

PROTOCOLO MUNICIPAL SAÚDE DA MULHER

Atualizado



CONCEIÇÃO DO CASTELO – ES

2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO

Secretaria de Saúde de Conceição do Castelo ES.

Prefeito Municipal

Christiano Spadetto

Secretário Municipal de Saúde

Jacira Nascimento Santos

Coordenadora da Vigilância em Saúde

Carlos Eduardo Ferreira

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

-

Coordenadora do PSF

-

Programa de Saúde da Mulher

Bárbara Magnago Pedruzzi – Enfermeira

Formatação

Mônica Mello de Azevedo

Colaboração Técnica

Bárbara Magnago Pedruzzi - Enfermeira

Bruno Pinto Mareto - Enfermeiro

Helane Liege Belisario - Enfermeira

Rakel Garbelotto de Ávila Venturim - Enfermeira

Thadeu leite Justo - Enfermeiro

Brasil. Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo. Secretaria de Saúde. Protocolo Municipal de Saúde da Mulher / Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo, Secretaria Municipal de Saúde – Conceição do Castelo – ES, 2019.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, que participaram ativamente na elaboração deste protocolo, tornando possível a realização de um projeto dirigido à saúde da mulher no município de Conceição do Castelo.

Aos parceiros indispensáveis neste processo, nosso reconhecimento a permanente colaboração e apoio.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
I ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES.....	7
1.1 Sangramento uterino anormal.....	7
1.1.1 Fluxograma 1 - Sangramento uterino anormal	8
1.1.2 Padrões de sangramento e manejo das diferentes causas de sangramento uterino	9
1.2 Massa anexal.....	12
1.1.1 Fluxograma 2 - Imagens anexas.....	13
1.3 . Miomatose.....	14
1.3.1 Fluxograma 3 - Miomas	14
1.4 . Queixas urinárias.....	15
1.4.1 Fluxograma 4 - Perdas urinárias	16
1.4.2 Fluxograma 5 - Dor e aumento da frequência	17
1.5 . Dor pélvica.....	18
1.5.1 Fluxograma 6 - Dor pélvica	18
1.6 . Corrimento vaginal e cervicites.....	24
1.6.1 Fluxograma 7 - Corrimento vaginal e cervicites	25
1.7 . Climatério.....	29
II ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO	32
2.1 Objetivo	32
2.2 Fluxograma para Diagnóstico de Gravidez e Acompanhamento de Pré-Natal	32
2.3 Rotina de Atendimento às Gestantes nas Unidades Básicas de Saúde	333
2.3.1 Acolhimento	333
2.3.2 Calendário de consultas	333
2.3.3 Consultas subseqüentes.....	38
2.3.4 Gestantes Rh negativas.....	40
2.3.5 Avaliação ultra-sonográfica.....	40
2.3.6 Avaliação pós-parto	40
2.3.7 Atribuições Profissionais.....	41
2.3.7.1 Agente Comunitário de Saúde.....	41
2.3.7.2 Auxiliar/técnico (a) de enfermagem	41
2.3.7.3 Enfermeiro (a).....	42
2.3.7.4 Médico (a).....	43
2.3.7.5 Cirurgião Dentista	43
2.4 Assistência Pré-Natal pelo Enfermeiro	45
2.4.1 Consulta de enfermagem.....	455
2.4.2 Grupo de gestantes	45
2.4.3 Visitas domiciliares	46
2.4.4 Visita à maternidade	46

2.4.5	Responsabilidade do Enfermeiro responsável pela saúde da mulher	46
2.5	Programa Nacional de Suplementação de Ferro	47
2.5.1	Introdução	47
2.5.2	Objetivo Geral	47
2.5.3	Objetivos Específicos	47
2.5.4	Público assistido e conduta de intervenção na saúde da mulher	48
2.5.5	Orientações	48
2.6	Atendimento Odontológico	48
2.6.1	Responsabilidades do dentista	50
2.7	Informações Relevantes para Assistência no Pré-Natal	50
2.7.1	Condutas nas queixas mais freqüentes na gestação normal	50
III	ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR	54
3.1	Introdução	54
3.1.1	Proposta de acesso	54
3.1.2	Garantia de acesso gratuito aos métodos contraceptivos	54
3.1.3	Fluxo	55
3.2	Fatores de risco reprodutivo	55
3.3	Assistência à Pré-Concepção	56
3.3.1	Avaliação da mulher	56
3.3.2	Atividades educativas e aconselhamento individual	56
3.4	Assistência à Anticoncepção	56
3.4.1	Avaliação da mulher	56
3.4.2	Atividades educativas	57
3.4.3	Análise da escolha do método	57
3.4.4	Consulta subsequente	57
3.4.5	Métodos contraceptivos disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Conceição do Castelo	57
3.5.1	Roteiro para avaliação da adequação do uso de anticoncepcionais hormonais - orais ou injetáveis	567
3.5.2	Roteiro para avaliação e adequação do uso do DIU	57
3.5.3	papel dos profissionais no planejamento familiar	58
IV	ASSISTÊNCIA EM PATOLOGIA DAS MAMAS E DO COLO UTERINO 589	
4.1	Fluxograma para atendimento de câncer de mama na rede básica	60
4.2	Prevenção do Câncer de Mama	60
4.2.1	Palestras	60
4.2.2	Roteiro para exame de mama	61
4.3	Prevenção do Câncer de Colo Uterino	62
4.3.1	Fluxograma de agendamento da coleta do preventivo	62
4.3.2	Coleta de citologia	62
4.3.3	Orientação para a coleta do colpocitológico	63
4.3.4	Exame ginecológico	63

4.3.5 Roteiro para coleta de colpocitológico	64
4.3.6 Realização da coleta citológica.....	64
4.4 Informações Relevantes para Controle de Câncer de Colo Uterino	65
4.4.1 Nomenclaturas.....	65
4.4.2 Avaliação pré-analítica e adequabilidade da amostra	69
4.4.3 Nomenclatura brasileira	70
4.4.4 Periodicidade de realização do exame citopatológico	70
4.5 Conduas Preconizadas	73
4.5.1 Resultado normal, alterações benignas e queixas ginecológicas.....	73
4.5.2 Alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico	75
4.5.3 Situações especiais.....	87
REFERÊNCIAS	90

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Castelo, dispõe de equipe multidisciplinar capacitada para realizar o serviço de atendimento à saúde da mulher, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Este documento foi elaborado por esta equipe, com o apoio do secretário municipal de saúde, no intuito de organizar sistematicamente os cuidados da atenção integral básica à saúde da mulher.

Estabelece a atuação de cada profissional nos programas e-SUS AB/pré-natal, SISCAM WEB e Planejamento Familiar.

I ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES

1.1 Sangramento uterino anormal

É importante sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal.

Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/ emergência.

As Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

Mulher na menacme com:

- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);
- Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);
- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).

Mulher na menopausa com:

- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal;
- Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.

As condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou hematologia:

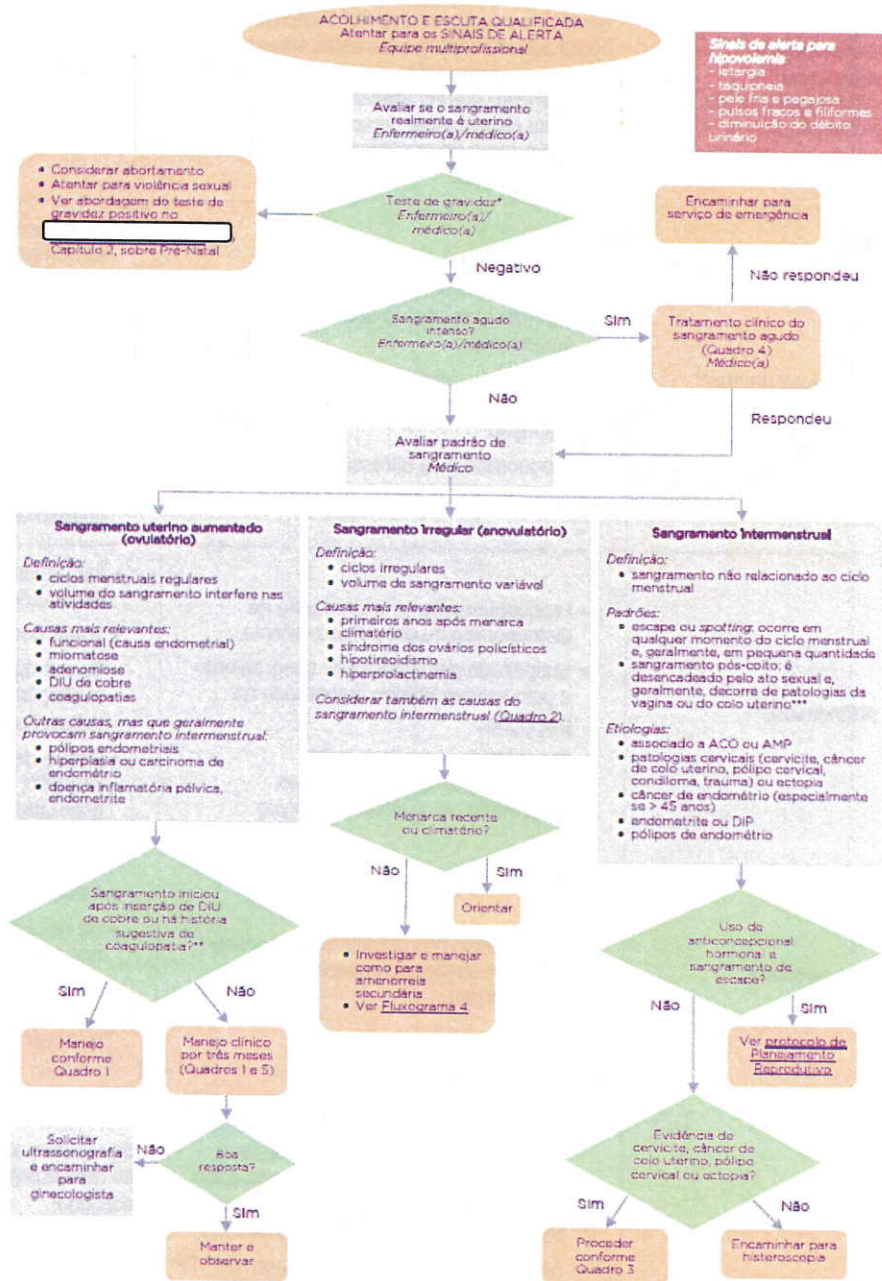
- Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).

Na realização do encaminhamento o conteúdo descritivo mínimo deve ter:

- a) Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- b) Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);

- c) Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo;
- d) Resultado de hemograma, com data;
- e) Descrição da ecografia pélvica transvaginal, com data;
- f) Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia).

1.1.1 Fluxograma 1 – Sangramento uterino anormal



* Para mais informações sobre o teste de gravidez, ver Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreia.
 ** Sangramento uterino aumentado desde a menarca OU história familiar de coagulopatia OU múltiplas manifestações hemorrágicas.
 *** Patologias da vagina não foram incluídas no fluxograma, por não serem de origem uterina. Incluem trauma, vaginose, vaginite atrófica e carcinoma.

1.1.2 Padrões de sangramento e manejo das diferentes causas de sangramento uterino

Quadro 1 - Sangramento uterino aumentado: ciclos regulares, porém prolongados ou intensos* Obs.: Podem estar presentes sintomas relacionados à menstruação

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Funcional (causa endometrial, anteriormente denominado sangramento uterino disfuncional)	Decorre de alterações na hemostasia endometrial, não estando associado à lesão orgânica. Podem também estar presentes miomas ou outras alterações anatômicas como achado casual, sem estes serem a causa do sangramento. Por esse motivo, o sangramento uterino aumentado geralmente é tratado clinicamente como sendo de causa funcional antes de proceder à investigação de lesões orgânicas.	Manejo clínico, conforme Quadro 5.
Miomatose uterina**	<ul style="list-style-type: none"> Os miomas que estão associados a sangramento uterino geralmente são submucosos. Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. Diagnóstico pela ultrassonografia. 	<ul style="list-style-type: none"> Inicialmente manejo clínico para sangramento funcional (ver Quadro 5). Tratar anemia, se houver. Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredem.
Adeniose**	<ul style="list-style-type: none"> Frequentemente se acompanha de dismenorreia ou dor pélvica crônica. Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação. Diagnóstico suspeitado pela ultrassonografia, porém apenas confirmado no anatomopatológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Inicialmente manejo clínico (ver Quadro 5). Tratar anemia, se houver. Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica quanto à indicação de cirurgia. Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredem.
DIU de cobre	<ul style="list-style-type: none"> Mais intenso nos primeiros três meses após a inserção, acompanhado de dismenorreia. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar. Se necessário, associar AINE nos primeiros meses durante o sangramento menstrual. Se persistente, considerar remover o DIU.
Coagulopatias	<ul style="list-style-type: none"> Suspeitar em mulheres com sangramento uterino aumentado desde a adolescência, com história familiar de coagulopatias ou com história de hemorragia pós-parto ou sangramentos frequentes (epistaxe, equimoses, sangramento gengival etc.). Testes iniciais: hemograma, plaquetas, TP e TTPa. 	Se exames alterados, encaminhar ao hematologista para investigação adicional.

Notas:

* Outras causas possíveis, mas que geralmente se manifestam como sangramento intermenstrual, são: pólipos endometriais, hiperplasia ou carcinoma de endométrio, endometrite e doença inflamatória pélvica.

** Se boa resposta ao tratamento farmacológico, não há relevância clínica em diferenciar entre miomatose e adeniose.

Quadro 2 - Sangramento uterino irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável*

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Primeiros anos após menarca	Padrão menstrual muito frequente em adolescentes nos primeiros anos após a menarca, frequentemente acompanhado de dismenorrea.	Muitas vezes, apenas orientar já é suficiente. Se dismenorrea muito intensa, considerar associar AINE durante a menstruação. Oferecer contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, para regularização da menstruação, especialmente se a adolescente já tiver iniciado vida sexual. Se não houver vida sexual, considerar oferecer contraceptivo oral combinado por 3-6 meses para regularização dos ciclos. Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo .
Climatério	Padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Avaliar probabilidade de climatério. Ver protocolo de Climatério .	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério. Ver Protocolo de Climatério. Se sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade. Ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo .
Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário.	Orientar atividade física regular e reeducação alimentar, estimulando a perda de peso. Mesmo não havendo perda de peso, pode já haver benefícios. Se houver plano de engravidar, ver capítulo 3, sobre Planejamento Reprodutivo . Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p. ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento destas.
Hipotireoidismo	Pesquisar outros sintomas de hipotireoidismo. TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.	Reposição de levotiroxina.
Hiperprolactinemia	Suspeitar se história de amenorreia ou de ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada, se > 40 ng/mL. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de descarga papilar.	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.

Nota: * Se não se encaixar de forma evidente em um desses diagnósticos, considerar também as causas de sangramento intermenstrual.

Quadro 3 – Sangramento uterino intermenstrual: sangramento uterino não associado à menstruação – Padrões mais frequentes são escape e sangramento pós-coito

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
Associado a anticoncepcional oral combinado	Sangramento no padrão escape (<i>spotting</i>), caracterizado por pequenos sangramentos sem relação com o ciclo menstrual. É mais frequente nos primeiros três meses de uso e quando utilizados anticoncepcionais orais com doses mais baixas de estrogênio.	Ver capítulo 3, sobre <u>Planejamento Reprodutivo</u> . Se ocorrer após uso prolongado do anticoncepcional, avaliar adesão e considerar outras possíveis causas de sangramento de escape.
Associado à medroxiprogesterona de depósito	No início do uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito, pode haver sangramento. Além disso, frequentemente há sangramento de escape, especialmente nos primeiros anos de uso.	Ver capítulo 3, sobre <u>Planejamento Reprodutivo</u> .
Patologias cervicais e ectopia	Geralmente, o padrão de sangramento é pós-coito. O câncer de colo uterino, em alguns casos, também pode se manifestar como sangramento de escape. A inspeção do colo uterino a olho nu durante o exame especular geralmente é suficiente para identificar patologias cervicais que resultam em sangramento.	Se identificada cervicite, manejar conforme <u>Fluxograma 7 – Corimento vaginal e cervicites</u> . Se identificada ectopia, orientar que se trata de causa fisiológica. Se identificado pólipos ou alteração sugestiva de câncer de colo uterino, encaminhar para ginecologista.
Patologias do endométrio (pólipo, hiperplasia, câncer)	Geralmente, o padrão de sangramento é <i>spotting</i> , mas pode se manifestar como sangramento pós-coito. O diagnóstico, muitas vezes, é feito pela ultrassonografia, mas, geralmente, a mulher deve ser encaminhada para histeroscopia diagnóstica.	Encaminhar para histeroscopia.
Doença inflamatória pélvica	Geralmente, mas nem sempre, está associada à dor pélvica, febre e/ou sangramento pós-coito, intermenstrual ou do padrão de sangramento uterino aumentado ovulatório. Ao exame, o colo uterino frequentemente está friável, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo.	Ver <u>protocolo de Dor Pélvica</u> .

Quadro 4 – Manejo clínico do sangramento uterino agudo intenso*

AGENTE	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÕES
Estradiol ou estrogênio conjugado	<ul style="list-style-type: none"> Estradiol, 1 mg, 4 a 8 comprimidos por dia, podendo ser tomados em dosagem única diária ou fracionados. Estrogênio conjugado 0,625 mg, 4 a 8 cápsulas por dia, podendo tomar em dosagem única diária ou fracionados. 	Doença ativa ou histórico de doença tromboembólica arterial ou tromboembolismo venoso, distúrbio ou doença hepática ativa ou crônica, distúrbios trombofílicos conhecidos.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	<ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. A partir de então, 1 por dia. 	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, <i>diabetes mellitus</i> com alterações vasculares, doença hepática grave.
AINE	<ul style="list-style-type: none"> 600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação. 	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Ácido tranexâmico	<ul style="list-style-type: none"> 500 mg, de 8/8 horas, até cessar o sangramento. Máximo de 7 dias. 	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Nota: * Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino.

Quadro 5 - Manejo clínico do sangramento uterino aumentado crônico de padrão ovulatório*

AGENTE	POSOLOGIA	REDUÇÃO ESPERADA NO SANGRAMENTO	CONTRAINDICAÇÕES
Anti-inflamatório não esteroide (p. ex., ibuprofeno ou diclofenaco)	• 600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	49%	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.
Ácido tranexâmico	• 250 mg a 1 g, de 6/6 a 12/12 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	58%	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.
Anticoncepcional oral combinado (30 a 50 ug de etinilestradiol)	• 1 cápsula ao dia, por 21 dias.	43%	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, <i>diabetes mellitus</i> com alterações vasculares, doença hepática grave.
Acetato de medroxiprogesterona oral	• 10 mg/dia do 5º ao 26 dia.	83%	Presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de neoplasia mamária ou de órgãos genitais.
Acetato de medroxiprogesterona injetável de depósito	• 150 mg a cada três meses.	Amenorreia	Idem ao anterior.
DIU com liberação de levonorgestrel	• Intrauterino.	95%	-

Nota: * Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino

1.2 Massa Anexial

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de referência de câncer ginecológico (preferencialmente oncoginecologia) ou ginecologia:

Em qualquer faixa etária:

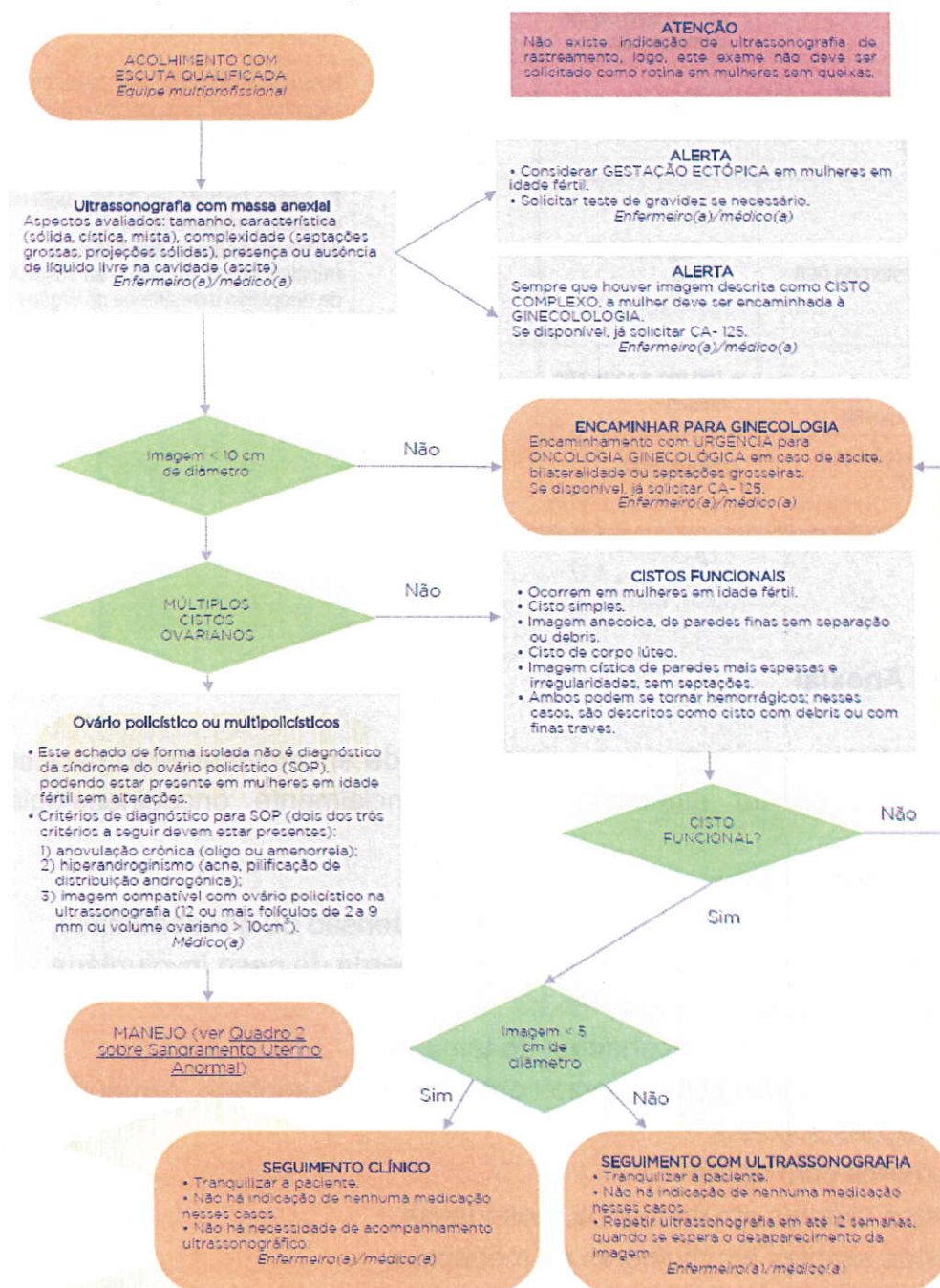
- Tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.);
- Tumores sólidos independente do tamanho;
- Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);
- Tumores com ascite.
- Cistos simples em mulher na menopausa.
- Cistos simples em mulheres na menacme:

- Menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas; ou
- Maior ou igual a 8,0 cm.

