DA URINA:

A seguir orientações para adequada coleta de urina nas UBS.

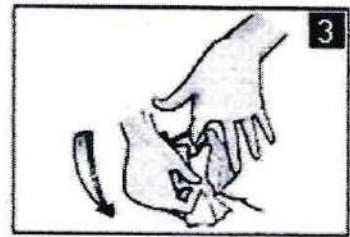
A qualidade do exame da urina depende diretamente da qualidade da amostra. A amostra ideal é a primeira urina da manhã, por ser mais concentrada. A amostra ideal não deve apresentar contaminação de nenhum tipo. Se tiver com algum corrimento, redobre os cuidados. Verifique antecipadamente qual é o frasco indicado para o seu exame.



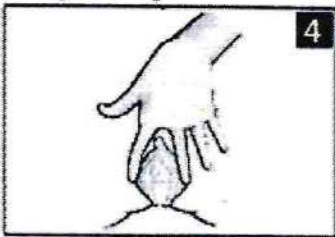
1. Lavar bem as mãos



2. Separar os grandes lábios



3. Limpar a região genital, de cima para baixo, com gaze estéril umedecida em produto anti-séptico



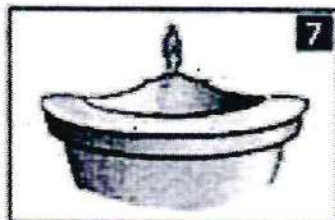
4. Secar com a gaze estéril fornecida pelo enfermeiro, sempre de cima para baixo



5. Desprezar o primeiro jato da urina no vaso, sem interromper o mesmo



6. Coletar cerca de 20 ml (metade do frasco) sem interromper o jato. Não tocar o frasco por dentro



7. Terminar de urinar no vaso, se necessário

O quadro a seguir apresenta as principais opções de tratamento disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde.

OPÇÕES DE TRATAMENTO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTANTE	
SITUAÇÃO	OPÇÕES DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS NA REDE
Bacteriúria Assintomática Tratar com orientação antibiograma; Tratamento de 3 dias e sem complicações; Realizar urocultura uma semana após o término do tratamento para controle de cura.	Nitrofurantoína – 100 mg VO 6/6h por 3 dias (uso até 36 semanas, não usar se o agente infeccioso for o <i>Proteus spp</i> (pelo alto índice de resistência) Cefalexina – 500 mg VO 6/6 h por 3 dias (usar somente se o antibiograma mostrar sensibilidade à Cefalotina) Ampicilina – 500 mg VO 6/6h por 3 dias (se o agente infeccioso for <i>Estreptococo Beta-Hemolítico</i> do Grupo B, o tratamento deve ser de 10 dias) Sulfametoxazol + Trimetoprim – 800 mg/160 mg VO 12/12h por 3 dias (usar entre 14 e 32 semanas)
Recorrência da Bacteriúria Assintomática	Observar o agente infeccioso e a resistência microbiana e realizar o tratamento por um período mais longo (10 a 14 dias)
Cistite Aguda Tratar em caráter de urgência, solicitar antibiograma uma semana após o tratamento para controle de cura; Usar preferencialmente uma das primeiras opções no tratamento empírico.	Nitrofurantoína – 100 mg VO 6/6h por 10 dias (uso até 36 semanas, tem ação sobre os Gram-positivos incluindo <i>S. Aureus</i> , <i>S. Saprophyticus</i> , <i>Enterococos</i> , além de <i>E. Coli</i> , <i>Salmonella</i> e <i>Shigella</i> , não usar se o agente infeccioso for o <i>Proteus spp</i> (pelo alto índice de resistência) Ampicilina – 500 mg VO 6/6h por 7 a 10 dias, age sobre o <i>Enterococo</i> e <i>Stafilococo Beta-Hemolítico</i> do Grupo B – pode ser usado no 1º trimestre Cefalexina – 500 mg VO 6/6h por 7 a 10 dias (usar se o antibiograma mostrar sensibilidade à Cefalotina) não atua sobre o <i>Enterococo</i> Sulfametoxazol + Trimetoprim – 800 mg/160 mg VO 12/12h por 7 a 10 dias, usar entre 14 e 32 semanas. Não cobre anaeróbios
Recorrência da Cistite Aguda	Observar o agente infeccioso e a resistência microbiana e realizar o tratamento por um período mais longo (10 a 14 dias)
Pielonefrite	Tratamento em ambiente hospitalar. A UBS deve monitorar o tratamento domiciliar pós-internação. Realizar controle de cura.
Quimioprofilaxia Iniciar se houver 3 ou mais episódios da ITU na gestação atual ou associados a um fator de risco como litíase, MF do trato urinário ou dilatação pielo-cálicinal; Realizar urocultura mensal	Nitrofurantoína – 100 mg VO por dia, 1 cp ao dia até 36 semanas de gestação Sulfametoxazol + Trimetoprim – 400 mg/80mg, 1 cp ao dia. Usar entre 12 e 32 semanas de gestação

- Está contra-indicado o uso de Sulfametoxazol + Trimetoprim no primeiro e terceiro trimestres de gestação;
- Não se recomenda o uso de Nitrofurantoína após a 36ª semana e durante a lactação; pois há o risco de o recém-nato desenvolver anemia hemolítica se o mesmo tiver deficiência de glicose-6 fosfato;
- Está contra-indicado durante a gestação o uso de Tetraciclina, Cloranfenicol e Estolato de Eritromicina;
- O uso de Quinolonas no período gestacional ainda não está liberado apesar de não haver evidências de malformações congênitas no 1º trimestre.

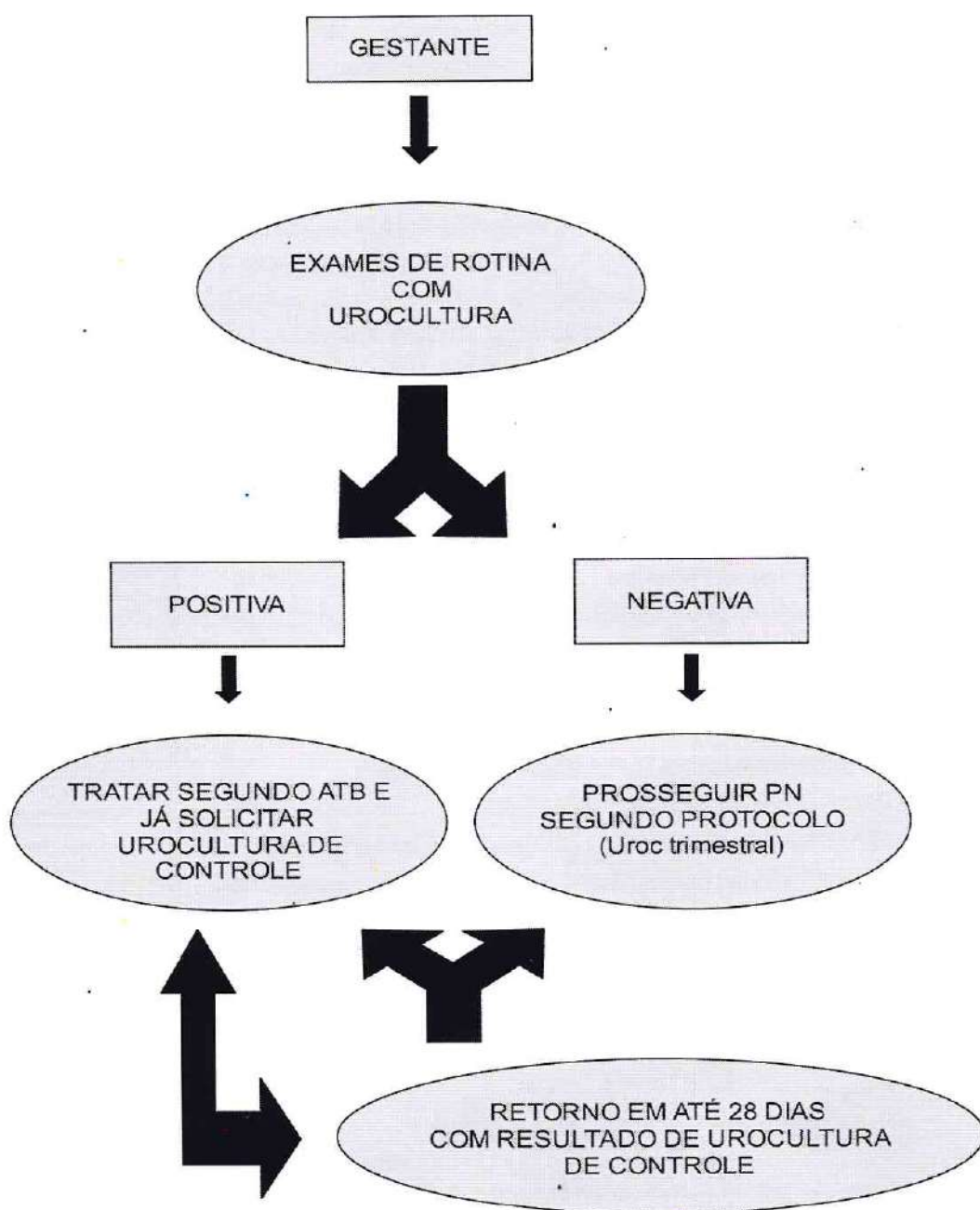
Em casos especiais, a SES pode dispor da medicação Fosfomicina (Monuril®). Para este caso, a prescrição deve ser discutida com a Área de Atenção à Saúde da Mulher na Secretaria de Saúde.

