



Rede de atenção: saúde da mulher

Ângela Cristina Labanca de Araújo
Rachel Rezende Campos

Rede de atenção: saúde da mulher

Ângela Cristina Labanca de Araújo

Rachel Rezende Campos

Belo Horizonte
NESCON - UFMG
2020

CRÉDITOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde: Eduardo Pazuello
Secretário de Atenção Primária à Saúde:
Raphael Câmara Medeiros Parente
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde:
Luiz Otávio Franco Duarte
Secretaria de Vigilância em Saúde: Arnaldo
Correia de Medeiros
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
na Saúde: Mayra Isabel Correia Pinheiro
Secretária Executiva da Universidade Aberta do
SUS: Maria Fabiana Damásio Passos

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ

Presidente: Nísia Trindade Lima

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida
Vice-Reitor: Alessandro Moreira
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Fábio Alves
Pró-Reitora de Extensão: Cláudia Mayorga
Diretora do Centro de Apoio à Educação a
Distância: Eliane Marina Palhares Guimarães
Coordenador Universidade Aberta do SUS na
UFMG: Edison José Corrêa
Faculdade de Medicina
Diretor: Humberto José Alves
Vice-Diretora: Alamanda Kfoury Pereira

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

Diretor: Francisco Eduardo de Campos
Vice-Diretor: Edison José Corrêa
Coordenador Acadêmico: Raphael Augusto
Teixeira de Aguiar
Coordenadora Administrativa e Financeira:
Mariana Aparecida de Lélis
Coordenadora de Design Educacional (DE): Sara
Shirley Belo Lança

Gerente de Tecnologias da Informação (TI):
Gustavo Storck
Gestora Acadêmica: Roberta de Paula Santos
Revisor institucional: Edison José Correa, José
Maurício Carvalho Lemos
Coordenação Técnico-pedagógica: Tarcísio
Márcio Magalhães Pinheiro e Maria Rizoneide
Negreiros de Araújo, Maria Auxiliadora Córdova
Christófaro, Matilde Meire Miranda Cadete
Produção
Desenvolvimento Web e Administração Moodle:
Daniel Lopes Miranda Junior, Simone Myrrha
Apoio Técnico: Leonardo Aquim de Queiroz,
Michel Bruno Pereira Guimarães
Designer Educacional: Angela Moreira
Web Designer: Felipe Thadeu Carmo Parreira
Diagramadora: Giselle Belo Lança Antenor
Barbosa

Secretaria editorial / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Nescon / UNA-SUS/UFMG

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>
Faculdade de Medicina /Universidade Federal de
Minas Gerais – UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar - CEP 30.130-
100
Belo Horizonte – MG – Brasil
Tel.: (55 31) 3409-9673
Fax: (55 31) 3409-9675
E-mail: comunicacao@nescon.medicina.ufmg.br

© 2020, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte, e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição – você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial – você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>>

ATUALIZE-SE

Novos protocolos editados por autoridades sanitárias, pesquisas e experiências clínicas indicam que atualizações e revisões nas condutas clínicas são necessárias. Os autores e os editores desse curso fundamentaram-se em fontes seguras no sentido de apresentar evidências científicas atualizadas para o momento dessa publicação. Leitores são, desde já, convidados à atualização. Essas recomendações são especialmente importantes para medicamentos e protocolos de atenção à saúde.

Recomenda-se a consulta a fontes de pesquisa correlatas:

Biblioteca Virtual do Nescon.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>

Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) - UNA-SUS.

Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/>>

Araújo, Ângela Cristina Labanca de
Rede de atenção: saúde da mulher / Ângela Cristina Labanca de Araújo,
Rachel Rezende Campos – Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2020.
113 p.: il.:

ISBN: 978-65-86593-03-7

Unidade 1- Vida de mulher, que vida é esta? Unidade 2- Cuidados à mulher na gestação e no puerpério. Unidade 3 – Prevenção do câncer de mama. Unidade 4 - Cuidados à mulher na prevenção do câncer do colo do útero. Unidade 5 - Cuidados à mulher no climatério. I. Araújo, Ângela Cristina Labanca de. II. Campos Rachel Rezende. III. \universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde da Família. IV. Título

NLM:

CDU:

Sumário

Apresentação das autoras	7
Introdução	8
Unidade 1 - Vida de mulher, que vida é esta?	9
Seção 1 - Contexto e situação de vida da mulher	11
Seção 2 - Violência contra a mulher: um adoecer e morrer cotidiano.....	16
Unidade 2 - Cuidados à mulher na gestação e no puerpério	25
Seção 1 - Cuidado à gestante no pré-natal.....	27
Seção 2 - Queixas e intercorrências mais frequentes na gestação.....	36
2.1 Queixas e intercorrências: abordagem e cuidados de principais queixas na gravidez	36
2.2 Síndromes hemorrágicas	43
2.3. Diabetes gestacional	44
2.4 Síndromes hipertensivas	46
2.5 Anemias.....	48
2.6 Sífilis	49
2.7 Vulvovaginites	51
2.8 Toxoplasmose	52
2.9 Infecção pelo Zika vírus	54
2.10 Sofrimento mental	56
2.11 Infecção do Trato Urinário (ITU).....	56
Seção 3 - Cuidado à puérpera	58
3.1 Alterações fisiológicas e intercorrências frequentes do período puerperal.....	58
3.2 Considerações sobre o aleitamento materno	62
Unidade 3 - Prevenção do câncer de mama	65
Seção 1 - Base para o cuidado à mulher na prevenção do câncer da mama	67
1.1 Rastreamento com mamografia	68
1.2 Rastreamento com exame clínico das mamas.....	70
1.3 Exames complementares de mama	74
Seção 2 - Diagnóstico precoce do câncer de mama	76
Seção 3 - Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendação de conduta..	77
3.1 Critérios para encaminhamento da mulher para o serviço de mastologia.....	79

Unidade 4 - Cuidados à mulher na prevenção do câncer do colo do útero.....	81
Seção 1 - Prevenção do câncer do colo do útero	83
1.1 Periodicidade do rastreamento do câncer do colo do útero e população-alvo	84
1.2 Coleta do material para o exame citopatológico	85
1.3 Nomenclatura do exame citopatológico e adequabilidade da amostra	85
1.4 Recomendações preconizadas diante do resultado citopatológico anormal	87
Unidade 5 - Cuidados à mulher no climatério	91
Seção 1 - Definições referentes ao climatério	93
1.1 Sinais e sintomas mais frequentes	95
1.2 Terapêuticas recomendadas para a mulher no climatério	96
1.3 Recomendações para a equipe de saúde da família no cuidado à mulher no climatério	99
1.4 Recomendações para a equipe de saúde da família no cuidado à saúde bucal no climatério	101
Conclusão.....	103
Referências.....	105

Apresentação das autoras

Ângela Cristina Labanca de Araújo

Mestrado e Doutorado em Saúde da Mulher pela Faculdade Medicina de UFMG. Médica na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) desde 12/04/1995, atuando na assistência como ginecologista e obstetra. Referência Técnica da Assessoria de Educação em Saúde da PBH. Orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso e Tutora a distância da Unidade Didática II – Saúde da Mulher do Curso de Especialização em Saúde da Família no Nescon/UFMG, desde 2012.

Rachel Rezende Campos

Médica. Mestre em Ginecologia e Obstetrícia, com especialização em Geriatria e em Saúde da Família e Comunidade. Referência Técnica na Gerência de Educação em Saúde e Tutora do Programa Mais Médicos para o Brasil, na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Médica Reguladora da Comissão de Alta Complexidade na Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Tutora a Distância em Cursos de Especialização em Saúde da Família no Nescon/UFMG, desde 2008.

Rede de atenção: saúde da mulher

Apresentação

Esta disciplina pretende promover uma reflexão sobre o cuidado à saúde da mulher na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, o que implica pensar a mulher para além das suas dimensões biológicas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde no Brasil e a mulher, quando gestante ou na suspeita de gravidez, ocupa um lugar prioritário nas agendas na UBS.

Além desse período gestacional, a mulher atravessa diferentes fases em sua vida e, para cada uma delas, necessita de um cuidado, devido ao risco inerente a cada fase, ora com maior ou menor risco, mas com necessidades reais de atenção em sua saúde.

Dessa forma, os conteúdos abordados nesta disciplina contemplam as situações mais relevantes e inerentes à mulher no contexto social e clínico desde a contracepção até o período do climatério. É provável que muitos conteúdos aqui abordados já tenham sido estudados durante o ensino na graduação. O desafio agora é desenvolvê-los de maneira integrada, ou seja, com uma abordagem centrada em soluções dos problemas e que possibilite a aproximação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho.

Espera-se que a disciplina contribua com o processo de educação permanente, de maneira que os profissionais de saúde continuem atuando como ativadores do processo de definição e organização do trabalho em equipe na Rede de Atenção à Saúde, instrumentalizados por linhas de cuidados e protocolos da assistência integral à saúde da mulher.

Unidade 1

Vida de mulher. Que vida é esta?

UNIDADE 1

Vida de mulher. Que vida é esta?

Esta Unidade aborda aspectos, situações e determinantes que conformam e caracterizam vida da mulher na sociedade, destacando as implicações e demandas a serem reconhecidas e consideradas pelos profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) na assistência integral à saúde da mulher.

Ao finalizar a Unidade, o profissional deve ser capaz de:

- contextualizar as determinações, as situações e as condições que caracterizam a vida da mulher na sociedade;
- reconhecer os impactos das características da vida da mulher no perfil de morbimortalidades da população feminina, em especial no território de referência;
- incorporar, no plano de trabalho das equipes de saúde da família, o cuidado à mulher vítima de violência;
- mapear ações interprofissionais e interinstitucionais no sentido da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Seção 1

Contexto e situação de vida da mulher

Alguns aspectos e dados são básicos para caracterizar a vida da mulher na sociedade. Em razão da transversalidade e amplitude, um deles movimenta e dimensiona quaisquer outros: mulheres e homens são sujeitos sociais. A partir dessa premissa, a categoria gênero, porque agrega o conjunto de relações sociais, de atitudes, de papéis, de atributos e de crenças que na sociedade caracterizam o masculino (homem) e o feminino (mulher), firma-se como paradigma de escolha para configurar a situação e a dinâmica da vida da mulher: afinal, que vida é esta?

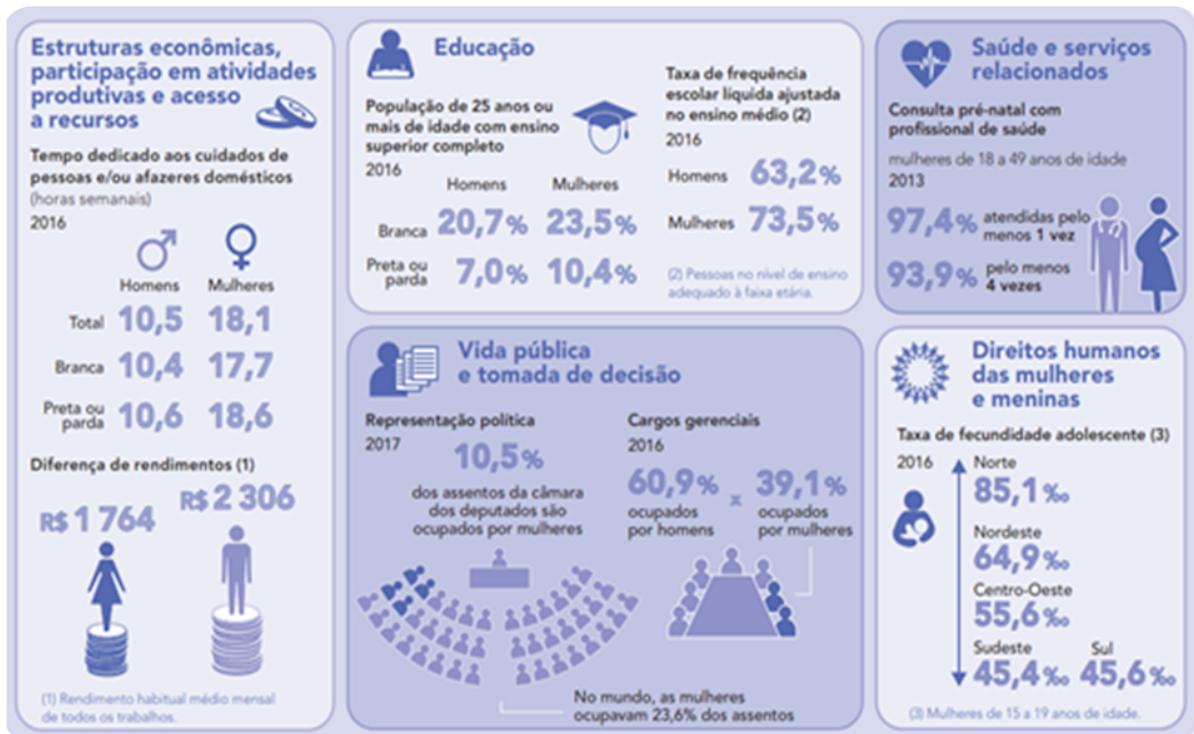
A categoria gênero é um paradigma básico para situar e compreender mulher e homem, biológica e socialmente, e reconhecer efeitos e impactos dessa situação e diferenças no processo saúde-doença em cada segmento (masculino e feminino), rompendo com a compreensão dicotômica dos papéis sociais e criando possibilidades de superação da subalternidade feminina, entre outras (FONSECA, 2005).

É nesse contexto que vêm sendo definidas e desenvolvidas em, praticamente, todo o mundo e em todas as áreas, ações afirmativas focadas na situação e nas condições de vida da mulher.

Protagonista nesse processo, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu oito objetivos internacionais de desenvolvimento para o ano de 2015, denominados “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, em que estão incluídos: saúde da gestante, promoção da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. Dado o potencial extensivo dessa definição, ainda em 2010, foi aprovada e criada pela Assembleia Geral da ONU a “Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher”, identificada e distinguida como “ONU Mulheres”. Entre as principais áreas temáticas da “ONU Mulheres” estão: liderança e participação política, desenvolvimento econômico e fim da violência contra as mulheres.

Nesse contexto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018) realizou o estudo “Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014) e, com base nos dados levantados, conclui que “a mulher estuda mais, trabalha mais e ganha menos do que o homem” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019a) (Figura 1).

Figura 1 - Indicadores sociais do segmento feminino da população no Brasil



Fonte: IBGE, 2018.

Dados e informações das pesquisas sociodemográficas realizadas pelo IBGE (2018) mostram que 51,7% da população brasileira (208,5 milhões de habitantes) são mulheres. Nesse segmento, 17,5% estão na faixa etária de até 24 anos, e na faixa etária de 60 anos estão 8,6%, enquanto, no segmento masculino da população (48,3%), 18,2% estão na faixa etária de até 24 anos e 6,8% na de 60 anos e mais. Esses dados retratam o segmento feminino da população com menor padrão de juventude e maior expectativa de vida ao nascer.