Na realização do encaminhamento o conteúdo descritivo mínimo deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo;
- Descrição do exame de imagem, com data;
- História familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não). Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer.

1.2.1 Fluxograma 2 - Imagens anexais



1.3 Miomatose

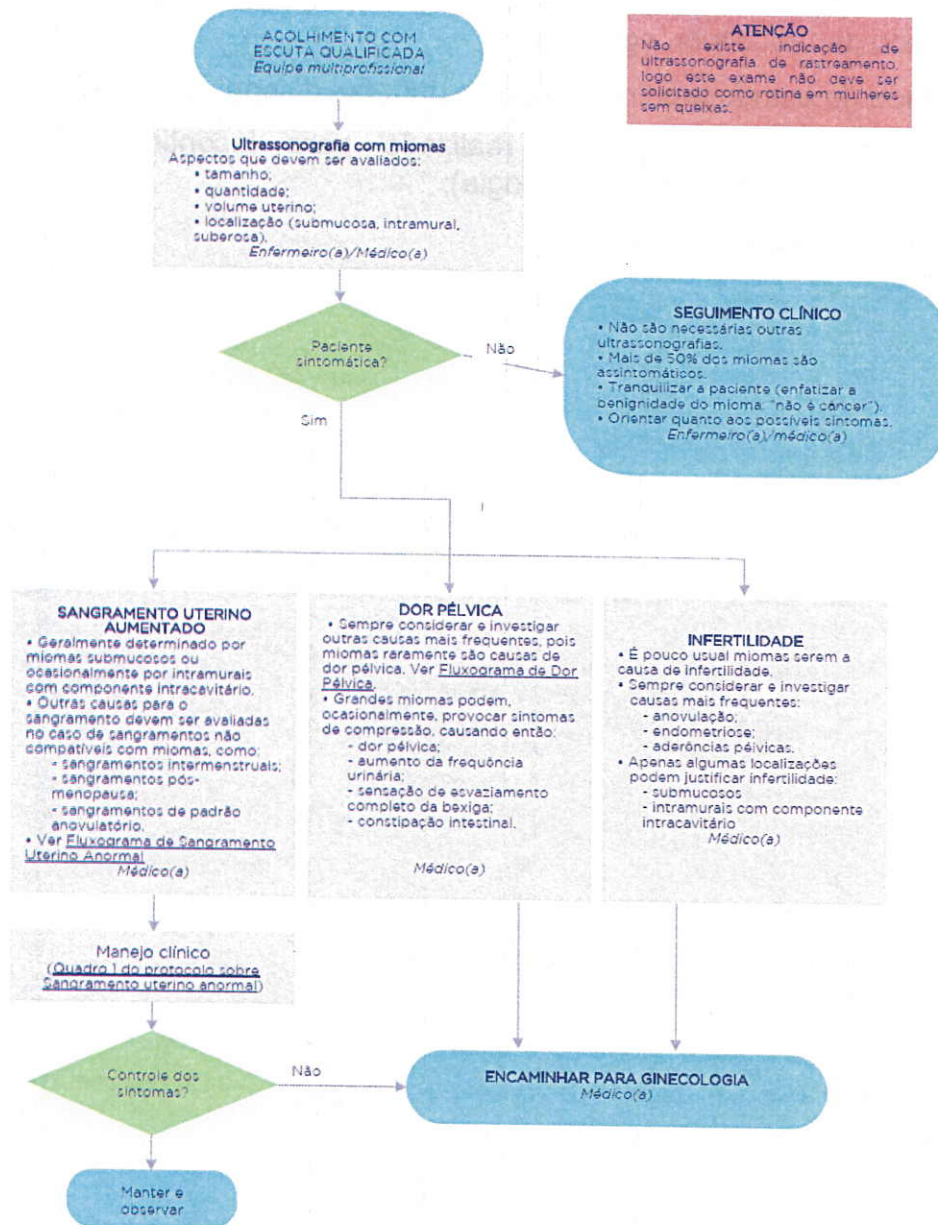
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses.

Na realização do encaminhamento o conteúdo descritivo mínimo deve ter:

- a) Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
- b) Resultado de hemograma, com data;
- c) Descrição do exame de imagem, com data;
- d) Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia);

1.3.1 Fluxograma 3 – Miomas



1.4 Queixas Urinárias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou urologia:

Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão cafeína/álcool).

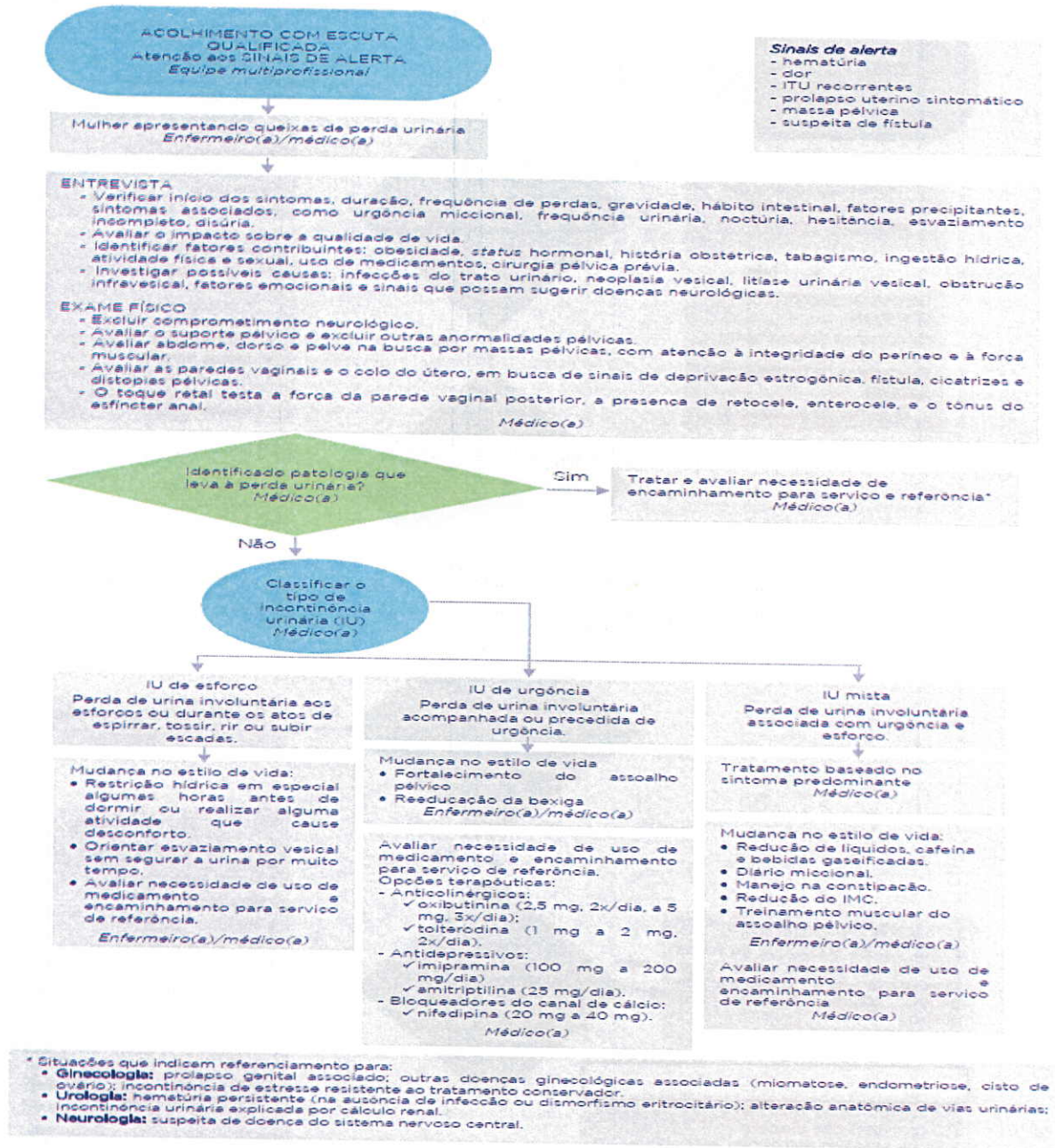
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

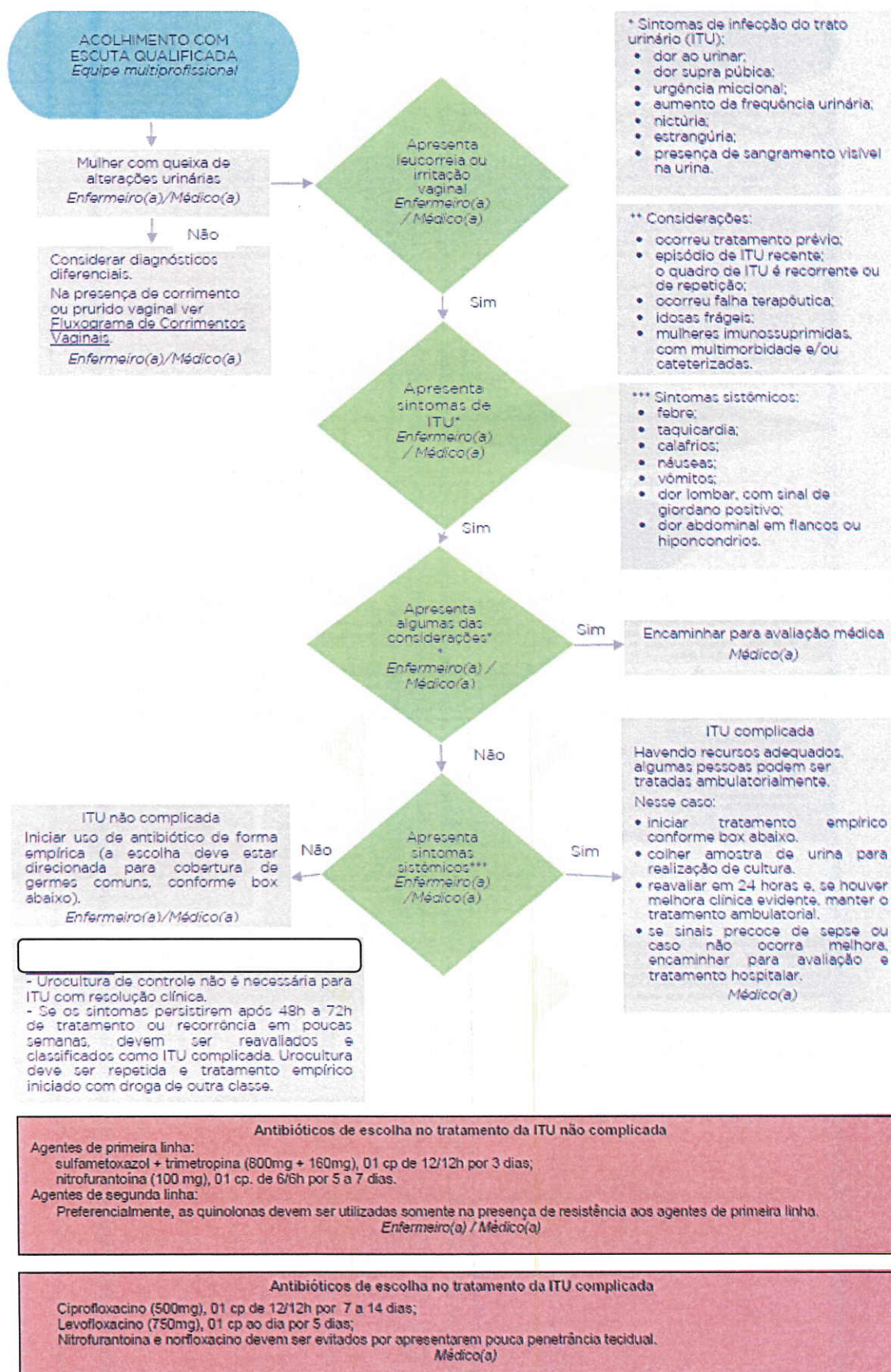
Na realização do encaminhamento o conteúdo descritivo mínimo deve ter:

- a) Sinais e sintomas;
- b) Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
- c) Resultado de urocultura, com data;
- d) Resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
- e) Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- f) Outros medicamentos

1.4.1 Fluxograma 4 – Perda urinária



1.4.2 Fluxograma 5 – Dor e aumento da frequência



1.5 Dor Pélvica

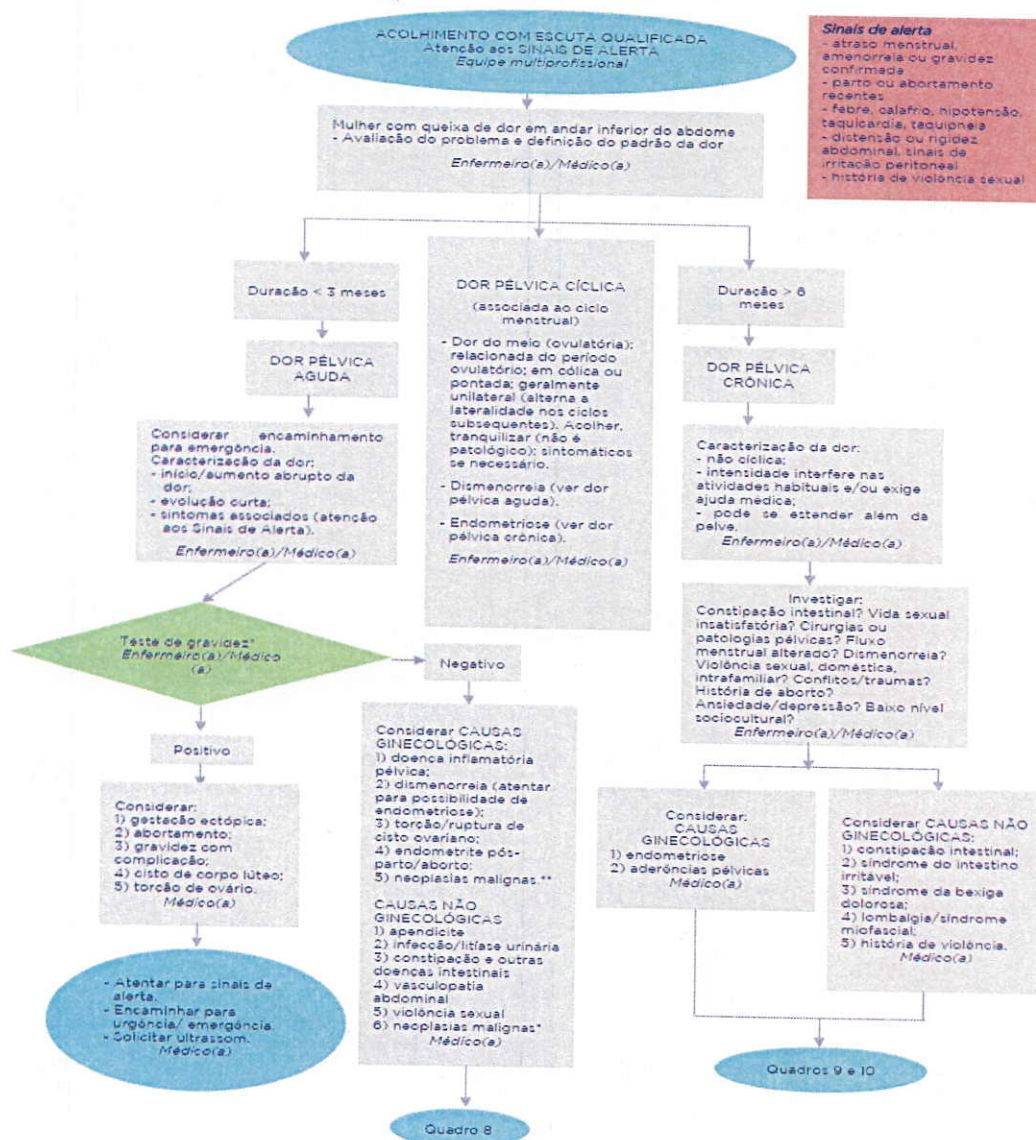
Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação;
- Alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose.

Na realização do encaminhamento o conteúdo descritivo mínimo deve ter:

- a) Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo);
- b) Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- c) História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);
- d) Descrição do exame de imagem, com data (se disponível);

1.5.1 Fluxograma 6 – Dor pélvica



* Sobre Teste Rápido de Gravidez, ver a Nota Técnica da Rede Cegonha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.

** Perda ponderal, comprometimento do estado geral, sangramento urogenital ou gastrointestinal.

Quadro 8 – Dor pélvica aguda: como identificar e como manejar as principais causas ginecológicas e não ginecológicas

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Causas ginecológicas	<p>Critérios diagnósticos (três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado):</p> <p>Critérios maiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dor no hipogástrio; - dor à palpação dos anexos; - dor à mobilização de colo uterino. <p>Critérios menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura oral > 38,3°C; - conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; - massa pélvica; - mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; - leucocitose em sangue periférico; - proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; - comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas. <p>Critérios elaborados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidência histopatológica de endometrite - presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem - laparoscopia com evidência de DIP <p>Outros sintomas: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (spotting), dispareunia, descarga vaginal.¹¹</p>	<p>O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado imediatamente para evitar sequelas ao aparelho reprodutor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos leves: <p>ESQUEMA 1: Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias</p> <p>ESQUEMA 2: Cefotaxima 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias + Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas, por 14 dias</p> <p>- Repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos.</p> <p>- Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal), febre > 37,5° C; gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial – encaminhar para referência hospitalar.</p> <p>- Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros* e agendar retorno.</p> <p>- DIU não precisa ser removido (caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Oferecer métodos contraceptivos alternativos).</p> <p>- As duchas vaginais não estão recomendadas.</p> <p>Exames complementares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B; - hemograma, proteína C reativa, VHS; - bacterioscopia (vaginos e bacteriana), cultura de material da endocérvice (clamídia e gonococo); - teste de gravidez (diferenciar de gestação ectópica); - ultrassom transvaginal para avaliar suspeita de abscesso tubo-ovariano.¹¹ 	Médico (a)
Doença inflamatória pélvica			

continua

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Dismenorréia	<ul style="list-style-type: none"> - Cólica menstrual (em alguns casos, intensa, com repercussão gastrointestinal). - Caráter cíclico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estilo de vida saudável, atividade física regular. - Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias) – ibuprofeno 600mg ou diclofenaco 50 mg, de 8/8 horas; piroxicam 20 mg ou nimesulida 100 mg de 12/12 horas. - Antes pasmódicos e analgésicos, se necessário: escopolamina 10 mg, de 6/6 horas; dipirona ou paracetamol 500 mg 6/6 horas. 	<p>Enfermeira(a) Médico(a)</p>
Torção/ruptura de cisto ovariano	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Atentar para sinais de alerta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para serviço de urgência/emergência; - Provável quadro cirúrgico; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, ultrassom transvaginal. 	<p>Médico (a)</p>
Endometrite pós-parto/aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento e/ou corrimento com odor fétido - Comprometimento do estado geral – atentar para sinais de alerta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para hospital de referência – provável internação para antibioticoterapia venosa; - Exames complementares no serviço de urgência: hemograma, Ultrassom transvaginal para avaliar presença de restos ovulares ou placentários. 	<p>Médico (a)</p>

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR		O QUE FAZER		QUEM FAZ	
Causas não ginecológicas	Apendicite	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal. - Dor iniciada em região epigástrica/periumbilical e evolui para dor localizada em fossa ilíaca direita. - Alteração de ritmo intestinal; náuseas/vômitos - Comprometimento do estado geral, febre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para serviço de referência em cirurgia geral. 	Médico (a)			
	Infecção/litíase urinária	<ul style="list-style-type: none"> - Disúria, poliúria, poliúria. - Hematúria. - Dor lombar associada. - Comprometimento do estado geral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidratação, sintomáticos; - Antibióticoterapia. Exames complementares: - Hemograma, EAS, urocultura, considerar realização de tomografia na presença de hematúria 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro (a)/Médico (a) - Ver fluxograma 14, de Queixas Urinárias 			
	Constipação intestinal e outras doenças intestinais	<ul style="list-style-type: none"> - Ritmo intestinal não diário, fezes ressecadas. - Presença de muco ou sangue nas fezes. - Diarreia, náuseas, vômitos. - Febre, desidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constipação – dieta rica em fibras, aumentar ingestão de líquidos, atividade física regular; - Diarreia aguda: hidratação e sintomáticos; - Encaminhar se houver suspeita de doenças inflamatórias intestinais; - Considerar avaliação clínica para exames pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro (a)/Médico (a) 			
	Vasculopatia abdominal	<ul style="list-style-type: none"> - Quadros agudos, com dor intensa e grande comprometimento do estado geral (ex.: aneurisma de aorta abdominal, trombose/isquemia mesentérica). 	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para serviço de urgência/emergência. 	Médico (a)			

Quadro 9 – Dor pélvica crónica: como identificar e como manejar as principais causas

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Endometriose</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Piora cíclica da dor, principalmente no período perimenstrual. - História de infertilidade. - História familiar de endometriose. - Dor irradiada para região lombossacra ou ânus - Alterações intestinais cíclicas (diarreia e/ou constipação, mudança na consistência das fezes no período perimenstrual). - Sangramento cíclico nas fezes e na urina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-inflamatórios não hormonais (crises de dor): piroxicam, 20-40 mg por dia; nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou difenaco, 50 mg de 8/8 horas – iniciar 2 a 3 dias antes da menstruação e piroxican 20 mg ou nimesulida 100 mg de 12/12 horas. - Supressão da menstruação: anticoncepcional combinado oral (etinestradol, 30 mcg + levonorgestrel, 150 mcg) – uso contínuo, sem pausa entre as cartelas; anticoncepcional injetável com progestágeno isolado mensal ou trimestral; ou noretisterona (progestágeno) oral – 10 mg/dia contínuo. - Ver Quadro 10 – <u>Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crónica.</u> - Ultrassom transvaginal com ou sem preparo intestinal; ultrassom de parede abdominal se houver suspeita de endometrioma. 	<p>Médico (a)</p>
<p>Causas ginecológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dor á palpação e distensão dos anexos, agravada com atividade física e obstipação. - Ao toque vaginal, há redução de mobilidade uterina. - Antecedente de infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Quadro 10 – <u>Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crónica.</u> - Não há exames de imagem que fechem diagnóstico. 	<p>Médico (a)</p>