COMPETE À UBS

Realizar exame parcial de urina e urocultura para todas as gestantes inscritas no

- Pré-Natal de nosso município na primeira consulta do pré-natal;
- Estes exames devem ser repetidos a cada trimestre;
- Realizar urocultura para todas as gestantes que receberam tratamento 1 semana após o término do mesmo para controle de cura;
- Investigar toda queixa urinária;
- Descartar infecção genital associada à infecção urinária;
- Determinar um profissional de saúde responsável pelo monitoramento do tratamento e controle de cura da gestante com ITU;
- Encaminhar as gestantes com três ou mais episódios de ITU ou após o segundo episódio de pielonefrite para o Serviço de Referência de alto risco;
- Realizar busca ativa às gestantes que estiveram internadas por TPP ou ITU.

4.4.1. FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE COM INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO



4.5. DIABETES GESTACIONAL

O diabetes gestacional conceitua-se como “uma diminuição da tolerância à glicose, de graus variados, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto e necessitar ou não do uso de insulina”. Sua prevalência é de 7,6% no Brasil, em gestantes com mais de 20 anos (MS, 2000). O diabetes gestacional representa um fator de risco para trabalho de parto prematuro e outras intercorrências materno-fetais. O diagnóstico precoce é essencial para que medidas de prevenção e tratamento sejam instituídas.

COMPETE À UBS

A glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante.

A Unidade de Saúde deve solicitar a glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal, para toda gestante. **ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO** r que 24 semanas e instituir conduta de acordo com o resultado do no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose.

Identificar os fatores de risco para diabetes gestacional na primeira consulta de pré-natal e nas subsequentes, em todas as gestantes inscritas no Programa Mãe Sorocaba:

- Idade maior que 25 anos;
- Estatura menor ou igual a 1,50m;
- Obesidade ou ganho ponderal elevado durante a gestação (IMC>27);
- Antecedente familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Antecedente pessoal de diabetes gestacional;
- Antecedente obstétrico de macrossomia;
- Antecedentes de abortamento ou natimorto;
- Antecedentes de malformação fetal;
- Presença de polidramnia na gestação atual ou anteriores;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação atual ou anteriores.

Para toda gestante que for solicitada a curva glicêmica - 2 dosagens oral, deverá ser agendado retorno com o médico em 7 dias, para agilizar o encaminhamento desta grávida ao alto risco, se o diabetes gestacional for confirmado.

RECOMENDAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA CURVA GLICÊMICA - 2 DOSAGENS ORAL:

- Não realizar o exame na vigência de quadro infeccioso, doença aguda ou enfermidade intercorrente (falsos resultados);
- Aguardar 3 dias após o término de tratamentos temporários (medicação em uso);
- Não interromper a administração de medicamentos de uso contínuo;

- Consumir alimentos ricos em carboidratos (50 a 300 g/dia), nos 3 dias anteriores ao exame;
- Não consumir bebidas alcoólicas no dia anterior ou no dia do exame;
- Fazer jejum de 10 a 14 horas antes do exame;
- Manter-se em repouso e não fumar durante o exame;
- Registrar medicamentos de uso contínuo e dados clínicos da gestante na requisição do exame;
- Coletar amostras de sangue periférico com a gestante em jejum e 2 horas após a administração de 75 g de glicose oral e encaminhá-las ao Laboratório Municipal;
- Em caso de vômitos antes de coletar a segunda amostra, interromper o exame e marcar nova data.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

Obs.: a hemoglobina glicosilada e as tiras reagentes não são adequados para confirmar o diagnóstico do diabetes gestacional.

COMPETE À UBS

Confirmado o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, a equipe de saúde deve:

INCLUSÃO NO
DOCUMENTO

- Registrar os resultados dos exames no prontuário e na carteira da gestante;
- Encaminhar ao serviço de referência para pré-natal de alto risco;
Monitorar quanto ao tratamento e à participação nas consultas de pré-natal;
- Fazer busca ativa das gestantes que não estiverem participando das consultas de pré-natal de alto risco.

COMPETE AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE ALTO RISCO

- Informar à US de origem o não comparecimento da gestante às consultas agendadas;
- Instituir dieta personalizada;
- Realizar pesquisa de elementos anormais/sedimento na urina, bacterioscopia e urocultura trimestralmente;
- Realizar ecografias seriadas;
- Realizar cardiocografias semanais a partir da 30ª semana;
- Monitorar a gestante com perfil glicêmico a cada 7 ou 15 dias e adequar a conduta de acordo com os resultados encontrados (quadro 24):

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

Registrar informações de exames, tratamento e intercorrências no prontuário e na carteira da gestante.

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES DIABÉTICAS

Orientar a alimentação com objetivo de manter a glicemia de jejum inferior a 100 mg/dl e a pós-prandial (2 horas) inferior a 130 mg/dl no sangue.

Se houver hiperglicemia pela manhã, deve-se diminuir o consumo carboidratos e estimular a atividade física pela manhã, caso não haja contra-indicação médica.

- Gestantes com náusea e vômito frequentes devem ser orientadas quanto à hipoglicemia e cetonúria;
- Fracionar a alimentação (6 refeições ao dia), com menor volume e intervalos regulares;
- Alimentos proibidos: açúcar, mel, melado, caldo de cana, rapadura, bolos, balas, doces, chocolates, sorvetes, refrigerantes;
- Alimentos não recomendados: carnes gordurosas e frituras;
- Evitar alimentos com açúcar, sacarose, sacarina e ciclamato – procurar identificar estes componentes em alimentos industrializados;
- Orientar o uso de alimentos diet e light contendo aspartame em pó

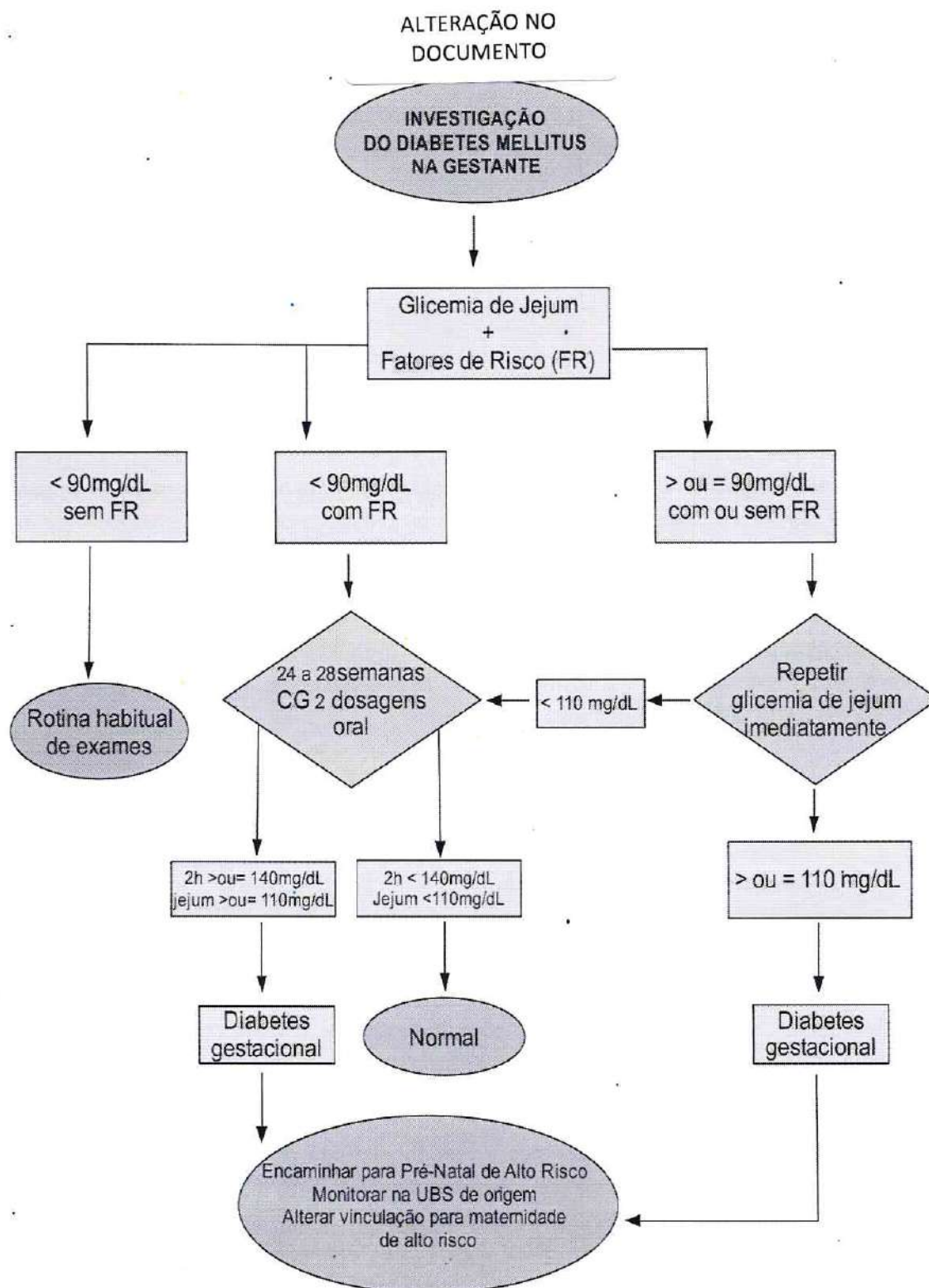
CONTROLE GLICÊMICO	RESULTADO DO PERFIL GLICÊMICO (mg/dl)	CONDUTA
Bom	Jejum < 105 2h pós-prandial < 130	Tratamento não medicamentoso
Ruim	Jejum ≥ 105 2h pós-prandial ≥ 130 Insulinoterapia	Insulinoterapia

*coletas de sangue em jejum, 2 horas após o café da manhã e 2 horas após o almoço.