Outro parâmetro básico para compreender a situação de vida da mulher é o perfil de morbimortalidade (de que adoecem e morrem as mulheres) que, no Brasil, tem como base de dados o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

IMPORTANTE

O registro de dados e informações produzidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma das fontes que alimenta o (Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

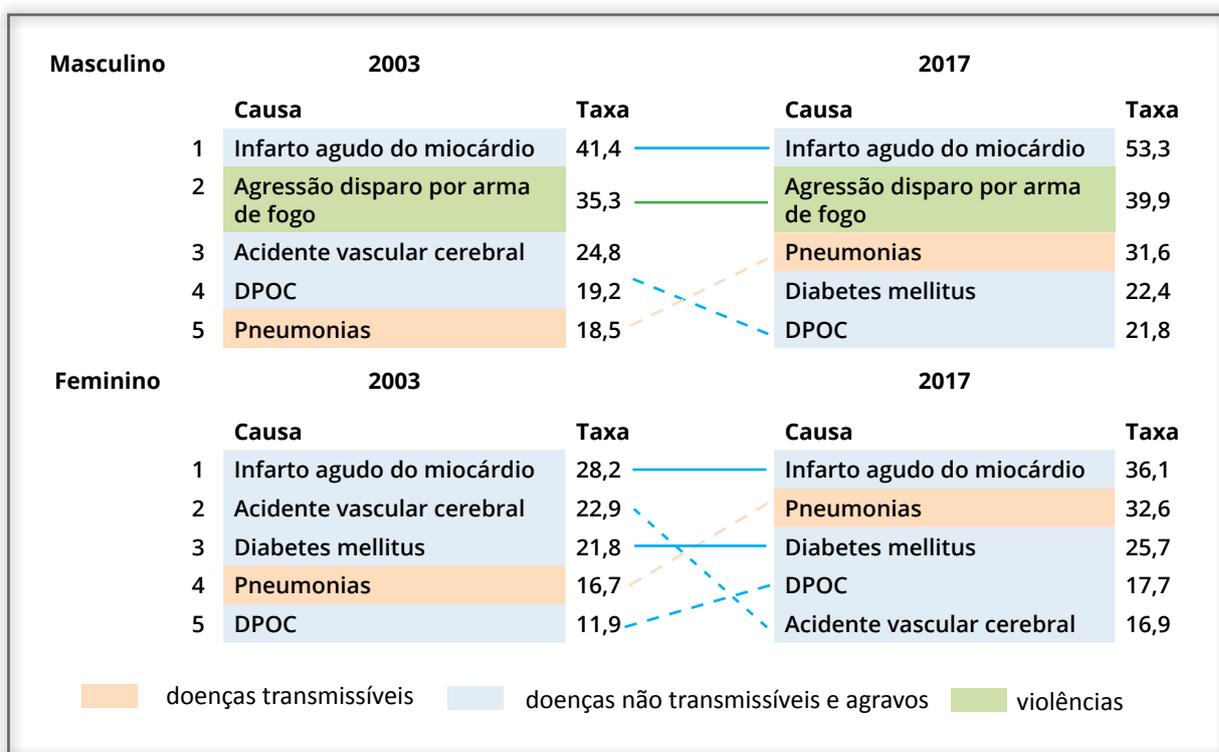
No perfil de morbidade da população feminina no Brasil destacam-se as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), consideradas como ‘problema de saúde pública’ em todo o mundo e com repercussões diretas na saúde reprodutiva da mulher (infertilidade, complicações na gravidez) e, indiretamente, como fator de risco para coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Nesse grupo de IST estão alguns destaques específicos em relação à:

- Sífilis - no Brasil, em 2018, a taxa de detecção de sífilis adquirida (não gestantes) foi de 75,8 casos por 100.000 habitantes; detecção de sífilis em gestante foi de 21,4/1000 nascidos vivos, taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita de 8,2/100.000. Esses dados geram preocupação, impondo a necessidade de estratégias para enfrentamento da Sífilis no país, em especial na atenção primária a saúde e pelos profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2014a; 2015a, 2016b, 2019a).
- HIV e AIDS - No Brasil, entre 2008 a 2018, foi constatada diminuição nas taxas de detecção de HIV e AIDS. Nesse mesmo período as mulheres representaram 31% dos casos de HIV notificados no SINAN. A razão de sexos para o ano de 2018 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres. A principal via de exposição ao HIV para as mulheres é heterossexual (86,5%), e a maior detecção de AIDS ocorreu em mulheres na faixa etária entre 40 e 44 anos (20,5 casos/100.000 habitantes). No período de 2008 a 2018 o aumento na taxa de detecção de HIV em gestantes foi de 38,1% (2,9/1.000 nascidos vivos) provavelmente decorrente da ampliação do diagnóstico no pré-natal (BRASIL, 2016b; 2019a).
- Hepatite B - na abordagem de prevenção da Hepatite ‘B’ evitar a transmissão vertical com as seguintes ações: imunização preferencial das meninas e mulheres de 10 a 49 anos, assistência pré-natal, testagem para hepatite, uso de antiviral, administração de vacina e imunoglobulina ao recém-nascido (BRASIL, 2016b; 2019a).

Segundo o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, em 2018, a expectativa de vida ao nascer era de 76,3 anos na população brasileira em geral (homens e mulheres) e de 79,9 anos quando considerado apenas o segmento feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019b). Considerando as causas de morte por sexo, pesquisadas,

comparativamente, nos anos de 2003 e 2017, constata-se que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa, comum aos dois grupos seguida de outras que se distinguem percentualmente para cada segmento, exceto a “agressão por disparo de arma de fogo” como uma das cinco primeiras causas de morte para o sexo masculino, por segmento (BRASIL, 2019a) (Figura 2).

Figura 2 - Evolução das taxas de mortalidade pelas principais causas de óbito (por mil hab.), segundo sexo, em 2003 e 2017, Brasil



Fonte: BRASIL, 2019a, p. 116.

Na abordagem do perfil de morbimortalidade da população feminina estudar a mortalidade materna é imprescindível. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a):

- 92% das mortes maternas são por causas evitáveis,
- as principais causas da mortalidade materna no Brasil são hipertensão e hemorragia, seguidas por infecção puerperal e aborto que são categorizadas como “causas obstétricas diretas” porque resultam de complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério (período de até 42 dias após o parto).

Além das causas obstétricas direta, a mortalidade materna ocorre devido a causas relacionadas com doenças preexistentes ou que se desenvolveram no ciclo gravídico-puerperal e foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (causas indiretas), dentre elas, a de maior importância epidemiológica é a doença do aparelho circulatório (BRASIL, 2000; 2019a).

ATENÇÃO!

Como calcular razão de mortalidade materna e de morte materna:

- ▶ **Razão de mortalidade materna:** número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ▶ **Morte Materna**, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2000).

Seção 2

Violência contra a mulher: um adoecer e morrer cotidiano

A violência contra a mulher é um fenômeno mundial complexo relacionado às concepções que condicionam a mulher a um papel subalterno, secundário, de objeto e não de sujeito da sua própria vida que impacta no perfil de morbimortalidade do segmento feminino da população.

Evidencia hierarquia de poder social, político e econômico, que “reforçam ideologias sexistas, racistas e classistas” (GIORDANI, 2006 apud ANDRADE, 2009, p 15).

Em cerca de 70% a 80% dos casos a violência contra a mulher o agressor é o parceiro com quem a mulher mantém relação de afeto. Caracteriza-se por agressividade e coações concretizadas por ataques físicos, sexuais e psicológicos.

Em todas suas formas a violência contra a mulher resulta em sequelas físicas e psicológicas o que torna a vítima mais vulnerável a outros agravos, tais como: uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças ginecológicas, distúrbios sexuais, depressão e ao suicídio. Enfrentar a violência contra mulher pressupõe reafirmar cotidianamente os direitos humanos e sua extensão como direitos sexuais e reprodutivos, a saber (ANDRADE, 2009; BRASIL, 2002; 2009b; 2011b; 2012b):

- Decidir-se quer ou não ter filhos.
- Decidir a quantidade e o momento que considerar desejável para ter filho.
- Obter a informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.
- Escolher a parceria sexual, ter ou não relação sexual, ter relação sexual de forma segura com prevenção de gravidez e de IST;
- Ter acesso a serviços de saúde – com privacidade, sigilo, sem discriminação –, à informação e à educação sexual e reprodutiva.

O desenvolvimento dos direitos humanos e, nesse contexto, as afirmações dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher reportam à revolução Industrial e ao processo de urbanização, nos séculos XVIII e XIX, quando o termo “feminismo” se firma como expressão dos movimentos que estruturam, organizam e expandem a luta da mulher por justiça social. Na progressão dos movimentos feministas, o século XX foi cenário de programas, projetos e eventos que ampliaram e consolidaram a luta pela igualdade de direitos entre os gêneros (Figura 3).

Figura 3 – Eventos destaques do movimento feminista no período de 1970-1990.



Fonte: organizado pelas autoras.

- 1960 - Surgem as pílulas anticoncepcionais, marco da “revolução sexual”, em todo o mundo.
- 1975 – A 1ª Conferência Mundial sobre a situação da mulher, realizada no México, pauta, internacionalmente, que os direitos básicos da mulher sejam assegurados e garantidos, inclusive o acesso igualitário à educação, ao emprego, à participação política, aos serviços de saúde, incluindo o planejamento familiar.
- 1979 - É constituído o primeiro tratado internacional objetivando eliminar e reprimir todas as formas de discriminação contra a mulher e promover seus direitos na perspectiva da igualdade de gênero.

- 1985 – Realiza-se a III Conferência Mundial sobre a Mulher, em Nairóbi, sob o título “Conferência Mundial para a Revisão e Avaliação das Realizações da Década das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz”. Esse evento aprovou o documento “Estratégias Prospectivas de Nairóbi para o Ano 2000”, que incluía a diminuição da mortalidade materna em 50% até o ano 2000. Para marcar essa proposta, foi adotado o termo “Maternidade Segura”. Foram signatários 157 Estados participantes.
- 1994 – a) Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo. Foi o primeiro encontro internacional de população e desenvolvimento, no qual a centralidade foi a saúde reprodutiva, sexual e os direitos das mulheres; b) Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará/Brasil). Esse evento pautou a proteção aos direitos da mulher e defendeu a eliminação das situações de violência.
- 1995 - IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing. Propõe inserir o termo ‘gênero’ para as políticas públicas (ONU MULHERES BRASIL, 2020).

No Brasil, as ações e atividades dos movimentos políticos e sociais centrados e focados na luta pela igualdade de direitos entre os gêneros resultaram em definição de normativas que dispõem sobre questões estruturais e paradigmáticas dos movimentos feministas:

- Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 – Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar - estabelece o planejamento familiar como direito de todo cidadão (BRASIL, 1996).
- Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, Presidência da República - Casa Civil – Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Retifica a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 18 de dezembro de 1979.
- Decreto nº 4.625, de 21 de março de 2003a – cria a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres como órgão integrante da Presidência da República, com status de Ministério para formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens (Revogado pelo Decreto nº 7.043, de 2009) (BRASIL, 2003a).
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha - Dispõe de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Marco no enfrentamento a violência contra a mulher no Brasil (BRASIL, 2006a).
- Portaria nº 104 de 21 de janeiro de 2011- Inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória (BRASIL, 2011b).

- Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, Brasil. Define na Lista Nacional de Notificação Compulsória, na qual a violência sexual e tentativa de suicídio passa ter notificação em até 24 horas para Secretária Municipal de Saúde (BRASIL, 2014a).
- Lei nº 13.266, de 05 de abril de 2016 - extingue a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Cria o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Extingue o cargo de Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Política para as Mulheres (BRASIL, 2016a).
- Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017 - Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017a).
- Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Código Penal, que passa a tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, além de “tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo” (BRASIL, 2018a).
- Despacho do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas de 03 de maio de 2019 – posição oficial em relação à expressão “violência obstétrica” (BRASIL, 2019b).

A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério. O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidencia científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde. Neste sentido, estratégias têm sido fortalecidas para que o cuidado materno seja cada vez mais qualificado, principalmente no que se refere à diminuição da mortalidade materna, mortalidade infantil, prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê e na relação de cuidado e afetiva mãe-filho. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação. Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano (BRASIL, 2019b, on-line).

Esse pronunciamento está em contraposição a todos os avanços e conquistas de afirmação dos direitos da mulher, da gestante e das 'boas práticas' para assistência ao parto normal.

Além dos dispositivos legais destacados, é importante registrar eventos, programas e definições no plano de políticas públicas que estão alinhados aos objetos e propósitos da igualdade entre os gêneros:

- I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004), Brasil. Evidencia as diretrizes para o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi instituído em 2005 (BRASIL, 2004).
- Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Propõe notificação imediata e proceder ao atendimento da vítima em até 72 horas da agressão, o que inclui acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive as hepatites virais (BRASIL, 2012b).
- Estabelecida a 'Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências' (BRASIL, 2010b).
- Implementada a 'Rede Cegonha' no Brasil, que propõe novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto (com adoção das "boas práticas do parto e não a violência obstétrica"), ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses (BRASIL, 2011a).
- Norma Técnica (2015): Atenção humanizada à pessoa em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Institui a concepção de rede de serviços intrasetorial e intersetorial, articulados para atenção integral à mulher vítima de violência sexual (BRASIL, 2015b).

No Brasil, no período de 2007-2017, houve crescimento de 30,7% nos índices de violência contra as mulheres, sendo que, nesse último ano, os homicídios femininos foram de aproximadamente 13 assassinatos/dia (4.936 mulheres mortas).

Quando a variável raça é avaliada, percebe-se que a diferença racial é um marco nos índices de violência: 60,5% entre as mulheres negras, em comparação com 1,7% em mulheres não negras, nesse mesmo período (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Várias conquistas e proposições definidas nas políticas públicas para a mulher são concretizadas em ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), nos serviços e Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos profissionais da eSF, que devem estar preparados para suspeitar e identificar situações de violência, além de realizar o cuidado às mulheres vítimas de violência, tais como:

- realizar assistência médica e multidisciplinar, no tempo oportuno;
- conhecer e colaborar na articulação da rede intrasetorial e intersetorial do município, ao qual a eSF está vinculada, de modo a garantir o devido encaminhamento para outros serviços e unidades da Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência;
- esclarecer e orientar as mulheres dos seus direitos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b; 2017a; 2017b) define protocolos e orienta como os profissionais da eSF devem proceder no atendimento à mulher vítima de violência, desde o momento do acolhimento com escuta qualificada, avaliação da história de violência (geralmente são situações crônicas), comorbidades e checklist para o exame físico. Cabe à eSF construir o Plano de Cuidados e, entre outros procedimentos e cuidados, assegurar: profilaxia de IST, prevenção de gravidez indesejada e demais ações que possibilitam segurança e apoio às mulheres. É importante destacar que, no caso de gravidez (suspeita ou confirmada), deve-se considerar a demanda da mulher, mesmo quando ainda adolescente, inclusive quanto ao uso de anticoncepção hormonal de emergência (Quadro 1).

Quadro 1- Anticoncepção hormonal de emergência (AHE)

Método	Esquema terapêutico	Informações e prazo de início da anticoncepção
Levonorgestrel (comprimidos de 0,75)	1,5 mg de levonorgestrel, dose única , via oral) preferencialmente*) ou 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas , via oral (total de 2 comprimidos)	Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar. Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias.

Fonte: BRASIL, 2016b, p.165.

Nota: O AHE pode ser usado por via vaginal se a mulher estiver desacordada, como no caso em que ela tenha sido vítima de violência.

Observação: a eficácia (índice de Pearl) é a média de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

Em 2019, a ONU publicou o guia “Cuidando de mulheres sujeitas à violência: um currículo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a formação de profissionais de saúde”, objetivando desenvolver nos profissionais de saúde habilidades para o atendimento às mulheres vítimas de violência, por meio da estratégia de abordagem LIVES (Listen, Inquire, Validate, Enhance e Support), ou seja: ouça, pergunte, valide as experiências, reforce e melhore o suporte e a segurança das mulheres que vivenciam situações de violência (WHO, 2019).

O desenvolvimento da Política de Planejamento Reprodutivo está entre os avanços das políticas públicas de enfrentamento da violência e deve pautar-se em:

- Práticas educativas permeando as ações de saúde: desenvolver práticas educativas relativas ao planejamento reprodutivo com informações para que as pessoas possam fazer suas escolhas sobre contracepção e concepção. As práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais da eSF podem ser tanto de forma individual quanto coletiva.
- Garantia de acesso às pessoas: levar em consideração a necessidade de ampla divulgação das ações em escolas, associações comunitárias e outros locais que os profissionais da eSF julguem estratégicos, possibilitando a participação de adolescentes e homens, os quais geralmente são menos presentes na unidade de saúde.
- Profissionais da eSF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que constituem equipe multidisciplinar engajada (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e demais profissionais), enriquecem as atividades e ampliam a capacidade operacional do serviço de saúde, na APS.
- Livre escolha do método contraceptivo: os profissionais da eSF devem enfatizar as características de cada método. Após conhecer as vantagens e desvantagens de cada método, a mulher terá melhores condições de escolher qual deles se enquadra melhor na sua própria vida. A avaliação clínica médica deve ser pré-requisito para uma adequada prescrição dos contraceptivos, assim como a averiguação da sua adaptabilidade. Com o intuito de colaborar e facilitar a prescrição médica dos métodos anticoncepcionais, a OMS elaborou a “Roda com os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).
- Disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos: as pessoas que procuram o serviço e desejam método contraceptivo devem ter garantia da continuidade da oferta do método escolhido. Essa disponibilidade é fundamental para que a mulher tenha contracepção efetiva. O SUS disponibiliza métodos contraceptivos em todo território brasileiro (Quadro 2).

Quadro 2 - Métodos contraceptivos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)	Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu - 380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) - AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: BRASIL, 2016b, p.164.

PARA SABER MAIS

Roda com os critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais - atualização de 2015 [*WHO medical eligibility criteria wheel for contraceptive use - 2015 update*]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173585/9789248549250-por.pdf?ua=1>.

O cuidado em situação de infertilidade conjugal é parte do planejamento. O apoio e a orientação para casais com dificuldade para engravidar, após um a dois anos de vida sexual sem proteção contraceptiva, é uma atividade que, em geral, inicia-se na APS e estende aos serviços de atenção secundária à saúde.

Cabe ponderar que fatores masculinos respondem por até 40,0% dos casos de infertilidade. Isso justifica o fato de que ambos – o homem e a mulher parceiros – devem ser avaliados, o que poderá contribuir para desmistificar que “a culpa” pela infertilidade é sempre da mulher.

Unidade 2

Cuidado à mulher na gestação
e no puerpério

UNIDADE 2

Cuidado à mulher na gestação e no puerpério

Nesta unidade estão destacados tópicos do cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Ao final desta unidade, o profissional deve ser capaz de:

- reconhecer as especificidades e demandas da mulher no ciclo gravídico puerperal;
- identificar as intercorrências da mulher no ciclo gravídico puerperal;
- construir o plano de cuidado à gestante e puérpera, junto com a eSF.

Seção 1

Cuidado à gestante no pré-natal

Em 2011, no âmbito do SUS, foi instituída a “Rede Cegonha”, uma rede de cuidados com o propósito de assegurar à mulher “o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a).

O cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal é essencialmente da Atenção Primária à Saúde (APS) e constitui uma das atribuições prioritárias dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF).

Entretanto, para que seja assegurada assistência em toda a integralidade, é necessária a completude do cuidado pela equipe multiprofissional, presente também na APS, e a constituição da Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal, da qual os profissionais da eSF são parte e corresponsáveis pelo plano de trabalho assistencial.

Cabe ressaltar que um dos aspectos que determina a vinculação da gestante ao pré-natal é a atenção acolhedora, oportuna e qualificada dos profissionais da eSF.