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Constipação intestinal		- Ver <u>Quadro 8</u> – Dor pélvica aguda.		Médico (a)
	Síndrome do intestino irritável	- Desconforto abdominal ou dor pélvica por pelo menos 12 semanas (não necessariamente consecutivas) nos últimos 12 meses, que apresenta pelo menos dois dos três aspectos: alívio com defecação; aparecimento associado com mudanças na frequência de evacuação; aparecimento associado com mudanças na forma e consistência das fezes.	- Alimentação saudável, rica em fibras e líquidos. - Abordagem ampla – identificação de fatores desencadeantes. - Controle dos sintomas: dor, diarreia, constipação. - Ver <u>Quadro 10</u> – <u>Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica</u> .	Médico (a)
Causas não ginecológicas		- Dor, pressão ou desconforto pélvico associados com urgência e aumento da frequência diurna e noturna, na ausência de infecção urinária comprovada ou alguma outra doença vesical óbvia.	- Analgésicos: dipirona ou paracetamol 500 mg até de 6 em 6 horas. - Ver <u>Quadro 3</u> : considerações gerais sobre dor pélvica crônica. - Considerar encaminhamento para serviço de referência. - De acordo com o quadro clínico global, excluir outras causas de dor pélvica.	Médico (a)
	Lombalgia/síndrome miofascial	- Dor muscular, com caráter motor. - Identificação de pontos-gatilho.	- Anti-inflamatórios não hormonais por até 5 a 7 dias (piroxicam, 20-40 mg por dia; nimesulida, 100 mg de 12/12 horas; ibuprofeno, 600mg; ou diclofenaco 50 mg de 8/8 horas), analgésicos (dipirona ou paracetamol, 500mg de 6/6 horas), acupuntura, fisioterapia. - Injeção anestésica (solução bupivacaína – 0,5%, 5,0 ml + dexametasona – 4mg; completar para 10 ml com água destilada. Aplicar na área de gatilho).	Médico (a)
Violência		- Ver <u>capítulo 7</u> .		Equipe multiprofissional

Quadro 10 - Considerações gerais sobre o tratamento de dor pélvica crônica

<p>- Atenção para possíveis fatores causais, desencadeantes ou de agravamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual (que podem ser crônicas e estar camufladas – ver capítulo 7); • vida sexual insatisfatória, anorgasmia (inclusive relações sexuais consentidas por convenções sociais, tabus, crenças); • relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro; • situações de vulnerabilidade social e emocional (por exemplo, dependência econômica e/ou afetiva); • traumas familiares (mortes precoces, trágicas e de difícil elaboração de luto).
<p>- Estimular atividade física e de lazer.</p>
<p>- Dieta com fibras.</p>
<p>- Psicoterapia: indicada em função de questões familiares, existenciais, ansiedade e depressão presentes em grande número de mulheres com DPC, terapia cognitivo-comportamental, constelação familiar, terapia comunitária, terapia breve focal (a melhor psicoterapia é aquela da qual a paciente está disposta a participar).</p>
<p>- Práticas integrativas e complementares: tratamento não farmacológico com fitoterapia, homeopatia, acupuntura e eletroestimulação transcutânea pode ser útil para algumas mulheres.</p>
<p>- Laparoscopia (segunda linha, quando as outras intervenções terapêuticas falharam):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicada em cerca de 18% de pacientes com dor pélvica crônica. • Casuísticas de laparoscopia em mulheres com dor pélvica crônica: 1/3 pelve normal, 1/3 endometriose e 1/3 aderências pélvicas. • Em 1/3 dos casos, diagnostica a endometriose que não é tratada só com cirurgia (exceto com a retirada de ambos os ovários, que são importantes na função endócrina – idade reprodutiva), visto que muitas lesões são microscópicas e nem são visibilizadas à laparoscopia. • A lise de aderências pélvicas (outro 1/3 dos casos) não modifica o prognóstico em relação à DPC.
<p>- Antidepressivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tricíclicos: amitriptilina – 25-50 mg/noite, quando se identifica um componente emocional e/ou conflituoso com parceiro ou familiares ou quando não tem causa aparente (evitar em pacientes com sobrepeso e/ou com obstipação crônica relevante). • Inibidores da recaptção de serotonina: fluoxetina – 20 mg/dia, para mulheres com tendência depressiva, ansiosas, com conflitos familiares. Indicados em pacientes com sobrepeso e obstipadas crônicas
<p>- Em casos refratários a outras condutas, utiliza-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivantes: (gabapentina – 300 mg, 2-3x dia; carbamazepina – 200 mg, 2x dia, pregabalina – 75-150 mg/dia). Utilizados quando se suspeita de dor neuropática ou dor sem causa aparente. • Opioide (codeína –15-30 mg/dose a cada 4-6h; tramadol – 50 mg a cada 4-6h ou 100 mg a cada 8-12h). Uso eventual e com cautela em mulheres com dor reagudizada.

1.6 Corrimento vaginal e cervicites

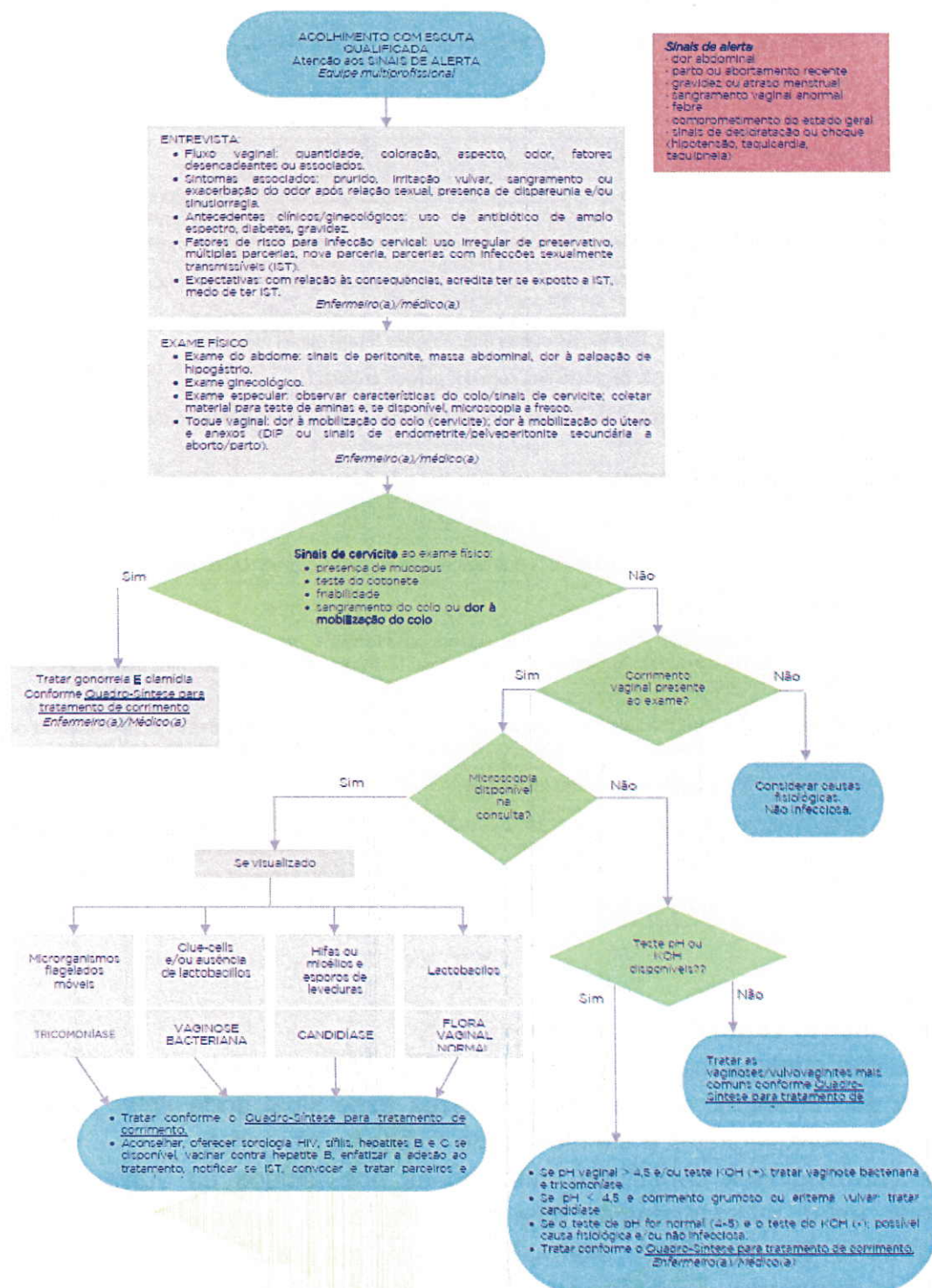
Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites.

As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

De maneira análoga, os quadros de colpites ou cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de

descarga vaginal anormal. Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta (no final desta página) que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos.

1.6.1 Fluxograma 7 - Corrimento vaginal e cervicite



3.2 Quadro-síntese para tratamento de corrimento vaginal e cervicite 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

CAUSA		COMPLEMENTAR/AVALIAR			OLIVEIRA		
Agente etiológico	Características clínicas	Teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentoso	Alternativa	Gestante/nutrízes	Observações
Mucorréia	No exame especular, mostra ausência de inflamação vaginal e muco claro e limpo.	Exame de microscopia a fresco sem alterações inflamatórias, número de leucócitos normais. • O pH normal, entre 4,0 e 4,5.	Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.				
Vaginose colitítica	• Prurido vaginal; • Queimação vaginal; • Dispareunia; • Disúria terminal; • Corrimento branco abundante (piora na fase lútea).	• Exame de microscopia a fresco: aumento no número de lactobacilos e escassez de leucócitos; • Evidência de citólise; • O pH entre 3,5 e 4,5.	Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x/ semana, a cada 2 semanas.				O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o pH vaginal.
Candidíase vulvovaginal	• Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; • Edema de vulva; • Hiperemia de mucosa; • Dispareunia de introito.	• Na microscopia a fresco: presença de filamentos bifurcantes e esporos de leveduras; • Leucócitos frequentes.	Orientar medidas higiênicas: • uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal); • evitar calças apertadas; • retirar roupa íntima para dormir.				A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cándida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais – reforçar medidas higiênicas, investigar doenças imunossupressoras. • Fluconazol, 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses; OU • Itraconazol, 400 mg, VO, 1x/mês, por 6 meses; OU • Cetoconazol, 100 mg, VO, 1x/dia, por 6 meses. Caso persista, encaminhar para ser avaliada na média complexidade, pois, muitas vezes, o quadro é sugestivo de candidíase de repetição, mas se trata de outras doenças que cursam com prurido vulvar Tratar primeiro SOAMENTE se for sintomático. Nos demais casos, este tratamento não traz benefícios.

continua

continuação

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/AVALIAR			O QUE FAZER		
Agente etiológico	Características clínicas	teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentoso	Alternativa	Gestante/nutriz	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gardnerella vaginalis</i> • <i>Mobiluncus sp</i> • <i>Bacteroides sp</i> • <i>Mycoplasma hominis</i> • <i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal acizentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. • Sem sintomas inflamatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> • pH vaginal superior a 4,5; • Teste das aminas positivo; • Liberação de odor fétido com KOH a 10%; • <i>Cole cells</i>; • Leucócitos escassos; • Corimento homogêneo e fino. 		<ul style="list-style-type: none"> • Via oral: Metronidazol, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU • Via intravaginal: Metronidazol gel vaginal, 100mg/g, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias; OU • Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 7 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Via oral: Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU • Via intravaginal: Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por 3 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Via oral (independentemente da idade gestacional e nutriz): Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU Metronidazol, 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias; OU Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias. • Via intravaginal: Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por três dias OU Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por cinco dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. • Orientar quanto ao efeito <i>antabuse</i> – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento. • Puérperas e nutrizas: mesmo esquema terapêutico das gestantes.

continua

condusão

CAUSA		COMO IDENTIFICAR/VALIAR				O QUE FAZER	
Agente etiológico	Características clínicas	teste de apoio diagnóstico	Orientações	Tratamento medicamentosos	Alternativa	Gestante/nutriz	Observações
Tricomoníase vaginalis	<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal amarelado-esverdeada, bolhosa e fétida. • Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, coloração com petéquihas e em "frambuesa". • Menos frequente: disúria. 	<ul style="list-style-type: none"> • No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes; • Teste das aminas negativo ou fracamente positivo; • pH vaginal > 4,5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre as IST e sua prevenção. • Ofertar testes para HIV, sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia (quando disponíveis). 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Metronidazol, de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias; OU • Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU • Secnidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Tinidazol, 2 g, VO, dose única 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar preservativos e gel lubrificante. • Ofertar vacinação contra Hepatite B. • Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado. • Convocar e tratar as parceiras sexuais. 	<p>Via oral</p> <p>(independentemente da idade gestacional e nutriz);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU • Metronidazol, de 400 a 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto ao efeito etilabuse e o uso de álcool com todas as três drogas – não fazer uso de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento • TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única • Atenção: 50% dos casos são assintomáticos
Gonorreia	<ul style="list-style-type: none"> • As cervicais são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos. • Nos sintomáticos: <ul style="list-style-type: none"> - Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-colo, dispareunia e disúria. - Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Devido ao grande número de mulheres assintomáticas e a baixa sensibilidade das manifestações clínicas nas cervicais, "na ausência de laboratório, a principal estratégia de manejo das cervicais por clamídia e gonorreia é o tratamento das parceiras sexuais de homens portadores de uretite".⁶ • O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por <i>C. trachomatis</i> deverá ser feito por biologia molecular e/ou cultura. Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar preservativos e gel lubrificante. • Ofertar vacinação contra Hepatite B. • Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado. • Convocar e tratar as parceiras sexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina, 500 mg, VO, dose única (não recomendado para menores de 18 anos); OU • Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefotaxima 1.000 mg, IM, dose única; OU • Ofloxacina, 400 mg, dose única; OU • Cefixima, 400 mg, dose única; OU • Espectinomina, 2 g IM, dose única; OU • Ampicilina, 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única; OU • Tiantenicol, 2,5 g, VO, duas doses, a cada 12 horas. 	<p>Primeira escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única <p>Segunda escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espectinomina, 2 g IM, dose única OU • Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única OU • Cefixima, 400 mg, dose única 	<ul style="list-style-type: none"> • TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única • Devido à possibilidade de contaminação e desenvolvimento da doença infecciosa pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos. • As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.
Chlamydia trachomatis			<ul style="list-style-type: none"> • Notificação das IST, conforme a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. As demais, se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina, 1 g, VO, dose única; OU • Doxiciclina, 100 mg, VO, 2x/dia, por 7 a 10 dias. 	<p>Primeira escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 6 horas, por 7 dias; OU • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias; OU • Ofloxacina, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU • Ofloxacina, 400 mg, VO, 1x, por 7 dias; OU • Tetraciclina, 500 mg, VO, a cada 6 horas, por 7 dias. 	<p>Primeira escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina, 1 g, VO, dose única. <p>Segunda escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxiciclina, 500 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; OU • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada seis horas, por 7 dias; OU • Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias. 	

Fonte: adaptado de Naud et al.⁷

1.7 Climatério

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos, onde há mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional que pode afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida. A menopausa, marco do período do climatério, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade.

As condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Menopausa precoce (antes dos 40 anos);
- Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

Na realização do encaminhamento o conteúdo descritivo mínimo deve ter:

- a) Sinais e sintomas;
- b) Idade da paciente quando iniciou a menopausa; tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- c) História prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia (sim ou não). Se sim, qual?;

Quadro 1 - Quais são as queixas associadas ao climatério?³

<p>Manifestações transitórias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menstruais: o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração. • Neurogênicas: ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga. • Psicogênicas: diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia. <p>Atenção: tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.</p>
<p>Alterações não transitórias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urogenitais: mucosa mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional. • Metabolismo lipídico: a mudança dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas; é comum haver aumento das frações LDL e TG e redução da HDL. • Metabolismo ósseo: há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur. • Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal: tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide). <p>Atenção: a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.</p>

Quadro 2 – Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas^{1,3}

<p>Alterações dos ciclos menstruais</p>	<ul style="list-style-type: none"> No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos (ver <u>Fluxograma 1 – Sangramento Uterino Anormal</u>). O uso de contraceptivos hormonais (ACO ou progestágenos isolados) para planejamento reprodutivo dificulta a identificação da menopausa; nestes casos, para avaliação do <i>status</i> hormonal, deve-se realizar pausa de sete dias do AOC para a realização da dosagem do FSH.
--	--

continua

continuação

<p>Fogachos e suores noturnos</p>	<p>Atentar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar. <p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dormir em ambiente bem ventilado; Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; Usar tecidos que deixem a pele "respirar"; Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; Praticar atividade física; Perder peso, caso haja excesso de peso; Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.
<p>Problemas com o sono</p>	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior. Se há necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos. Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir. Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde. Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno. Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis. Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde. Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer. Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos
<p>Sintomas urogenitais</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), comimento vaginal, prurido vaginal e vulvar podem estar relacionados à atrofia genital. Considerar o uso de: lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal

continua

conclusão

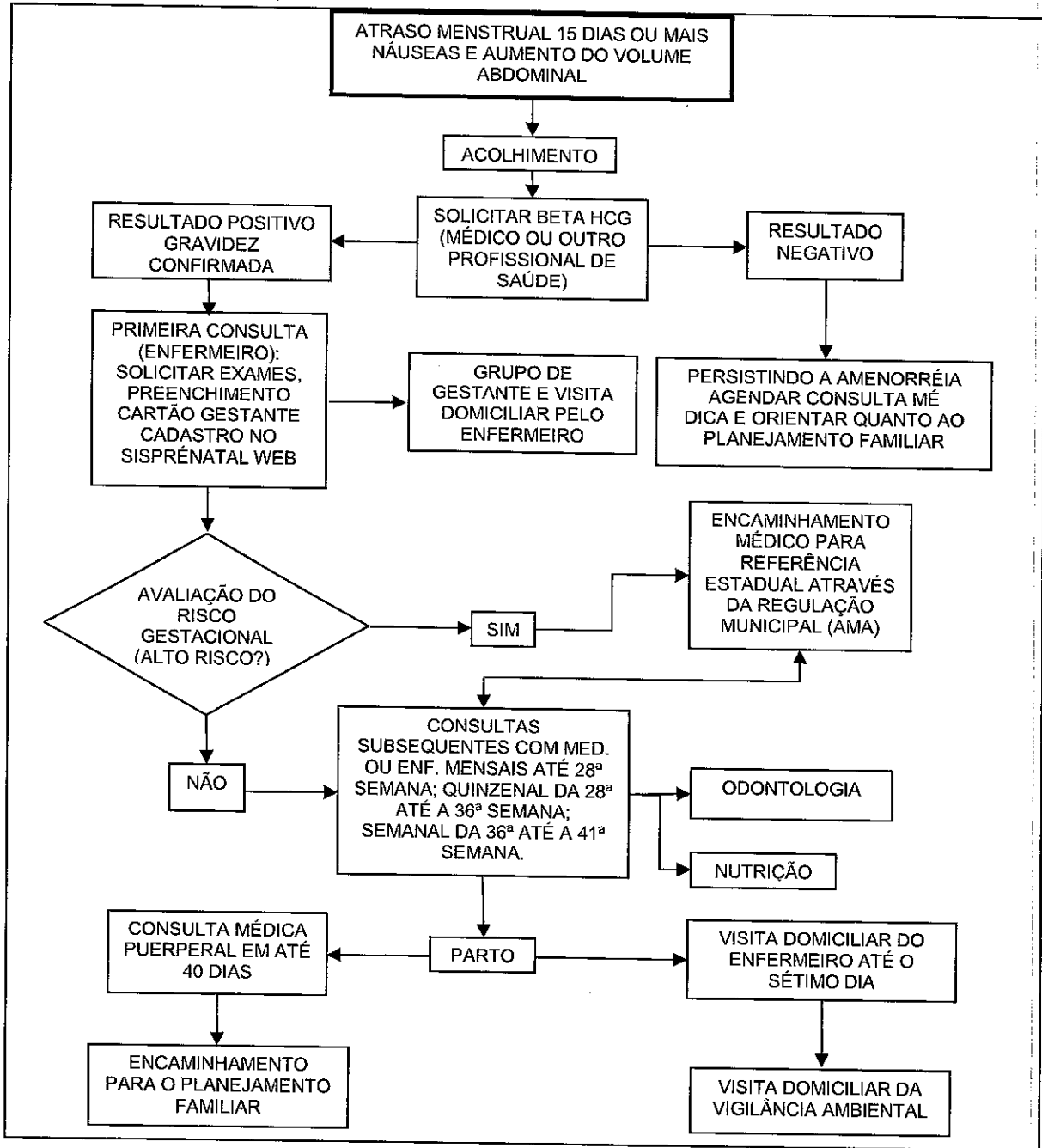
<p>Transtornos psicossociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido. • Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente. • Conduta: a) valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; b) estimular a participação em atividades sociais; c) avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; d) considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.
<p>Sexualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus: identificação da função reprodutora com a função sexual; ideia de que a atração se deve apenas da beleza física associada à jovialidade; associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos. • Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia. • Conduta: a) estimular o autocuidado; b) estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); c) avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal; d) apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; e) estimular a prática de sexo seguro; f) orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; g) considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital (vide Quadro 5).

II ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

2.1 Objetivo:

Organizar o serviço de atenção primária à saúde da mulher, no município de Conceição do Castelo com base nos protocolos do Ministério da Saúde.

2.2 Fluxograma para Diagnóstico de Gravidez e Acompanhamento de Pré-Natal



2.3 Rotina de Atendimento às Gestantes nas Unidades Básicas de Saúde

2.3.1 Acolhimento

A unidade de saúde deverá adotar a estratégia para receber a gestante, no momento que a mesma chegar independente de ter ou não consulta médica ou de enfermagem no momento em que a mulher procurar o serviço. Neste momento propomos que este primeiro contato seja feito pelo enfermeiro que realizará a primeira consulta. O laboratório poderá encaminhar as pacientes com B-HCG + para a 1ª consulta com o enfermeiro.