- Estimular o consumo de fibras solúveis como aveia, leguminosas (feijões, lentilha), maçã, laranja e cenoura;
- A programação do ganho de peso deverá seguir as mesmas orientações para gestantes não diabéticas, de acordo com a situação nutricional (capítulo I);
- No caso de Diabetes mellitus prévio à gestação, sugere-se a suplementação de ácido fólico (quadro 3) no período pré-concepcional (3 meses antes) e nas 12 primeiras semanas de gestação.

ALTERAÇÃO NO
DOCUMENTO

4.5.1. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL



4.6. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação relacionam-se diretamente a altas taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo a principal causa de hipóxia periparto.

São classificadas em:

- Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);
- Eclampsia;
- HELLP síndrome;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- Hipertensão arterial superposta à DHEG.

4.6.1. DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma doença que afeta múltiplos órgãos e caracteriza-se pela tríade hipertensão, proteinúria e edema. Contudo, o diagnóstico de pré-eclâmpsia é realizado na presença de hipertensão e proteinúria, independente da existência de edema. É importante salientar que 20% das gestantes podem não apresentar proteinúria. Ocorre após a 20ª semana de gravidez ou em período anterior, quando relacionada à moléstia trofoblástica.

A avaliação clínico-laboratorial durante o pré-natal possibilita o diagnóstico e tratamento precoce desta patologia. Durante a anamnese, deve-se pesquisar os fatores de risco para DHEG:

Antecedentes pessoais e familiares: principalmente mãe e irmãs de hipertensão e DHEG;

Antecedentes gineco-obstétricos:

- História prévia de pré-eclâmpsia;
- Crescimento intra-uterino restrito;
- Gravidez anterior com prematuridade;
- Gemelaridade;
- Nuliparidade;
- Síndrome antifosfolípide, abortamento de repetição;
- Diabetes mellitus.

FORMAS CLÍNICAS

A DHEG classifica-se em pré-eclâmpsia leve e grave, de acordo com o comprometimento de órgãos-alvo como os rins, fígado, cérebro e aparelho cardiovascular. A pré-eclâmpsia leve pode manifestar-se clinicamente como descreve o quadro abaixo.

A pré-eclâmpsia grave caracteriza-se pelos altos níveis tensionais associados à proteinúria significativa e sintomatologia resultante do comprometimento renal, cerebral, hepático e cardiovascular. O quadro abaixo descreve suas principais manifestações clínicas.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA PRÉ-ECLAMPسيا GRAVE

PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 110mmHg em pelo menos 2 tomadas
 Proteinúria $\geq$ 2 g/dia ou $\geq$ ++ em testes clínicos semiquantitativos
 Oligúria - diurese < 400 ml/dia
 Ácido úrico > 6,0 mg/dl
 Desidrogenase láctica aumentada (LDH > 600 UI/L)
 Creatinina sérica crescente e > 1,2mg/dl
 Sinais de iminência de eclampsia : epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, cefaleia, agitação
 psicomotora, escotomas e alterações visuais, confusão mental

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA PRÉ-ECLAMPسيا LEVE

Assintomática (mais raramente);
 Pressão arterial $\geq$ 140/90 mmHg e < 160/110 mmHg em gestantes com níveis tensóricos anteriores desconhecidos; verificada em pelo menos dois momentos
 Aumento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD); verificada em pelo menos dois momentos
 Aparecimento súbito de edema visível generalizado, acometendo face e mãos e não exclusivamente membros inferiores
 Aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso > que 500g/semana;
 Proteinúria $\leq$ 2 gramas em 24 horas ou 0,1 g/L (uma cruz ou mais pelo método quantitativo de fita) em amostra simples de urina

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

Cerca de 20% das gestantes com pré-eclampsia grave evoluem para eclampsia que caracteriza-se pelo comprometimento cerebral e o aparecimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, não relacionadas a qualquer outra patologia. A eclampsia é uma emergência médica que exige hospitalização e cuidados intensivos para a redução da morbi-mortalidade materno-infantil.

A taxa de mortalidade materna é de 14% e as complicações maternas são hemorragia cerebral, edema pulmonar e amaurose. Pode manifestar-se antes do parto, em 71% dos casos, ou após o mesmo, em 29% dos casos. Em relação ao feto, os principais riscos são o descolamento prematuro de placenta, que acarreta 45% de óbito fetal, e a prematuridade.

COMPETE À UBS

INCLUSÃO NO
DOCUMENTO

- Detectar todas as gestantes com sintomatologia de pré-eclampsia;
- Encaminhar as gestantes para o serviço de referência de alto risco;
- Alterar vinculação para maternidade de alto risco;
- Monitorar, fazer busca ativa e aferir semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com suspeita ou diagnóstico de DHEG que foram encaminhadas ao Serviço de Referência ou retornaram para o acompanhamento na US.

Orientar as gestantes com suspeita e/ou diagnóstico de DHEG para:

- Fazer repouso diário de 2 horas no período matutino e vespertino, em decúbito lateral esquerdo;
- Manter dieta normossódica e hiperproteica;
- Abster-se de fumo e álcool;
- Registrar os resultados da avaliação clínico-laboratorial e as intercorrências no prontuário e na carteira da gestante.

4.6.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA GESTAÇÃO

A Hipertensão arterial sistêmica consiste na elevação crônica e persistente dos níveis de pressão arterial anterior à gravidez ou até a 20ª semana de gestação e que se mantém após o puerpério. Os níveis pressóricos para definição da Hipertensão Arterial Crônica utiliza a Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (última vigente)

Do ponto de vista obstétrico classifica-se em:

Não complicada – quando as funções renal e cardíaca estão normais;

Complicada – quando apresenta prejuízo da função renal ou cardíaca, crise hipertensiva durante a gestação ou ainda antecedentes de acidente vascular encefálico ou descolamento de retina como consequência da hipertensão arterial.

É importante ressaltar que o uso de inibidores de ECA é contra-indicado na gestação.

FARMACOTERAPIA PRECONIZADA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GESTANTES

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

Alfametildopa comp. 250Mg	750mg	2000mg	8/8h ou 12/12h	Sonolência, sedação, depressão dose-dependente, hipotensão ortostática, edema periférico, colestase, hepatite, miocardite, pancreatite, agranulocitose, trombocitopenia, hiperprolactinemia, congestão nasal Gravidez: Categoria B Lactação: Compatível Via de Excreção: Renal
Nifedipina 10 e 20mg	10 mg	30mg	8/8h	Rubor, tontura, hiperplasia gengival, cefaléia, edema periférico, fraqueza, náusea, pirose Gravidez: Categoria C Lactação: Compatível Via de Excreção: Renal

COMPETE À UBS

- Identificar a gestante com episódio hipertensivo ou HAS e encaminhá-la para o Serviço de Referência;
- Monitorar, fazer busca ativa e aferir semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com suspeita ou diagnóstico de HAS que foram encaminhadas ao serviço de referência ou retornaram para o acompanhamento na US;
- Observar sinais sugestivos de pré-eclâmpsia e HELLP síndrome e encaminhar imediatamente para o Serviço de Referência hospitalar de alto risco;
- Registrar as informações pertinentes no prontuário e na carteira da gestante;
- Inscrever a puérpera no programa de HAS e de Planejamento Familiar da US.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COM DHEG SUPERPOSTA:

Consiste na sobreposição da pré-eclâmpsia ou eclâmpsia na gestante com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica. Caracteriza-se por proteinúria e/ou elevação dos níveis sanguíneos de ácido úrico (> 6 mg/dL) em gestantes classificadas como hipertensas. O manejo é semelhante a DHEG grave.