A assistência no pré-natal inclui a avaliação das condições socioeconômicas e de saúde que influenciam a gravidez e deve assegurar à gestante oportunidade de acesso a informações, aos recursos, aos cuidados e benefícios à mulher e ao conceito, de forma a viabilizar “Maternidade Segura”. Isso compreende, para além dos procedimentos e exames específicos e próprios do pré-natal, o respeito à autonomia e ao protagonismo da mulher, o compartilhamento das decisões e das condutas a serem tomadas, a garantia de encaminhamentos para serviços de referência no caso de que as intercorrências sejam durante o pré-natal, parto e puerpério.

Na perspectiva de considerar o ciclo gravídico-puerperal um processo a ser vivenciado de maneira solidária pelo casal, a proposta do “pré-natal do parceiro” é uma estratégia que fortalece a corresponsabilidade do homem e da mulher pela gestação (BRASIL. 2011a; 2016b; 2017a).

Para diagnosticar gravidez, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza para a rede de serviço de APS o “Teste Rápido de Gravidez”. Esse exame contribui para a captação precoce de gestante, na Unidade Básica de Saúde – UBS, e proporcionar o acesso precoce de todas as gestantes do território ao pré-natal é fundamental para o alcance do sucesso no acompanhamento materno-fetal.

Uma das atribuições dos profissionais da eSF na assistência às gestantes é reconhecer quem são as gestantes do território ao qual estão vinculadas. Quantitativamente, espera-se que 25% das grávidas de determinada área apresentem fatores que ofereçam risco à gestação, classificadas como de alto risco. As demais, que não evidenciam risco de intercorrências no período gestacional, são consideradas como gestantes normais, de baixo risco ou de risco habitual. A identificação de intercorrências durante a gestação e ou de fatores de risco, inicialmente não perceptíveis, podem levar mudanças na classificação de risco, de modo que esse processo é dinâmico. Vale lembrar que as situações em que as gestantes necessitem ser referenciadas para a Atenção Secundária de Saúde (serviço especializado em alto risco) não excluem a necessidade de continuarem acompanhadas pelos profissionais da eSF, na APS.

PARA SABER MAIS, LEIA:

“Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco” (BRASIL, 2013).

Outro aspecto que deve ser considerado é o acesso e a disponibilização de informações referentes à gestante e seu respectivo pré-natal na UBS. É atribuição do profissional que atende a gestante registrar suas ações, orientações e informações nos documentos de registro, tais como: ficha de pré-natal ou registro do prontuário, caderneta e/ou cartão da gestante. Todos esses registros devem ter uma cópia na UBS e outra com a gestante. O primeiro registro é o cadastro da gestante no SISPRENATAL WEB (Sistema de Informação Nacional, desenvolvido pelo DATASUS/MS, de cadastramento das gestantes; acompanhamento e registro da assistência ao pré-natal, além da identificação e classificação do risco gestacional). O número de cadastro nesse sistema deverá ser registrado na caderneta da gestante.

Em 2018, o Ministério da Saúde (MS) reeditou a “caderneta da gestante”, ampliando a possibilidade de anotações e orientações necessárias à gestante (BRASIL, 2016b; 2017b). Esta caderneta, inclusive, tem sido utilizada como roteiro nas ações de educação em saúde coletivas com as gestantes.

Ao iniciar o pré-natal, os profissionais da eSF devem estabelecer o plano de acompanhamento assistencial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b), o calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais. Em uma situação ideal, o acompanhamento poderia ser mensal até o sétimo mês, quinzenal até o oitavo e semanal

até o parto. O espaçamento menor das consultas no transcorrer da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nos últimos meses de gravidez. É importante ressaltar que a assistência pré-natal se estende até o parto, não existindo “alta”. É na consulta de pós-parto que se encerra o processo assistencial do pré-natal, inclusive com o registro desta finalização no SISPRENATAL WEB.

No desenvolvimento da assistência ao pré-natal, as consultas podem ser realizadas intercaladas entre os profissionais da eSF, especificamente médico (a) e enfermeiro (a), o que proporciona cuidado mais abrangente à gestante. A assistência à gestante no pré-natal contempla: anamnese, exame físico, solicitação e realização de exames e indicação de terapêuticas, de acordo com período gestacional e com o protocolo definido e adotado pela Rede de Atenção à Saúde do SUS municipal. Nessa abordagem serão referências o “Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b; 2017a), de abrangência nacional, e o “Protocolo Pré-natal e Puerpério” da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2019) de recente atualização, assim como a base de informações médicas, fundamentada em evidências atualizadas do UpToDate (2020). Vale ressaltar que, na primeira consulta de pré-natal, alguns aspectos devem ser investigados e registrados (LOCKWOOD; MAGRIPLES, 2020):

- dados pessoais e demográficos;
- história obstétrica e ginecológica (detalhamento sobre gestação, parto e aborto anteriores, gravidez ectópica, doenças ginecológicas prévias, IST, dentre outras);
- história pregressa (estado vacinal; avaliação de fatores risco para doenças, outros agravos e comorbidades, uso de substâncias e medicações; história e exposição de infecção; cirurgias anteriores; viagens ou moradia em áreas endêmicas da malária, tuberculose e vírus do zika);
- história familiar: fatores de risco hereditário;
- abordagem psicossocial;
- história da gravidez atual – data da última menstruação (DUM), cálculo da data estimada de parto, sintomas e percepções da gestante.

Na primeira consulta de pré-natal e nas demais sequenciadas, devem ser solicitados e realizados exames de rotina de acordo com o período gestacional sem intercorrências durante a gestação/pré-natal habitual (BRASIL, 2016b; 2017a):

- hemoglobina e hematócrito: na 1ª consulta e no 3º trimestre;
- eletroforese de hemoglobina: 1ª consulta;
- grupo sanguíneo e fator Rh: 1ª consulta;
- Coombs indireto: a partir da 24ª semana;
- glicemia de jejum: 1ª consulta e no 3º trimestre;

- teste de tolerância à glicose: entre 24 e 28 semanas, nas gestantes sem diagnóstico prévio de Diabetes mellitus;
- urina tipo I: 1ª consulta e no 3º trimestre;
- urocultura e antibiograma: 1ª consulta e no 3º trimestre;
- teste de proteinúria para mulheres com hipertensão na gestação;
- teste rápido para sífilis e/ou VDRL: 1ª consulta e no 3º trimestre;
- teste rápido para HIV e/ou sorologia (anti-HIV I e II): 1ª consulta e no 3º trimestre (28 semanas);
- teste rápido para hepatite 'B' e/ou sorologia para hepatite 'B' (HBsAg): 1ª consulta e no 3º trimestre;
- toxoplasmose IgG e IgM: 1ª consulta e no 3º trimestre, caso os exames anteriores estejam negativos;
- malária (gota espessa) é exame de rotina apenas em áreas endêmicas;
- parasitológico de fezes, quando indicado (quadro de anemia ou outras indicações clínicas).

Destaca-se que, para solicitar exames, principalmente os testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite, os profissionais da eSF devem proceder à abordagem pré-teste na UBS e saber “como comunicar más notícias”, caso o resultado seja positivo (abordagem pós- teste).

Segundo o Ministério da Saúde (2016b), o exame de ultrassonografia (US) obstétrica em gestantes de baixo risco não apresenta evidências científicas que melhorem o prognóstico perinatal (grau de recomendação A).

Entretanto, a realização do US obstétrico precoce, isto é, ainda no 1º trimestre, oferece a vantagem de ter estimativa melhor da data provável para o parto, identificar anomalias fetais e dados básicos para avaliação do crescimento fetal (LOCKWOOD; MAGRIPLES, 2020).

A Secretaria Municipal de Belo Horizonte (SMS/BH) propôs um quadro síntese como checklist, correlacionando atividades de rotina e exames laboratoriais que devem ser realizados durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional (Quadro 3).

Quadro 3 - Procedimentos e exames laboratoriais de rotina no pré-natal de acordo com a idade gestacional

PROCEDIMENTOS E EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NO PRÉ-NATAL*	SEMANAS DE GESTAÇÃO							
	Até 12	13 a 20	21 a 24	25 a 28	29 a 31	33 a 36	37 a 40	41 ou mais
Anamnese	x	x	x	x	x	x	x	x
Peso; inspeção de pele e mucosas; avaliação de edema, PA, FC e FR	x	x	x	x	x	x	x	x
Cálculo da idade gestacional	x	x	x		x	x	x	x
Batimentos/frequência cardiorfetal	x	x	x	x	x	x	x	x
Coombs indireto (se Rh negativo)	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação do estado nutricional da gestante	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação do risco gestacional	x	x	x	x	x	x	x	x
Registros no prontuário e na Caderneta da Gestante	x	x	x	x	x	x	x	x
Terapêutica com sulfato ferroso			x	x	x	x	x	x
Investigação de violência doméstica	x		x			x		
Teste rápido para Sífilis	x		x			x		
Sorologia para Toxoplasmose	x			x		x		
Urina rotineira e urocultura	x			x		x		
Glicemia de jejum	x			x				
VDRL	x			x				
Hemograma	x				x			
Anti-HIV	x				x			
HBSAg	x				x			
Ultrassom obstétrico			x					x
Glicemia após dextrosol **			x	x				
Palpação obstétrica (identificação da situação, posição e apresentação fetal)						x	x	x
Exame clínico geral	x							
Grupo sanguíneo /Rh	x							
Teste rápido para HIV		x						
Teste rápido para hepatite 'B'	x							
Eletroforese de hemoglobina	x							
Consulta odontológica	x							
Terapêutica de ácido fólico	x							
Coleta para citopatologia oncológica		x						
Toque vaginal***		x						
Encaminhar para a maternidade	Quando necessário/devido intercorrência que justifica o encaminhamento							X ****

Fonte: BELO HORIZONTE, 2019. p. 122-23.

* de acordo com avaliação, qualquer procedimento e exame poderá ser realizado/repetido além do protocolo;

**a partir da 24ª semana;

deve ser evitado em gestante/segunda metade da gravidez com sangramento (até excluir diagnóstico de placenta prévia/risco de tocar a placenta e causar hemorragia imediata e grave); *no caso de o parto não ter ocorrido até a 40ª semana de gestação.

O referenciamento para o serviço de saúde bucal é uma das ações da primeira consulta no pré-natal para avaliação e, caso necessário, proceder às intervenções odontológicas necessárias e que podem ser realizadas durante a gestação, considerando a idade gestacional:

- 1.º trimestre - período menos adequado para tratamento odontológico devido às principais transformações embriológicas; radiografias devem ser evitadas.
- 2.º trimestre - período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais.
- 3.º trimestre - período que requer prudência devido ao risco de hipotensão postural (somente urgências devem ser realizadas).

A gestante com comorbidades que esteja sem controle adequado deve ser referenciada para o Centro Especializado em Odontologia ou Atenção Especializada Hospitalar (BRASIL, 2016b; 2018b).

Frequentemente, é solicitado ao médico da eSF a emissão de relatório para realização de intervenções odontológicas na gestação, principalmente em razão da possibilidade de utilização de analgésicos e antibióticos preconizados no atendimento à gestante (Quadro 4).

Quadro 4 - Esquema para intervenções odontológicas na gestante

CONDUTAS
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar anamnese e exame clínico visando buscar informações sobre possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante, elaborando o melhor plano de tratamento possível. • Avaliar sinais vitais antes do atendimento. • Evoluir no prontuário da paciente.
MEDICAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos locais com vasoconstritores são considerados seguros. • A mais indicada é a lidocaína a 2%, com epinefrina 1:1000.000 - limite de 3,6 ml (2 tubetes) por sessão de atendimento. • A prilocaína está contraindicada. • Vasoconstritores como felipressina e oxitocina são contraindicados, pois podem levar a contrações uterinas. • Os analgésicos indicados são: paracetamol ou dipirona. • Os antibióticos indicados são: penicilina e cefalosporina. • Evitar anti-inflamatórios.

Outra ação de destaque que deve ser realizada no pré-natal é a avaliação da situação vacinal da gestante. Idealmente, a atualização da imunização da mulher deve ocorrer na abordagem pré-gestacional; entretanto, quando a imunização não ocorre nesse período, deve ocorrer no pré-natal, que é o momento oportuno e essencial para revisar o cartão de vacina e proceder à vacinação recomendada para proteger a saúde materno-fetal. Consulte o Calendário de Vacinação da Gestante.

PARA SABER MAIS

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE - Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2020/2021

Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>.

Entre as atribuições dos profissionais da eSF, na abordagem da gestante, estão previstos o planejamento e a participação na execução de atividades de educação em saúde. Esta é uma ação importante que visa manter a mulher informada sobre as modificações, os sinais e sintomas fisiológicos de cada fase da gravidez.

As ações educativas coletivas geralmente são realizadas com a participação da equipe multidisciplinar de apoio à APS.

A equipe multiprofissional que acompanha a mulher no ciclo gravídico puerperal deve estabelecer 'Plano Terapêutico Singularizado de cuidados gestacionais'. Uma das estratégias de otimização do cuidado à gestante no pré-natal é proceder a outras abordagens clínicas pelos demais profissionais, como, por exemplo: casos de sobrepeso ou obesidade podem demandar a participação do nutricionista, em ações individuais; assistentes sociais e psicólogos podem ser demandados para atenderem gestantes em situação de vulnerabilidade psicossocial, sofrimento mental, dependência química (álcool, tabaco, outras drogas); fisioterapeutas são requisitados para orientações referentes a alterações posturais, compressão.

Nos municípios que têm implantada a Academia das Cidades, a presença do educador físico melhora a adaptação da mulher às alterações próprias do período gravídico-puerperal. Entre as boas práticas que as gestantes devem realizar, inclui-se a prática de exercícios físicos.

São recomendados 30 minutos de exercícios físicos diários, de intensidade moderada, em toda gravidez, exceto quando existem contraindicações absolutas (Quadro 5).

Quadro 5 - Contraindicações para o exercício físico durante a gestação

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Ruptura de membrana e trabalho de parto prematuro	Histórico de aborto espontâneo ou parto prematuro em gestação prévia
Sangramento persistente no segundo ou terceiro trimestre/ placenta prévia	Doença cardiovascular ou respiratória leve/moderada (exs: hipertensão crônica, asma)
Hipertensão induzida pela gestação ou pré-eclâmpsia	Anemia ou deficiência de ferro (Hb menor que 10g/L)
Incompetência istmo-cervical	Desnutrição ou transtorno alimentar (anorexia, bulimia)
Evidência de restrição de crescimento intrauterino	Gestação gemelar após 28 semanas
Diabetes tipo I, hipertensão ou doença da tireoide não controlados	Outra condição médica significativa
Outras doenças graves: cardiovascular, respiratória ou sistêmica	

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2019).

O momento do parto é o ápice do período gestacional, acompanhado durante o pré-natal ou desde o planejamento reprodutivo da mulher ou do casal grávidico. Esse momento deve possibilitar experiência emocional, física e espiritual capaz de superar os medos, as dores e as incertezas que podem acometer a mulher nesse momento específico. Nas últimas décadas, vêm crescendo movimentos de resgate à dignidade da mulher no momento do parto, com reafirmação do protagonismo da gestante, divulgações que incentivem o “bom parto”, além de sondagens e repúdio às violências obstétricas.

A promoção para um “bom parto” inicia-se durante o pré-natal desvendando mitos, acolhendo e respondendo às dúvidas das gestantes e de seus familiares. Quando uma mulher engravida, todos ao redor também são influenciados e influenciadores dessa maternidade, principalmente as avós! Uma estratégia a ser desenvolvida com as gestantes durante o pré-natal é a realização do “Plano de Parto”. Na Caderneta da Gestante existe espaço para que o “Plano de Parto” possa ser registrado. Nesse espaço, a gestante pode registrar desejos, preocupações e reflexões sobre esse momento.

Uma das ações que contribui para promover segurança e ambientação da gestante para o parto é o direito da grávida ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto e/ou atendimento nos casos de intercorrências durante o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011a; 2012b; 2013; 2014b).

Além de informar sobre esse referenciamento, os profissionais das equipes das Unidades de APS podem promover e realizar visita à parturiente na maternidade, como atividade do pré-natal.

PARA SABER MAIS, LEIA.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico], 2017b. 51 p.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

Seção 2

Queixas e intercorrências mais frequentes na gestação

As principais queixas da gestante decorrem de adaptações da mulher ao estado gravídico e, em geral, não comprometem a qualidade de vida da gestante e o desenvolvimento fetal. A abordagem das queixas podem ser solucionadas pelos profissionais da eSF que desenvolvem o cuidado no pré-natal.

Existem situações, menos frequentes, cujo agravamento dos sintomas e dos sinais pode levar a repercussões na saúde materno-fetal e evidenciar, na realidade, uma entidade nosológica específica e que demanda cuidados, terapêuticas, encaminhamentos e monitoramento específicos e oportunos.

2.1 Queixas e intercorrências: abordagem e cuidados de principais queixas na gravidez

Durante o período gestacional, as mulheres apresentam várias queixas que decorrem de adaptações fisiológicas maternas ao estado gravídico. Esses sintomas, geralmente, não comprometem a qualidade de vida da gestante e o desenvolvimento fetal. Nesses casos, as ações coletivas de educação em saúde para as gestantes e a consulta individual de pré-natal conseguem sanar as preocupações e dúvidas que ocorram no ciclo gravídico puerperal (Quadro 6).