2.3.2 Calendário de Consultas

A primeira consulta deverá ser realizada o mais precocemente possível, o cadastramento no **e-SUS AB/pré-natal** deverá ser feito (impreterivelmente) até a 12ª semana de gestação. Poderá ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro (sendo esta realizada pelo enfermeiro, o mesmo poderá solicitar os exames laboratoriais de rotina - exclusivamente neste caso - com o objetivo de agilizar a 2ª consulta que deverá ser realizada pelo médico).

Deverão ser realizadas, no mínimo, 06 consultas de acompanhamento Pré-natal, sendo preferencialmente uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação. Esse critério deve ser seguido para alimentar o **e-SUS AB/pré-natal**.

Roteiro da primeira consulta

História Clínica

- Identificação;
- Motivo da consulta (queixa principal);
- Antecedentes pessoais (atenção para hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia, anemias, viroses, rubéola, herpes, cirurgias);
- D.U.M e D.P.P

História Ginecológica

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- Menarca;
- Coitarca;
- Uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);

- Cirurgias ginecológicas prévias (idade e motivo);
- Mamas (alteração e tratamento);
- Última colpocitologia oncótica (data e resultado).

História Obstétrica

- Número de gestações (incluindo abortamentos);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação) e pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000g;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivos dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hiperglicemia neonatal, exsanguinotransfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- Complicações nos puerpérios (descrever);
- Intervalo entre o final da última gestação e o início da atual.

Antecedentes Familiares

- Especial atenção para hipertensão, diabetes, câncer de mama, tuberculose e hanseníase;
- História social: tabagismo, tempo de uso do tabaco, e tempo que parou;
- Etilista: quantidade, intensidade e tempo de uso;
- Drogas.

Exame Físico Geral (exclusividade do médico)

- Peso;
- Estatura;
- Pressão arterial;

- Presença de edema (face, tronco, membros);
- Avaliação da cavidade oral e encaminhamento para a odontologia, rotineiramente;
- Exame físico da mama e tireóide;
- Exame ginecológico;
- Medição da altura uterina, Batimento Cardíaco Fetal, Movimento Fetal;
- Tipos de mamilo (orientar sobre exercício de exteriorização e fortalecimento do tecido mamilar);
- Encaminhar para nutricionista se necessário;
- Solicitação de exames laboratoriais de rotina.

Exames Laboratoriais

- Hemograma completo;
- Grupo sanguíneo e fator Rh (primeira consulta);
- Eletroforese de hemoglobina (primeira consulta);
- Glicemia de jejum (primeira consulta e trigésima semana de gestação);
- VDRL (primeira consulta trigésima semana de gestação);
- Sorologia IgG e IgM para rubéola, caso não tenha cartão de vacina em dia;
- Sorologia para toxoplasmose (IGM e IGG);
- EAS (primeira consulta e trigésima semana de gestação) e/ou urocultura quando necessário;
- HbsAg;
- Teste de HIV/AIDS (oferecido para todas as gestantes);
- Citologia oncótica (se indicado conforme protocolo de propedêutica do Colo, exame cervico-uterino da gestante deverá ser colhido pelo médico);
- Coombs Indireto (caso RH Negativo (-)).

Classificação de risco gestacional

Devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas "gestantes de alto risco".

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível, portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.

O quadro a seguir apresenta os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica.

RISCO HABITUAL Até 04 pontos		MÉDIO RISCO De 04 a 09 pontos		ALTO RISCO De 10 a 40 pontos		MUITO ALTO RISCO Mais de 40 pontos		
Fatores	Critérios/Pontos					Pontuação		
Idade da Gestante	Menor de 14 anos / 1 ponto		De 14 a 34 anos / 0 ponto		Maior de 35 anos / 1 ponto			
Altura da Gestante	Menor que 1,45m / 1 ponto				Altura normal / 0 pontos			
Situação Familiar	Instável Sim (1 ponto) Não (0 ponto)				Aceitação da Gravidez Não (1 ponto) Sim (0 ponto)			
Escolaridade: Sabe ler e escrever?	Sim (0 ponto)				Não (1 Ponto)			
Tabagismo: É fumante?	Sim (2 pontos)				Não (0 pontos)			
É dependente de drogas lícitas ou ilícitas?	Sim (2 pontos)				Não (0 pontos)			
Existem anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos?	Sim (2 pontos)				Não (0 pontos)			
A gestante está exposta a riscos ocupacionais?	Sim (1 pontos)				Não (0 pontos)			
A gestante está exposta a condições ambientais desfavoráveis?	Sim (1 pontos)				Não (0 pontos)			
Avaliação Nutricional	Peso Adequado (0 Pontos)	Baixo Peso (IMC<18,5Kg/m ²) Ganho de peso inadequado e ou anemia (1 Ponto)		Sobrepeso (IMC>25, 29,9Kg/m ²) (1 Ponto)	Obesidade (IMC> 30, + de 9Kg/m ²) (5 pontos)			
Antecedentes Obstétricos	Até 2 abortos (05 Pontos)							
	Mais de 2 Abortos Espontâneos (10 Pontos)							
	Natimorto (05 Pontos)							
	Parto prematuro (05 Pontos)							
	Mais de 01 parto prematuro (10 Pontos)							
	Óbitos Fetais (05 Pontos)							
	História de recém-nascido com crescimento restrito ou Malformação Fetal (05 Pontos)							
	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (02Pontos)							
	Eclampsia (10 Pontos)							
	Pré Eclampsia (05 Pontos)							
	Placenta Prévia e DPP (05 Pontos)							
	Incompetência Istmo-cervical (10 Pontos)							
	Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesárias anteriores) (05 Pontos)							
	Diabetes gestacional (05 pontos)							

	Nuliparidade e grande multiparidade (05 pontos)	
Fatores de Risco Atuais - Obstétricos e Ginecológicos	Ameaça de aborto (05 Pontos)	
	Anomalia do Trato Geniturinário (05 Pontos)	
	Placenta Prévia (10 Pontos)	
	Câncer Materno (10 Pontos)	
	Isoimunização/Doença Hemolítica (10 Pontos)	
	Esterilidade Tratada (05 Pontos)	
	Neoplasia Ginecológica (10 Pontos)	
	Malformações Congênitas (10 Pontos)	
	CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito (10 Pontos)	
	Polidrâmio e Oligodrâmio (10 Pontos)	
	Citologia Cervical Anormal (NIC I, II, III) (10 Pontos)	
	DHEG, Diabetes Gestacional (10 Pontos)	
	Gestação Gemelar (10 Pontos)	
	Insuficiência Istmo-cervical (10 Pontos)	
	Trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada (05 Pontos)	
	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (10 Pontos)	
	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (10 pontos)	
	Diabetes gestacional (05 pontos)	
Óbito fetal (10 pontos)		
Fatores de Risco Condições Clínicas Preexistentes	Aneurismas (20 pontos)	
	Aterosclerose (05 pontos)	
	Alterações osteo-articulares de interesse obstétrico (05 pontos)	
	Cardiopatias (15 pontos)	
	Doenças auto-imunes , LES e outras colagenoses (15 pontos)	
	Doenças inflamatórias intestinais crônicas (05 pontos)	
	Endocrinopatias (especialmente Diabetes Mellitus e tireoidopatias) (10 pontos)	
	Epilepsia (10 pontos)	
	Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros) (10 pontos)	
	Nefropatias, Hemopatias, Pneumopatias e Hipertensão arterial (10 pontos)	
	Trauma (10 pontos)	
	Tromboembolismo (10 pontos)	
	Doenças infecciosas bucais (05 pontos)	
	Doenças Infecciosas (hepatites, toxoplasmose, sífilis, HIV e outras DSTs) (10 pontos)	
Neoplasias (10 pontos)		
Intercorrências Clínicas	Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, tuberculose, rubéola, gengivites e periodontites, toxoplasmose etc.) (10 pontos)	
	Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias). (10 pontos)	
PONTUAÇÃO TOTAL		

2.3.3 Consultas subsequentes

A segunda consulta deverá ser realizada obrigatoriamente pelo médico, para avaliação dos exames complementares e **CLASSIFICAÇÃO DO RISCO**, lembrando sempre que o preenchimento da ficha de **ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE, (e-SUS AB/pré-natal)** é de responsabilidade da equipe.

As consultas deverão ser até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

Roteiro das consultas subseqüentes (deverá ser realizada preferencialmente pelo médico)

- Revisão das fichas perinatal e anamnese anual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Exame físico, incluindo o gineco-obstétrico;
- Determinação do peso (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional da gestante);
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção da cavidade oral;
- Orientação do acompanhante no acompanhamento do parto;
- Inspeção das mamas;
- Ausculta cardíaca e respiratória;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos (entre a 7ª e a 10ª semana com auxílio do Sonar Doppler e após a 24ª semana com Pinard ou Sonar);
- Pesquisa de edema.

Exames laboratoriais

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma; Tipagem Sanguínea e Fator RH; Coombs Indireto se Fator RH negativo (-); Glicemia em jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para Hepatite B (HbsAg); Urocultura + urina tipo I; Ultrasonografia obstétrica; Citopatologia de colo de útero (se for necessário); Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica);

	Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica). Eletrforese de hemoglobina;
2º trimestre	Teste de tolerância para Glicose com 75g de Dextrosol, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana); Coombs indireto (se for RH negativo (-)).
3º trimestre	Hemograma; Glicemia em jejum; Coombs indireto (se for RH negativo); VDRL; Anti-HIV; Sorologia para Hepatite B (HbsAg); Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente; Urocultura + urina tipo I; Bacterioscopia de secreção vaginal a partir de 37 semanas de gestação.

Profilaxia do tétano, dTpa, hepatite B e influenza

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina tipo adulto-dTpa (difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular)	Gestantes a partir da 20ª semana de gestação	Administrar uma dose a partir da vigésima semana (20ª) de gestação. Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra a Influenza.
Vacina contra Hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da

		gestante e vaciná-la, se for o caso.
--	--	--------------------------------------

2.3.4 Gestantes Rh negativas (-)

- Coombs indireto na primeira consulta e mensalmente a partir de 28 semanas de gestação;
- Referenciar para nível de maior complexidade a gestante com teste de Coombs indireto positivo.

2.3.5 Avaliação Ultra-Sonográfica

Deverá ser realizada uma ultra-sonografia por gestante de 12 a 14 semanas (translucência nucal), ou a critério médico, e quando necessário:

- Ultra-sonografia para pacientes diabéticas e hipertensas (morfológica com doppler), dependendo da época do diagnóstico;
- Alteração da medida de fundo uterino em relação ao esperado: suspeita de crescimento intra-uterino retardado (CIUR), gravidez múltipla, polidrâmio;
- Nos casos a serem referenciados para pré-natal com maior complexidade;
- Em gestações de 41 semanas, para perfil biofísico fetal;
- Outras indicações a critério do médico.

2.3.6 Avaliação pós-parto

Deverá ser realizado uma visita domiciliar pelo enfermeiro até o sétimo dia após o parto, com o seguinte objetivo:

- Identificar o tipo de partos e possíveis Intercorrências;
- Ouvir e orientar a parturiente em relação as suas ansiedades, dúvidas e possíveis dificuldades (dúvida em relação aos cuidados com a criança);
- Observar aspectos das mamas e incisão cirúrgica;
- Observar sinais de infecção puerperal;
- Estimular amamentação;
- Agendamento da consulta de puerpério, que deverá ser realizada em um prazo máximo de 40 dias após o parto, conforme estabelecido no e-SUS AB/pré-natal (a mãe deverá ser inserida no programa de planejamento familiar no dia da consulta de puerpério).
- Atentar para teste do pezinho, teste da orelhinha e início do esquema vacinal, se realizados em tempo hábil.

2.3.7 Atribuições dos Profissionais

2.3.7.1 Agente Comunitário de Saúde

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda a gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no e-SUS AB/pré-natal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro (a) ou o médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para a consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

2.3.7.2 Auxiliar/técnico (a) de enfermagem

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no e-SUS AB/pré-natal;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e da pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B;

- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidades e encaminhar a gestante para a consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

2.3.7.3 Enfermeiro (a)

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no e-SUS AB/pré-natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para o tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para a consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante de ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e a vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

2.3.7.4 Médico (a)

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante e ficha de acompanhamento mensal no e-SUS AB/pré-natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão de ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) enfermeiro (a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e a vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas junto a equipe ESF, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

2.3.7.5 Cirurgião Dentista

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e a vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangências;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre os hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

2.4 Assistência Pré-Natal pelo Enfermeiro

2.4.1 Consulta de enfermagem

Todos os exames e prescrições que forem de rotina no pré-natal, ou seja, estejam recomendado para todas as gestantes, poderão ser solicitados pelo enfermeiro, para agilizar a consulta médica, saber:

- Exames periódicos (**conforme tabela de exames periódicos**);
- Cuidados gerais (educação à saúde);
- Referenciamento para imunizações;
- Referenciamento para práticas educativas coletivas (grupo de gestantes);
- Referenciamento para atendimento odontológico;
- Referenciamento para consultas subseqüentes.
- Cadastramento da gestante no **e-SUS AB/pré-natal**;
- Preenchimento obrigatório do Cartão de Pré-Natal, visando garantir a qualidade das informações a respeito do atendimento à gestante;
- Vinculação da gestante à maternidade de referência;
- Acompanhamento do Grupo de Gestante;
- O nome da maternidade de referência deverá ser informado à gestante e anotado no Cartão de Pré-Natal;
- Controle de todas as gestantes que estão sendo acompanhadas, para eventual busca de gestantes faltosas;
- Garantia de agendamento da consulta entre 30 e 40 dias pós-parto, quando a paciente será introduzida no planejamento familiar.

2.4.2 Grupo de gestantes

As gestantes terão reuniões durante a gestação e serão orientadas sobre:

- Educação em saúde abordando assistência ao pré-natal;
- Sexualidade;
- Importância do pré-natal;
- Cuidados com as mamas;
- Orientação dietética e higiênica (auto-cuidado);
- Saúde bucal;
- Desenvolvimento da gestação (desenvolvimentos corporais e emocionais);
- Modificações fisiológicas, corporais e emocionais;
- Queixas mais freqüentes: náuseas, lombalgia, insônia etc.;
- Importância da participação do pai durante a gestação;
- Aleitamento materno;
- Sinais e sintomas do parto;
- Sinais de alerta na gravidez;

- Tipos de parto e suas indicações;
- Sinais e sintomas do trabalho de parto;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e das medidas preventivas (vacinação, higiene, e saneamento do meio ambiente);
- Importância das consultas puerperais;
- Importância do planejamento familiar;
- DST/AIDS;
- Prevenção de câncer de colo uterino e mama.

Obs.: Os grupos de gestantes serão coordenadas pelo enfermeiro, porém serão trabalhados por uma equipe multidisciplinar: enfermeiro, nutricionista, odontólogo, médico, psicólogo.

2.4.3 Visitas domiciliares

- Captar precocemente as gestantes;
- Captar gestantes não cadastradas no **e-SUS AB/pré-natal**;
- Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco;
- Complementar o trabalho educativo com a gestante e sua família;
- Realizar orientação higiênica e dietética;
- Verificar o cartão da gestante e informar sua importância.

2.4.4 Visita à maternidade

No 6º mês de gestação. O objetivo é assegurar maior confiança nos procedimentos realizados durante a internação. É importante o convite ao parceiro ou acompanhante para participar deste momento, o enfermeiro/coordenador do programa, responde por essa ação, em conjunto com a equipe de ESF.

2.4.5 Responsabilidade do enfermeiro responsável pela saúde da mulher

Informações epidemiológicas mensais

Deverão ser repassados os dados abaixo, pelo enfermeiro responsável pela unidade, cada área de ESF:

a) Até o 2º dia útil de cada mês:

- Número de palestras desenvolvidas, discriminando o tema;
- Número de gestantes cadastradas dentro do mês, independente de ter entrado no e-SUS AB/pré-natal;
- Número de gestantes na rede SUS e particular na respectiva área.

b) Semanalmente:

- Cadastro das gestantes no **e-SUS AB/pré-natal**;
- Busca ativa das mulheres do **SISCAM WEB**.

c) A farmácia deverá informar mensalmente:

- Números de contraceptivos orais e injetáveis.

d) O laboratório municipal informará mensalmente:

- Número de exames VDRL e HIV ofertados a gestantes e não gestantes pela secretaria de saúde.

e) Cabe exclusivamente ao enfermeiro do Programa Saúde da Mulher:

- Controlar o número de mamografias, colpocitológicos, biópsias uterinas, colposcopias;
- Avaliar os exames e fazer triagem, adiantando consulta médica quando necessário;
- Dar o seguimento ao SISCAM WEB e organizar as busca ativa junto ao ESF;
- Organizar o e-SUS AB/pré-natal contando com o apoio das equipes do ESF;
- Avaliar junto a coordenação de vigilância, e coordenação em atenção primária em saúde trimestralmente todos os dados referentes a saúde da mulher, analisando a necessidade de intensificar as ações.
- Avaliar o número de ultra-sonografias de gestantes.

2.5 Programa Nacional de Suplementação de Ferro

2.5.1 Introdução

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.

A anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional que mais atinge gestantes. É um dos fatores mais relacionados ao baixo peso ao nascer, á mortalidade materna e ao retardo de aprendizagem em crianças.

2.5.2 Objetivo Geral

Reduzir a prevalência de anemia por deficiência de ferro em gestantes e mulheres no pós-parto em todo o País.

2.5.3 Objetivos Específicos

- Distribuir sulfato ferroso e ácido fólico para gestantes;

- Distribuir sulfato ferroso para mulheres no pós-parto e no pós-aborto;
- Desenvolver atividades de orientação nutricional para as famílias acompanhadas pelo programa, com vistas a fomentar o consumo de alimentos ricos em ferro e hábitos alimentares saudáveis;
- Controlar as formas moderadas e graves da anemia por deficiência de ferro;
- Avaliar o impacto da suplementação de ferro.

2.5.4 Público assistido e conduta de intervenção na saúde da mulher

Quadro 1: População atendida pelo programa segundo produto, dosagem, periodicidade, tempo de permanência e cobertura populacional.

População atendida	Produto	Dosagem	Periodicidade	Tempo de permanência	Cobertura Populacional
Gestantes a partir da 20ª semana	Sulfato ferroso	60mg	Todos os dias	Até o final da gestação	Universal
	Ácido fólico	5mg			
Mulheres no pós-parto e pós-aborto	Sulfato ferroso	60mg	Todos os dias	Até o 3º mês pós-parto e pós-aborto	Universal

Obs.: As gestantes devem ser suplementadas também com ácido fólico, pois esta vitamina também tem papel importante na gênese da anemia em gestante, de acordo com a conduta estabelecida pela Área Técnica Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

2.5.5 Orientações

- Aumentar o consumo de alimentos ricos em ferro como a carne vermelha, folhas verde escuras, vísceras, gema de ovo, morango, cereais integrais, azeitonas;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em vitamina C como acerola, goiaba, limão, laranja, mamão, tomate, cenoura;
- Evitar o consumo de leite e derivados e de chá mate, chá preto ou café nas principais refeições, pois diminuem a absorção de ferro.

2.6 Atendimento Odontológico

A gravidez é uma fase ideal para conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências na saúde do bebê.

Durante o período de gestação, podem surgir algumas alterações bucais:

- Alteração do pH da saliva, tornando-se mais ácido, podendo ser controlado com escovação após refeições;

- Alterações hormonais, aumento da vascularização gengival, aparecimento de tumor gengival gravídico e aumento da mobilidade dentária;
- Náuseas, vômitos, sialorréia;
- Mudança do hábito alimentar, pequenas e numerosas refeições;
- Diminuição dos cuidados com a higiene bucal.

Existem limitações que envolvem a prática do tratamento odontológico tais como:

- Atendimentos prolongados;
- Atenção à prescrição de medicamentos;
- Cuidados na radiografia;
- Cuidados na aplicação de anestésias locais, verificação da pressão arterial;
- Exodontias e outras cirurgias não estão contra-indicadas, porém, podem ser prorrogados após o nascimento do bebê.

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período gestacional, embora o segundo trimestre seja o mais oportuno.

A partir da confirmação da gravidez, é indispensável à participação das gestantes nas ações programadas das Unidades de Saúde.

As ações programadas em educação em saúde bucal devem estar inseridas nos grupos de gestantes e o atendimento individual deverá seguir o seguinte roteiro:

Agendamento Odontológico

- Guia de encaminhamento médico ou Enfermeiro ESF;
- A auxiliar odontológica deverá fazer o agendamento;
- Horário de agendamento: 7:00h às 10:00h e 12:30h às 15:00h;
- Horário do atendimento de acordo com a necessidade da gestante e disponibilidade do sistema;
- A gestante deverá ser informada quais os dentistas da rede SUS de sua localidade que proporcionarão o atendimento, de acordo com a localização geográfica da sua residência.

Primeira Consulta

- Exame clínico;
- Plano de tratamento;
- Programação aproximada da quantidade de consultas necessárias para conclusão do tratamento.

Reagendamento

- Poderá ser iniciado o tratamento.

Plano de Tratamento

- Instrução de higiene oral;
- Adequação do meio bucal se necessário;
- Tartarotomia;
- Exodontias;
- Escariação e curativos com cimento ionômero de vidro;
- Necropulpectomias e curativos com cimento ionômero de vidro;
- Aplicação de selantes;
- Restaurações com os materiais disponíveis;
- Orientação de higiene oral;
- Controle do biofilme dental;
- Fluoroterapia.

2.6.1 Responsabilidades do dentista

- Atendimento individual;
- Palestras para educação em saúde bucal;
- Colaborar para vigilância da saúde da gestante.

2.7 Informações Relevantes para Assistência no Pré-Natal

2.7.1 Condutas nas queixas mais frequentes na gestação normal Náuseas leves

- Explicar que são sintomas comuns no início da gestação;
- Orientar a gestante para dieta fracionada (seis refeições leves ao dia). Evitar frituras, gorduras e alimentos com odores fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos leves antes de levantar-se, pela manhã.

Náuseas intensas

- Seguir orientações acima;
- Caso não haja melhora prescrever anti-eméticos orais: (bromoprida 10mg 01 comprimido 8 em 8 horas) dimetrinato 50mg + cloridrato de piridoxina 10mg – (um comprimido de 6 em 6 horas);
- Usar vitamina C;
- Complexo B;
- Hidratação.

Vômitos intensos

- Seguir orientações de náuseas;
- Solicitar avaliação médica, caso tenha necessidade de prescrição de medicamentos injetáveis;
- Avaliar perda de peso;
- Usar vitamina C;
- Complexo B;

Pirose (azia)

Orientar a gestante quanto:

- Dieta fracionada, evitando frituras e ingestão de água gelada;
- Evitar café, chá preto, mate, doces, álcool e fumo.