4.7. A GESTANTE FUMANTE

Além de ser o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias irreversíveis e câncer, o tabagismo atua negativamente nas diferentes fases da reprodução, na gestação e na lactação. O uso de cigarros durante a gravidez é relatado como causa de: 7 a 10% de partos prematuros, 17 a 20% de recém-nascidos com baixo peso e 5 a 6% de mortes perinatais (United States Preventive Service Task Force, 1996).

A nicotina e o monóxido de carbono acarretam:

- Redução da taxa de fertilidade;
- Comprometimento da duração da gestação;
- Diminuição da produção de leite da nutriz e do tempo de lactação;
- Comprometimento do ganho de peso do concepto por mecanismos nos quais a prolactina pode estar envolvida.

Sabe-se que o aconselhamento para parar de fumar durante a gravidez reduz a incidência de crescimento intra-uterino restrito e diminui o risco de baixo peso ao nascer (Lumley et al,2000).

COMPETE À UBS

A equipe de saúde deve estimular a gestante a abandonar o hábito de fumar e tentar marcar uma data para o abandono, preferencialmente dentro de 14 dias (duas semanas). É importante esclarecer à gestante e seus familiares que:

- Beber álcool não é recomendado durante a gestação e está fortemente associado a recaídas do tabagismo;
- É importante que se avalie as circunstâncias do fracasso de outras tentativas;
- As eventuais dificuldades e a síndrome de abstinência ocorrem mas são superáveis;
- Não se deve deixar cigarros em casa, no carro ou no trabalho;
- A presença de outros fumantes no ambiente domiciliar dificulta o abandono;
- O apoio de familiares, amigos e colegas de trabalho é fundamental para o sucesso do abandono do tabagismo;
- Abstinência total é essencial: não se deve dar nem mesmo uma tragada.

4.8. CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

As malformações congênitas correspondem em média a 20% do total de óbitos de menores de um ano, em Sorocaba, até 2009, sendo as malformações cardíacas, geralmente, as causas mais frequentes.

Em países desenvolvidos, a incidência de cardiopatias congênitas varia de 0,8% a 1,2%. Sua frequência aumenta em gestações que cursam com: diabetes gestacional, hipertensão arterial, uso de anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, abuso de álcool, drogas ilícitas, infecções intra-uterinas como rubéola e toxoplasmose, fetos com crescimento intra-uterino restrito, arritmia cardíaca e pais portadores de cardiopatias congênitas.

TRIAGEM PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME ULTRASONOGRÁFICO OBSTÉTRICO COM DOPPLER COLORIDO (ECO FETAL)

- Gestantes com fetos suspeitos de cardiopatia congênita e ou arritmia cardíaca, inscritas no Pré-Natal de Alto Risco da Policlínica Municipal;
- Criança com suspeita diagnóstica de cardiopatia congênita.

OPERACIONALIZAÇÃO

- A Unidade Básica de Saúde (UBS) identifica a gestante de alto risco;
- Agendamento de Consultas Especializadas no Serviço de Referência de Pré-Natal de Risco;

4.9. PREVENÇÃO DA DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

A Doença Hemolítica perinatal (DHPN) consiste na hemólise do sangue fetal decorrente da sensibilização prévia da mãe RhD negativo à hemácias fetais RhD positivo e da produção de anticorpos maternos anti-RhD. É um fator de risco para prematuridade e intercorrências neonatais. Ocorre principalmente por transfusão feto-materna por ocasião de partos, abortamentos, sangramentos placentários ou amniocentese, geralmente anteriores à gestação atual; porém durante a gravidez e o parto ocorre a passagem de eritrócitos fetais para a circulação materna em cerca de 75% das gestações. Em relação à DHPN ante-natal, 90% dos casos são decorrentes de hemorragia transplacentária no terceiro trimestre, a maioria clinicamente silenciosas que correspondem a 1-2% das isoimunizações nas mulheres RhD negativas.

A presença de anticorpos anti Rh no sangue materno é identificada pelo teste de Coombs Indireto e no sangue do RN, pelo Coombs Direto.

Na primeira consulta de pré-natal, todas as gestantes devem realizar a tipagem ABO-Rh. Se o fator Rh for negativo, deve-se solicitar a pesquisa pelo Teste de Coombs Indireto no início da gestação e repeti-lo mensalmente se a tipagem sanguínea do parceiro for desconhecida ou Rh positiva.

A administração de imunoglobulina anti-D pode prevenir a aloimunização Rh. Deve ser aplicada ao redor da 28ª semana de gestação e no pós-parto imediato, caso o Rn seja Rh positivo, além de ser indicada em sangramentos na gestação, abortamento ou procedimentos invasivos (cordocentese, amniocentese).

A imunoglobulina utilizada na profilaxia é a mesma que seria produzida pela gestante no caso de uma sensibilização. Desta forma, além do efeito protetor na circulação materna, uma parcela desta imunoglobulina pode atravessar a barreira placentária provocando hemólise no feto. Entretanto, tal evento é limitado e não chega a provocar doença fetal. Contudo, não se deve aplicar a imunoglobulina anti-RhD próxima ao termo da gestação, pois se o parto ocorre logo em seguida, o recém-nascido poderá apresentar icterícia neonatal. Por este motivo não se preconiza a profilaxia ante-natal após 34ª semana gestacional.

A Resolução SS-199, de 06/10/2010 estabelece as condições para dispensação de imunoglobulina anti D para prevenção da Isoimunização Rh em gestantes, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo. No caso de Sorocaba, esta dispensação será feita através da Farmácia de Alto Custo do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA PROFILAXIA DA ALOIMUNIZAÇÃO RH

A administração da imunoglobulina anti-D deve ser realizada nas gestantes com Rh negativo, não sensibilizadas (Coombs Indireto negativo), se classificação sanguínea do parceiro for Rh positiva ou desconhecida, nas seguintes situações:

- a) Na 28ª semana de gestação (podemos considerar até a 34ª semana)
- b) Puerpério quando o recém-nascido for Rh positivo
- c) Nas síndromes hemorrágicas (abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta baixa, descolamento prematuro da placenta, sangramentos inexplicados)
- d) Após aborto ou óbito fetal
- e) Após trauma abdominal
- f) Após procedimento invasivo (cordocentese, amniocentese ou biópsia do vilô corial)
- g) Após versão cefálica externa

A apresentação da imunoglobulina Anti-D é Solução Injetável, 300µg, IM. Após a aplicação de imunoglobulina, o Coombs Indireto pode ficar positivo por até 4 semanas.

A dispensação da imunoglobulina só será feita através da gestante ou seus familiares na Farmácia de Alto Custo do CHS, de posse dos seguintes documentos:

- a) LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS (LME) PREENCHIDA PELO MÉDICO ASSISTENTE. (O formulário está disponível nos anexos deste protocolo ou em: <http://www.saude.sp.gov.br> no link de gestor.)
- b) RECEITA MÉDICA EM DUAS VIAS
- c) CÓPIA DOS SEGUINTE EXAMES: TIPAGEM SANGUÍNEA ABO-RH, COOMBS INDIRETO NEGATIVO, DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE.



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6- Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
	1º mês	2º mês	3º mês
1			
2			
3			
4			
5			

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?

☐ SIM. Relatar:
☐ NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO
 ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

15- Data da solicitação*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do documento do médico solicitante*

16- Assinatura e carimbo do médico*

☐ CPF ou ☐ CNS

☐ CPF ou ☐ CNS

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca
☐ Preta
☐ Parda

☐ Amarela
☐ Indígena. Informar Etnia:
☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