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

NÁUSEAS E VÔMITOS
<p>Considerações: 80% das grávidas têm algum grau de náuseas, com ou sem vômito. Iniciam-se na 6^a à 8^a semana, com pico na 9^a semana e diminuem até a 18^a semana de gestação. Cerca de 10% das gestantes têm enjoos até o final da gravidez. Em geral, são mais intensos pela manhã, ao acordar, ou após jejum prolongado e pioram pela exposição a efeitos “gatilhos”, tais como: estímulos sensoriais (olfato ou paladar) e de posicionamento. Quando mais graves/intensos, denominam-se “hiperemese gravídica” (vômitos persistentes, perda de peso maior que 5% do peso anterior à gestação, alteração da volemia sem outras causas).</p> <p>Predisposição: grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; gestações não planejadas, dentre outras possibilidades de instabilidades emocionais. Sinais de alerta: piora do estado geral, sinais de desidratação, hipovolemia e/ou distúrbios metabólicos.</p> <p>O que fazer: sugerir mudanças na dieta e no estilo de vida, evitar fatores desencadeantes/gatilhos. Evitar o estômago vazio, alimentar-se lentamente e em pequenas quantidades, a cada uma a duas horas. Os líquidos devem ser consumidos pelo menos 30 minutos antes ou depois dos alimentos sólidos. Consumir alimentos que contenham gengibre; o uso do ácido fólico antes de engravidar ajuda na prevenção de náuseas e vômitos durante a gravidez. Medicamentos iniciais: Piridoxina (vitamina B6): meclizina; proclorperazina; metoclopramida. Casos de maior gravidade podem exigir hospitalização (SMITH; FOX, 2020).</p> <p>Observação: A Agência de Vigilância Sanitária (2019) emitiu alerta para o risco de ocorrência de malformações congênitas em filho de mulher que, durante o 1^o trimestre de gravidez, fez tratamento preventivo de náuseas e vômitos com o Cloridrato de Ondansetrona. Recomendação: cautela na indicação do Cloridrato de Ondansetrona para gestantes no 1^o trimestre; quando prescrito para mulheres em idade fértil, deve ser associado a medidas contraceptivas.</p>
QUEIXAS URINÁRIAS
<p>Considerações: alterações estruturais e funcionais dos rins e do trato urinário, como: aumento no tamanho do rim, da taxa de filtração glomerular, fluxo plasmático renal; a dilatação dos ureteres e da pelve renal pode ocasionar a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), disúria, urgência e incontinência de estresse. Podem ocorrer mais alterações fisiológicas na gestação: alcalose respiratória, hiponatremia leve, glicosúria e proteinúria de até 300 mg/dia, redução na concentração sérica de creatinina (THADHANI,2020).</p> <p>Sinais de alerta: presença de sintomas sistêmicos, dor abdominal/contrações uterinas, risco de bacteriúria assintomática ou infecção urinária.</p> <p>O que fazer: orientar treinamento muscular do assoalho pélvico, para contribuir com a diminuição dos sintomas de urgência e incontinência urinária. Realizar solicitações de exame de urina conforme proposto no checklist do pré-natal.</p>

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

DOR ABDOMINAL/ CÓLICA
<p>Considerações: devem ser excluídas em todas as mulheres em idade fértil com dor abdominal a ocorrência de gravidez. O simples desconforto abdominal faz parte de uma gravidez normal. Entretanto, deve ser feito exame obstétrico completo e a definição rápida do diagnóstico, pois pode ser necessária intervenção de urgência.</p> <p>Sinais de alerta: associação da dor com sangramento vaginal e hipertensão pode sinalizar gravidade relacionada à gestação; sinais peritoneais nunca são normais, e a associação com outros sintomas (febre, dor de cabeça, náuseas e vômitos) requer complementação diagnóstica. Ressalta-se que o estado gravídico está associado a um risco aumentado de cálculos biliares e com a possibilidade de apendicite, devido ao fato de o aumento uterino deslocar o intestino.</p> <p>O que fazer: solicitar exames de imagem (ultrassonografia abdominal e pélvico/obstétrico) e intervenções clínicas – cirúrgicas, se necessário.</p>
EDEMA
<p>Considerações: geralmente, surge no terceiro trimestre da gestação; limita-se aos membros inferiores e, às vezes, às mãos. Piora quando a grávida fica em pé por período prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.</p> <p>Sinais de alerta: o edema patológico, em geral, está associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; deve-se verificar se há cefaleia e escotomas visuais associados.</p> <p>O que fazer: verificar pressão arterial, realizar proteinúria. Caso seja fisiológico, evitar ficar muito tempo em pé e levantar os membros inferiores (POMERANZ, 2019).</p>
PIROSE / AZIA
<p>Considerações: decorre do fluxo ácido ou de doença do refluxo gastroesofágico, que tende a piorar com a evolução da gestação. Os sintomas são referidos como: queimação no peito, na garganta ou sabor ácido na boca, dor de estômago ou no peito; dificuldade em engolir, rouquidão ou dor de garganta, além de tosse (BIANCO, 2019).</p> <p>Sinais de alerta: azia intensa, dor no peito, sintomas que não melhoram com o tratamento, febre, dor de cabeça. Pensar em avaliar sinais de pré-eclâmpsia quando a azia associa-se a náuseas ou vômitos.</p> <p>O que fazer: recomendar alimentação fracionada (pelo menos, três refeições ao dia e dois lanches); evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto); evitar frituras, café, chá-mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons. Grávidas não devem tomar antiácidos que contenham bicarbonato de sódio e trissilicato de magnésio.</p>

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

SIALORREIA
<p>Considerações: a sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva, é uma das queixas que mais incomodam na gravidez; é considerada condição patológica.</p> <p>Sinais de alerta: frequentemente associa-se à hiperemese gravídica.</p> <p>O que fazer: orientar que é comum no início da gestação; manter dieta indicada para náuseas e vômitos; deglutir a saliva e tomar bastantes líquidos (BIANCO, 2019).</p>
FRAQUEZA/ TONTURA/ SÍNDROME DA HIPOTENSÃO POSTURAL/ PALPITAÇÕES
<p>Considerações: na gestação, ocorrem alterações hemodinâmicas como: aumento do débito cardíaco e do volume sanguíneo, redução da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial. Essas alterações iniciam-se no 1º trimestre, atingem seu pico no 2º e no 3º trimestres e ficam mais estáveis até o parto. A posição supina reduz o débito cardíaco e o volume sistólico e aumenta a frequência cardíaca devido à compressão da aorta e da veia cava do útero em expansão. A pressão arterial (PA) retorna aos níveis de pré-gravidez durante o 3º trimestre (FOLEY, 2020).</p> <p>Sinais de alerta: hipotensão arterial e hipóxia cerebral transitória, levando a sintomas de tonturas e desmaios. Também podem decorrer de hipoglicemia.</p> <p>O que fazer: orientar que os episódios são de breve duração e intensidade, sem necessidade de medicamentos. Evitar a inatividade; fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); evitar jejum prolongado; procurar sentar-se e abaixar a cabeça ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo, respirar profunda e pausadamente; evitar ambientes quentes e sem ventilação adequada; ingerir líquidos; usar meias elásticas para melhorar o retorno venoso.</p>
FALTA DE AR/ DIFICULDADE PARA RESPIRAR/ HIPERPNEIA INOCENTE
<p>Considerações: a hiperventilação é a maior responsável pelo distúrbio respiratório, embora o crescimento do útero exerça compressão mecânica no diafragma. Os sintomas têm início gradual, com fadiga fácil, diminuição da tolerância ao exercício, estertores basais que desaparecem com tosse ou respiração profunda (WEINBERGER, 2019).</p> <p>Sinais de alerta: tosse; edema; história de asma e outras pneumopatias; sinais ou história de trombose venosa profunda; história de trauma recente; febre.</p> <p>O que fazer: realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, prosseguir propedêutica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo e elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).</p>
INCHAÇO ABDOMINAL / OBSTIPAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL / FLATULÊNCIAS
<p>Considerações: as mudanças hormonais da gestação alteram a mobilidade intestinal, sem repercutir na adsorção e/ou secreção gastrointestinal. Geralmente está associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas (BIANCO, 2019).</p> <p>O que fazer: orientar a ingestão de alimentos ricos em fibras; aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja); evitar alimentos que causem muita fermentação. Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: supositório de glicerina.</p>

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

HEMORROIDA

Considerações: as hemorroidas preexistentes e assintomáticas podem ser agravadas e as já sintomáticas pioram na gestação, sobretudo, no parto e no pós-parto.

Sinais de alerta: aumento da intensidade da dor; endurecimento do botão hemorroidário; sangramento retal.

O que fazer: recomendar dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; banho de assento com água morna; usar anestésicos tópicos, se necessário. Observação: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar a paciente para o hospital de referência (BIANCO, 2019).

DORES OSTEOMUSCULARES

Considerações: podem acometer várias estruturas osteomusculares:

- dores lombares decorrentes das adaptações posturais (lordose) e da frouxidão das articulações;
- dor nas mãos e nos punhos: decorrentes de compressão do túnel do carpo;
- dor na sínfise púbica periparto;
- dores musculoesqueléticas;
- dor lombar pós-parto - coccidínia pós-parto (dor no cóccix);
- câimbras: geralmente na 2ª metade da gestação.

Avaliar sempre: características da dor – mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento.

Sinais de alerta: febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico; história de trauma.

O que fazer: orientar a postura ao sentar-se e andar; evitar corrigir a lordose fisiológica; recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; recomendar a aplicação de calor local, massagens especializadas e acupuntura; indicar atividades de alongamento e orientação postural; hidratação aumentada. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas. Os opioides devem ser evitados durante a gravidez; orientar a fisioterapia. (BERMAS, 2020).

CEFALEIA

Considerações: avaliar se os sintomas já ocorriam antes da gravidez (enxaqueca prévia); se têm relação com outra patologia; quais medicamentos eram utilizados. A enxaqueca tende a melhorar na gestação, e a cefaleia tensional geralmente se mantém. No pós-parto, há a tendência de aumentar a cefaleia, inclusive a possibilidade da dor de cabeça pós-punção e trombose venosa cerebral.

Sinais de alerta: a pré-eclâmpsia deve ser considerada em todas as gestantes acima de 20 semanas de gestação com dor de cabeça. É considerada precursora da eclâmpsia. Pode estar associada a um distúrbio grave subjacente (evento neurovascular agudo).

O que fazer: orientar repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade e outros sintomas associados. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas (LEE; GUINN; HICKENBOTTOM, 2019).

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

VARIZES
<p>Considerações: as varicosidades, geralmente, são na safena, na vulva e na hemorroida. Etiologia: alterações hemodinâmicas e genéticas. Não são evitáveis. A sintomatologia evolui com a gestação (POMERANZ, 2019).</p> <p>Sinais de alerta: dor contínua ou ao final do dia; presença de sinais flogísticos; edema persistente. Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.</p> <p>O que fazer: orientar sobre terapia de suporte; mudar de posição com maior frequência; não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; utilizar meia elástica com suave ou média compressão. Tratamento específico só no pós-parto.</p>
ESTRIAS
<p>Considerações: lesões dermatológicas devidas à alteração do tecido conjuntivo, que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior; na região glútea, nas coxas e nos seios e braços; têm predisposição genética.</p> <p>O que fazer: não existe método eficaz de prevenção e/ou tratamento; o uso de ácido retinoico é contraindicado na gestação e na amamentação (POMERANZ, 2019).</p>
MELASMA, CLOASMA GRAVÍDICO
<p>Considerações: refere-se ao aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face (pigmentação da pele); ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes e, geralmente, regride dentro de um ano.</p> <p>O que fazer: orientar que é comum e que diminui ou desaparece após o parto; evitar exposição direta ao sol (usar chapéu ou sombrinha), utilizar filtro solar, aguardar o pós-parto para tratamento medicamentoso (POMERANZ, 2019).</p>
DIMINUIÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO FETAL- (DMF)
<p>Considerações: a ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal pode ser decorrente da hipoxemia.</p> <p>Sinais de alerta: mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto podem revelar comprometimento fetal.</p> <p>O que fazer: nunca esperar mais de duas horas para buscar serviço de saúde, preferencialmente assistência obstétrica, se houver parada do movimento fetal. Realizar avaliação clínica obstétrica. Recomenda-se, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” (diário dos movimentos fetais: pós-café, almoço e jantar; o normal são seis ou mais movimentos em uma hora, em decúbito lateral esquerdo). Pode ser necessária US com Perfil Biofísico Fetal – PBF (avaliação da atividade fetal, respiração, tônus e volume de líquido amniótico).</p> <p>Dependendo da idade gestacional, pode ser necessária a definição do parto, assim proposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestante com ≥ 39 semanas e DMF, sugerir realização de parto. • Gestante com menos de 37 semanas, sugerir testes sem estresse e exame de ultrassom duas vezes por semana com PBF e contato com o serviço de saúde. • Gestante com ≥ 37 semanas e 39 semanas com DMF, sugerir indução com decisão compartilhada (FRETTS, 2020).

Quadro 6 – Considerações, sinais de alerta e abordagem das principais queixas e intercorrências durante a gestação

SANGRAMENTO NA GENGIVA/ GENGIVITE NA GESTAÇÃO/ EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL
<p>Considerações: alterações vasculares e inflamatórias relacionadas ao hormônio da gravidez, associadas à flora bacteriana, podem causar inflamação gengival e hipertrofia significativas. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada.</p> <p>Sinais de alerta: presença de outras patologias, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count). Casos graves de epistaxe devem ser encaminhados ao especialista.</p> <p>O que fazer: recomenda-se escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; orientar a realização de massagem na gengiva; realizar bochechos com soluções antissépticas. Agendar atendimento odontológico sempre que possível. Em relação à congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz (BIANCO, 2019).</p>
PRURIDO
<p>Considerações: pode ser fisiológico, devido ao dermatografismo (uma marca transitória geralmente levantada e avermelhada, resultante da pressão sobre a pele), à urticária ou a dermatoses específicas da gravidez (colestase intra-hepática da gravidez). Ocorre mais frequentemente no couro cabeludo, no ânus, na vulva, no abdome (3º trimestre).</p> <p>O que fazer: exposição ao sol ajuda a aliviar os sintomas; uso de anti-histamínicos (POMERANZ, 2019).</p>

Fonte: adaptado pelas autoras. BRASIL, 2013, 2016b, BERMAS, 2020; BIANCO, 20219; FRETTS, 2020; LEE; GUINN; HICKENBOTTOM, 2019; POMERANZ, 2019; SMITH; FOX, 2019; THADHANI, 2020; UPT

Cabe ressaltar que alguns sinais e sintomas de alertas na gravidez requerem imediata atitude e avaliação médica para esclarecimento e resolução. Nessas situações, a classificação risco é alterada e o profissional deve conhecer a Rede de Atenção à Saúde e referenciar o caso para serviços de urgência e emergência, preferencialmente obstétrica. São eles:

- sangramento vaginal;
- escotomas visuais, cefaleia, dor epigástrica e edema generalizado;
- perda de líquido e contrações uterinas;
- diminuição e/ou parada da movimentação fetal;
- febre.

Para além das ações de abordagem dos sintomas mais frequentes na gravidez, também existe a necessidade de que os profissionais da eSF saibam reconhecer as principais intercorrências/ agravos que acometem as gestantes. Os profissionais médicos da eSF, além de realizarem o diagnóstico, devem saber manejar e, se necessário, conduzir a grávida para outros pontos da rede de assistência obstétrica, a fim de evitar desfechos negativos materno e/ou fetais.

2.2 Síndromes hemorrágicas

Na ocorrência de sangramento na gravidez, os profissionais da eSF (médico e ou enfermeiro) devem investigar possíveis causas de modo a orientar condutas diferenciadas.

De maneira sumarizada, pode-se dividir o sangramento de acordo com a idade gestacional:

- 1º trimestre da gravidez e antes das 20 semanas: gravidez ectópica; abortamentos (ameaça ou iminente, incompleto ou completo, ou retido); fisiológica (isto é, relacionada ao implante da gravidez), doença trofoblástica gestacional e decorrente de patologia cervical, vaginal ou uterina. Cabe citar a possibilidade de abortamento infectado que, para além do sangramento, associa-se a secreção fétida, dor pélvica, febre, alteração do estado geral ou não.
- 2º e 3º trimestres: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, incompetência istmo-cervical, ruptura uterina, doença trofoblástica gestacional, gravidez ectópica não tubária. Ao exame físico/obstétrico, não se deve tocar a gestante, e sim usar espéculo para avaliar origem do sangramento, devido à possibilidade de placenta prévia.

É fundamental avaliar a associação com dor pélvica/abdominal e a intensidade do sangramento com as repercussões hemodinâmicas na gestante e a condição fetal no momento da assistência. Vale lembrar que a grávida pode não apresentar taquicardia e hipotensão na vigência de sangramento intenso (NORWITZ; PARK, 2019).

Quando houver necessidade do referenciamento para outro serviço, deve-se proceder ao “encaminhamento responsável”:

- nos casos de suspeita de gravidez ectópica, abdômen agudo, sangramento intenso – ainda na UBS –, puncionar dois acessos venosos calibrosos, iniciar hidratação venosa vigorosa e solicitar a transferência da gestante à maternidade de referência;
- gestante com sangramento, mesmo que não seja intenso, necessita ser encaminhada para prosseguir na propedêutica que inclui realização de ultrassonografia pélvica/obstétrica;
- recomenda-se a imunoglobulina anti-D à gestante negativa com sangramento vaginal.