Sialorréia (salivação excessiva)

- Explicar que isso é um sintoma comum no início da gestação;
- Orientar dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).

Fraquezas e desmaios

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite inatividade;
- Indicar dieta fracionada. Sugerir chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contra-indicados;
- Explicar a gestante que se sentar com cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral esquerdo, respirando profundamente e pausadamente, alivia a sensação de fraqueza e desmaio;
- Orientar ingestão hídrica;
- Avaliação da pressão arterial.

Cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais (ex: farelo de trigo);
- Recomendar que aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Recomendar caminhadas leves (se não for contra-indicado);

- Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário;
- Escopolamina 8 em 8 horas;
- Dimeticona 8 em 8 horas.

Hemorróidas

- Orientar alimentos ricos em fibras, a fim de evitar a obstinação intestinal;
- Evitar o uso de papel higiênico colorido, áspero ou umedecido e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após defecação;
- Orientar banho de assento com chá de camomila;
- Solicitar avaliação médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

Corrimento vaginal

- Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gravidez (Candida);
- Realizar o exame especular, avaliar se o corrimento tem cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido e questionar se apresenta prurido (conduta médica);
- Identificar uma das situações acima, solicitar avaliação médica.

Falta de ar ou dificuldade de respirar

- Esses sintomas são freqüentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante;
- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouvir a gestante e conversar sobre as suas angústias;
- Estar atento para outros achados no exame cardiopulmonar, pois pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória.

Dor nas mamas

- Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após destacar qualquer alteração no exame das mamas.

Dor lombar

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar;
- Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Orientar exercícios para o alívio da dor (ex: alongamentos);
- Orientar como se abaixar o posicionamento por períodos prolongados, em que estiver em pé (dobrando ou posicionando uma das pernas em degrau).

Cefaléia

- Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia;
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;
- Se dor aguda e intensa, solicitar avaliação médica imediata;
- Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade, etc.

Sangramento nas gengivas

- Recomendar o uso de escova de dente macia e massagem na gengiva;
- Encaminhar ao atendimento odontológico, sempre que possível.

Varizes (média complexidade)

- Evitar permanecer muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;
- Repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas (se possível);
- Não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas (meia 3/4 ou 7/8);
- Utilizar meia elástica para gestantes, se possível.

Câimbras

- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;
- Evitar excesso de exercícios;
- Sugerir alimentos ricos em potássio (banana, tomate etc).

Cloasma gravídico

- Orientar o uso de protetor solar (acima de 15 fps);
- Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável após o parto;
- Recomendar não expor o rosto diretamente ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha).

Estrias

- Explicar que são resultados da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar mascaradas (de cor perolada);
- Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias hidratantes, na tentativa de preveni-las ou minimizá-las.

III ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

3.1 Introdução

O Programa de Planejamento Familiar extrapola a simples anticoncepção e abrange outras áreas da reprodução humana, desde a pré-concepção até os casos de infertilidade os casos de infertilidade nos casais, sempre visando identificar a população de maior risco reprodutivo.

A implementação deste programa, com a definição de suas ações e dos fatores de risco reprodutivo possam permitir às famílias um controle maior da sua prole, programando não só o número de filhos como também o espaçamento entre as gestações, o que proporcionará melhor qualidade de vida para as mulheres, as crianças e as famílias.

3.1.1 Proposta de acesso

- Inscrição aberta a qualquer hora, para o “Grupo de Planejamento Familiar”, com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, dependendo da avaliação da demanda e da capacidade operacional de cada unidade de saúde;
- As reuniões deverão ser regulares e divulgadas. Agendamento eletivo;
- Cada usuário deverá participar da reunião, na qual terá acesso à informação e discussão, que possibilite uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo;
- A reunião será coordenada por um profissional da equipe de planejamento familiar, devidamente capacitado;
- As mulheres interessadas terão direito a uma consulta médica inicial para escolha do melhor método contraceptivo;
- Todas as mulheres deverão passar por uma consulta ginecológica anual;
- Excepcionalmente as orientações previstas para o grupo, poderão ser dadas individualmente;
- Garantir agendamento automático das pacientes a partir do pré-natal, principalmente para gestantes de alto risco;
- Oferta de preservativos conforme necessidade do paciente;
- O enfermeiro poderá manter a prescrição médica inicial, por no máximo um ano, quando a paciente deverá retornar para uma consulta médica de rotina.

3.1.2 Garantia de acesso gratuito aos métodos contraceptivos

Todo usuário inscrito no programa terá acesso ao método escolhido, através da distribuição regular dos mesmos pela farmácia.

3.1.3 Fluxo

Planejamento Familiar ⇒ acesso à informação e métodos ⇒ se mantida a opção ⇒ encaminha a uma consulta médica ⇒ assistente social (se necessário).

3.2 Fatores de Risco Reprodutivo

a) Idade

- Acima de 35 anos
- Abaixo de 16 anos

b) Grau de escolaridade

- Baixa escolaridade materna: mãe que não tenha completado até a 4^o série do ensino fundamental.

c) Antecedentes obstétricos desfavoráveis

- Abortos
- Mortes fetais e neonatais
- Baixo peso ao nascer (<2.500g)
- Pré-eclâmpsia
- Malformações congênitas
- Grandes múltiparas
- Cerclagem anterior
- Amniorrexe prematura
- Trabalho de parto prematuro

d) Doenças crônicas

- Hipertensão arterial sistêmica
- Diabetes mellitus
- Doença renal
- Cardiopatia
- Colagenases
- Infecção HIV/AIDS
- Outras

e) Tabagismo, alcoolismo, dependência química

- Benzodiazepínico
- Anticonvulsivantes
- Outras drogas

f) Estado nutricional

- Obesidade
- Desnutrição

- g) Grau de parentesco genético, compatibilidade genética.

3.3 Assistência à Pré-Concepção

Tem como objetivo orientar e assistir mulheres e casais preparando-os para uma gestação saudável.

3.3.1 Avaliação da mulher

- Avaliar quanto ao risco reprodutivo;
- Orientar a anotar o primeiro dia das suas menstruações;
- Avaliar quanto ao peso, altura, PA, uso crônico de medicamentos, uso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual etc;
- Orientar quanto à vacinação antitetânica e contra rubéola;
- Orientar a realizar citologia cérvico-vaginal regularmente;
- Orientar sobre riscos genéticos: idade dos pais, antecedentes de malformação, antecedentes familiares de doença genéticas etc.

3.3.2 Atividades Educativas e Aconselhamento Individual

Devem ter conteúdo educativo que contemple noções sobre:

- Saúde e reprodução: harmonia no ambiente familiar, a importância do planejamento da prole, informações sobre aparelho reprodutor feminino e masculino, atividade física periódica e conhecimento da anticoncepção de emergência;
- Alimentação: importância de uma alimentação balanceada, incentivo ao uso de alimentos ricos em ácido fólico, vitaminas e proteínas;
- Prevenção de DST/AIDS: noções sobre sexo seguro;
- Prevenção de outras infecções: toxoplasmose, hepatite B, citomegalovírus etc;
- Efeito de drogas lícitas ou ilícitas: chumbo, óxido de etileno, inseticidas, radiações, tabaco, álcool.

3.4. Assistência à Anticoncepção

Tem como objetivo informar sobre os métodos contraceptivos e proporcionar fácil acesso a estes, de forma contínua, além de acompanhar o seu uso, intervindo quando necessário, sobre as possíveis complicações.

3.4.1. Avaliação da mulher

- Anamnese e exame físico;
- Situação vacinal;

- Questionar sobre o conhecimento e uso de práticas de sexo seguro;
- Avaliar a prevenção de patologias como o câncer de colo uterino e de mamas;

3.4.2. Atividades educativas

Visam informar aos usuários deste programa as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo, assim como as suas indicações, Além disso, demonstra a importância da participação da paciente nos demais programas referentes à saúde da mulher.

3.4.3. Análise da escolha do método

Tem como objetivo compatibilizar o método escolhido pelos usuários às suas indicações clínicas e as leis vigentes no país.

3.4.4. Consulta subsequente

Tem como objetivo:

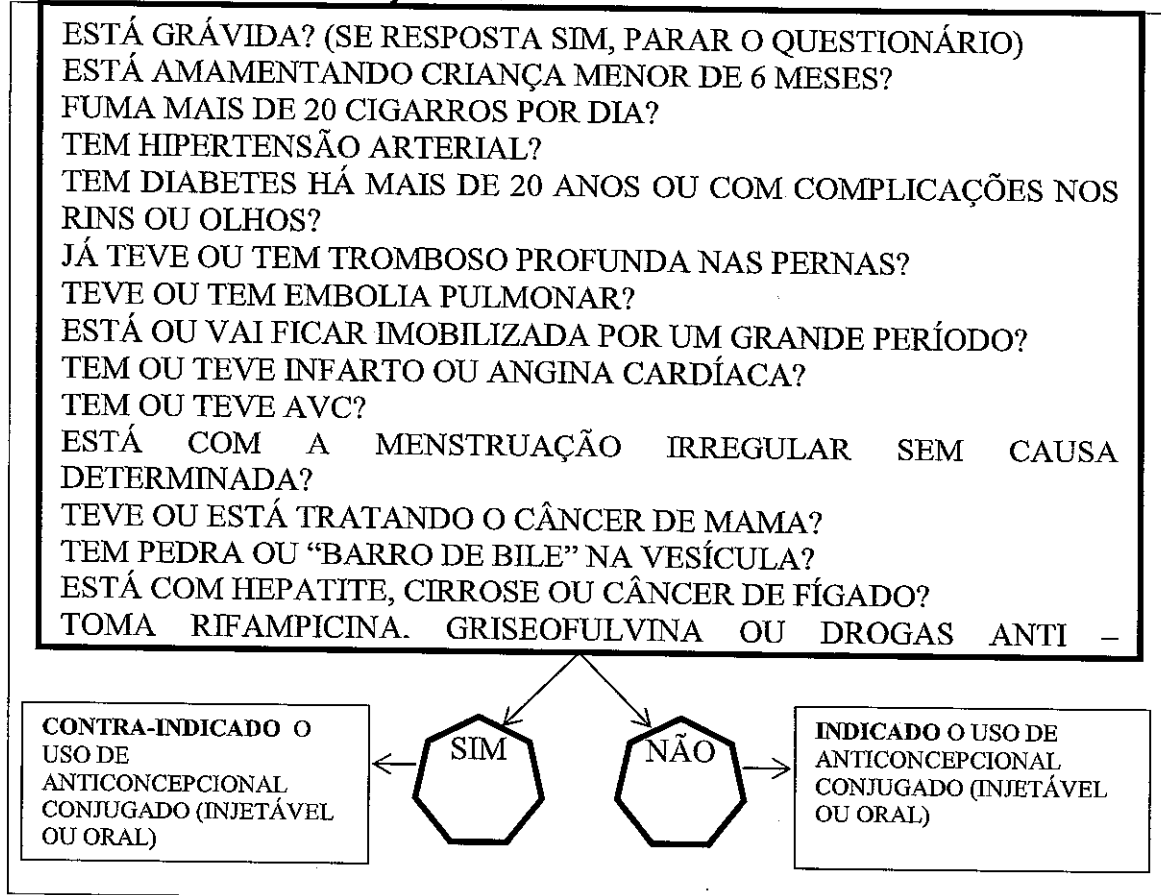
- Avaliar a aceitabilidade do método;
- O controle dos ciclos menstruais;
- Estimular a adesão ao método escolhido e as atividades educativas;
- Reavaliação clínica periódica;
- Registrar e intervir nas possíveis intercorrências.

Obs.: as consultas subseqüentes devem ser agendadas de acordo com o método escolhido assim como com as particularidades do usuário.

3.4.5. Métodos contraceptivos disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Conceição do Castelo

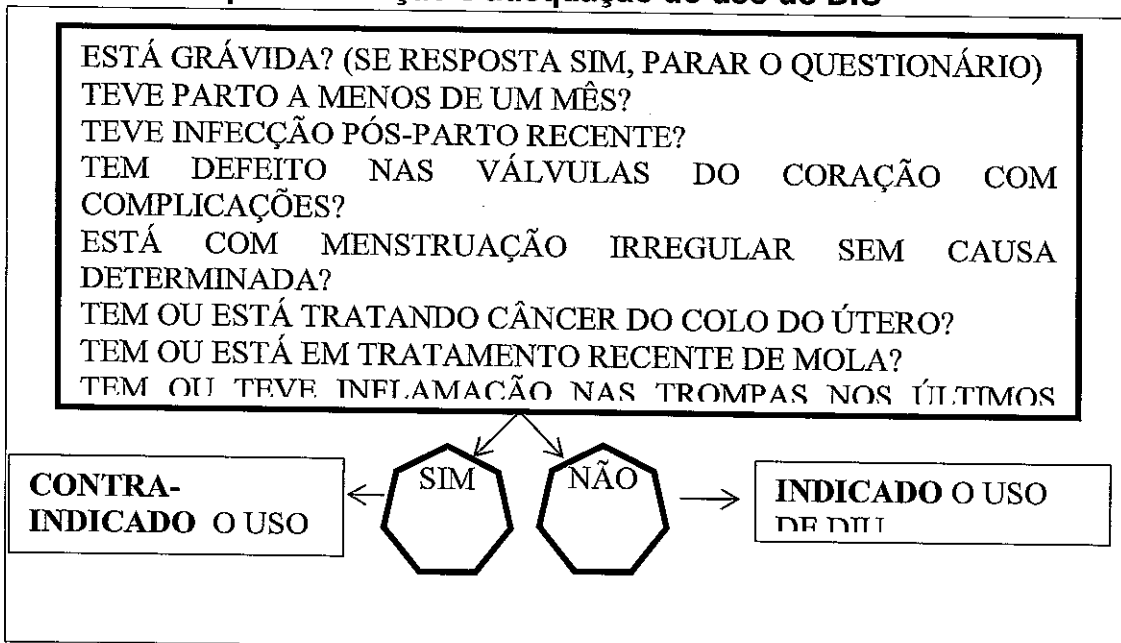
Hormonais	Medicamentos
Orais/ Emergenciais	Levonorgestrel 0,15 mg + Etinilestradiol 0,03 mg Noretisterona 0,35 mg Levonorgestrel 0,75 mg
Injetáveis	Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol 50/5
Barreira	Método
Masculino	Preservativo
Feminino	Preservativo/DIU (dispositivo intra-uterino)
Definitivos	Método
Masculino	Vasectomia
Feminino	Laqueadura tubária

3.5.1 Roteiro para avaliação da adequação do uso de anticoncepcionais hormonais – orais ou injetáveis



Obs: qualquer resposta **SIM** contra indica o uso de anticoncepcional conjugado (injetável ou oral).

3.5.2 Roteiro para avaliação e adequação do uso do DIU



Obs: Qualquer resposta **SIM** contraindica o uso de DIU.

3.5.3 papel dos profissionais no planejamento familiar

Cabe ao Médico:

- Avaliar e classificar o risco reprodutivo da mulher ajudando-a a escolher o melhor método contraceptivo para o casal;
- Realizar o encaminhamento de pacientes que queiram inserir o DIU ao serviço social;
- Acompanhar periodicamente as pacientes com risco reprodutivo moderado a severo, responsabilizando-se pela prescrição do método;
- Participar das atividades educativas com a equipe enfatizando os diversos temas que contemplam a mulher.

Cabe ao Enfermeiro:

- Realizar consulta de enfermagem trimestral nas pacientes de baixo risco reprodutivo para avaliação clínica observando prováveis intercorrências em relação ao método prescrito e encaminhamento para o médico da equipe, se necessário.
- Realizar manutenção da prescrição médica trimestral nas pacientes que não apresentam risco ou baixo risco reprodutivo estimulando sempre a dupla proteção;
- Promover atividades educativas que esclareçam os métodos disponíveis favorecendo a escolha para o casal;
- Disparar a busca ativa das pacientes faltosas e estimular a captação para inserção no programa.

Cabe a Assistente Social:

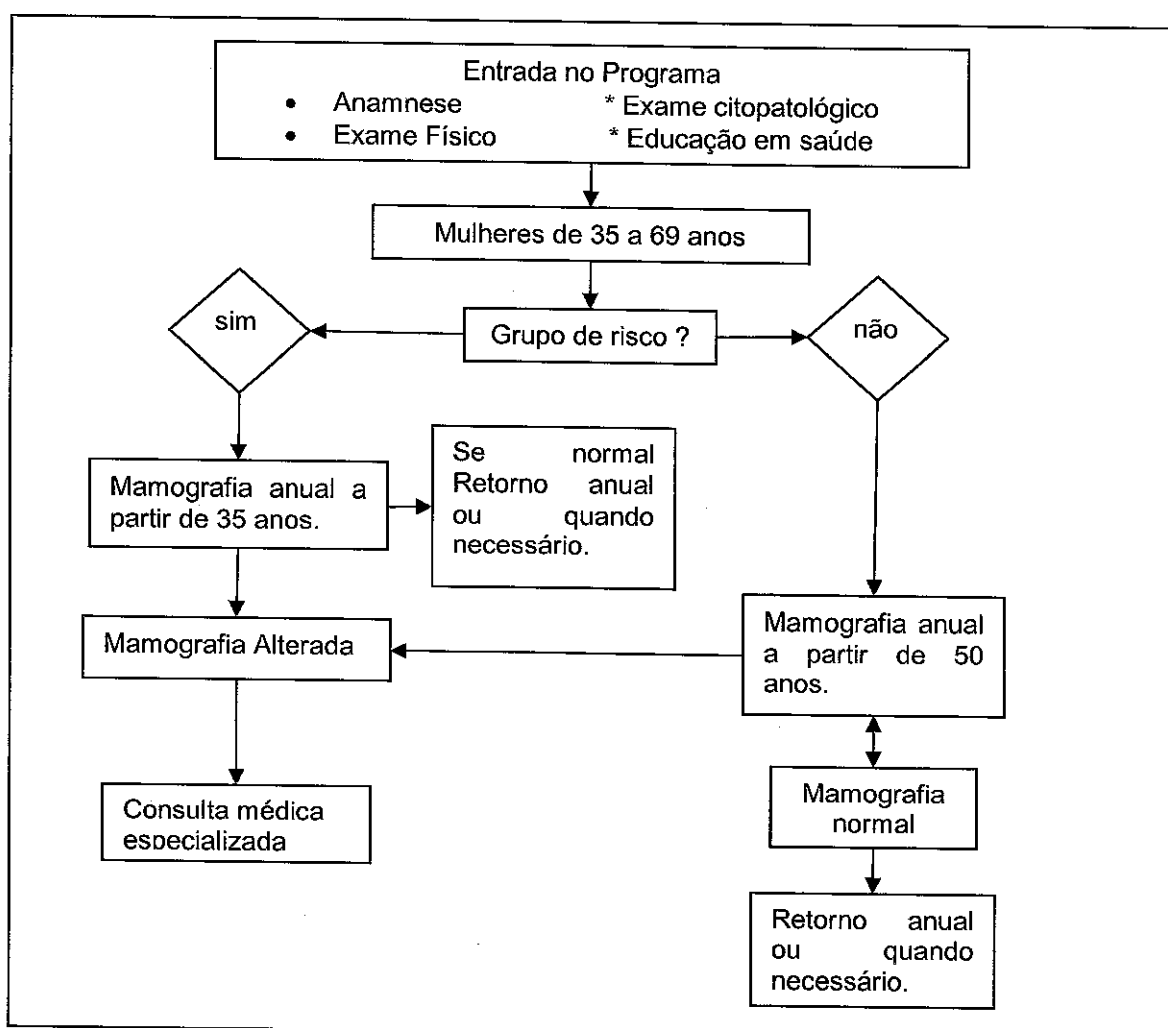
- Selecionar os equipamentos sociais para a sensibilização e capacitação de pacientes para o programa;
- Avaliar a condição familiar;
- Promover atividades educativas que esclareçam os métodos disponíveis favorecendo a escolha para o casal;
- Disparar a busca ativa das pacientes faltosas e estimular a captação para inserção no programa.

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde:

- Realizar busca ativa dos faltosos;
- Promover atividades educativas na comunidade;
- Captar e inserir a mulher no programa;
- Envolver todos os equipamentos sociais da comunidade nas atividades coletivas;
- Utilizar instrumentos de monitoramento para acompanhamento da mulher no programa.

IV ASSISTÊNCIA EM PATOLOGIA DAS MAMAS E DO COLO UTERINO

4.1 Fluxograma para atendimento de câncer de mama na rede básica



4.2 Prevenção do câncer de mama

4.2.1 Palestras

As palestras serão realizadas semanalmente ou de acordo com a demanda de cada unidade, onde serão abordados os seguintes conteúdos:

- Como será o exame;
- Possibilitar a familiarização dos materiais para a mulher (kit educativo básico: espécule, escova, espátula e lâmina), bem como demonstrar a técnica de coleta e do exame da mama;

As palestras deverão ser ministradas por um profissional de saúde capacitado, de acordo com a realidade de cada unidade.

4.2.2 Roteiro para exame de mama

- Incentivar o auto- exame, todo mês 01 semana após a menstruação;
- Antecedente familiar de 1º grau de câncer de mama (mãe, irmã ou filha);
- História pessoal de tumores mamários (hiperplasia atípica);
- História de cirurgia prévia para tratamento de tumores mamários;
- História familiar de câncer de mama masculino;
- Na presença de algum tipo de lesão ou achado clínico durante a consulta de enfermagem, encaminhar para consulta médica;
- A avaliação clínica deverá ser feita anualmente;
- Em pacientes com alto risco para câncer de mama o rastreamento mamográfico deverá ser feito após os 35 anos de idade e de preferência anual após os 40 anos;
- O enfermeiro, durante a COT, deverá avaliar as mamas e encaminhar para o médico, se necessário poderá solicitar mamografia de rotina que será liberada pelo médico (rastreamento).