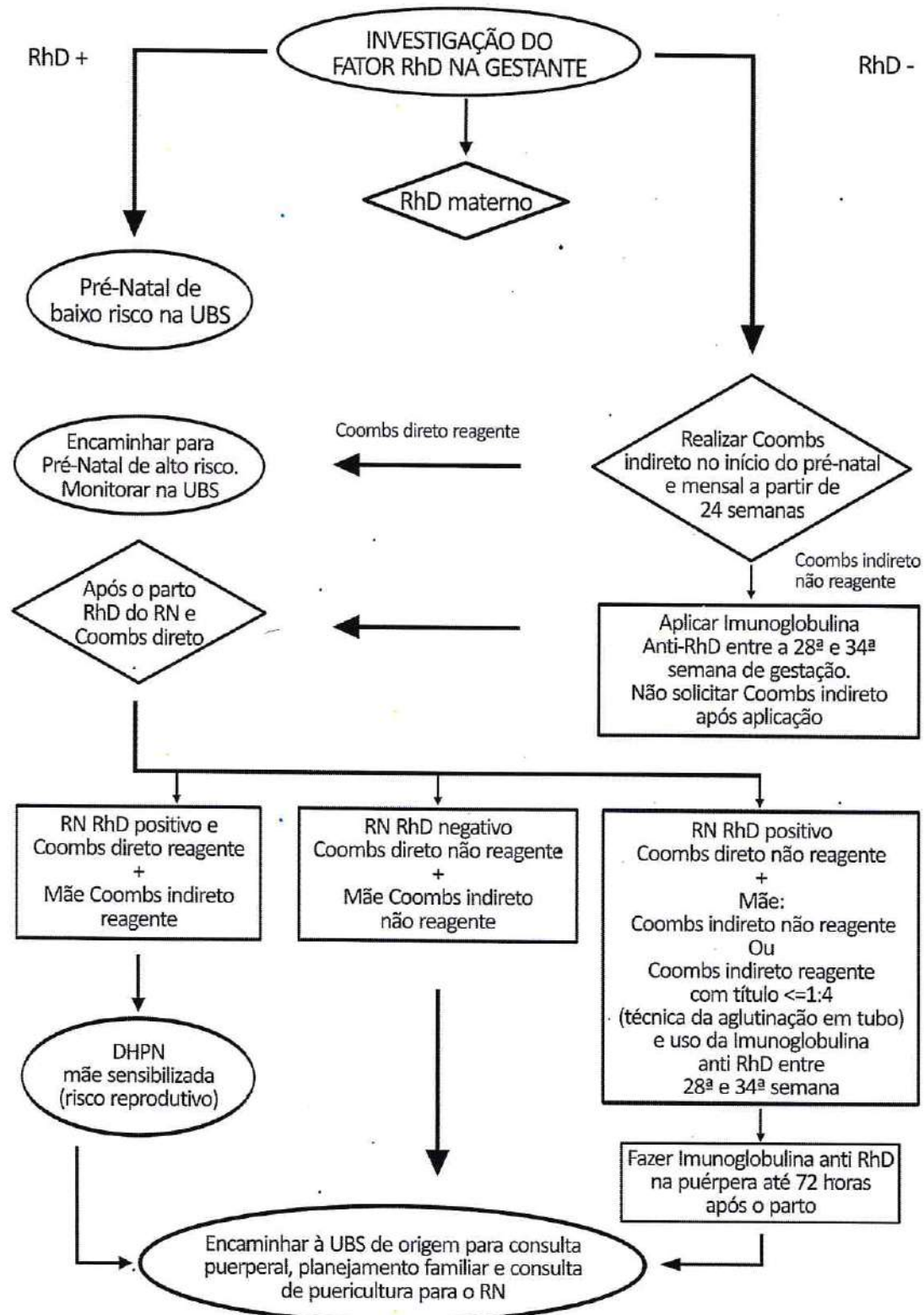
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

4.9.1 - FLUXOGRAMA PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL:



V - Assistência ao parto, ao recém-nascido e ao puerpério

Toda puérpera deve receber orientação e acompanhamento para o início e a manutenção do aleitamento. Profissionais da saúde treinados em técnicas de amamentação devem dar suporte as mães orientando-as também como cuidar dos bebês;

Toda mulher RhD-negativo pós-aborto deve receber a imunoglobulina anti-RhD;

Toda mulher RhD-negativo cujo Rn for RhD-positivo deve receber a imunoglobulina anti-RhD caso não a tenha recebido durante o pré-natal.

Toda puérpera deve receber a vacina contra Rubéola (SMS - Portaria nº. 10/95) antes da alta hospitalar do parto, exceto aquelas caracterizadas como imunes ou adequadamente imunizadas.

A atenção à gestante HIV positivo deve seguir as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (capítulo III).

COMPETE AO HOSPITAL NA ALTA HOSPITALAR

A puérpera deverá receber as seguintes orientações:

- Retornar à US de origem até 10 dias após o parto para a consulta puerperal e de puericultura para o RN, em 7 a 10 dias;
- Retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção puerperal: febre, dor e sangramento;
- Manter o aleitamento materno exclusivo;
- Toda mulher pós-aborto deve ser orientada para início imediato de anticoncepção e retornar à US até 7 a 10 dias para controle.

COMPETE À UBS

- Monitorar todas as puérperas e captá-las para a consulta puerperal;
- Realizar a consulta puerperal até 30 dias após o parto;
- Detectar as complicações puerperais precocemente e encaminhar para o hospital;
- Verificar o VDRL realizado no hospital, e se houve alteração no resultado, conferir e adequar, se necessário, o tratamento;
- Monitorar as puérperas com complicações no parto e/ou puerpério e avaliar o tratamento instituído (uso adequado da medicação), retornos agendados;
- **Avaliar o risco reprodutivo com prioridade as mulheres com óbito infantil, óbito fetal e que foram GAL na gestação** Captar essas mulheres para o Programa de Planejamento Familiar, precocemente, indicando métodos adequados a cada caso, até mesmos os definitivos. Nestes casos, o controle da contracepção deve ser rigoroso no 1º ano após parto, com retornos trimestrais;
- Captar os RN para consulta de puericultura;

ALTERAÇÃO NO DOCUMENTO

INCLUSÃO NO DOCUMENTO

VI- Organização da Assistência

Para a realização de uma assistência adequada, uma equipe multidisciplinar deve estar envolvida. Não basta apenas a consulta médica. É necessária a cooperação de toda a equipe da UBS, desde os funcionários da limpeza à coordenação da unidade. Fora dos limites da UBS há o envolvimento de diversos profissionais: psicólogos, assistentes sociais, agentes de saúde, etc. Desta forma, é preciso que todos compreendam que o trabalho em equipe é fundamental para atingirmos nosso objetivo.

COMPETÊNCIA DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE SOROCABANA

- Gerenciar o Programa Mãe Sorocabana, implantando e atualizando os protocolos que irão nortear as ações da Secretaria Municipal da Saúde em relação à saúde da mulher;
- Planejar ações na área de saúde materno-infantil de acordo com indicadores epidemiológicos;
- Realizar treinamentos periódicos dos profissionais de saúde na área materno-infantil visando a atualização constante dos mesmos;

COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

A equipe da Unidade de Saúde (US) é responsável pela assistência à gestante residente na sua área de abrangência e deve:

- Inscrever as gestantes no Programa Mãe Sorocabana;
- Vincular as gestantes na maternidade de referência;
- Monitorar as atividades do pré-natal de baixo e alto risco;
- Realizar busca ativa, através da visita domiciliar e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso.

6.1. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

COMPETE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):

Informar às pessoas de sua área de atuação sobre o Programa Mãe Sorocabana;

- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à Unidade de Saúde para a inscrição no Programa Mãe Sorocabana;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;

- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar, priorizando as gestantes de risco;
- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo, orientar para as exceções e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

COMPETE AO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Realizar o TIG (teste imunológico de gravidez) após solicitação do enfermeiro e/ou médico;
- No acolhimento, realizar avaliação inicial, com o objetivo de reconhecer situações de emergência tais como sangramentos, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e sinais de infecção urinária;
- Avaliar a situação vacinal;
- Verificar a pressão arterial, pesar e medir a altura da paciente na primeira avaliação;
- Encaminhar a gestante para participar dos grupos educativos desenvolvidos na US;
- Encaminhar a gestante para a Equipe de Saúde Bucal;
- Realizar atividades educativas;
- Realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes principalmente as de risco;
- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

COMPETE AO ENFERMEIRO:

- Solicitar o teste de gravidez (TIG);
- Nos casos de TIG positivo, abrir o prontuário eletrônico, registrar a gestante no sistema para obter o número do SISPRENATAL e registrá-lo na carteira da gestante;
- Anotar na carteira da gestante o nome da Maternidade de vinculação;
- Solicitar os exames de rotina do Programa Mãe Sorocabana e agendar consulta médica em 15 dias para avaliação dos resultados incentivando a participação do parceiro nesta consulta médica;
- Proceder à aferição da pressão arterial e medida de peso e altura da gestante;
- Realizar a consulta de enfermagem na inscrição do pré-natal e quando se fizer necessário;
- Realizar a avaliação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Se for detectado algum risco, referir a gestante à consulta com o médico da US;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída;

- Monitorar as gestantes com ITU de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na US, quanto ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção ;
- Orientar e coordenar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes com especial atenção gestantes G.A.L.
Orientar e coordenar a equipe de saúde nas ações educativas às gestantes;
Avaliar o esquema de imunização.

COMPETE AO MÉDICO:

- Inscrever a gestante no Programa Mãe Sorocabana;
- Realizar consulta médica de pré-natal de acordo com este protocolo;
- Agendar os retornos de acordo com o protocolo e a necessidade de cada caso;
- Identificar o risco gestacional a cada consulta e quando identificado realizar o encaminhamento para o serviço de referência de pré-natal de alto risco;
- Avaliar e tratar as gestantes com DST, conforme recomendações deste protocolo;
- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem toxoplasmose, diabetes gestacional e soropositivas para o HIV na gravidez, conforme este protocolo;
- Avaliar os resultados de todos exames de pré-natal, inclusive o exame de Papanicolaou e encaminhar as citologias alteradas ao Serviço de Referência;
- Participar com a equipe no monitoramento das gestantes, principalmente as gestantes G.A.L.
- Monitorar as gestantes de alto risco quanto à frequência nas consultas agendadas (serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída;
- Monitorar as gestantes com ITU de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na US, quanto ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção e encaminhar para o Serviço de Referência de alto risco as que apresentarem 3 ou mais episódios de ITU;
- Avaliar o esquema de imunização;
- Apoiar e/ou realizar as atividades educativas, orientar a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente as gestantes G.A.L.
- Realizar consulta puerperal.