2.3 Diabetes gestacional

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (BRASIL, 2013). Entre os fatores de risco para DMG, deve-se investigar (BRASIL, 2016b; DURNWALD, 2020):

- idade de 35 anos ou mais;
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual, principalmente entre 18 a 24 semanas; gestação gemelar;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- baixa estatura ($\leq 1,50$ m);
- crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso $\geq 4,5$ kg) ou diabetes mellitus gestacional (DMG);
- história familiar de diabetes mellitus (DM) em parentes de 1º grau;
- Síndrome de ovários policísticos síndrome metabólica, uso de glicocorticoide, doença cardiovascular, acantose nigricans.
- história pregressa de intolerância à glicose (glicohemoglobina $\geq 5,7$); diabetes gestacional em gravidez anterior.

Atualmente, não existe consenso quanto aos critérios para definição da diabetes mellitus durante a gestação; apresentamos o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2019), conforme Figuras 4 e 5 (BELO HORIZONTE, 2019).

Figura 4 - Diagnóstico de diabetes mellitus antes de 24 semanas

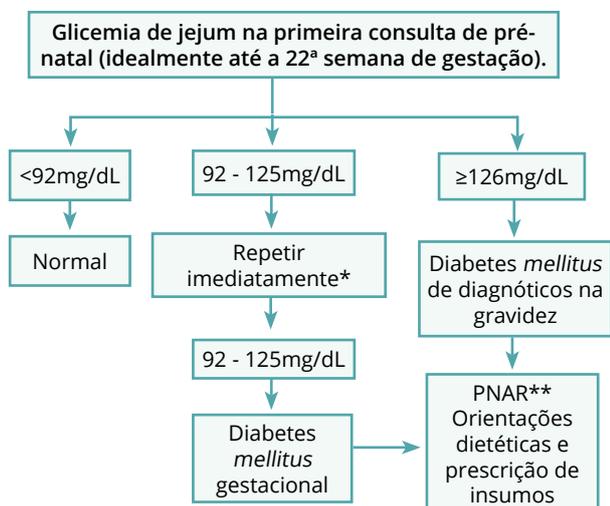
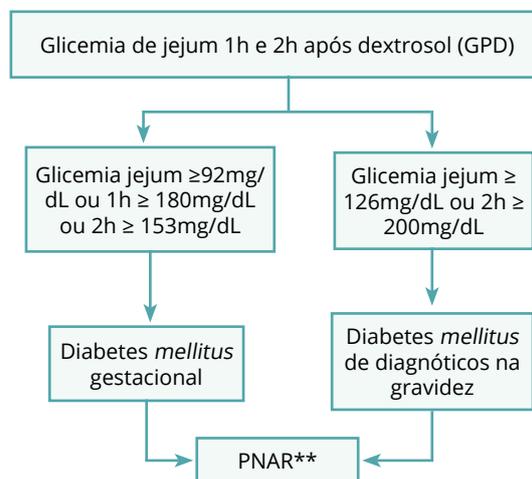


Figura 5 - Diagnóstico de diabetes mellitus entre 24 e 28 semanas



Fonte: BELO HORIZONTE, 2019, p. 59-60. Obs: A Associação Americana de Diabetes – ADA e a American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG consideram normais os níveis, para gestantes, de concentrações de glicemia de jejum de 95mg/dl glicemia; para uma hora pós-prandial: 140mg/dl; e em duas horas pós-prandial: 120mg/dl (DURNWALD, 2020).

Recomendações para as gestantes com DM tipo 2 (DURNWALD, 2020):

- o ponto central é o controle glicêmico e requer tratamento;
- terapia nutricional com controle alimentar; a redução de peso contribui para eliminação do fator de risco da obesidade e do sobrepeso;
- automonitoramento glicêmico;
- exercícios físicos moderados;
- suspensão do fumo;
- insulino terapia, se necessário (10% a 20% necessitarão usar insulina, de ação rápida e intermediária), caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG;
- os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais;
- na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves;
- o uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso dela antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.

Os adoçantes artificiais podem ser usados (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação.

No puerpério, a gestante diagnosticada com diabetes mellitus gestacional deve ser reclassificada e, 42 (quarenta e dois) dias após o parto, deve ser feita a glicemia de jejum e GPD duas horas após o uso de 75g de dextrosol (o resultado deve ser analisado segundo valores de referência).

2.4 Síndromes hipertensivas

Considera-se hipertensão na gravidez quando a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, em pelo menos duas ocasiões, com mínimo de 4 horas de intervalo. A pressão diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. Em algumas situações, devido à vasodilatação fisiológica da gravidez, a pressão diastólica pode aproximar-se de zero. Para avaliação da PA, as pacientes devem estar em repouso e sentadas em ângulo de 45°, com manguito apropriado à circunferência braquial e na altura do coração. Quando a PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, configura-se hipertensão arterial grave (FREIRE E TEDOLDI, 2009).

Na gestação, a hipertensão pode aparecer de quatro maneiras principais (AUGUST; SIBAI, 2020):

- Hipertensão gestacional: PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg, após 20 semanas de gestação, em mulheres com PA normal antes da gravidez, sem proteinúria e sem fatores de gravidade para pré-eclâmpsia.
- Hipertensão crônica (preexistente): PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg, antes de 20 semanas de gestação, ou é diagnosticada primeiramente na gestação e persiste depois de 12 semanas de pós-parto.
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia/Síndrome HELLP: PAS ≥ 140 mmHg / PAD ≥ 90 mmHg, depois de 20 semanas de gestação, em mulheres com PA normal antes da gravidez, com proteinúria (≥ 300 mg na coleta de urina de 24 horas) ou com alterações de gravidade, tais como: trombocitopenia (plaquetas 100000/microL), insuficiência renal (creatinina: 1,1mg/dl ou dobro do valor normal de creatinina sem lesão renal), aumento das transaminases hepáticas com valor duas vezes maior que o normal, edema pulmonar, sintomas visuais, (escotomas visuais, tonturas). Nos casos severos de pré-eclâmpsia, a PAS pode atingir ≥ 160 mmHg e a PAD ≥ 110 mmHg, além dos fatores de gravidade relatados anteriormente e/ou dor epigástrica ou dor no hipocôndrio direito, sem relacionar-se a outras causas. O diagnóstico de eclâmpsia ocorre quando a gestante com pré-eclâmpsia apresenta convulsões, sem outras causas. A síndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liverenzymes, and Low Platelet count) é uma variante grave da pré-eclâmpsia com hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia.
- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica: nessa situação, ocorre aumento

abrupto da PA, a qual estava estável e controlada com anti-hipertensivo. Pode apresentar uma forma severa quando associar fatores de gravidade descritos anteriormente.

O diagnóstico diferencial entre as formas de hipertensão relatadas é decisivo para o direcionamento propedêutico e o prognóstico materno fetal.

Com a implantação da Rede Cegonha, foi incluída a possibilidade de realização, na UBS, do exame de proteinúria, por meio do teste rápido (proteinúria de fita).

Os profissionais da eSF (médicos e enfermeiros) devem considerar alguns aspectos na abordagem terapêutica à gestante com hipertensão na gravidez:

- Sinal de alerta: se houver aumento de ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana de gestação. Nessa situação, se a gestante é assintomática e a PA = 140/90 mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas não farmacológicas, como orientações alimentares e repouso na posição lateral.
- O tratamento farmacológico deve ser instituído se a PA aferida for $\geq 150/100$ mmHg.
- Entre os anti-hipertensivos para o tratamento farmacológico da hipertensão crônica na gestação, a metildopa (750-2.000 mg/dia) é a droga de escolha, por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto. Uma possibilidade medicamentosa anti-hipertensiva para as gestantes são os antagonistas de canais de cálcio, entre eles o nifedipino (10-80 mg/dia). Os medicamentos betabloqueadores, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e os antagonistas da angiotensina II devem ser substituídos, devido ao potencial de alterações fetais. Pacientes com hipertensão crônica podem ser encaminhadas ao Pré-natal de Alto Risco.
- No pós-parto, até 42 dias, se a puérpera apresentar PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, os profissionais da eSF devem encaminhá-la à maternidade de referência para avaliação e propedêutica laboratorial.
- Na suspeita de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP ou pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, os profissionais da eSF devem encaminhar as gestantes ao serviço de referência obstétrica, para esclarecer diagnóstico e definir a terapêutica.

2.5 Anemias

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE define a anemia quando a dosagem de hemoglobina (Hb) é menor que 11g/dl / hematócrito (Htc) menor que 33% no primeiro trimestre; menor que 10,5g/dl (Htc entre 31 a 32%) no segundo trimestre; Hb menor que 10,5 a 11 g/dl (Htc 33%) no terceiro trimestre e, no pós parto, Hb menor que 10g/dl (Htc menor que 30%). A principal causa de anemia na gestação é fisiológica (quando a expansão do volume plasmático excede o aumento no volume de glóbulos vermelhos), seguida pela anemia deficiência de ferro (AUERBACH; LANDY, 2020).

Entre os fatores de risco predisponentes à ocorrência de anemia por deficiência de ferro na gestante, encontram-se (BRASIL, 2016b; AUERBACH; LANDY, 2020):

- dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; vegetarianas e veganas;
- perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;
- presença de comorbidade crônica e debilitante, inclusive perdas sanguíneas secundárias a procedimento cirúrgico ou traumas, sangramentos uterinos anteriores, obesidade;
- histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e anemia falciforme;
- multiparidade;
- tabagismo.

No caso da Hb entre 8 a 11g/dl, a anemia é considerada leve a moderada, sendo possível ser avaliada e tratada na APS, pelos profissionais da eSF (médico ou enfermeiro).

Nessa situação, deve-se realizar exame parasitológico de fezes, para diagnóstico de parasitose. Quando a anemia é ferropriva, a terapêutica deve ser com sulfato ferroso, 200mg/dia, preferencialmente 30 minutos antes de refeição, com ingestão de suco cítrico.

Quando a Hb é menor que 8g/dl, a situação representa anemia grave e deve-se ampliar a investigação da etiologia com acompanhamento no serviço de Pré-natal de Alto Risco (PNAR).

Com o advento da Rede Cegonha, foi incorporada aos exames de rotina de pré-natal, na APS, a eletroforese de hemoglobina. No caso de identificação da Anemia Falciforme, as gestantes serão encaminhadas ao PNAR.

Outras possibilidades de anemia que necessitam suplementação e com condições de serem tratadas na APS são as anemias megaloblásticas/macrocíticas (Volume Corpuscular Médio – VCM menor que 100) por deficiência de folato; nesse caso, há necessidade de suplemento com ácido fólico (1 a 4mg/dia); e a deficiência de vitamina B12, em situações de doença gastrointestinal, cirurgia bariátrica, hábito nutricional vegetariano/vegano (AUERBACH; LANDY, 2020).

2.6 Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, causada pelo *reponema pallidum*, de transmissão sexual ou vertical, que pode causar, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença. A sífilis é um agravo de notificação compulsória: na forma de sífilis congênita, em gestante e adquirida (em não gestante). Quando se realiza o diagnóstico de sífilis na gestação, a intervenção deve ser imediata; quanto mais rápida a intervenção, menor será a possibilidade de transmissão vertical. A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante; quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal. É necessário que os profissionais da eSF conheçam e suspeitem da possibilidade de sífilis e ofereçam a testagem. Os testes treponêmicos compreendem: o teste rápido (TR), o FTA-Abs, o TPHA, o EQL e o ELISA. O exame VDRL é não treponêmico. O resultado dos exames, especialmente do teste rápido e do VDRL, vai orientar a terapêutica e o monitoramento a ser realizado.

O tratamento da sífilis é proposto de acordo com a fase clínica da doença (BRASIL, 2015a; 2016b; 2017a; 2017b):

- Sífilis primária: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo).
- Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após uma semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por três semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.

OBSERVAÇÃO: ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

Há protocolos que se dividem em duas possibilidades terapêuticas (BELO HORIZONTE, 2019):

- Sífilis primária, secundária e latente precoce (um ano de possível infecção): dose total de penicilina benzatina, 2.400.000 UI, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo).
- Sífilis tardia, latente tardia (um ano de possível infecção ou duração ignorada): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por três semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.

Na Caderneta da Gestante há um espaço específico para anotação das doses de penicilina benzatina administradas à gestante. Os profissionais da eSF devem estar atentos para alguns aspectos relacionados ao tratamento da sífilis, tais como:

- Se teste rápido e/ou VDRL for não reagente/negativo, repetir o teste rápido e/ou o VDRL no 3º trimestre da gestação (28ª semana), assim como no parto e em caso de abortamento.
- Teste rápido reagente/positivo: solicitar VDRL, retorno em sete dias com este exame e iniciar tratamento da sífilis. Não esperar o resultado do VDRL para iniciar a terapêutica.
- Se VDRL positivo verificar titulação, que será importante para monitoramento terapêutico da gestante no pré-natal e completar a terapêutica.
- Se parceiros com testes positivos, tratar conforme fase clínica da doença. Na situação de parceiro com teste negativo, dose profilática de penicilina benzatina (2.400.000 UI) dose única. Repetir o exame em 30 dias.
- A terapêutica inicial da sífilis, quando na fase recente, pode desencadear a reação de Jarisch-Herxheimer (exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre, adinamia, artralgias, mialgia, com regressão espontânea em 12 a 48 horas). Não é necessário interromper o tratamento, pois não se trata de efeito colateral da penicilina.
- A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e trata a gestante e o feto; por isso, grávida com história de alergia à penicilina deve realizar a dessensibilização em serviços que ofereçam essa alternativa.
- Outra possibilidade farmacológica para terapêutica da sífilis: ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez ao dia, por oito a 10 dias (gestantes e não gestantes).

O monitoramento da gestante com sífilis é fundamental durante o pré-natal e apresenta as seguintes peculiaridades:

- A terapêutica leva à negatificação do VDRL em 6 a 12 meses, porém pode manter titulação baixa por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é a chamada memória ou cicatriz sorológica da sífilis.
- O VDRL deve ser realizado mensalmente para controle de cura.
- Para sífilis primária e secundária, os títulos do VDRL declinam em torno de quatro vezes em três meses, e cerca de oito vezes em seis meses.
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta.
- Caso o VDRL apresente elevação no titulação, a gestante e seu(s) parceiro(s) devem ser imediatamente tratados.

Os profissionais da eSF devem orientar as gestantes e seu(s) parceiro(s) a utilizar preservativo enquanto realizarem tratamento da sífilis.

2.7 Vulvovaginites

Na gestação, as vulvovaginites mais frequentes são a candidíase, a vaginose bacteriana e a tricomoníase, sendo esta última de transmissão sexual. O tratamento da vaginose em pacientes sintomáticas e da tricomoníase são importantes devido ao risco de complicações como rotura prematura de membranas, parto prematuro, infecção puerperal, entre outras (CAMARGOS; MELO, 2016b). O diagnóstico faz-se através do exame da genitália da gestante, por isso é importante conhecer os sinais e sintomas para que o tratamento seja efetivo (BRASIL, 2015).

Os sinais e sintomas das vulvovaginites são:

- **Candidíase vaginal** – cursa com prurido na vagina e, às vezes, na vulva, que piora à noite; exacerba-se com o calor local; associa-se a edema, rubor, fluxo genital esbranquiçado, grumoso, variando de espesso a aquoso, branco, aderente, tipo nata de leite, escoriações na vulva (devido ao prurido vulvar). Pode cursar com dor na relação sexual (dispareunia) e dor no ato da micção (disúria).
- ***Gardnerella vaginalis*** – ocorre sem prurido, sem irritação vulvar; ao exame especular, a mucosa vaginal é normal, sem eritema, corrimento branco-acinzentado, homogêneo, fino, com pequenas bolhas e odor de pescado; o odor se dispersa com o teste KOH a 10%.
- **Tricomoníase** – 50% das gestantes são assintomáticas. Quando apresentam sintomas, podem ter irritação/prurido vulvar (sintoma variável, pode provocar eritema na vulva e no períneo), dor para urinar (com exame de urina rotina e urocultura normais) e dor na relação sexual, prurido leve na vagina, com odor ou não; ao exame especular, o corrimento é amarelo-esverdeado, espumoso.

Para o tratamento das vulvovaginites, recomenda-se (BRASIL, 2015):

- **Candidíase vaginal:**
 - ✓ Miconazol creme vaginal: uma medida em aplicador intravaginal à noite, por sete dias.
 - ✓ Nistatina 100.000 UI creme vaginal: um aplicador intravaginal à noite, por 14 dias.
 - ✓ Clotrimazol: alternativa também para gestante e nutrízes.

Não é necessário tratar o parceiro.

- **Vaginose bacteriana:** não é necessário tratar o parceiro. O tratamento deve ser prescrito após o primeiro trimestre da gestação. Evitar álcool durante o tratamento. A via oral pode ser utilizada em qualquer fase da gravidez.
 - ✓ Metronidazol 250 mg, via oral, de 8/8 horas por sete dias, ou 500 mg, via oral, de 12/12 horas por sete dias.
 - ✓ Clindamicina 300 mg, via oral, 12/12 horas por sete dias.

✓ Clindamicina óvulos, como tratamento alternativo via intravaginal: 100 mg, 1xdia, por três dias, ou metronidazol gel 0,75%, 1 aplicador 1xdia, por cinco dias.

- Tricomoníase: realizar tratamento do parceiro com a mesma dose prescrita para a gestante. Pode ser prescrito no primeiro trimestre da gestação. Evitar ingestão de álcool durante o tratamento.