Exame físico

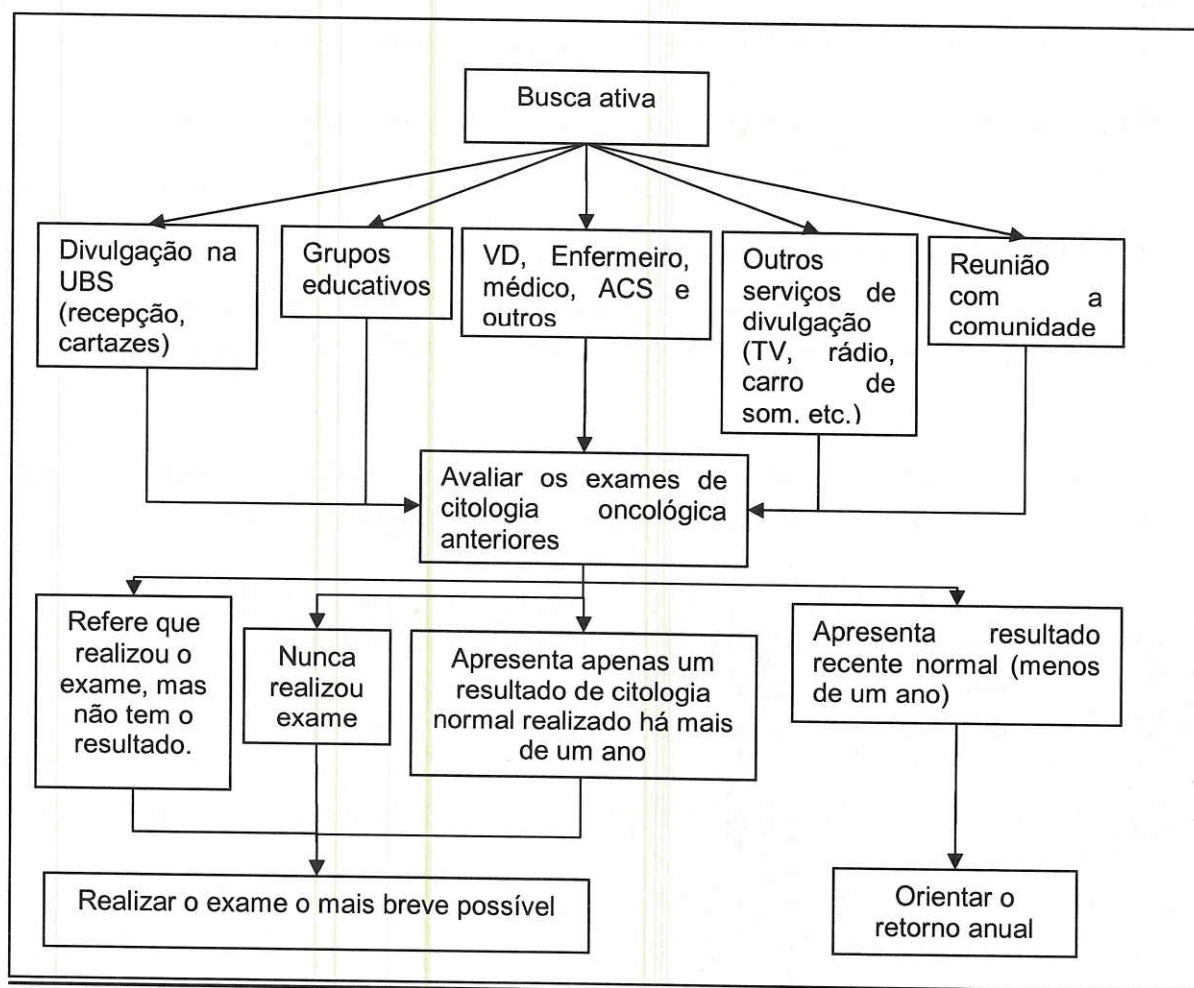
Durante o exame físico deverão ser avaliados: mamas, abdômen, identificar possíveis pintas ou manchas sugestivas de câncer de pele.

Quadro 4: Conduta para exame físico	
Procedimento	Conduta
INSPEÇÃO ESTÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a cliente sentada, com o tronco desnudo e os braços apoiados na coxa. - Observar: simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, presença de abaulamento e/ou retrações, saída espontânea de secreções e características da pele.
INSPEÇÃO DINÂMICA	<ul style="list-style-type: none"> - A cliente permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços ao longo do segmento cefálico e que ela coloque as mãos atrás da nuca, fazendo movimento de abrir e fechar os braços. - Observar presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em caso de carcinoma.
PALPAÇÃO DA REGIÃO AXILAR	<ul style="list-style-type: none"> - A cliente permanece sentada. Apóia o braço do lado a ser examinado no braço examinador.
PALPAÇÃO DA REGIÃO SUPRACLAVICULAR	<ul style="list-style-type: none"> - A cliente permanece sentada. Palpar a região supraclavicular à procura de linfonodos palpáveis.
PALPAÇÃO DAS MAMAS	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a cliente em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeador costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar. - Observar presença ou ausência de massa

	palpável isolada.
EXPRESSÃO DA ARÉOLA E PÁPILA MAMÁRIA	- A cliente permanece deitada. Pressionar a aréola entre os dedos polegar e indicador, observando presença de secreção. - Repetir o movimento na papila mamária.

4.3 Prevenção do câncer de colo uterino

4.3.1 Fluxograma de agendamento da coleta do preventivo



4.3.2 Coleta de citologia

Coleta de material para citologia oncológica: toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo.

A coleta deverá ser feita preferencialmente pelo médico, numa avaliação clínica ginecológica completa. O enfermeiro (a) treinado (a) realizará coletas quando esta ação contribuir para uma maior abrangência da ação de prevenção do câncer.

A equipe deverá ter anotação de controle com nome da paciente, data de coleta e data do resultado, com controle para busca daquelas com exames positivos e daquelas que a equipe julgue necessário retorno.

Os resultados negativos poderão ser entregues em grupo, aproveitando-se este momento para atividades educativas em saúde da mulher, com profissional qualificado para esta atividade.

Para coleta do exame em situações especiais, como pacientes com transtornos mentais, solicitar a presença de um membro da família.

Em mulheres que nunca tiveram relação sexual a coleta do papanicolau deverá ser realizada obrigatoriamente pelo médico.

4.3.3 Orientação para a coleta do colpocitológico

Cuidados prévios: não ter relações até 48 horas antes da coleta; não usar duchas ou medicações intra-vaginais até 48 horas antes da coleta; não estar em período menstrual.

Manter as salas preparadas com os materiais necessários: espéculos, fixador citológico, escova cervical, espátula de Aires, lâmina com ponta fosca para citologia, luva de procedimento, pinça de Cheron, gazes esterilizadas, lençol descartável (preferentemente), KOH 10%, soro fisiológico, ácido acético, Schiller, bissulfito, EPI (equipamento de proteção individual), recipiente para acondicionamento de lâminas usadas, balde com solução desencrostante em caso de instrumentos não descartáveis, formulário de requisição e remessa de exames, livro de registro.

Obs.: A disponibilidade dos materiais citados acima estará sob responsabilidade do enfermeiro da unidade.

4.3.4 Exame ginecológico

Colocar a paciente em posição ginecológica, providenciando uma boa iluminação. Na inspeção da região vulvar, observar:

- Presença de lesões cutâneas da região ano vulvar como: pediculose, intertigo, eritema, eczemas das pregas gênito-crurais;
- Presença de condilomas, lesões atróficas acentuadas, processos inflamatórios, reacionais difusos;
- Distribuição de pêlos e tecido adiposo, e a morfologia da região pubiana (podem ser alteradas na insuficiência hormonal ou em certas afecções cutâneas);
- Vestíbulo (sede de ulceração de várias naturezas, presença de hipertrofia do clitóris);

- Meato uretral em busca de anomalia de desenvolvimento, presença de secreções;
- Orifício vaginal em busca de secreções, presença de prolapso dos órgãos genitais internos;
- Presença de abscessos da glândula de Bartholin.

4.3.5 Roteiro para coleta de colpocitológico

- Data do último exame colpocitológico;
- Início do fluxo menstrual (menarca);
- Início da atividade sexual (coitarca);
- Data da última menstruação;
- Historia pregressa familiar para CA de mama ou colo uterino;
- Tabagismo e etilismo;
- Alérgenos medicamentoso;
- Queixa ginecológica;
- Fluxo (corrimento): coloração, odor e prurido;
- Uso de método contraceptivo;
- Presença de dor e/ou sangramento no ato sexual;
- Sangramento fora do período menstrual;

4.3.6 Realização da coleta citológica

Iniciar o exame avaliando mamas, abdômen e finalmente vulva e vagina. Preparar da lâmina (identificação numérica, data, iniciais do nome da paciente) e preencher a requisição de exame citopatológico (formulário rosa). Após os procedimentos iniciais, separar todo material necessário (espátula de Ayres, escovinha ginecológica, espéculo, luvas etc).

Solicitar à paciente que retire toda a roupa dando-lhe um lençol para que se cubra. Ajudar a paciente posicionar-se na mesa.

Introduzir o espéculo sem lubrificá-lo, na posição vertical e ligeiramente inclinado (inclinação de 15°). Recomenda-se em casos de mulheres idosas ou com vagina ressecada o uso do espéculo umedecido com soro fisiológico.

Iniciada a introdução, faça rotação de 90° deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal.

Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente com delicadeza e, se ao visualizar o colo houver uma grande quantidade de muco ou secreção, seque-o com gaze montada em uma pinça, sem esfregar para não perder a quantidade de material a ser colhido.

Com a ponta da espátula, realizar coleta no fundo de saco, fazendo um esfregaço na lâmina ocupando 1/3 do espaço disponível. Utilize a espátula de madeira tipo Ayres, do lado que apresenta reentrância.

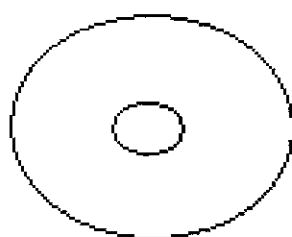
Encaixe a ponta mais longa no orifício externo do colo uterino, apoiando firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotatório de 360°, em torno de todo orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a quantidade da amostra.

Com a escovinha, realizar a coleta da endocérvice, fazendo um esfregaço na lâmina ocupando o restante do espaço disponível (exceto em gestante). Aproximadamente 2/3 da lâmina deverá ser preenchida com material da endocérvice.

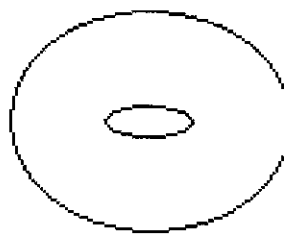
Inspecionar o colo uterino, anotando cor, lacerações, lesões (deve ser feito no momento da retirada do espécule).

Armazenar a lâmina em recipiente adequado para envio ao laboratório.

Após a coleta do material, anotar se há presença de fluxo, sangramento, ou dor no procedimento. Verificar também a integridade do colo, utilizando a figura abaixo para a descrição dos achados.



Colo Nulípara



Colo Múltipara

Orientar o retorno para avaliação do resultado do exame, de acordo com a rotina do serviço. Deve-se convocar os exames alterados ou clientes faltosos.

4.4. Informações relevantes para controle de câncer de colo uterino

4.4.1. Nomenclaturas

Tipos da amostra (citologia)

- Convencional (método utilizado atualmente pelo laboratório prestador de serviço à Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante);
- Em meio líquido.

Nota explicativa: Com a recente introdução da citologia em meio líquido, em suas diferentes apresentações, é indispensável que seja informada a forma de preparo, uma vez que a adequabilidade do material é avaliada de forma diversa para cada meio. É, ainda, de fundamental importância que o laboratório informe em caso de citologia em meio líquido, qual sistema foi usado.

Avaliação pré-analítica

Amostra rejeitada por:

- Ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco;
- Identificação da lâmina e/ou do frasco não coincidente com a do formulário;
- Lâmina danificada ou ausente;
- Causas alheias ao laboratório (especificar);
- Outras causas (especificar).

Nota explicativa: Este conceito foi introduzido como uma inovação, visando estabelecer a diferença entre a rejeição por causas alheias e anteriores à chegada ao laboratório e aquelas relacionadas à colheita, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição devera ser identificada, de preferência, no momento da entrada da lâmina no laboratório e seu registro deverá ser feito. Contudo, é o profissional responsável pelo exame quem irá assinar o laudo contendo o motivo da rejeição.

Adequabilidade da amostra

- Satisfatória;
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido ao material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço);
- Leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, intensa superposição celular, outros (especificar).

Epitélio representado na amostra:

- Escamoso;
- Glandular;
- Metaplásico.

Nota explicativa: Deve-se considerar como satisfatória a amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. Observe-se que os aspectos de representatividade não constam desse item, mas deverão contar de caixa própria para que seja dada a informação (obrigatória) dos epitélios que estão representados na amostra. A definição de adequabilidade pela representatividade passa a ser da exclusiva competência do responsável pela paciente, que deverá

levar em consideração as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas, objetivo do exame etc.). Insatisfatória é a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas acima todas de natureza técnica e não de amostragem celular.

Diagnóstico descritivo

- Dentro dos limites da normalidade, no material examinado;
- Alterações celulares benignas;
- Atípias celulares.

Nota explicativa: O acréscimo da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, o aspecto do momento do exame. Aqui também, ocorre uma diferença importante com o Sistema Bethesda 2001, no qual foi excluída a categoria das alterações celulares benignas. Tal manutenção deve-se ao entendimento de que os fatores que motivaram a exclusão não se aplicam à realidade brasileira.

Alterações celulares benignas

- Inflamação;
- Reparação;
- Metaplasia escamosa imatura;
- Atrofia com inflamação;
- Radiação;
- Outras (especificação).

Nota explicativa: Em relação à nomenclatura anterior, a única mudança ocorre pela introdução da palavra “imatura” em metaplasia escamosa, buscando caracterizar que é esta apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim sendo, a metaplasia imatura, com sua diferenciação já definida, não deve ser considerada como inflamação e, eventualmente, nem necessita ser citada no laudo, exceto na indicação dos epitélios representados, para caracterizar o local da colheita.

Atípias celulares

Células atípicas de significado indeterminado:

- Escamosas;
Possivelmente não neoplásicas;
Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.
- Glandulares;
Possivelmente não neoplásicas;
Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

- De origem indefinida:
Possivelmente não neoplásica;
Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

Nota explicativa: Esta é mais uma inovação da nomenclatura brasileira, criando-se uma categoria separada para todas as atipias de significado indeterminado e, mais ainda, a categoria “de origem indefinida” destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Deve-se observar que foi excluída a expressão “provavelmente reativa”, a qual foi substituída pela “possivelmente não-neoplásica”, e introduzida a expressão “não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau”. Com isso pretende-se dar ênfase ao achado de lesões de natureza neoplásica, diminuindo assim diagnóstico dúbil. Objetiva-se identificar as células imaturas, pequenas e que, por sua própria indiferenciação, podem representar maior risco de corresponder a lesões de alto grau. Sempre que o caso exigir notas explicativas devem ser acrescentadas, visando a orientar o responsável pela paciente nos procedimentos adotados. Deve-se observar a exclusão total dos acrônimos (ASCUS e AGUS) cujo uso é desaconselhado, devendo sempre constar por extenso os diagnósticos.

Em células escamosas:

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopáticos pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I);
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III);
- Lesão Intra-epitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão;
- Carcinoma epidermóide invasor.

Nota explicativa: Foi adotada a terminologia lesão intra-epitelial em substituição ao termo neoplasia, além de estabelecer dois níveis (baixo e alto graus), separando as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia daquelas mais relacionadas com efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Foi ainda incluída a possibilidade diagnóstica de suspeição de microinvasão, recomenda-se enfaticamente que seja evitado o uso de outras nomenclaturas e classificações, além das aqui já contempladas, evitando-se a perpetuação de termos eventualmente já abolidos ou em desuso, os quais nada contribuem para o esclarecimento diagnóstico.

Em células glandulares:

- Adenocarcinoma *in situ*;
- Adenocarcinoma invasor: cervical, endometrial, sem outras especificações.

Nota explicativa: A introdução da categoria adenocarcinoma *in situ* reconhece a capacidade de identificação morfológica desta entidade e acompanha a

nomenclatura internacional. O ítem "sem outras especificações" refere-se exclusivamente a Adenocarcinoma de origem uterina. Quando for identificada neoplasia de origem glandular extra-uterina, deve ser colocada no quadro das outras neoplasias malignas, especificando o tipo, em nota complementar. As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando a sua presença possa ter significado patológico. Assim sendo, seus achados nos primeiros doze dias que sucedem ao período menstrual, apenas deverá ser referido se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

Outras neoplasias malignas

- Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual);
- *Lactobacillus sp*;
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus);
- Outros bacilos;
- Cocos;
- *Candida sp*;
- *Trichomonas vaginalis*;
- Sugestivo de *Chlamydia sp*;
- *Actinomyces sp*;
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes;
- Outros (especificar).

Nota explicativa: Foram mantidas as informações de Chlamydia, cocos e bacilos por considerar-se a oportunidade, por vezes única, em um país continental e com grandes dificuldades geográficas e econômicas, de estabelecer uma terapêutica antimicrobiana baseada exclusivamente no exame preventivo. A introdução da expressão "Bacilos supracitoplasmáticos" busca indicar a apresentação morfológica de agentes microbianos de difícil distinção pelo exame corado e fixado pela técnica citológica, mas que, de modo geral, respondem aos mesmos tratamentos.

4.4.2. Avaliação pré-analítica e adequabilidade da amostra

Laudo citopatológico

A nomenclatura brasileira utilizada para laudos citopatológicos tem sofrido constantes alterações. A adoção do Sistema de Bethesda, ainda que adaptado ao Brasil, facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras. É importante ressaltar que a introdução de novos conceitos estruturais e morfológicos contribui tanto para o desempenho do laboratório quanto para a relação entre a citologia e a clínica.

Sabe-se, no entanto, que essas mudanças ocorrem de forma gradual e, basicamente, dependem da adoção da nova terminologia na rotina diária dos profissionais de saúde, fonte de alimentação de conhecimento para a mídia escrita ou falada e para a população em geral.

Atualmente não é razoável que alguns laboratórios ainda emitem laudos de citopatologia somente com a nomenclatura ultrapassada, uma vez que a proposta de novas categorias de resultados impede que se estabeleça correlação pertinente entre Bethesda 2001 e Papanicolaou.

Em contrapartida, também é conveniente que médicos ginecologistas ou não, ao receberem os resultados de exames, compreendam o diagnóstico. Portanto, pretende-se explicar aqui os significados deles, com vistas a unificar o uso da nomenclatura no Brasil, estabelecida por consenso entre experts no assunto.

A seguir, será apresentada a possibilidade de associação de todos os resultados possíveis nos laudos dos exames e as respectivas condutas clínicas.

4.4.3. Nomenclatura brasileira

Avaliação pré-analítica (que ocorre antes da análise microscópica da lâmina)

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 microscopia.

A causa da rejeição deverá ser identificada no momento da entrada da lâmina no laboratório e de seu registro. O profissional responsável pelo registro é quem irá apontar o motivo da rejeição.

Amostra rejeitada

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

Conduta Clínica: A paciente deverá ser convocada para repetir o exame, devendo ser explicado à mesma que o motivo é técnico e não por alteração patológica.

Adequabilidade da amostra

Na atual nomenclatura utilizada para definir a adequabilidade da amostra, estabelece-se o sistema binário: satisfatório e insatisfatório. Portanto, o termo anteriormente utilizado "satisfatório, mas limitado" foi abolido.

Insatisfatório para Avaliação

É considerada insatisfatória, a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada:

- Material acelular ou hipocelular (< 10% do esfregaço);
- Leitura prejudicada (> 75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, intensa superposição celular.

Conduta Clínica: A paciente deverá ser convocada para repetir o exame de imediato, devendo ser explicado à mesma que o motivo é técnico e não por alteração patológica.

Satisfatória

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

Epitélios representados na amostra

- Escamoso;
- Glandular (não inclui epitélio endometrial);
- Metaplásico.

Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. Agora, eles respondem apenas pela indicação dos epitélios que estão representados. Todavia, deve-se alertar que a amostra adequada pode não ter a representação completa da junção escamo-colunar, o que deverá ser avaliado pelo ginecologista.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, 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 do útero.

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo médico responsável. É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cérvico-vaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

4.4.4. Periodicidade de realização do exame citopatológico

A realização do exame citopatológico de Papanicolaou tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo de útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer.

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento deste câncer em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS) e é realizado dentro dos padrões de qualidade (Gustafsson *et al*, 1997).

Em 1988, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, realizou uma reunião de consenso, com a participação de diversos experts internacionais, representantes da sociedade científica e das diversas instâncias ministeriais e definiu que, no Brasil, o exame colpocitopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

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

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos (anormalidades epiteliais conhecidas como displasia e carcinoma *in situ* ou diferentes graus de neoplasia intra-epitelial cervical NIC), que normalmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível.

Barron e Richart (1968) mostraram que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC II) esse tempo é de 38 meses e, nas displasias graves (NIC III), de 12 meses. Em geral, estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regrediu espontaneamente enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (Sawaya *et al*; 2001). Por outro lado o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NCI, 2000) calcula que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto de 30 a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos caso não seja oferecido tratamento.

Segundo a OMS, estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 a 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da

realização anual. Conforme apresentado na tabela abaixo, a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% dos riscos) ou quando ele é realizado a cada três anos (redução de 91% do risco).

Quadro 5: Efeito protetor do rastreamento para câncer do colo do útero de acordo com o intervalo entre os exames 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: van Oortmarssen et al., 1992 In: Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. Ver Brás Cancerol. 2002; 48 (1): 13-5

A experiência internacional tem mostrado uma importante redução nas taxas de incidência ajustadas pela população mundial, tal como apresentado no quadro 6.

Quadro 6: Redução nas taxas de incidência do câncer do colo do útero em programas de rastreamento em países nórdicos	
País	Redução nas taxas de incidência * entre 1968 e 1995
Islândia	67%
Finlândia	75%
Suécia	55%
Dinamarca	54%
Noruega	34%

* Taxas de incidência ajustadas pela população mundial

Fonte: European Commission Europe Against Câncer, 2000. In: Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. Ver Brás Cancerol. 2002; 48 (1): 13-5

Com base nas evidências científicas disponíveis, a maioria dos países europeus e organismos norte-americanos vêm recomendando a realização do exame citopatológico do colo do útero a cada 3 anos.

A periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, permanece atual e esta em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais.

4.5. Conduas Preconizadas

4.5.1 Resultado normal, alterações benignas e queixas ginecológicas

Dentro dos limites da normalidade no material examinado

Diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame.

Conduta clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas)

Inflamação sem identificação de agente

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intra-uterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo exsudato linfocitário ou reações alérgicas, representadas pela presença de eosinófilos, são observados.

Conduta Clínica: Havendo queixa clínica de leucorréia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Os achados comuns são ectopias, vaginites e cervicites. O tratamento deve seguir recomendações específicas.

Resultado indicando Metaplasia Escamosa Imatura

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo inflamatório, entretanto, o epitélio nessa fase está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial o HPV.

Conduta Clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos em especial o HPV.