COMPETE À EQUIPE DE PSICOLOGIA:

- Oferecer apoio técnico aos profissionais das UBS;
- Apoiar as equipes nas ações de educação em saúde direcionadas às gestantes;
- Participar de grupo de apoio às gestantes adolescentes, com possibilidade de atendimento individual, se necessário, através de encaminhamento interno da Policlínica;

- Atendimento às gestantes encaminhadas pela rede básica;
- Atendimento às gestantes acompanhadas pelo pré-natal de risco da Policlínica com prioridade àquelas que apresentarem transtornos mentais e/ou dificuldade de aceitação da gravidez bem como casos de malformação e óbito fetal;
- Acolhimento de gestantes acompanhadas pelo pré-natal de risco da Policlínica em situação de risco social.

COMPETE À EQUIPE DE SAÚDE BUCAL:

- Incorporar todas as gestantes da US no atendimento da Clínica Odontológica;
- Participar dos trabalhos realizados pela UBS, realizando as ações de promoção de saúde bucal na gestação, conforme o Protocolo de Saúde Bucal;
- Realizar orientações específicas à gestante, valorizando o auto cuidado e o cuidado com o recém-nascido.

COMPETÊNCIA DAS MATERNIDADES VINCULADAS

- Disponibilizar a visita à maternidade durante o pré-natal, às gestantes a elas vinculadas;
- Garantir assistência às intercorrências e emergências que ocorrerem durante a gestação, parto e puerpério;
- Garantir assistência às intercorrências que não puderem ser atendidas pela Unidade de Saúde;
- Garantir a assistência ao pré-parto, parto, puerpério e ao recém-nascido de acordo com os Dez Passos para a Atenção Humanizada ao Parto, recomendados pela Organização Mundial da Saúde (anexo III);
- Manter uma permanência mínima de 48 horas para parto normal e cesariana;
- Incorporar o método Mãe Canguru de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

VII - Anexos

ANEXO I – OFICINAS PARA AS GESTANTES

O programa Mãe Sorocabana deve estimular todas as mães a participem de oficinas realizadas nas UBS onde realizam o pré-natal. Os instrutores podem utilizar diversas técnicas e abordagens capazes de possibilitar a participação ativa das gestantes e familiares no processo de aprendizado como dinâmicas de grupo, dramatização, estudo de casos, uso de formulários, ilustrações, diapositivos e fitas de vídeo.

O contato prévio da gestante com a maternidade à qual está vinculada contribui para a redução da ansiedade no período do parto. A área de Atenção à Saúde da Mulher estará organizando as visitas às maternidades.

O conteúdo sugerido das oficinas está descrito a seguir:

A) Mudanças maternas na gestação:

- Mudanças Físicas - mudanças corporais, desenvolvimento intra-uterino do feto, avaliação da mama e preparo se houver necessidade;
- Mudanças Hormonais - a elevação hormonal como responsável pelos sinais e sintomas;
- Mudanças Sexuais - resposta sexual na gravidez, adaptação sexual na gravidez e visão e comportamento do parceiro;
- Mudanças Sociais - relação familiar, social e escolar e no trabalho.

B) Cuidados maternos durante a gestação:

- Importância das consultas de pré-natal, exames, visitas à maternidade;
- Orientações nutricionais e adequação da dieta alimentar;
- Os exercícios necessários para o preparo do parto;
- As vacinas preconizadas no período gestacional e as contra-indicadas;
- Cuidados com a saúde bucal da mãe;
- Cuidados com a higiene;
- Sinais de alerta na gestação: sangramento, perda de líquido, febre, edema, disúria, redução da movimentação fetal, cefaleia, escotomas;
- Maternidade e paternidade responsável - uso de medicamentos, drogas e fumo e suas implicações na gestação; importância do uso do preservativo na prevenção de DST e HIV.

C) Preparação para o parto e pós-parto imediato

Orientações sobre parto e puerpério: sinais indicativos de início de trabalho de parto; quando procurar o hospital: dor, perda de líquido, sangramento vaginal; Cuidados no pós-parto imediato - cuidados com a mama e higiene íntima; alimentação materna; sinais de alerta de complicações do pós-parto; orientação sexual (abstinência).

Cuidados com o bebê - higiene do bebê; vacinas; teste do pezinho; aleitamento materno; importância do acompanhamento do bebê na puericultura.

Participação do parceiro (apoio, divisão de tarefas, licença paternidade)

D) Puerpério e Planejamento Familiar

Manutenção do aleitamento exclusivo, escolha do método anticoncepcional conforme risco reprodutivo.

A escolha do método anticoncepcional adequado visa principalmente a prevenção da segunda gravidez nas adolescentes.

ANEXO II – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE TERATOGENICIDADE DOS MEDICAMENTOS, QUANDO UTILIZADOS DURANTE A GRAVIDEZ, DE ACORDO COM A FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA).

CATEGORIA PRINCIPAIS FONTES

A Estudos controlados em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro trimestre; não há evidências de risco nos trimestres posteriores; a possibilidade de agravo é remota.

B Estudos de reprodução animal não demonstraram riscos para o feto e não há estudos controlados em mulheres.

OU

Estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos sobre o feto que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres no primeiro trimestre.

Estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos sobre o feto e não há estudos controlados em mulheres.

OU

Estudos controlados de reprodução animal e em mulheres não foram realizados. O uso deve ser indicado somente se o benefício potencial justifique o risco potencial.

C Há evidências de risco fetal humano mas os benefícios do uso durante a gestação são aceitos apesar do risco (risco de vida ou doenças graves onde drogas mais seguras são inefetivas ou não existem).

D Estudos em animais e humanos demonstraram anormalidades fetais e/ou há evidências de risco fetal baseado na experiência humana e o benefício do uso não justifica o risco potencial. A droga é contra-indicada para gestantes e mulheres com probabilidade de engravidar.

X A droga é contra-indicada para gestantes e mulheres com probabilidade de engravidar.

ANEXO III – DEZ PASSOS PARA A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO

RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - 1996

- 1º Permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhamento da família ou amigo durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio.
- 2º Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, até a conclusão do processo obstétrico.
- 3º Oferecer à mulher o máximo de informações e explicações segundo as sua demanda.
- 4º Respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento.
- 5º Permitir à mulher a liberdade de caminhar, mover-se e adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e expulsão; encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino, com as pernas levantadas)
- 6º Orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagem, banho morno e técnicas relaxamento.
- 7º Ofertar fluídos via oral durante o trabalho de parto e o parto.
- 8º Permitir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.
- 9º Possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do uso do partograma.
- 10º Oferecer alojamento conjunto e esforçar-se para pôr em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, tornando-se um hospital amigo da criança.

ANEXO IV – ORIENTAÇÕES LEGAIS PARA A GESTANTE

DIREITO À SAÚDE

- Respeito e qualidade - A gestante tem direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade nos hospitais públicos e nos conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde);
- Carteira da Gestante - A gestante deve receber a sua Carteira de Gestante na primeira consulta de pré-natal, esta deve conter todas as anotações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultado dos exames solicitados. A paciente deve portar a carteira em todos os atendimentos;
- Por ocasião do parto a puérpera tem direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação;
- No momento da alta hospitalar, a puérpera tem direito de receber orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta pós-parto e o controle da saúde do bebê.

DIREITOS SOCIAIS

- Prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas ou privadas;
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- Os pais têm direito de registrar o seu bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade..

ESTABILIDADE DA GESTANTE NO EMPREGO

- O artigo 7º, inciso II, letra b, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante a toda empregada gestante direito a estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após do parto. A confirmação da gravidez deve ser atestada por meio do exame laboratorial e médico.
- Isto significa que a gestante não poderá ser dispensada do emprego até 5 meses após o nascimento de seu filho. Caso seja despedida tem direito à indenização correspondente aos salários e demais vantagens relativas ao respectivo período;
- Para tanto, assim que confirmada a gravidez a mulher deve informar ao empregador. A comunicação ao empregador se faz através da apresentação do exame laboratorial (TIG) e do atestado fornecido pelo médico;
- O profissional de saúde deve orientar a gestante que seus exames lhe pertencem, devendo apenas fornecer as cópias ao empregador, com ciência do recebimento. É uma boa medida para assegurar o direito à estabilidade gestacional.

LICENÇA MATERNIDADE

- O artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal garante a empregada gestante o direito a licença maternidade de 120 (cento e vinte dias), após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e demais benefícios. O médico fornecerá atestado do nascimento, que deverá ser encaminhado ao empregador com a comunicação da data do início do afastamento;
- O projeto de lei que amplia a licença maternidade para 180 dias (nº281 de 10/08/2005) foi sancionado pelo presidente da república em 09/09/2008. De acordo com este projeto, o salário dos 2 meses excedentes aos 120 dias de licença vigentes será pago pelas empresas que optarem pela licença ampliada, mas sem o reembolso pela Previdência Social, como ocorre com os 120 dias. A adesão ao programa é facultativa tanto para a empresa como para o empregado e, desde que realizada, confere à empresa o direito de deduzir do imposto de renda o valor correspondente à remuneração da empregada referente aos sessenta dias que perdurar a prorrogação da licença maternidade.