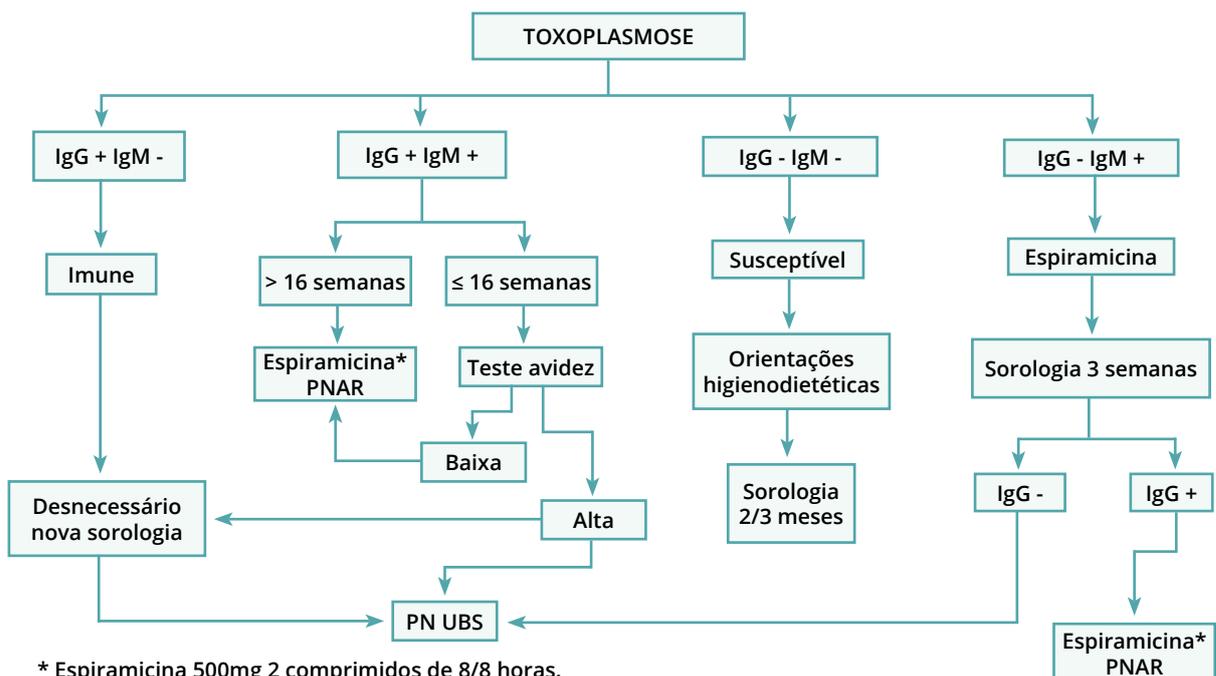
✓ Metronidazol 2g, via oral, dose única; ou 250 mg, via oral, de 8/8 horas por sete dias; ou 500 mg, via oral, 12/12 horas por sete dias.

2.8 Toxoplasmose

A toxoplasmose aguda na gestação constitui infecção importante pela sua transmissão vertical e possibilidade de determinar um espectro amplo de acometimentos que vão desde o abortamento, óbito fetal, a alterações neurológicas infantis, dentre outras.

O diagnóstico precoce permite iniciar a terapêutica para evitar complicações. A partir do diagnóstico de sorológico de toxoplasmose na gestante, a terapêutica segue fluxograma de condutas a serem realizadas (Figura 6).

Figura 6 - Toxoplasmose na gestação: fluxograma de condutas com base nos resultados sorológicos



Como visto no fluxograma, o Teste de Avidéz é importante para elucidar diagnóstico e indicar como deverá ser o monitoramento da gestante. Dessa forma, os profissionais da eSF, principalmente médicos e enfermeiros, devem seguir, primeiramente, as seguintes recomendações:

- Teste de Avidéz para Toxoplasmose deve ser realizado no primeiro trimestre de gestação para gestantes com IgG e IgM positivas.
- Na infecção aguda, os anticorpos ligam-se fracamente ao antígeno, o que acarreta baixa avidéz.
- Na fase crônica, menos de quatro meses de gestação, tem-se alta avidéz.
- Os valores de referência para o teste de avidéz:
 - √ Baixa avidéz: inferior a 40%, evidência de infecção recente; referenciar para o serviço de Pré-natal de Alto Risco;
 - √ Alta avidéz: superior a 40%, evidência de infecção há mais de quatro meses; manter no serviço Pré-natal de risco habitual, na UBS/APS (ARAÚJO et al., 2014).

Os profissionais da eSF devem saber realizar orientações sanitárias e dietéticas para as gestantes, enquanto ação de promoção e prevenção no pré-natal, tais como:

- Lavar as mãos (com água e sabão) antes de manusear os alimentos, após usar o banheiro e ao mexer com terra ou areia.
- Comer carne bem cozida e bem passada.
- Lavar bem os utensílios domésticos que usou para cortar a carne crua. Manusear carnes cruas com luvas.
- Somente beber água tratada/filtrada ou fervida.
- Lavar bem as frutas, verduras ou legumes. Sugestão: deixar as frutas e verduras de molho por aproximadamente 15 minutos (diluir uma colher de sopa de água sanitária em um litro de água filtrada).
- Beber leite pasteurizado ou fervido.
- Evitar locais com presença de dejetos de pombos e aves em geral.
- Proteger os alimentos de moscas e baratas.
- Caso tenha gato em casa, siga as seguintes orientações: não lhe dê carne para comer; alimente-o com ração; não limpe a caixa de areia do seu gato. Peça para outra pessoa fazê-lo ou use luvas.

2.9 Infecção pelo Zika virus

No Brasil, a partir de 2015, houve um aumento no número de casos de microcefalia. Considerou-se, como principal causa desse aumento de casos, a infecção pelo vírus Zika em gestantes. Dessa forma, é necessário conhecer o quadro clínico das arboviroses e saber suspeitar da possibilidade da infecção pelo vírus Zika, principalmente nas gestantes (Quadro 7).

Quadro 7 - Comparação da frequência dos principais sinais e sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus da Dengue, Chikungunya e Zika

ARBOVIROSES / SINAIS E SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	Acima de 38 °C; (quatro a sete dias)	Sem febre ou subfebril ou 38 °C; (um a dois dias subfebril)	Febre acima de 38°C
Mancha na pele (frequência)	Surge a partir do 4º dia, em 30-50% dos casos.	Surge no 1º dia ou 2º dia, em 90-100% dos casos.	Surge no 2º- 5º dia, em 50% dos casos.
Dor nos músculos (frequência)	3+/3+	2+/3+	1+/3+
Dor na articulação (frequência)	1+/3+	2+/3+	3+/3+
Intensidade da dor articular	Leve	Leve / moderada	Moderada / intensa
Edema articular	Raro	Frequente e leve	Frequente / moderado a intenso
Conjuntivite	Rara	50 a 90% dos casos	40%
Cefaleia (frequência e intensidade)	3+	2+	2+
Prurido	Leve	Intenso	Moderado
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em neonatos)

Fonte: BRASIL, 2016, p. 8-9.

O aparecimento de doença exantemática, durante a gestação, não representa sempre que seja infecção pelo vírus Zika e que resultará em microcefalia. Todas as patologias com possibilidade de exantema devem ser investigadas, tais como Z-STORCH: sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, entre outros. Entretanto, em todos os casos de gestantes com exantema maculopapular, com ou sem sintomas associados, descritos no quadro 7, deve-se suspeitar da infecção pelo vírus Zika. Caso esteja dentro dos primeiros cinco dias, é indicado coletar material para exame (sangue e urina) para realizar PCR para Zika.

A partir do sexto dia, deve-se realizar teste sorológico para Zika. Deve-se realizar coleta de urina para a realização de PCR para Zika em todas as gestantes com suspeita entre o primeiro e o 15º dia de sintomas. As gestantes com diagnóstico confirmado laboratorialmente para o vírus Zika ou com diagnóstico ultrassonográfico de microcefalia e/ou outras malformações deverão ser encaminhadas para pré-natal de alto risco. Ressaltamos que a infecção pelo vírus Zika é de notificação imediata (BELO HORIZONTE, 2019).

A identificação do vírus Zika na urina, no leite materno, na saliva e no sêmen servem para diagnóstico da doença, mas não se tem demonstrado que essas vias sejam importantes para a transmissão do vírus para outra pessoa (BRASIL, 2016b).

A mulher com infecção pelo Zika pode amamentar, pois não está descrita transmissão pela amamentação, mesmo que se tenha detectado o vírus no leite materno (LOCKWOOD; ROS; NIELSEN- SAINENES, 2020).

Os profissionais da eSF devem saber orientar as mulheres e os casais que desejam engravidar sobre a prevenção da infecção pelo vírus Zika durante a gravidez, principalmente no primeiro trimestre. Essas orientações incluem (BELO HORIZONTE, 2019):

- Evitar horários e lugares com presença de mosquitos. Se necessário, utilizar barreiras para entrada de insetos, como telas de proteção e mosquiteiros.
- Utilizar sempre roupas que protejam partes expostas do corpo, como braços e pernas.
- Eliminar, na casa, possíveis criadouros do mosquito.
- Utilizar repelentes contendo **DEET**– N, N-dietil-m-toluamida – e **Icaridina**, que são seguros e eficazes, sendo recomendados para gestantes. Os repelentes “naturais” à base de citronela, andiroba, óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia até o momento. O uso do repelente é recomendado, principalmente, na parte da manhã e no final da tarde/anoitecer. O repelente deve ser o último produto a ser aplicado na pele (após maquiagem, filtro solar ou hidratante).
- Utilizar preservativo masculino ou feminino de forma correta e consciente em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) para as gestantes e seus parceiros suas parcerias devido à possibilidade de transmissão do vírus Zika por via sexual.

2.10 Sofrimento mental

As mulheres, durante todo o ciclo gravídico puerperal, estão sujeitas a alterações psíquicas, que podem variar em um espectro que vai da ansiedade, do medo, da tristeza a alterações com sofrimento mental grave. Associadas a essas alterações, há alterações prévias do humor em gestantes em uso de medicações ou não. Dessa forma, os profissionais da eSF devem, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com os Centros de Referência de Saúde Mental adulto e infantil (esse último para casos das adolescentes), com os serviços de urgência e de pré-natal de alto risco, constituírem rede de atenção e apoio às gestantes com sofrimento mental.

É importante conhecer a variante clínica do sofrimento mental nas grávidas, assim como as possibilidades terapêuticas não medicamentosas (psicoterapia) e as farmacológicas. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRI) destacam-se pela grande frequência com que têm sido usados em mulheres grávidas ou em idade fértil; por isso, é importante conhecer os efeitos materno-fetais. A fluoxetina, o citalopran e a sertralina não apresentam relação com malformação congênita maior, exceto a paroxetina com possibilidade de defeito congênito cardiovascular. Todas apresentaram possibilidade de hemorragia pós-parto (STEWART; VIGOD, 2018).

Atualmente, outro grupo de drogas que também tem sido utilizado nas mulheres são os inibidores da recaptção de dopamina. A bupropiona, por exemplo, pertence ao grupo de drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes.

2.11 Infecção do Trato Urinário (ITU)

Esse é o agravo mais frequente na gestação e pode determinar desfechos ruins para a gestação como: parto prematuro, amniorrexe prematura, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, mortalidade perinatal. No quadro infeccioso do trato urinário, três situações devem ser consideradas e prontamente tratadas (HOOTON; GUPTA, 2019):

1. Bacteriúria assintomática. Nesta condição, as grávidas não se queixam de nenhum sintoma (assintomáticas) e o exame de urocultura apresenta 100.000 unidades formadoras de colônias (UFC), além de evidenciar o agente etiológico e fornecer o

antibiograma. Em 30 a 40% desses casos, as alterações irão evoluir para ITU. Proposta de tratamento:

- Nitrofurantoína: 100 mg, de 6/6 horas, por 10 dias (evitar no primeiro trimestre e após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina: 500 mg, de 6/6 horas, por sete a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato: 500 mg, de 8/8 horas, por sete a 10 dias.

Está indicado realizar urocultura sete a 10 dias após a finalização da antibioticoterapia. Caso a mulher apresente novo episódio de bacteriúria assintomática, deve-se iniciar a quimioprofilaxia:

- Nitrofurantoína: 100mg, via oral, à noite, até o final da gestação, ou
- Cefalexina 500mg, via oral, à noite, até o final da gestação.

2. Infecção urinária do trato urinário inferior, não complicada/cistite aguda: A gestante apresenta disúria, polaciúria e/ou urgência urinária de início recente. Nessa condição, pode ser prescrita antibioticoterapia de forma empírica e, posteriormente, se necessário, ajustar o medicamento de acordo com o resultado da urocultura. Também deve ser realizada urocultura de controle de cura e, caso a grávida tenha outro episódio de ITU (cistite recorrente), está indicada a quimioprofilaxia.

3. Pielonefrite/Infecção urinária, do trato urinário superior, complicada. Nessa situação, a gestante apresentará sintomas sistêmicos como: náusea / vômito, febre (38 °C) e / ou sensibilidade do ângulo costovertebral, dor no flanco, com ou sem os sintomas típicos da cistite. A indicação deve ser a de procurar serviço de referência obstétrica do município/maternidade ou serviço de urgência para antibioticoterapia venosa.

Deve ser evitado o uso de nitrofurantoína e de trimetoprim-sulfametoxazol durante o primeiro trimestre e no final da gestação (36 semanas).

Outra situação que também ocorre é ITU recorrentes em mulheres grávidas após terem relações sexuais; nessa situação, está indicada a profilaxia pós-coito com uma dose única pós-coito de cefalexina (250 mg) ou nitrofurantoína (50 mg).

Seção 3

Cuidado à puérpera

O puerpério compreende a etapa fisiológica que se inicia após o parto. Esse período requer dos profissionais da eSF cuidados específicos, centrados e singularizados para cada puérpera e seu recém-nascido.

3.1 Alterações fisiológicas e intercorrências frequentes no período puerperal

O puerpério pode ser cronologicamente subdividido em três fases:

- Imediato: primeiro ao 10º dia;
- Tardio: 11º ao 45º dia;
- Remoto: a partir do 45º dia.

A involução uterina ocorre imediatamente após o parto, e o útero logo atinge a cicatriz umbilical. Regrida um cm/dia, até tornar-se pélvico em mais ou menos 10 dias, quando o colo já não se apresenta mais pérvio ao toque. Após quatro semanas, o útero alcança o tamanho não gravídico.

Em relação aos lóquios, é importante reconhecer que, fisiologicamente, as modificações são:

- sanguíneos até o quinto dia;
- serossanguíneos do quinto ao 10º dia;
- serosos a partir do 10º dia.

Os cuidados que visam ao puerpério saudável iniciam-se no pré-natal com as orientações preparatórias, que fazem parte da pauta de discussões nas ações de educação em saúde coletivas e/ou individuais, desenvolvidas pelos profissionais da eSF. A partir do parto, ainda na maternidade, iniciam-se cuidados propriamente ditos do puerpério, a saber:

- **Avaliação imediata após o parto:** aferição dos dados vitais e da temperatura; avaliação de lóquios e do útero. O estímulo à deambulação precoce ajuda na redução de complicações vesicais, de constipação intestinal e atua na prevenção de fenômenos tromboembólicos.
- **Na alta hospitalar:** a puérpera deve ser orientada da possibilidade de alterações, como: febre, lóquios aumentados e fétidos, sinais de infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia. Nessas situações, há necessidade de retorno imediato à maternidade ou ida ao serviço de saúde mais perto e/ou de vinculação.
- **Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI):** nesta semana, recomenda-se aos profissionais da eSF uma visita domiciliar. Caso o recém-nascido seja classificado de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. Deve ser incentivado no pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, entre sete a dez dias após o parto. Na primeira semana do puerpério, alguns sinais e sintomas devem ser monitorados:

- √ Níveis pressóricos elevados: PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 mmHg. Nessa situação, a puérpera deverá ser encaminhada para a maternidade de referência;
- √ Lóquios sanguíneos excessivos: podem ser sinal de retenção intrauterina de restos placentários. Nessa situação, a curetagem uterina está indicada, o que pode evitar a anemia e a infecção;
- √ Febre: a vigilância da temperatura corporal faz parte de um cuidado importante. Fisiologicamente, ela pode alcançar até 37,9 °C nas primeiras 24 horas e elevar-se novamente por volta do quarto dia, coincidindo com ingurgitamento mamário (entre o 3º e 5º dia de pós-parto). Puérpera com febre mensurada maior ou igual a 38 °C deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

A partir da primeira semana de puerpério, são evidenciadas algumas mudanças fisiológicas:

- **Alterações no hemograma:** podem estar normalmente presentes leucocitose sem desvio para esquerda, trombocitose, linfopenia relativa, eosinopenia absoluta. Hemoglobina e hematócrito flutuam, retornando à normalidade após duas semanas.
- **Alterações vaginais e urinárias:** também é normal certa atrofia vaginal após o parto. Na terceira semana de puerpério, as pregas vaginais reaparecem. A mulher deve estar ciente de que pode ocorrer incontinência urinária transitória até três meses após o parto.
- **Peso corporal:** apresenta perda de cinco a seis quilos no dia do parto (recém-nascido, placenta, líquido amniótico, perda sanguínea) e mais dois a três quilos com a diurese

puerperal. Geralmente, retorna ao peso pré-gestacional após seis meses.