Conduta Clínica: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando atrofia com inflamação

Conduta Clínica: Após avaliação da sintomatologia e do exame ginecológico, podem ser utilizados cremes vaginais contendo estrogênio.

Conduta clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Resultado indicando radiação

Nos casos de câncer do colo do útero o exame citopatológico deve ser realizado para controle de possível persistência de neoplasia residual ou de recidiva da neoplasia após tratamento radioterápico.

Conduta Clínica: nos casos em que a citopatologia diagnosticar lesão intra-epitelial (LIE), previsível após tratamento radioterápico, a conduta deverá ser a mesma indicada para lesão intra-epitelial em pacientes submetidas a esse tratamento, devendo ser seguida de acordo com o grau da LIE.

Ressaltamos a importância do preenchimento completo e adequado dos dados de anamnese constantes do formulário de "Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero".

Achados microbiológicos *Lactobacillus sp*, cocos e outros, são considerados achados normais. Fazem parte da flora vaginal e não caracterizam infecções que necessitem de tratamento.

Conduta Clínica: A paciente com sintomatologia deve ser encaminhada para avaliação ginecológica.

Queixas ginecológicas

As queixas ginecológicas não só devem ser valorizadas, mas solucionadas, considerando que os laudos do exame citológico, na maioria das vezes, mencionam agentes microbiológicos que, quando associados às queixas clínicas, merecem tratamento específico.

4.5.2 Alterações pré-malignas ou malignas no exame citopatológico

A discussão das condutas preconizadas, apresentadas a seguir, foi baseada, principalmente, no Consensus Guidelines for the Management of Women With Cervical Cytological Abnormalities (2001), embora inúmeros trabalhos científicos tenham sido consultados pelos grupos de trabalho.

Células escamosas atípicas de significado indeterminado

Atualmente as atipias escamosas de significado indeterminado representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero. Este achado citológico é de difícil reprodutibilidade entre

citopatologistas experientes e são consideradas aceitáveis taxas inferiores a 5% do total de exames realizados.

A repetição do exame citopatológico possui sensibilidade entre 67% a 85%. Não existem dados suficientes para definir o número e o intervalo entre as repetições das citologias, sendo definido pelo grupo de trabalho o intervalo de 6 meses.

As atipias escamosas de significado indeterminado foram divididas em: alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas (ASCUS de Bethesda) e em alterações escamosas atípicas de significado indeterminado em que se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H – Bethesda).

Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas

Cerca de 5% a 17% das mulheres com esta atipia apresentam diagnóstico de neoplasia intra-epitelial II e III e 0,1 a 0,2% de carcinoma invasor no exame histopatológico, demonstrando assim baixo risco de lesões mais avançadas.

A colposcopia apresenta alta sensibilidade (96%) e baixa especificidade (48%), as quais causam alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento. Estudos têm mostrado desaparecimento dessas alterações (células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas) em 70% a 90% das pacientes mantidas sob observação e tratamento das infecções pré-existentes. A colposcopia é, portanto, um método desfavorável como a primeira escolha na condução das pacientes que apresentam alterações escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásico. A conduta preconizada é a repetição da citologia, em 6 meses, na Unidade da Atenção Básica.

Se dois exames citopatológicos subseqüentes semestrais, na Unidade da Atenção Básica, forem negativos, a paciente devera retornar a rotina de rastreamento citológico. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for sugestiva de lesão igual ou mais grave a células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásica, a paciente devera ser encaminhada à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata. Apresentando lesão, deve-se proceder a biópsia, e recomendação específica a partir do laudo histopatológico. Caso a colposcopia não apresente lesão, deve-se repetir a citologia em 6 meses, na Unidade de Referência de Média Complexidade. Diante de duas citologias negativas consecutivas, a paciente deverá ser encaminhada para a rotina de rastreamento citológico na Unidade da Atenção Básica. Se a citologia de repetição for sugestiva de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, a paciente deverá ser submetida a nova colposcopia. Essa rotina deve ser mantida, até que novo achado citológico diferente de atipias de células escamosas, de significado indeterminado possivelmente não-

neoplásicas ou lesão coloscópica, venha aparecer. No caso de citologia de repetição positiva sugestiva de lesão mais grave, deverá ser adotada conduta específica.

As condutas recomendadas, para as pacientes com laudo citopatológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, são apresentadas na Figura 1.

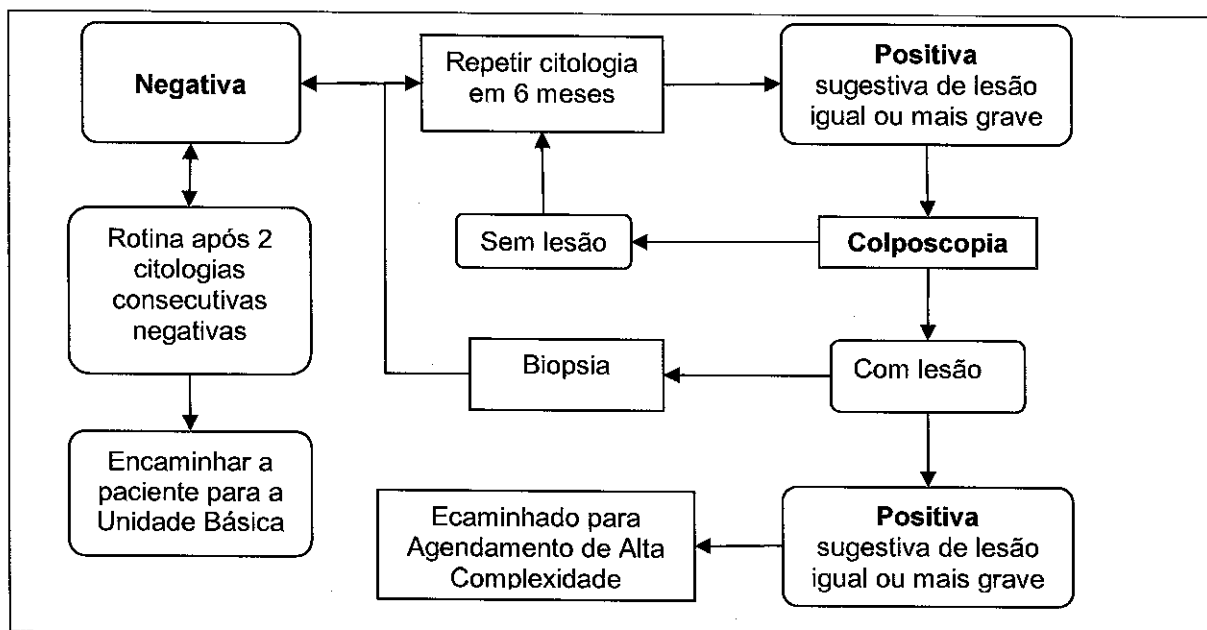


Figura 1. Recomendações para condutas frente às pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não- neoplásicas

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau

Embora o diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau seja menos comum que o de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, o risco de lesão de alto grau (NIC II e NIC III) subjacente é alto (24% a 94%). Portanto, a conduta para todas as pacientes com esse laudo, na Unidade da Atenção Básica, é a de encaminhá-las à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Caso a colposcopia mostre lesão, uma biópsia deve ser realizada com recomendação específica a partir do laudo histopatológico.

Não se detectando lesão a colposcopia, deve-se proceder, sempre que houver possibilidade, à revisão de lâmina.

Revisão de lâmina, "possível e altera o laudo", a conduta a ser tomada será baseada no novo laudo.

Revisão de lâmina, "possível, mas não altera o laudo, ou impossível", nova citologia e colposcopia devem ser realizadas em seis meses. Duas citologias consecutivas negativas permitem que a paciente seja reencaminhada à Unidade da Atenção Básica para a rotina de rastreamento citológico. Se a citologia em seis meses for sugestiva de lesão de baixo grau ou menos grave com colposcopia negativa, deverá seguir conduta específica. Caso o resultado citopatológico seja igual ou sugestivo de lesão mais grave com colposcopia negativa, o procedimento excisional deve ser realizado.

A biópsia se impõe, sempre que haja lesão colposcópica, independente do laudo de repetição. As condutas recomendadas, para as pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau, são apresentadas na figura 2.

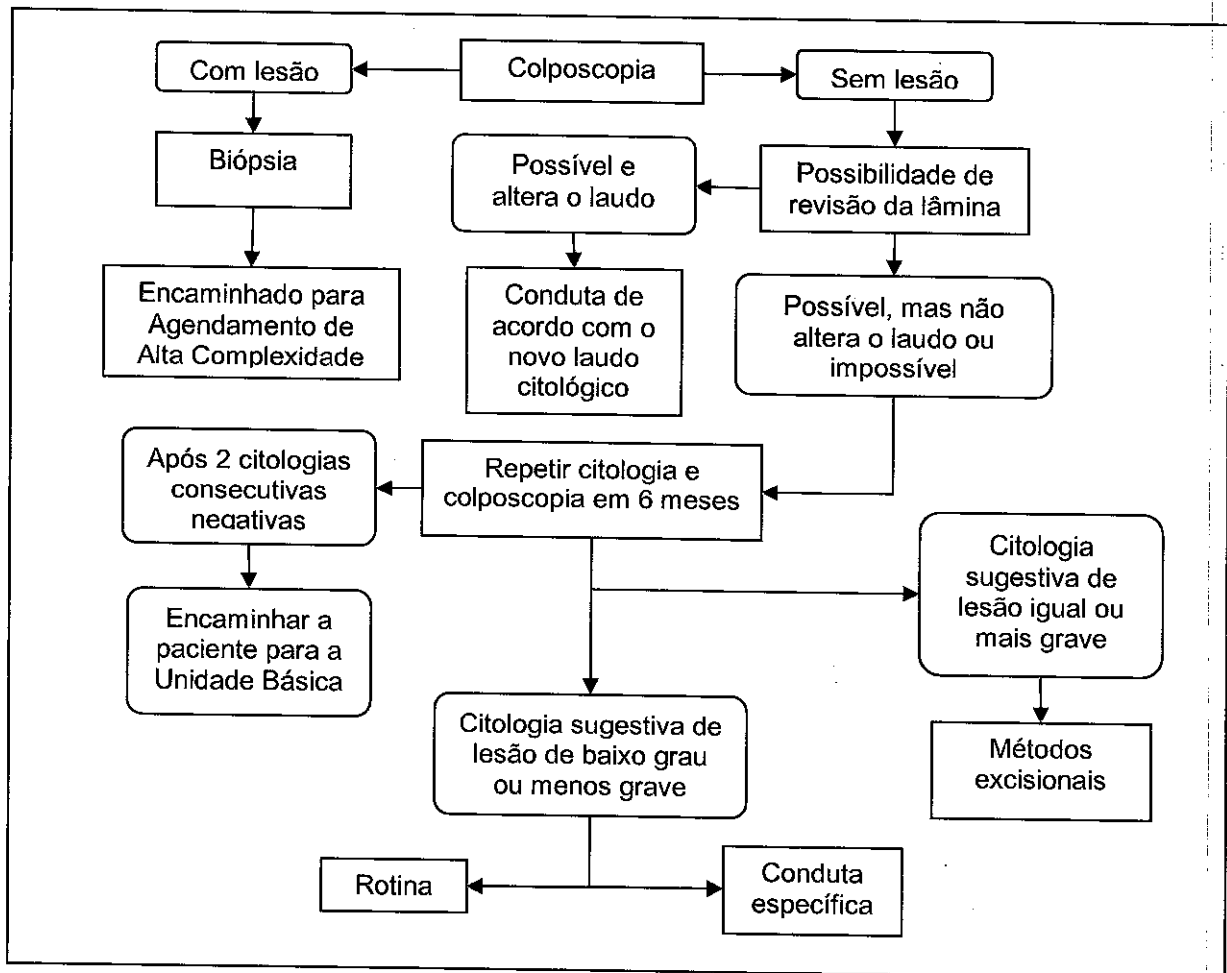


Figura 2. Recomendações para condutas frente às pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau

Nota Técnica: Na presença de lesão colposcópica sempre realizar biópsia. Neste caso, o método excisional deve pressupor a retirada da Zona de Transformação e do Canal Cervical.

Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não-neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau

As pacientes com atipias glandulares apresentam em 9% a 54% dos casos NIC II e NIC III, 0% a 8% adenocarcinoma in situ e 1% a 9% adenocarcinoma invasor no exame histopatológico. Portanto, a conduta preconizada é encaminhar a paciente à Unidade de Referência de Média Complexidade para a colposcopia imediata.

Até nova discussão, as condutas preconizadas para atipias glandulares são iguais, independentes das suas subdivisões, possivelmente não-neoplásicas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

As pacientes que apresentarem lesão visível à avaliação colposcópica devem ser submetidas à biópsia, e quando esta for positiva deverá seguir recomendação específica. No caso de resultado negativo e naquelas pacientes que não apresentem lesão visível na colposcopia, realizar-se-á coleta do canal cervical, imediata. O método recomendado para a coleta endocervical é o da escovinha (cytobrush), que apresenta maior sensibilidade e especificidade que a curetagem endocervical. Além do mais, a curetagem endocervical pode ocasionar alterações no epitélio do canal cervical que dificultarão a avaliação histopatológica da peça de conização, caso esta venha a ser realizada.

A conduta subsequente depende da avaliação do material obtido do canal cervical: se for negativo ou apresentar apenas atipias em células escamosas, as pacientes seguirão conduta específica.

Quando a avaliação do material do canal endocervical resultar em atipias em células glandulares, a conização se impõe, recomenda-se a conização a frio, até que novos trabalhos constatem a eficácia de outros procedimentos.

Deve-se recomendar investigação endometrial e anexial, nas pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidades menstrual, assim como nas pacientes mais jovens com sangramento transvaginal anormal. As investigações endometrial e anexial devem ser feitas por amostragem endometrial e por exame de imagem.

As condutas recomendadas para as pacientes com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não-neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau, são apresentadas na Figura 3.

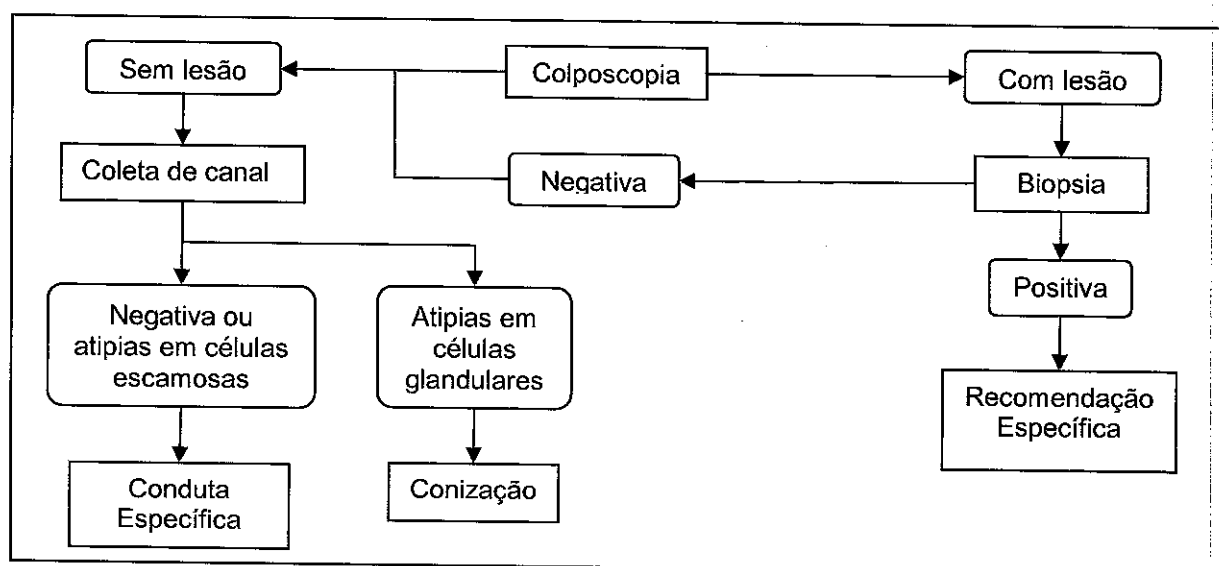


Figura 3. Recomendações para condutas frente às pacientes com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado

Nota técnica: a coleta de material do canal endocervical imediata com escova (citobrush) é a recomendada. Nas mulheres com mais de 40 anos ou nas mais jovens com sangramento transvaginal anormal, deve-se proceder à investigação endometrial e anexial.

Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não-neoplásicas e que não se pode afastar lesão de alto grau

A categoria indefinida é mais uma inovação da Nomenclatura Brasileira destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Essa categoria é rara, caracterizando-se como uma exceção e sua abordagem deve ser direcionada, inicialmente, ora para a conduta das células escamosas atípicas, ora para a conduta das células glandulares atípicas, de acordo com os resultados dos exames citopatológicos e colposcópicos subseqüentes.

Como a colposcopia pode ser um direcionador de condutas, tanto para as escamosas atípicas como para as glandulares atípicas, a paciente que apresentar esta alteração citopatológica na Unidade da Atenção Básica deve ser encaminhada à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Caso a paciente mostre lesão colposcópica, a biópsia é imperiosa. Se positiva, adotar recomendação específica. Se negativa ou a colposcopia não mostrar lesão, deverá ser realizada uma nova citologia em três meses a contar da data da última coleta.

Se o resultado da nova citologia for negativo ou sugerir atipias em células escamosas, será adotada conduta específica. Se sugerir células glandulares atípicas, a paciente deverá ser submetida à conização. Entretanto, se o resultado

citopatológico mantiver laudo de células atípicas de origem indefinida uma investigação em Centro Especializado de Alta Complexidade deve ser realizada.

Recomenda-se investigação endometrial e anexial nas pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como nas pacientes mais jovens com sangramento transvaginal anormal, toda vez que apresentarem citologia com atipia de origem indefinida. As investigações endometrial e anexial devem ser feitas por amostragem endometrial ou por exame de imagem.

As condutas recomendadas para as pacientes com laudo citopatológico de células atípicas de origem indefinida, são apresentadas na Figura 4.

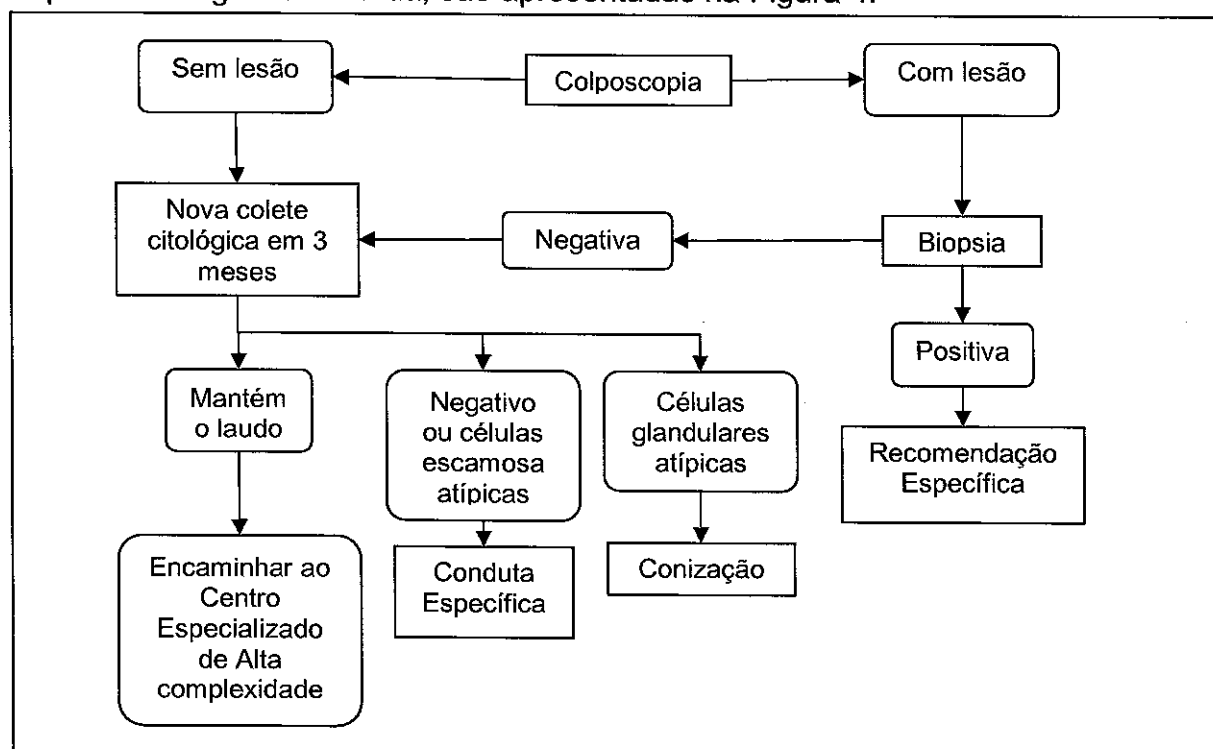


Figura 4. Recomendações para condutas frente às pacientes com laudo citopatológico de células atípicas de origem indefinida, possivelmente não-neoplásica ou não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau

Nota técnica: Nas mulheres com mais de 40 anos ou nas mais jovens com sangramento transvaginal anormal, deve-se proceder à investigação endometrial e anexial.

Lesão intra-epitelial de baixo grau

A interpretação citológica de lesão intra-epitelial de baixo grau é mais reprodutível do que a de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásica, e apresenta 15% a 30% de chance de biópsia compatível com NIC II e NIC III.

A conduta preconizada é a repetição de exame citopatológico em 6 meses na Unidade da Atenção Básica, já que os estudos demonstram que na maioria das pacientes portadoras de lesão de baixo grau há regressão espontânea.

A colposcopia como apresenta alta sensibilidade (96%), baixa especificidade (48%), alta taxa de sobrediagnóstico e de sobretratamento, torna-se desfavorável como primeira escolha na condução das pacientes.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos na Unidade da Atenção Básica, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento citológico. Se a citologia de repetição for positiva, com qualquer atipia celular, encaminhar à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata.

Se a colposcopia mostrar lesão, realizar biópsia e recomendação específica a partir do laudo histopatológico.

Se a colposcopia não mostrar lesão, a repetição da citologia em seis meses se impõe. Duas citologias consecutivas negativas permitem reencaminhar a paciente à Unidade da Atenção Básica para a rotina de rastreamento citológico.

Se algum resultado citopatológico for sugestivo de células escamosas atípicas e/ou glandulares, novamente a paciente deverá ser avaliada pela colposcopia. Se a colposcopia de repetição não mostrar lesão e a citologia de repetição mantiver laudo sugestivo de lesão de baixo grau ou de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásico, a paciente deve continuar em controle citológico e colposcópico semestrais, até que o achado citopatológico diferente do anterior ou a lesão colposcópica venha a aparecer. Outros achados citopatológicos sem lesão colposcópica deverão ser conduzidos de acordo com as condutas padronizadas para cada caso.