Em caso de óbito fetal, aplica-se o direito à licença maternidade como no caso de nascimento de feto vivo.

Nos casos de aborto, a lei contempla o direito à repouso remunerado de 2 semanas e retornar à função que ocupava antes.

A licença maternidade poderá ocorrer a partir do 8º mês da gestação. Neste caso o atestado médico indicará a data do afastamento;

- Além da licença maternidade, sendo necessário à saúde da mãe e do filho, antes e depois do parto, a gestante tem direito ao período de 2 (duas) semanas para descanso, nos termos previstos no artigo 392, § 2º da Consolidação das Leis do Trabalho. O médico fornecerá atestado se verificadas tais condições.

FUNÇÕES EXERCIDAS PELA GESTANTE

- Durante a gravidez a empregada poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais vantagens, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigirem, asseguradas a volta da função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença maternidade;
- Para isto, a gestante deverá apresentar ao empregador o atestado fornecido pelo médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos a saúde da mãe e do bebê.

LICENÇA MÉDICA

- Sempre que a gestante comparecer às consultas e exames terá direito a dispensa do horário de trabalho. O médico deve fornecer atestado para que a empregada possa justificar a falta. E o artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho que

garante a gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para realização das consultas médicas e exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação saudável.

ABORTO

- No caso de aborto não criminoso a mulher tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurado seus salários e funções exercidas. A prova do abortamento espontâneo, faz-se através do atestado médico oficial, o qual deverá a empregada encaminhar ao empregador.

AMAMENTAÇÃO

- O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura a mãe o direito a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho para amamentação de seu filho, até que complete 6 (seis) meses de idade;
- Caso o bebê necessite, o médico fornecerá atestado para que os repouso para amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período;
- A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).

ATESTADOS

- O artigo 373-A, inciso IV da Consolidação das Leis do Trabalho proíbe a exigência pelo empregador de atestado ou exame, de qualquer natureza, para comprovação de esterilidade ou gravidez da mulher, na admissão ou permanência no emprego. O médico não deve fornecer atestado com estas finalidades;
- Por outro lado, o médico poderá fornecer atestado de gravidez da mulher para que esta possa exercer a faculdade de romper o compromisso de um contrato de trabalho, desde que seja prejudicial à gestação, nos termos previsto no artigo 394 da Consolidação das Leis do Trabalho.

OUTROS DIREITOS REPRODUTIVOS

- A nova lei sobre planejamento familiar permite a realização da laqueadura em mulheres com mais de 25 anos ou dois filhos. A laqueadura só poderá ser feita durante a cesárea ou logo após o parto em mulheres que apresentarem problema grave de saúde ou que tenham feito várias cesarianas;
A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de
- 25 anos ou dois filhos, poderá fazê-la depois de 60 dias do parto;

A mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos anticoncepcionais antes da opção pela laqueadura de trompas;

- A mulher deve ser informada dos índices de falha dos métodos anticoncepcionais;
- Deverá ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a laqueadura tubária (Vide Protocolo de Planejamento Familiar-2010);
- Nos casos de risco de vida para a mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez;
- Nos caso de estupro, a mulher tem o direito a atendimento especial e poderá solicitar a interrupção da gravidez sem precisar de autorização do juiz. É recomendável que ela faça o Boletim de Ocorrência na delegacia, logo após ter sofrido o abuso sexual.

Nestes casos, ela deve procurar a unidade de saúde mais próxima para que lhe indique os hospitais ou serviços de referências para este atendimento.

Nestas situações a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.

DIREITOS DO PAI

- Pelo artigo VII, inciso XIX e o artigo X, parágrafo I do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias -ADCT e a Constituição Federal o pai tem direito a uma LICENÇA-PATERNIDADE de cinco dias contínuos logo após o nascimento do seu bebê. A licença paternidade visa garantir a mãe e ao bebê a companhia e cuidados do pai nos primeiros dias após o parto.
- O pai tem direito a participar do pré-natal;
- O pai tem direito a ter acesso ao acompanhamento da gestante a nível hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG: Prevention of Rh D Alloimmunization. Clinical management for Obstetrician-Gynecologists practice bulletin 1999,4
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Banco de dados de medicamentos e hemoderivados. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm> Acesso em 01 jun. 05
- ADVANCED LIFE SUPPORT IN OBSTETRICS, 2002, Johns Hopkins Population Information Program, ALSO (Advanced Life Support in Obstetric), 2002. **Curso de Provedor em Emergências Obstétricas da Academia Americana de Médicos de Família.**
- AMATO, NETO & BALDY. **Doenças Transmissíveis.** 3ª. ed. Savier, 1.989. P. 836 – 839
- ARIE, J. ZUCKERMAN E HOWARD, C. THOMAS EDITORA CHURCHILL IN: **Viral Hepatitis autores Livingstone** – London, 1998.
- AUSTIN MP; MITCHELL PB - **Psychotropic medications in pregnant women: treatment dilemmas.** Med J Aust. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4ª. ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- BALLONE GJ - **Gravidez e Psicotróficos.** IN: PsiquWeb- Psiquiatria Geral, 2001. disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/mulher/gravimed.htm>
- BETTY A FORBES, DANIEL F SAHM, ALICE S WESSFELD. IN: **Diagnostic Microbiology.** Bailey e Scott's bby Mosby INC, 1998.
- BEZERRA DE MELLO, P.R, et al. **Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação.** J Pédiatr, Rio J 2000;77(4):257-64.
- BOWMAN, J. M; Hemolytic disease (erythroblastosis fetalis). In :Creazy and Resnik – maternal- fetal medicine: Principles and practice. 3ª ed, WB saunders Company, 1994.
- BUNCH, C; RIELLY, N. INJOJA A, C. (Des.) **Los derechos de las mujeres son Derechos Humanos** - Crônicas de Uma Mobilização Mundial. México 2000.
- CARR, D.B., CLARK, A.L., KEMEK, K., SPINNATO, J.A.. **Maintenance oral nifedipine for preterm labor: a randomized clinical trial.** Am J Obstet Gynecol Oct. 1999;181(4):822-7:
- CASTRO, F. C., CASTRO, M. J. V., CABRAL, A. C. V. e COLs. **Comparação dos Métodos para Diagnóstico da Toxoplasmose Congênita.** RGOB, v.23, no.5, 2001
- CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE, DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Leite é Saúde: Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes de Risco Nutricional.** Curitiba, 1997. Científica do CLAP, nº1321. 03, Montevideo, 1996.
- CHOWN B: On search for Rhesus antibodies in very young fetuses. Arch Dis. Child 1995; 30:232-233
- COHEN LS; ROSENBAUM JF- **Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks.** J Clin Psychiatry.
- COSTA, C.F.F.. **Infecção Puerperal: Etiopatogenia, Diagnóstico, Tratamento e Medidas Profiláticas.** GO., Ano II (n.4): 12 - 19, Jul./Ago. 1993.
- DANFORTHS Obstetrics and Gynecology, 8th ed, Lippincott Williams and Wilkins, page 271.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO ISSN 1676-2339. **Portaria No. 2104, de novembro de 2002.** no. 225, Quinta-feira, 21 de novembro de 2002.
- DINIZ, C. S. Projeto Gênero, Violência E Direitos Humanos- **Novas questões para o campo da Saúde.** www.mulheres.org.br- Faculdade de Medicina USP, Departamento de medicina Preventiva.
- DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL.. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Assistência Pré-Natal, Normas e Manuais Técnicos.** 2ª. ed. Brasília, 1988. 44 p.
- DUARTE, G., CUNHA, S.P, **Gestação de Alto Risco.** São Paulo, Medsi, 1998. P. 305 –312
- DUARTE, G., QUINTANA, S. M., PASCHOINI, M. C. **Toxoplasmose e Gravidez.** IN; Gestação de Alto Risco, 1998 capítulo 23, pg 305-312. Editora Modsi