- **Edema:** simétrico de membros inferiores, pode ser observado até o 10º - 12º dia pós-parto.
- **Ciclo menstrual:** O retorno da menstruação e ovulação é bastante variável, principalmente na vigência de aleitamento materno exclusivo, podendo ocorrer entre o segundo e o 18º mês. Nas mulheres que não amamentam, os ciclos geralmente retornam entre a sexta e a oitava semanas.

Dentre os agravos mais frequentes do período puerperal, os quais as equipes da rede de APS devem investigar, acompanhar e monitorar, estão as infecções puerperais que podem ocorrer no útero, na ferida cirúrgica, na vagina e na mama (BERENS, 2020):

- A infecção uterina (endometrite) no puerpério é mais frequente entre o terceiro e o sétimo dia de pós-parto. O processo infeccioso envolve basicamente a decidua e miométrio adjacente. O quadro clínico apresenta-se com febre, calafrios, dor abdominal, dor à palpação abdominal e dos paramétrios, útero amolecido e aumentado de volume, colo dilatado e doloroso à mobilização, lóquios fétidos e/ou purulentos; o exame de hemograma evidencia leucocitose com desvio para a esquerda. Os fatores predisponentes são: cesariana; rotura prematura das membranas por tempo prolongado e trabalho de parto prolongado; parto múltiplo; colonização vaginal por estreptococo beta-hemolítico, clamídia, micoplasma, Gardnerella. Os agentes etiológicos identificados são:

- √ aeróbios; estreptococo A, B e D; enterococos; E. coli; Klebsiella; Proteus; estafilococos;
- √ bactérias anaeróbias, micoplasma e clamídia.

O médico e/ou enfermeiro da eSF, ao suspeitar e/ou diagnosticar essa patologia – endometrite – deve encaminhar a puérpera à maternidade de referência para prosseguir propedêutica e terapêutica (antibioticoterapia venosa inicial).

- A infecção de ferida cirúrgica (cesariana) ou de canal de parto (episiotomia, laceração) apresenta o quadro clínico com bordas vermelhas, edemaciadas, deiscência de sutura, exsudação de material seroso, serossanguinolento ou purulento e dor local. Tem como fatores predisponentes: obesidade, diabetes, imunossupressão, anemia, parto múltiplo. Nas situações com comprometimento do estado geral, a internação com antibioticoterapia é indicada. Os casos sem comprometimento do estado geral, considerados leves (acometimento apenas da pele/epiderme) podem ser tratados na APS e indica-se o uso de:

✓ cefalexina 500mg, via oral, 6/6h, por sete a 10 dias; ou

✓ amoxicilina/clavulanato 500/125mg, via oral, 8/8h, por sete a 10 dias.

- A infecção nas mamas denomina-se mastite e é frequente no puerpério. Geralmente, surge após a primeira semana de pós-parto, com os seguintes sinais e sintomas: ingurgitamento mamário, mama vermelha e dolorosa, calafrios, febre, taquicardia. Pode também desenvolver abscesso mamário. A etiologia, em geral, é *S. aureus*. Não é recomendável suspender a amamentação durante o tratamento da mastite. A antibioticoterapia indicada é:

✓ Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias; ou

✓ Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas – 10 dias; ou

✓ Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125mg), VO, 8/8 horas – 10 dias;
Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas – 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos (BRASIL, 2016b).

Também no puerpério, uma das condições que comumente aflige as mulheres são os transtornos do humor. Os profissionais da eSF devem estar atentos e preparados para identificar se a puérpera está passando por sofrimento mental, de depressão a tristeza. Nessa situação, a mulher deve ser acolhida, apoiada e acompanhada, inclusive por um processo terapêutico multidisciplinar. As variantes clínicas do transtorno de humor no pós-parto, geralmente, são (BRASIL, 2013):

- Tristeza puerperal (Blues pós-parto, blues de maternidade ou blues de bebê): apresenta alteração psíquica leve com tristeza, choro, irritabilidade, ansiedade, insônia, exaustão e diminuição da concentração, labilidade do humor, podendo incluir exaltação. Tem duração transitória de dois a três dias de pós-parto e desaparece em duas semanas, em remissão espontânea.
- Depressão pós-parto ou puerperal: nessa situação, os sintomas são mais persistentes; iniciam-se, lentamente, na segunda e na terceira semanas. A puérpera apresenta: tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual. Quanto mais precocemente é iniciada a terapêutica, melhor o prognóstico.
- Psicose pós-parto: o quadro clínico é grave, com confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o recém-nascido, comportamentos estranhos, insônia, sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas. Em geral, o início é abrupto, ocorre na

segunda ou terceira semana de puerpério, podendo evoluir para depressão e demanda intervenção precoce.

Ressalta-se que os antidepressivos tricíclicos são úteis no tratamento da depressão pós-parto, quando não há boa resposta aos SSRI ou quando já estavam sendo utilizados pela gestante, com boa resposta clínica.

3.2 Considerações sobre o aleitamento materno

O aleitamento materno constitui um dos aspectos mais importantes que os profissionais da eSF, na UBS, devem focar, devido às repercussões benéficas para a saúde materno-infantil.

A assistência à mulher, para que tenha amamentação adequada (AMAMENTAÇÃO, 2015) começa no pré-natal com a orientação sobre as vantagens do aleitamento e os cuidados com as mamas, como o uso de sutiãs de forma confortável, a aeração das mamas e os banhos de sol.

É importante informar a gestante sobre o colostro, mostrando que ele proporciona benefícios para a saúde do recém-nascido. Deve-se tranquilizar a mãe quanto ao leite materno, que poderá iniciar-se a partir do primeiro ao quinto dia de puerpério.

Em caso de ingurgitamento mamário acentuado, orientar para o uso de bolsa de gelo, de analgésicos e a realização de esvaziamento mamário. Em algumas situações, a inibição da lactação é necessária, e o manejo dessa situação pode ser realizada na APS, pelos profissionais da eSF, especialmente pelo médico, quando for necessária terapêutica medicamentosa.

As medidas não medicamentosas para a suspensão da amamentação incluem o uso de compressas frias e analgésicos. Outra medida é manter as mamas comprimidas (enfaixá-las ou usar sutiã apertado). A inibição mecânica da lactação, pelo enfaixamento das mamas, deve ser indicada apenas quando a terapêutica medicamentosa não estiver disponível.

Na terapêutica farmacológica para inibição da lactação, está indicada 'cabergolina', com as seguintes orientações:

- No primeiro dia pós-parto: 1 mg (dois comprimidos de 0,5 mg), dose única.
- Após a supressão da lactação: a dose recomendada é de 0,25 mg (metade de um comprimido de 0,5 mg), a cada 12 horas, por dois dias (dose total de 1 mg).

No processo de trabalho cotidiano, é comum os profissionais da eSF serem questionados sobre quais medicamentos a mulher pode utilizar no período de amamentação. Alguns fármacos são contraindicados de forma absoluta ou relativa ao aleitamento materno; o acesso a essa informação é disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

PARA SABER MAIS:

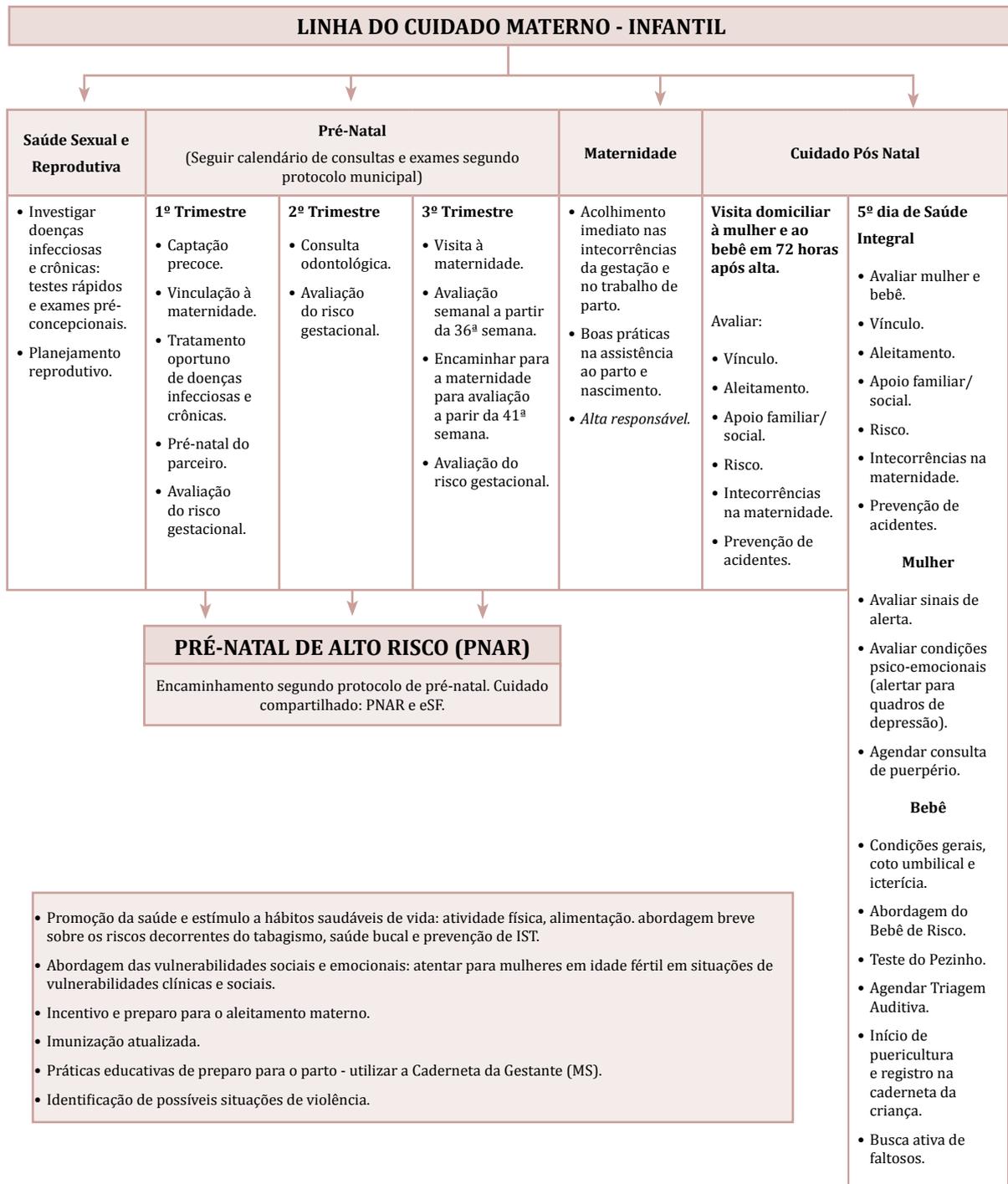
Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_sustancias_2edicao.pdf

Uma ação básica das equipes das unidades e serviços de APS é incentivar a doação de leite humano. Entretanto, essa doação deve ser realizada por meio de “Bancos de Leite Humano” ou de “Postos de Coleta de Leite Humano” que apresentam recursos e seguem normas e protocolos para viabilizar o procedimento, garantindo a segurança sanitária do leite humano ordenhado.

Para sintetizar as orientações descritas nesta unidade, é didático conhecer a linha de cuidado materno-infantil proposta em Belo Horizonte (2019), a qual permite aos profissionais da eSF avaliar ações que o serviço, ao qual estão vinculados tem desenvolvido e propor adequações, se necessário (Quadro 8).

Quadro 8 - Linha do cuidado materno-infantil



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2019, p.114).

Unidade 3

Prevenção do câncer de mama

UNIDADE 3

Prevenção do câncer de mama

Esta unidade, destinada aos profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS), aborda o rastreamento do câncer de mama no Brasil com foco no exame físico das mamas e no rastreamento de mulheres com risco habitual.

Vamos abordar, nesta unidade, as bases para o cuidado à mulher na prevenção do câncer da mama – rastreamento com mamografia, rastreamento com exame clínico das mamas e os exames complementares de mama.

Também faz parte do texto o diagnóstico precoce do câncer de mama, abordando a mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendação de conduta, e os critérios para encaminhamento da mulher para o serviço especializado de mastologia.

Espera-se que, ao final desta unidade, o profissional seja capaz de identificar mulheres em risco ou com câncer de mama, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

Seção 1

Base para o cuidado à mulher na prevenção do câncer da mama

O câncer da mama é o mais incidente em mulheres e, excetuando os casos de pele não melanoma, representou 24,2% do total de casos de câncer feminino no mundo com, aproximadamente, 2,1 milhões de novos casos em 2018 (BRASIL, 2019a).

É a quinta causa de morte por câncer em geral, sendo a causa mais frequente de morte em mulheres por câncer (BRASIL, 2019a).

A estimativa de câncer de mama no Brasil, para 2019, foi de 59.700 novos casos, com um risco estimado de ocorrerem 59 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2019b). No entanto, no Brasil, a incidência do câncer da mama é heterogênea, sendo provável que o balanço entre benefícios e danos do rastreamento com mamografia varie nas diversas regiões do país (BRASIL, 2019a).

Estudos mostraram que os programas de controle do câncer, principalmente de detecção precoce e tratamento, foram os principais determinantes na redução de resultados desfavoráveis. Cada programa de controle do câncer, cada ação de detecção precoce deve ser implementada de acordo com o contexto local, avaliando-se as questões demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, econômicas, culturais e sociais. Por isso, essas ações podem ser diferentes entre os países (BRASIL, 2019a).

As taxas de incidência do câncer da mama aumentam rapidamente até os 50 anos; após essa idade, ocorre de maneira mais lenta (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019). Nesse sentido, é importante focar a prevenção primária cujos fatores de risco estão relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima de 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama, alta densidade do tecido mamário, sedentarismo que leva à obesidade, urbanização, elevação do status socioeconômico, alterações em alguns genes responsáveis pela regulação, pelo metabolismo hormonal, reparo de DNA, entre outros (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010a; 2012a).

Os fatores de risco para o câncer da mama relacionado ao risco populacional relacionam-se às mulheres com história familiar de câncer da mama que têm, pelo menos, um caso em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha); diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade; diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino; diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2009).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2011f; BRASIL, 2015), os métodos preconizados para o rastreamento, no Brasil, são a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM).

O rastreamento pode ser realizado de modo oportuno ou organizado.

Na primeira situação, é ofertado a todas as mulheres que buscam o serviço de saúde. Na segunda, é oferecido às mulheres de uma população predefinida, que são, formalmente, convidadas para exames periódicos.

Para que ações de rastreamento tenham êxito, o INCA (BRASIL, 2011, p. 8) propõe:

- informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- alcançar a meta de cobertura da população-alvo;
- garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- garantir a qualidade das ações;
- monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Entende-se que a superação das barreiras para a redução da mortalidade por câncer da mama no Brasil envolve, além do acesso à mamografia de rastreamento, o controle dos fatores de risco, a estruturação da rede assistencial para rápida e oportuna investigação diagnóstica e o acesso ao tratamento quando necessário (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

1.1 Rastreamento com mamografia

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com o INCA, publicou um protocolo de recomendações para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas, com base em revisão sistemática, para orientar as condutas no Brasil (Quadro 9).

Quadro 9 - Recomendações para o rastreamento do câncer de mama com mamografia em mulher assintomática

IDADE	RECOMENDAÇÃO	PERIODICIDADE
Menos de 50 anos	Não é recomendado o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos.	
De 50 a 59 anos	É recomendado o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 a 59 anos.	De dois em dois anos
De 60 a 69 anos	É recomendado o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 60 a 69 anos.	De dois em dois anos
De 70 a 74 anos	Não é recomendado o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 70 e 74 anos.	
75 anos ou mais	Não é recomendado o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015. p.48.

*A periodicidade de dois em dois anos (bienal) não deve ser entendida como um intervalo rígido, mas sim um intervalo aproximado.

A avaliação do MS para o rastreamento do câncer de mama na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, a cada dois anos, é de que os benefícios do rastreamento superam possíveis riscos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019). Antes da menopausa, as mamas são mais densas e a sensibilidade da mamografia é reduzida, o que gera maior número de resultados falso-positivos, que são o resultado positivo para câncer em pacientes sem câncer (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2019c). O rastreamento pode identificar cânceres de comportamento indolente, que não ameaçariam a vida da mulher, mas que acabam sendo tratados (sobrediagnóstico e sobretratamento), expondo a mulher a riscos e danos associados.

Por isso, as mulheres devem ser orientadas sobre riscos e benefícios do rastreamento mamográfico para que possam, em conjunto com a equipe de saúde, decidir sobre a realização ou não do rastreamento de rotina e exercer sua autonomia (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2019c).

O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (considera que os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios) e relata que este é o motivo pelos quais as principais diretrizes e programas de rastreamento do mundo não recomendam o rastreamento de mulheres abaixo desta idade (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019).

1.2 Rastreamento com exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas é um método de diagnóstico do câncer da mama, mas há controvérsias na literatura científica quanto ao fato de ser ou não considerado um método de rastreamento. É o primeiro método de avaliação diagnóstica a ser realizado na atenção primária, sendo complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias.

Como rastreamento, é considerado um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado, enfermeiro ou médico, realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintoma suspeitos de câncer de mama.