As condutas recomendadas, para as pacientes com lesão intra-epitelial de baixo grau, são apresentadas na figura 5.

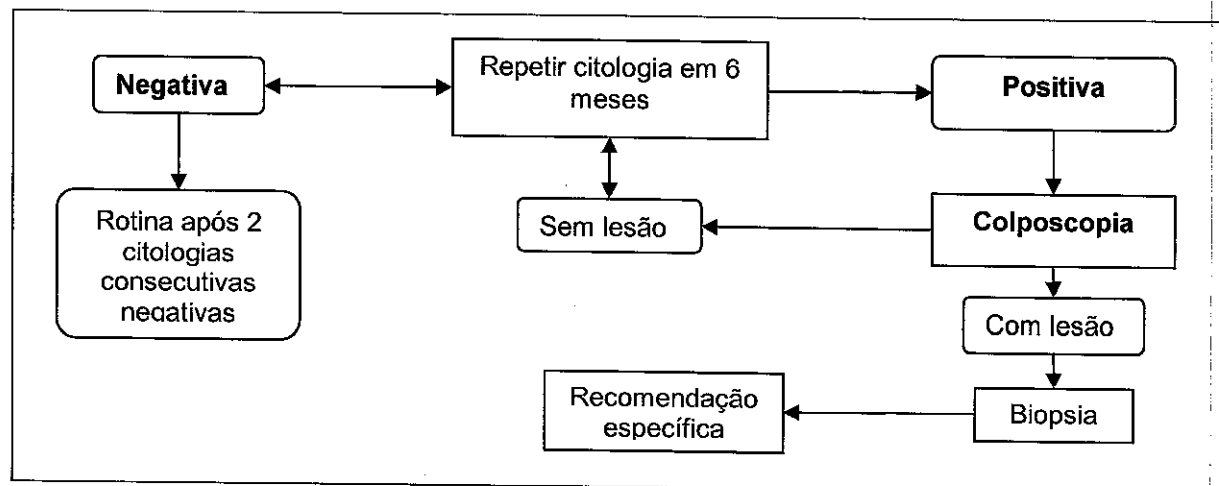


Figura 5. Recomendação para condutas frente às pacientes com lesão intra-epitelial de baixo-grau

Lesão intra-epitelial de alto grau

Cerca de 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intra-epitelial de alto grau apresentam confirmação diagnóstica histopatológica e 1% a 2% terão diagnóstico histopatológica de carcinoma invasor. Sendo assim, todas as pacientes que apresentarem citologia sugestiva de lesão de alto grau, na Unidade de Atenção Básica, deverão ser encaminhadas imediatamente para a Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia para conduta inicial.

Quando a colposcopia for satisfatória e mostrar lesão totalmente visualizada e compatível com a citopatologia sugestiva de lesão intra-epitelial de alto grau, a conduta recomendada é a excisão ampla da zona de transformação do colo do útero, por Cirurgia de Alta Frequência (CAF), procedimento “Ver e Tratar” que permite realizar o diagnóstico e tratamento simultâneo. Esse método elimina a necessidade de uma biópsia prévia e de consultas adicionais – pré-tratamento, já que todo o procedimento é realizado em uma única consulta.

As condições para a realização do “Ver e Tratar” são uma colposcopia satisfatória totalmente visualizada, não ultrapassando os limites do colo do útero e concordante com a citopatologia sugestiva de lesão intra-epitelial de alto grau.

Caso a colposcopia seja satisfatória e não contemple o “Ver e Tratar” ou mostre lesão não concordante com a citopatologia, uma biópsia deve ser realizada. Se a biópsia for negativa ou apresentar diagnóstico de menor gravidade, deve-se repetir a citologia em três meses a contar do dia da realização da biópsia e, adotar conduta específica de acordo com esse novo laudo citopatológico. Quando o resultado da biópsia for positivo com diagnóstico igual ou de maior gravidade, deve-se seguir recomendação específica.

Se a colposcopia for insatisfatória ou satisfatória e não mostrar nenhuma lesão, recomenda-se, sempre que houver possibilidade, a revisão de lâmina.

No caso da revisão ser possível e alterar o laudo, a conduta será baseada nesse novo laudo citopatológico. Porém, diante de revisão possível, mas não alterando o laudo ou impossível, uma nova citologia deve ser realizada após três meses a contar da data da coleta da citologia anterior. Se a citologia de repetição apresentar o mesmo resultado (lesão de alto grau), o procedimento excisional deve ser realizado. Se o resultado de repetição do exame citopatológico for diferente de lesão de alto grau, seguir conduta de acordo com o novo laudo.

Quando a colposcopia for insatisfatória e mostrar lesão, uma biópsia deve ser realizada. Se o resultado da biópsia for de lesão de alto grau ou de lesão de menor gravidade, a recomendação é a exeresse por métodos excisionais, seja por cirurgia de alta frequência ou conização a bisturi a frio. Se a biópsia demonstrar diagnóstico maior que lesão de alto grau, então a paciente deve ser referenciada para Centro Especializado de Alta Complexidade para procedimento específico.

Adenocarcinoma in situ/invasor

Cerca de 48% a 69% das mulheres com laudo citopatológico sugestivo de adenocarcinoma in situ apresentam confirmação da lesão à histopatologia e, dessas, 38% apresentam laudo de adenocarcinoma invasor. Portanto, todas as pacientes com citologia sugestiva de adenocarcinoma in situ, encontrada na Unidade da Atenção Básica, deverão ser encaminhadas para a Unidade de Referência de Médica Complexidade para colposcopia imediata, assim como as portadoras de laudo citopatológico sugestivo de adenocarcinoma invasor.

Se a colposcopia mostrar lesão, a biópsia deve ser realizada apenas para excluir invasão. Se o resultado histopatológico da biópsia não demonstrar lesão invasora, realizar conização. Caso seja confirmada a invasão, a paciente deve ser encaminhada para o Centro Especializado de Alta Complexidade.

Se a colposcopia não mostrar lesão, indica-se a conização, preferencialmente com bisturi a frio.

Aproximadamente 58% das pacientes com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma in situ apresentam concomitantemente lesão de alto grau, fato que não altera a conduta a ser tomada, ou seja, mantém-se a indicação da conização.

Recomenda-se a investigação endometrial e anexial nas pacientes com mais de 40 anos mesmo sem irregularidade menstrual, assim como nas pacientes mais jovens com sangramento transvaginal anormal, toda vez que apresentarem citologia com atipia glandular de significado indeterminado. As investigações endometrial e anexial devem ser feitas por amostragem endometrial ou por exame de imagem.

As recomendações para as pacientes com lesões de adenocarcinoma in situ/invasor, são apresentadas na Figura 6.

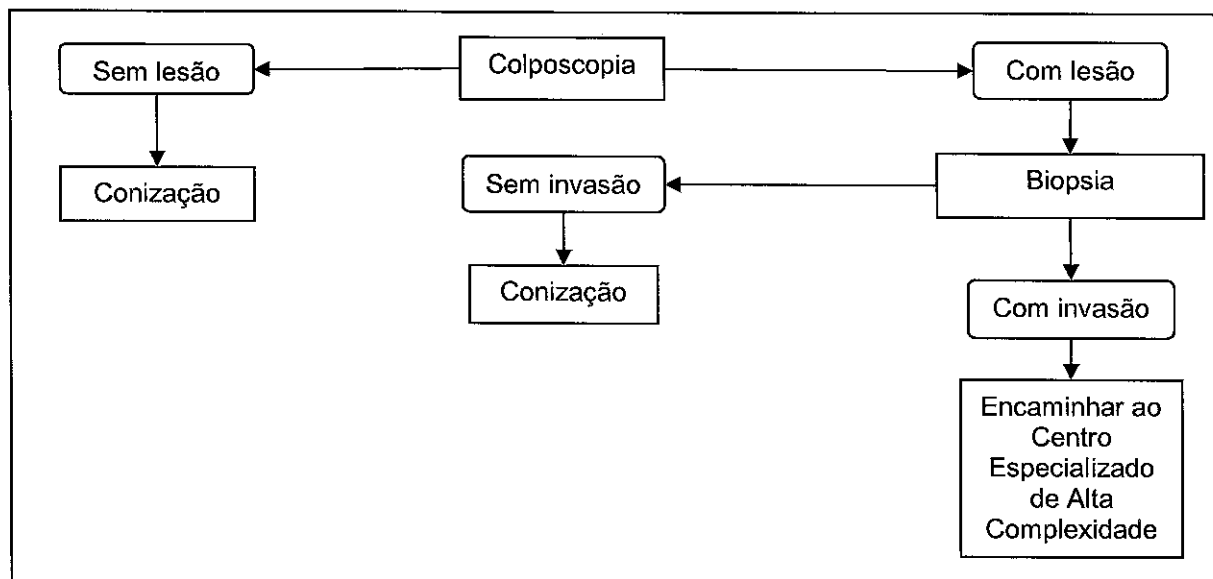


Figura6. Recomendações para condutas frente às pacientes com adenocarcinoma in situ

Nota técnica: nas mulheres com mais de 40 anos deve-se proceder à investigação endometrial e anexial assim como nas mulheres mais jovens com sangramento transvaginal anormal. A recomendação da realização de conização como conduta para as colposcopias sem lesão, baseia-se na literatura científica que revela uma grande correlação cito-histopatológico e com o fato de grande parte das colposcopias realmente não apresentarem lesão.

Lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor

Todas as pacientes que apresentem citopatologia sugestiva de lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor, na Unidade da Atenção Básica, devem ser encaminhadas imediatamente à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia como conduta inicial. A definição histopatológica de invasão se impõe na Unidade de Referência de Média Complexidade.

Quando a colposcopia for satisfatória ou insatisfatória e mostrar lesão a conduta recomendada é a biópsia. Se o resultado da biópsia for de carcinoma invasor, a paciente deverá ser encaminhada para o Centro Especializado de Alta Complexidade. Se o resultado da biópsia não confirmar carcinoma invasor, realizar conização, desde que não haja indícios clínico de invasão, situação na qual a paciente deverá ser encaminhada ao Centro Especializado de Alta Complexidade.

Quando a colposcopia for satisfatória ou insatisfatória e não mostrar lesão, indicar conização e recomendação específica.

As condutas recomendadas para as pacientes com lesões de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide, invasor, são apresentadas na figura 8.

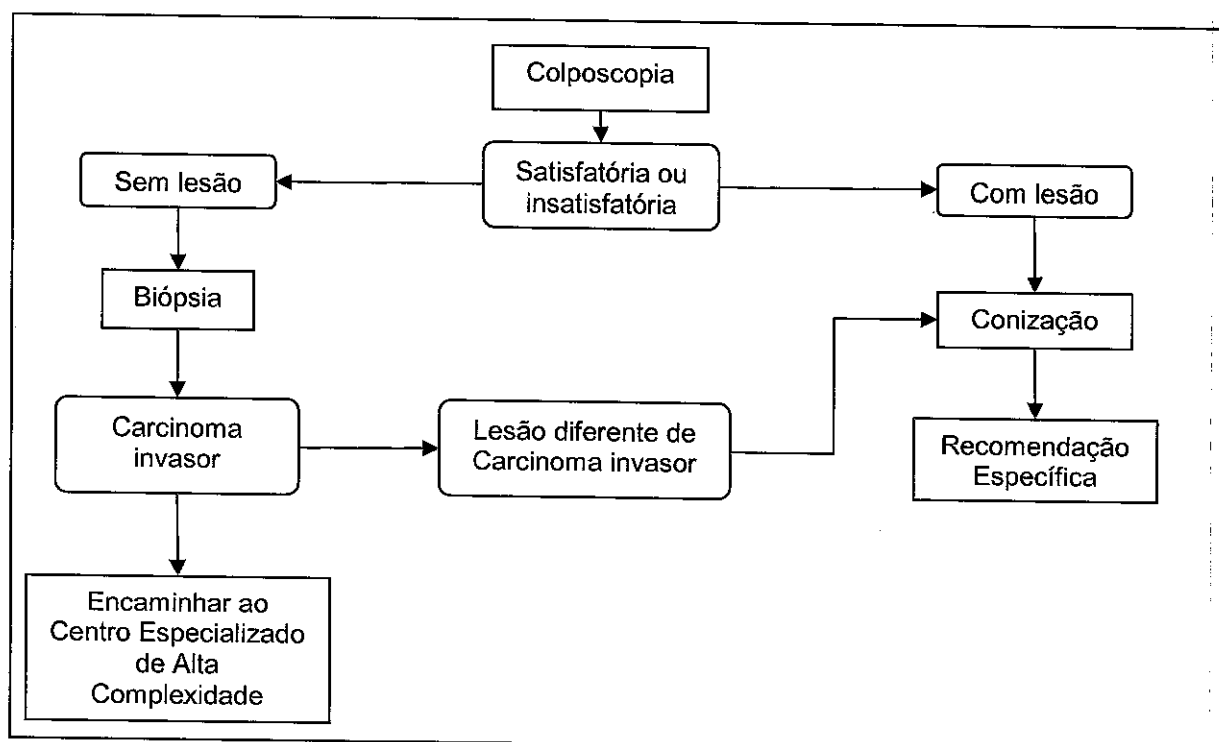


Figura 8. Recomendações para condutas frente às pacientes com lesões de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóideinvasor

Nota técnica: exceto nos casos com indícios clínicos sugestivos de invasão, os quais serão encaminhados ao Centro Especializado de Alta Complexidade.

Recomendações específicas de acordo com o laudo histopatológico

Considerando-se os laudos histopatológicos obtidos através dos métodos incisionais e/ou excisionais, realizados na Unidade Referência de Média Complexidade, as recomendações específicas a serem adotadas são apresentadas na figura 9.

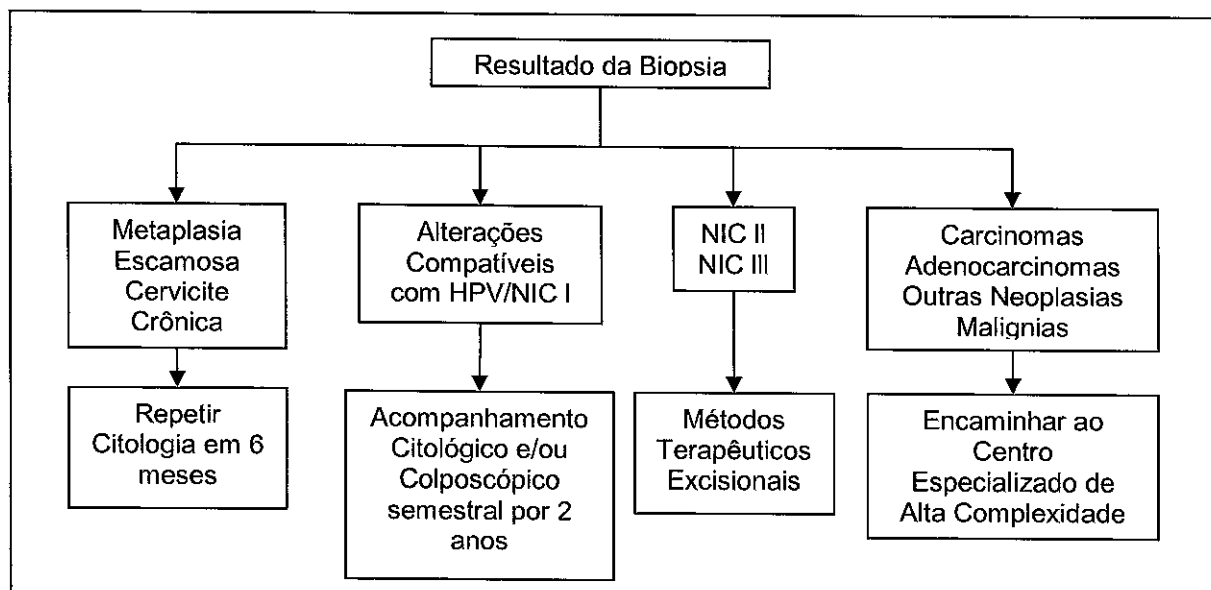


Figura 9. Recomendações específicas de acordo com o laudo histopatológico

Nota técnica: caso haja persistência das alterações citológicas e/ou colposcópicas, está indicado axerese da Zona de Transformação.

4.5.3 Situações especiais

Mulheres pós-menopausa

A conduta a ser adotada na Unidade da Atenção Básica não se altera para as pacientes em pós-menopausa, exceto nas atipias celulares de significado indeterminado e neoplasia intra-epitelial de baixo grau, quando associada à atrofia genital constatada pelo exame clínico e/ou citológico, já que nesses casos há uma incidência maior de falso-positiva. Nessa situação a estrogenização, caso não haja contra-indicação, e a repetição citológica, se impõe, na Unidade de Atenção Básica.

A estrogenização pode ser feita mediante a administração oral de estrogênio conjugados por sete dias, com a realização do exame citopatológico em até uma semana após o término do esquema ou a administração tópica de estrogênio creme por sete dias, com a realização do exame citopatológico entre o 3º e 7º dia após o término do esquema. As pacientes que apresentarem anormalidade citológica, após estrogenização, deverão ser encaminhadas à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia imediata. Naquelas que apresentarem resultado negativo, uma nova citologia deverá ser realizada em 6 meses, na Unidade da Atenção Básica. Depois de duas citologias consecutivas negativas a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento.

As pacientes em pós-menopausa, uma vez na Unidade de Referência de Média Complexidade, serão submetidas às condutas anteriormente apresentadas nesse documento.

Mulheres imunodeprimidas

As mulheres imunodeprimidas, com resultado citológico alterado, têm risco aumentado de apresentarem lesão histopatológica mais grave, ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, encaminhar à Unidade de Referência de Média Complexidade.

Considera-se paciente imunodeprimida aquela portadora do HIV, usuária de corticóides, transplantada, entre outras.

Nas mulheres portadoras do HIV, as lesões precursoras apresentam envolvimento cervical mais extenso e com mais freqüência envolvem órgãos do trato genital inferior, tais como, a vagina, a vulva e a região perianal. A investigação da paciente com citologia sugestiva de lesões de baixo e alto grau e o respectivo tratamento devem ser acompanhados de introdução da terapia anti-retroviral eficaz. Isso reduz o risco de recorrências, de progressão de lesões existentes e de persistência pós-tratamento.

As pacientes imunodeprimidas, uma vez na Unidade de Referência de Média Complexidade, serão submetidas às condutas anteriormente apresentadas nesse documento. Quando de retorno à Unidade de Atenção Básica, deverão ser rastreadas anualmente por toda a vida, em decorrência de maior risco de recidiva.

Gestantes

Estudos mostram que o risco de progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor, durante o período gestacional, é extremamente baixo e a regressão espontânea após o parto é relativamente freqüente.

Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a conduta recomendada para as pacientes não grávidas, na Unidade da Atenção Básica.

Na Unidade de Referência de Média Complexidade, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora; portanto, diante de uma colposcopia satisfatória ou insatisfatória mostrando lesão sugestiva de invasão, a biópsia se impõe. Caso contrário, isto é, na presença de lesão colposcópica sugestiva de lesão de alto grau ou de menor gravidade, a paciente permanecerá em controle colposcópico e citológico na Unidade de Referência de Média Complexidade, trimestralmente, até o parto. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada ao Centro Especializado de Alta Complexidade. Se a colposcopia for insatisfatória não mostrando lesão, uma nova colposcopia deve ser realizada em três meses, pela possibilidade de a colposcopia se tornar satisfatória na evolução da gravidez.

Toda lesão colposcópica associada à citologia de invasão deve ser biopsiada.

A conduta obstétrica, em princípio, para a resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, na Unidade de Referência de Média Complexidade.

Adolescentes

De acordo com a Lei nº. 8069, de 13/07/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança, a pessoa com 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

Os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas têm aumentado progressivamente, alterando-se de 3% da década de 70 para 20% na década de 90.

Nessa faixa etária, frequentemente, observaram-se fatores de risco, como a sexarca precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológicos, que geram uma maior vulnerabilidade.

A conduta na Unidade da Atenção Básica não se altera na adolescente, devendo, portanto, seguir as recomendações anteriormente apresentadas nesse documento.

Na Unidade de Referência de Média Complexidade, a adolescente deverá seguir as mesmas condutas recomendadas para as paciente em pré-menopausa, exceto se o laudo histopatológico for de NIC I, em que a conduta deverá ser conservadora, não cabendo, portanto, a indicação de métodos excisionais na persistência citopatológica e/ou colposcópica. No caso de piora da lesão colposcópica e/ou da citologia de repetição, está indicada a nova biópsia. Resultado histopatológico maior que NIC I, seguir recomendações específicas de acordo com o laudo.

O método "Ver e Tratar" não foi recomendado para as pacientes adolescentes e, mesmo quando houver concordância cito-colposcópica, a biópsia se impõe.

Condutas baseadas no resultado da citologia oncótica

- Amostra insatisfatória: repetir a coleta;
- Processo infeccioso: agendar retorno com médico para avaliação (DST: tratar, Cândida ou Gardnerella: associar a dados clínicos para indicação ou não de tratamento);

Encaminhar para Propedêutica do colo de acordo com seguintes critérios:

- Citologia positiva;

- Presença de HPV;
- Schiller positivo e grandes ectopias com mucorréia e indicação de cauterização;
- Pólipos cervicais;
- Condilomatoses com indicação de tratamento cirúrgico ou cauterização;
- Colposcopia;
- Biópsia dirigida;
- Cauterizações;
- Cirurgia de alta frequência – CAF;
- Deverá ser oferecido teste de HIV para todas as mulheres com diagnósticos de lesão de alto grau.

REFERÊNCIAS

Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília v. 1, 2012.

Caderno de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, 2012.

Cadernos de Atenção Básica, Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama 2ª edição. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília, 2013.

Manual Técnico, Gestação de Alto Risco 5ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Protocolos de regulação para acesso a consultas e exames especializados em ginecologia. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde Rede Estadual de Atenção Materno Infantil.2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. SAF/Sul Trecho 2 Lote 5/6 Torre II Ed. Premium Térreo sala 17 70070-600 Brasília/DF Tel.: (61) 3306-8101 Fax.: (61)3306-8107 E-mail: saude.mulher@saude.gov.br Homepage: www.saude.gov.br/saudemulher.

Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Protocolo de vinculação da gestante. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde Rede Estadual de Atenção Materno Infantil. 2017.

Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa. Brasília, Setembro 2014