- DUNCAN, B. D. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. Seção III, 2ª. ed. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 1996. P. 175 – 215.
- ELMER W KONE MAN. Infecções do Trato genital. **Forma de Apresentação e Enfoques para formular um Diagnóstico Clínico**, Introdução à Microbiologia. Parte II, 2001
- FREITAS, F et al **Rotinas em Obstetrícia Porto Alegre**: Artmed Editora, 2001
- FRIEDMAN EA. Labor: **Clinical evaluation and management**. New York, Appleton, 1978
- GASCOIGNE, G., BRADLEY, M.D. The 1996.U.S. **Preventive Service Task Force Report: What's No Longer Worth Doing?**
- GIBERT G. G. DONDERS, Phd. Am J Obstet. Gynecol 2000;183:431-7
- GORDON, B. A. et al. **Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido**. 4a. ed. Medsy, 1.999. p. 1012 -1015.
- GYETAVALI, K., HANNAH, M.E., HODNETT, E.D., OHISSON, A. **Tocolytics for preterm labor: a systematic review**. Obstet Gynecol Nov.1999;94 (5 Pt 20; 869-7
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA U.F.P.R., Unidade de Neonatologia. **Manual de Neonatologia**. Curitiba, 1995.
- HIV/AIDS **Treatment Information Service In: The Cochrane Library**, Issue 3, 2000.Oxford:Update Software.
- HUGHES RG et al: Causes and clinical consequences of Rhesus D haemolytic disease of the newborn: a study of a Scottish population, 1985-1990 Br JOG 1994;vol 101:297-300
- <http://www.aids.gov.br/>
- <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol-abril/tab1.htm>
- <http://www.aids.gov.br/final/imprensa1/boletim-2002.htm>
- <http://www.aleitamento.med.br>
- <http://www.hivatis.org><http://gineco.amerhuc.org.br/html/mobilograma.html>
- <http://www.nice.org.uk>
- <http://redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaude.html>
- http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf
- INSTITUTO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Roteiro de Inspeção para Liberação da Licença Sanitária aos Estabelecimentos Hospitalares**. Curitiba, 1997.
- JACOB K. FRENKEL, **Prevention of toxoplasma infection in pregnant women and their fetuses**. Clinical Infectious Diseases. 20, 728-729,1995.
- KAHHALE, S.; VASCONCELOS, M. **Hipertensão na Gravidez - Manual de Orientação**. FEBRASGO, 1997. SOGESP
- KELLOGG E ORWIG, 2000, ELMER W. KONEMAM, 2001; **Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis**.
- KOROLKOVAS, A. **Dicionário Terapêutico Guanabara – 2004/2005**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- LEDA F. BERNARDIN. **Apostila do Curso da Associação Psicanalista de Curitiba**.
- LIESENFELD O, REMINGTON J. IN: Obstetric Infection, 2002 chapter 3, **Toxoplasmosis**.]
- Lista de discussão de profissionais e usuáias sobre as práticas de assistência
- Partonatural@yahoogrupos.com.br Amigasdoparto@yahoogrupos.com.br
- LUZ NILO J. P., **MANUAL DA FEBRASGO, 2002**.
- MAHAN, L. K.. ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**, 9ª edição, São Paulo, Editora Roca, 1998.
- MANDELL, DOUGLAS & BENNET. **Principles and Practice of Infectious Diseases**. Wiley Medical. 1.979. v.2. p 2131 -2132.
- MANUAL, 2002. **Sistema de logística de insumos de diagnóstico e assistência à gestantes e parturientes HIV positivas e sífilis, e crianças expostas ao HIV e com sífilis congênita**.
- MARCUS R. DE CARVALHO; RAQUEL N. TAMEZ – **AMAMENTAÇÃO- Bases científicas para a prática profissional**. Atuação de enfermagem, 2002.

MELO, J. M. S. (Ed). **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2003/04**. 32. ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 2003.

MCGREGOR, J. A., FRENCH, J. I., Department of Obstetrics na Gynecology, Denver Health Medical Center. **Bacterial Vaginosis in Pregnancy**. Supplement v. 55, no. 5. Obstetrical and Gynecological Survey, 2000.

MINISTER OF SUPPLY AND SERVICES, CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. **The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care**. Ottawa, Canada Communication Group, 1998. p. 4-175..

Anexos

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002. **Manual técnico de implantação da assistência à gestantes e parturientes HIV positivas e com sífilis, e crianças expostas ao HIV e com sífilis**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COORDENAÇÃO MATERNINFANTIL. **Gestação de Alto Risco**. 2ª.ed. Brasília, 1991. p 92. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. **Parto, aborto e puerpério , Assistência Humanizada à Mulher**, FEBRASGO ABENFO.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 1. ed. Brasília, 1.999. p. 218.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Política de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, outubro, 2000. **Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Política de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, outubro, 2000 **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**.

www.aids.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional De Dst E Aids. **Infeção pelo HIV em Criança: Guia de Tratamento Clínico**. 2. ed. Brasília, 1.999. 24 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. **Instrução Normativa Sobre Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de dois Anos**. Brasília-DF, 17 de janeiro de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em adultos e adolescentes**. 1ªed. Brasília, 1998. 42p. Governo do Distrito Federal, Departamento de Saúde Pública. **Toxoplasmose Congênita Gestacional**. Brasília, 1998. p. 29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES. **Manual de vigilância Epidemiológica dos Eventos Pós-vacinação**. 1ª edição Brasília: Ministério da Saúde 4ª edição Brasília: Ministério da Saúde 2001.

Ministério da Saúde, **Manual do Pré-Natal e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual Técnico de Atendimento Nutricional no Pré-Natal e Puerpério** (versão preliminar). Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **10 Passos para uma Alimentação Saudável**, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Pré-natal e Puerpério Atenção humanizada e qualificada Manual Técnico**, 2005.

MMWR, february 8, 2002 / 51(RR02);1-36 – **Recommendations of the Advisory Committe on Immunizat Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians**. <http://www.cdc.gov/nip>

NATIONAL CENTER FOR INFECTIONS DISEASES www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/b/basics

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Organização Pan-Americana da Saúde, Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). **Atenção Pré-Natal e do Parto de Baixo Risco – Saúde Reprodutiva Materna Perinatal**, Publicação.

- PARANÁ. Secretaria de estado da Saúde. **Natural é o parto normal : pré natal, parto e puerpério/Secretaria de Saúde do Paraná**. -3ª. ed., P. 79- Curitiba: SESA, 2002.
- PEDRO PAULO ROQUE MONTELEONE, CARLOS ALBERTO VALENTE IN: **Infectologia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.
- PROJETO NASCER EM CURITIBA VALE A VIDA. Curitiba, 1993. 16 p.
- RACHID, M. & SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 3 .ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1998, 182 p.
<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/sifilis/prevencao.htm>
- REDESAÚDE. Gravidez saudável e Parto Seguro são Direitos da Mulheres.
<http://redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaude.html>
- Recommendations for the use of anti-d immunoglobulin for rh prophylaxis. Guidelines.Joint working group of British Blood Transfusion Society and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Transfusion med 1999;9:93-97
- REDESAÚDE. Gravidez saudável e Parto Seguro são Direitos da Mulheres..
<http://redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaude.html>.
- RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO - 2001. Saúde Mental **Nova concepção, Nova Esperança**.
- REMINGTON and KLEIN. **Infections Diseases of the Fetus and Newborn Infant**. 4ª. ed. 1.995. p.140 - 267.
- REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976. 630 p.
- ROBERTO FOCACIA IN: **Tratado de Hepatites Virais**. Editora Atheneu. São Paulo, 2003.
- ROBSON SC, LEE D, URBANIAK S: Anti-D immunoglobulin in RhD prophylaxis BJOG 1998, vol 105:129-134.
- RUBINSTEIN E - PROFAN (Programa de Educación A distância de Medicina Familiar y Ambulatorial) capítulo de **Infeções Urinárias**.
- SCHWARCZ, R., DÍAZ, A.G., FESCINA, R.H., BELITZKY, R., DE MUCIO, B., DELGADO, L., ROSSELLÓ, J.L.D. Partograma com curvas de alerta In: - **Saúde reprodutiva materna perinatal. Atenção pré-natal e do parto de Baixo Risco**. Publ. Cient CLAP, nº 1321.03: 134-44, 1996.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Paraná Mais Saúde: Criança, Mulher e Família**. Curitiba
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Manual de Atendimento ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Curitiba, 1996. 74 p.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Sistema de Informações Gerenciais das US Básicas- Curitiba**. Bases para o Plano Operativo Local. 2003.
- SEGRE, M. A. C. & ARMELINI, A.P. RN. 2ª. ed. Sarvier, 1.985. P. 272 – 275
- SIMÕES, J. A. ,GIRALDO, P. C., CECCATTI, J. G., CAMARGO, R. P. S. , FAÚNDES, A. **Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana**. RBGO v. 20, no. 8 p 437-441,1998
- TAMEZ RAQUEL N. IN: **Atuação de Enfermagem**, 2002
- THE PANOS INSTITUTE Birth Rights. **New approaches to Safe Mother hood**. Londres, 2001.
http://www.panos.org.uk/briefing/birth_rights_files/birth_rights.htm .
- VALORIZANDO A DIGNIDADE MATERNA. Curitiba, 1996. 68 p.
- VICENTE F L, PINTO G, SERRANO F, SOARES C, ALEGRIA A M. Profilaxia da isoimunização RhD: uma proposta de protocolo. Acta Méd Portuguesa2003; 16:255-260.
- WEINSTOCK, M. **Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring**.
- WEISBORD J, KOUMANS E, GRAYSON K E T et al. **Sexually Transmitted Diseases During Pregnancy: Screening Diagnostic, and Treatment practices Among Prenatal Care.Georgia**. South Med J 94(1):47-53, 2001 Southem Medical Association.
- WING, DEBORAH A. Teraphy in Practice. **Phyelonephritis in Pregnancy**, Treatment Options for Optimal Outcomes. *Drogs*. 2001;61(14), 2087-2096.