Algumas diretrizes e recomendações de diversas organizações e governos têm indicado o rastreamento do câncer de mama com o exame clínico das mamas em substituição à mamografia em mulheres com menos de 50 anos devido à baixa sensibilidade da mamografia em mulheres com mamas densas e há um entendimento de que o exame clínico das mamas apresenta melhor sensibilidade em mulheres jovens.

No entanto, não é conhecida a magnitude do sobre diagnóstico e do sobre tratamento como consequência do rastreamento do câncer da mama com o exame clínico das mamas (BRASIL, 2015a).

As orientações para realizar o exame clínico das mamas, segundo Coelho e Porto (2013), são:

a. Inspeção estática das mamas - solicitar que a mulher mantenha os braços relaxados e rentes ao corpo e, na sequência, observar e registrar (Figuras 7 e 8):

- a simetria das mamas;
- o estado da pele (aspecto de “casca de laranja”);
- as feridas que não cicatrizam;
- o estado da aréola e do mamilo;
- o tônus muscular;
- o formato das mamas: arredondado, pendular, cônico;
- o tamanho das mamas: médio, pequeno e grande;
- tipo: grau I (criança); grau II (adolescente); grau III (adulto); grau IV (GG ou extra G).

Figura 7– Inspeção estática das mamas



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p.65.

b. inspeção dinâmica das mamas – solicitar à mulher que eleve os braços o mais alto que conseguir e observar se, ao promover o deslizamento das mamas sobre o músculo peitoral, ocorrem abaulamentos ou retrações e perguntar se ela sente algum incômodo, por exemplo, fisgadas ou dor.

Outra maneira de realizar a inspeção dinâmica das mamas consiste em solicitar que a mulher coloque as mãos na cintura e faça força para evidenciar o movimento do músculo peitoral e, conseqüentemente, do tecido mamário. (Figuras 8a e 8b).

Figura 8a – Inspeção dinâmica das mamas



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

Figura 8b – Inspeção dinâmica das mamas



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

Para completar a inspeção dinâmica das mamas, solicite à mulher que flexione o tórax para frente, para que você possa observar nas mamas pendentes a presença de retrações ou abaulamentos.

c. técnica de palpação – para avaliar: a consistência, a sensibilidade, a temperatura, a presença de secreções e de massas, o tônus e a cadeia de linfonodos.

- Iniciar a palpação com a mulher sentada – fazer a palpação nas regiões de drenagem dos linfonodos mamários: regiões supra e infraclaviculares; região axilar (onde se concentram 85% dos achados); linha esternal (externa direita e esquerda na região média do externo); e região inframamária. Usualmente, os linfonodos não são palpáveis; no entanto, um tumor na mama de 0,5 cm já é suficiente para estimular o seu crescimento (Figuras 9 e 10).

Figura 9 – Palpação das regiões supra e infraclaviculares



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

Figura 10 – Palpação da região axilar



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

A palpação das mamas pode ser iniciada com a paciente ainda sentada. No entanto, este exame não substitui o exame realizado em decúbito dorsal. Os braços podem estar estendidos acima do pescoço (mãos na nuca), para facilitar a percepção dos achados. Deve ser realizada palpação superficial, com a mão espalmada, e a palpação profunda com os dedos realizando o movimento de “tocar piano”. Nesta última é possível perceber melhor as alterações, bem como delimitá-las (Figuras 11 e 12).

Figura 11 – Palpação das mamas com a mão espalmada



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

Figura 12 – Palpação das mamas com movimento de “tocar piano”



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

Para completar a inspeção dinâmica das mamas, solicite à mulher que flexione o tórax para frente para que você possa observar nas mamas pendentes a presença de retrações ou abaulamentos.

d. expressão mamilar – de maneira delicada e firme, finalizar o exame das mamas com a expressão dos mamilos. A descarga ou derrame papilar é a saída de secreção através da papila mamária, quando não associada à gravidez e à lactação (descarga papilar fisiológica). Aparece como o sintoma mais frequente, depois do nódulo e da dor mamária, representando cerca de 7% das queixas das pacientes, constituindo-se em um sinal inespecífico, decorrente de causa mamária ou extramamária. O derrame do mamilo tem sido descrito em 10% a 15% das mulheres como doença benigna da mama, e em 2,5% a 3% está relacionado com carcinoma. Segundo seu aspecto macroscópico, a secreção é classificada em: leitosa, verde, castanha, sanguínea, serosa, turva ou purulenta (ANDREA et al., 2006) (Figuras 13 e 14).

Figura 13 – Expressão mamilar



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

Figura 14 – Expressão mamilar com derrame papilar



Fonte: Coelho; Porto, 2013, p. 65.

ATENÇÃO!

A importância do estudo dos derrames sanguíneos se deve à sua associação com papiloma intracanalicular, carcinoma papilífero e outras lesões.

O termo descarga papilar sanguínea ou hemorrágica só deve ser utilizado nos casos em que forem confirmados elementos hemáticos à microscopia (ANDREA et al., 2006).

1.3 Exames complementares de mama

- **Ultrassonografia mamária:** O MS não recomenda o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas isoladamente ou em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos, provavelmente, superam os possíveis benefícios).

Ao lado da mamografia, a ultrassonografia das mamas é o mais importante método de imagem de investigação diagnóstica de alterações suspeitas nas mamas, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas. Existem vantagens da ultrassonografia na investigação diagnóstica do câncer de mama: o método não usa radiação ionizante e a acuidade diagnóstica não depende da densidade mamária. Por isso, a ultrassonografia tem indicação estabelecida na prática clínica, na diferenciação entre cistos e tumores sólidos e na avaliação de nódulos palpáveis em mulheres jovens. Quanto ao rastreamento do câncer de mama, a ultrassonografia mamária tem limitações: exige grande dependência da presença e da experiência do médico operador, há maior dificuldade de padronização de técnicas de exame e de critérios de interpretação e há dificuldade na detecção de microcalcificações (BRASIL, 2015a).

- **Ressonância nuclear magnética:** Segundo o Ministério da Saúde, nenhum país do mundo recomenda a ressonância nuclear magnética como método de rastreamento para mulheres com risco padrão para câncer da mama, embora seu uso tenha se popularizado na prática clínica. Esse método pode ser útil como forma de vigilância para mulheres com risco muito aumentado de desenvolver câncer de mama. O uso da ressonância nuclear magnética para o rastreamento do câncer de mama aumenta muito o número de casos falso-positivos e de sobre diagnóstico. Outro problema é a dificuldade de biopsiar lesões que são visualizadas pela ressonância

nuclear magnética, o que requer equipamento especial e experiência do profissional. As incertezas sobre os possíveis benefícios e a certeza do aumento de danos são suficientes para recomendação fortemente contrária ao rastreamento com ressonância nuclear magnética em mulheres com risco padrão de desenvolvimento de câncer de mama (BRASIL, 2015).

- **Termografia:** O MS não recomenda o rastreamento do câncer de mama com termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios). A termografia clínica da mama é um exame de imagem que registra a variação da temperatura cutânea; é um método não invasivo, não expõe a pessoa à radiação e não comprime o tecido mamário. No entanto, não existem estudos com evidências da eficácia da termografia no rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2015).
- **Tomossíntese mamária:** O MS não recomenda o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios). A tomossíntese mamária é também conhecida como mamografia tridimensional (3D) ou mamografia tomográfica; foi um avanço nas técnicas de imagem mamária com a tecnologia digital. Ainda não se sabe se a acuidade desse exame resultará em diminuição da mortalidade por câncer de mama e também não se sabe acerca de sobre diagnóstico e sobre tratamento com a introdução dessa nova tecnologia. Contudo, a adição da tomossíntese à mamografia digital convencional aumenta a dose total de radiação ionizante recebida pelas mulheres a cada etapa do rastreamento (BRASIL, 2015).

Seção 2

Diagnóstico precoce do câncer de mama

A estratégia utilizada pelo MS para a detecção do câncer da mama foi denominada Estratégia de Conscientização (breast awareness), a qual estimula a mulher a conhecer seu corpo, observar alterações e, eventualmente, realizar a autopalpação das mamas, sempre que sentir vontade (no banho, quando trocar de roupa ou em outra situação), sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações nas mamas. Essa estratégia é diferente da antiga recomendação de rastreamento pelo autoexame das mamas, o qual representa uma técnica padronizada e com periodicidade fixa. A estratégia de conscientização é importante para o diagnóstico precoce do câncer de mama na prática clínica e significa orientar as mulheres sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo da vida e a divulgação dos principais sinais e sintomas do câncer de mama, além de estimular as mulheres a buscarem esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação a alguma alteração suspeita nas mamas. Os serviços de saúde devem estar preparados para acolher, esclarecer e realizar exames diagnósticos a partir da demanda. Nessa estratégia podem ser incluídas ações educativas para mudar o conhecimento e a atitude sobre o câncer da mama e ainda desconstruir mitos sobre a doença (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019).

O MS não recomenda o ensino do autoexame das mamas como método de rastreamento do câncer da mama. Não se deve confundir a prática do método de rastreamento padronizado, sistemático e com periodicidade fixa, como anteriormente era recomendado, com o autoexame das mamas como prática ocasional da observação e autopalpação das mamas no contexto do conhecimento do próprio corpo (estratégia de conscientização). Dessa maneira, a autopalpação serve para ampliar a capacidade da mulher de identificar, de forma precoce, o aparecimento de sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, sem a necessidade de realizar um método específico de autoexame (BRASIL, 2015a).

Seção 3

Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendação de conduta

O protocolo do MS estabelece recomendações para interpretação da mamografia de rastreamento (Quadro 10).

Quadro 10 - Recomendações para a interpretação da mamografia de rastreamento

CATEGORIA BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação adicional com incidências e manobras. • Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum. • Comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de rastreamento conforme faixa etária.
2	Exame com achado tipicamente benigno	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de rastreamento conforme faixa etária, fora de risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	2%	<ul style="list-style-type: none"> • Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. • A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição	<ul style="list-style-type: none"> • A paciente deverá ser encaminhada para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica. • Confirmado o diagnóstico, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento. • A Atenção Primária à Saúde (APS) deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
5	Exame com achado altamente suspeito	95%	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer. • A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.

Fonte: Brasil (2016, p.191).

PARA SABER MAIS...

Leia os esquemas de todas as condutas e procedimentos para o rastreamento do câncer de mama e as atribuições de cada profissional da Equipe Saúde da Família, em (BRASIL,2016c).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 187, 189 e 191.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

3.1 Critérios para encaminhamento da mulher para o serviço de mastologia

Em alguns casos, é necessária a avaliação por um especialista em mastologia, seja para aprofundamento diagnóstico, proposição de cirurgia ou outros tratamentos específicos, ou para acompanhamento por alto risco de desenvolvimento de câncer de mama. São dados importantes a serem observados:

- nódulos;
- descarga papilar uniductal, hemorrágica/sanguinolenta ou água de rocha;
- microcalcificações agrupadas à mamografia;
- suspeita de câncer, edema nas mamas com pele em aspecto de “casca de laranja”;
- retração na pele da mama;
- mudança no formato do mamilo;
- categorias mamográficas III, IV e V;
- eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial;
- fístulas;
- pacientes de alto risco: passado de câncer de mama, história de câncer de mama abaixo dos 50 anos em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha).

Uma vez identificadas situações de risco para o câncer de mama, a mulher precisa ter referência e contrarreferência de atenção à saúde asseguradas. Para isso, o serviço definido como referência em mastologia deve estar apto para prosseguir a assistência, garantindo:

- exames de diagnóstico (histologia, imuno-histoquímica, estadiamento);
- tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia);
- seguimento do caso.

Quanto mais precoce for feito o diagnóstico de câncer, maior a probabilidade de cura. Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica, enquanto diagnóstico precoce significa detectar câncer da mama em fase precoce.

Unidade 4

Cuidados à mulher na prevenção do
câncer do colo do útero

UNIDADE 4

Cuidados à mulher na prevenção do câncer do colo do útero

Tendo como referência o panorama nacional, esta unidade foca a prevenção do câncer do colo do útero, as recomendações de condutas diante dos possíveis diagnósticos do exame citopatológico do colo do útero. Trata-se de uma patologia com grande potencial de prevenção e cura, se diagnosticada precocemente.

Ao final desta unidade, o profissional deve ser capaz de:

- identificar, na área de abrangência, as ações a serem realizadas na APS para ampliar a cobertura de exames para a detecção precoce do câncer do colo do útero.

Seção 1

Prevenção do câncer do colo do útero

No mundo ocorrem, aproximadamente, 530 mil casos novos de câncer do colo do útero por ano, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. É responsável por 265 mil óbitos por ano e, ainda, é a quarta causa de morte por câncer em mulheres.

Em 2018, no Brasil, foram esperados 16.370 casos novos, com risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres, sendo a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer nas mulheres brasileiras, excluindo os de pele não melanoma (BRASIL, 2019a).

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos. A incidência desse câncer começa a ocorrer a partir da faixa etária de 25 a 29 anos. No entanto, o pico de incidência (maior risco) ocorre entre 45 a 50 anos. No Brasil, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte, onde ocorre também a maior incidência de mortalidade por esse câncer; ocupa a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste; é o terceiro mais incidente na região Sudeste e ocupa a quarta posição na região Sul (BRASIL, 2019a).

Sem considerar o câncer da pele não melanoma, esse tipo de câncer é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, se o diagnóstico ocorrer precocemente.

Embora a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) seja considerada o principal fator precursor do câncer de colo do útero, ele por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia. Desse modo, é necessário um conjunto de fatores, entre eles: o tipo e a carga viral, a ocorrência de infecção única ou múltipla, além de fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a principal e mais ampla estratégia de rastreamento adotada para o controle do câncer do colo do útero no Brasil e no mundo.

1.1 Periodicidade do rastreamento do câncer do colo do útero e população-alvo

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e das lesões precursoras é o exame citopatológico ou citologia oncológica ou, ainda, o exame preventivo, nome com o qual é conhecido popularmente. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, as próximas coletas devem ser realizadas a cada três anos.

O intervalo de idade preconizado para o rastreamento com a coleta do exame citopatológico é de 25 a 64 anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença, que é a presença de infecção persistente pelo HPV de alto risco (oncogênico), sendo os mais prevalentes os tipos 16 e 18. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, devem-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos e, se ambos os resultados forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2016).

Situações especiais em que os exames citopatológicos devem ser realizados:

- **Gestantes:** seguir as mesmas recomendações de periodicidade da coleta e faixa etária como as demais mulheres.
- **Mulheres na pós-menopausa:** devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Caso necessário, usar estrogênio antes da realização da coleta (deve ser utilizado creme de estrogênios conjugados por via vaginal em baixa dose (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3 mg do princípio ativo) ou estriol vaginal 1 g, com aplicador vaginal, à noite, durante 21 dias. A coleta deve ser feita entre cinco a sete dias após a parada do uso do creme vaginal. Nas mulheres com história de câncer de mama ou outras contraindicações ao uso do estrogênio devem ser avaliadas individualmente.
- **Histerectomizadas:** mulheres submetidas a histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia ou diagnóstico de tratamento de lesões de alto grau, não precisam ser rastreadas, desde que os exames anteriores sejam normais. No entanto, em caso de histerectomia por lesão precursora do câncer do colo do útero, a mulher deve ser acompanhada de acordo com a lesão que foi tratada.
- **Mulheres sem história de atividade sexual:** não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

- **Imunossuprimidas:** o exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto a imunossupressão permanecer. Mulheres HIV positivo, com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³, devem ser rastreadas a cada seis meses.

1.2 Coleta do material para o exame citopatológico

A coleta deverá ser feita com a espátula de Ayre. Caso a junção escamocolunar não seja atingível pela espátula, utilizar também a escova endocervical. A dupla coleta (espátula/escova) constitui-se na melhor opção para o exame. É importante manter o registro dos dados referentes à coleta em um livro – data da coleta, data de nascimento, nome da mulher, número de prontuário, número de identificação do frasco e o resultado do teste de Schiller e do laudo citopatológico do colo do útero. Para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados básicos. Esse arquivo permite o agendamento nos prazos recomendados e a busca ativa das mulheres pelos agentes comunitários de saúde, em caso de esquecimento do dia aprazado, por parte delas.

1.3 Nomenclatura do exame citopatológico e adequabilidade da amostra

A nomenclatura utilizada para a leitura e interpretação do exame citopatológico do colo do útero foi sendo modificada.

O conhecimento e entendimento dessa nomenclatura é importante para a comunicação entre os profissionais e o estabelecimento de condutas clínicas no diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências (Quadro 11).

Quadro 11 - Nomenclatura citopatológica e correspondência histopatológica (biópsia) e suas equivalências – interpretação do exame citopatológico do colo do útero

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema de Bethesda	Classificação citopatológica brasileira (2006) – utilizada atualmente
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve Displasia moderada e acentuada	NIC I NIC II e NIC III	LSIL HSIL	LSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Fonte: BRASIL, 2016bb. p.26.

OMS: Organização Mundial de Saúde; NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical; LSIL: *Low-grade intraepithelial lesion* ou lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; HSIL: *High-grade intraepithelial lesion* ou lesão intraepitelial escamosa de alto grau; AIS: Adenocarcinoma *in situ*.

O profissional da saúde, ao receber o resultado do exame citopatológico do colo do útero, precisa avaliar a adequabilidade da amostra para estabelecer o seguimento de acordo com os protocolos vigentes. Na nomenclatura brasileira atual, a adequabilidade da amostra é definida como “satisfatória” ou “insatisfatória”. A interpretação é da seguinte forma:

- **Amostra insatisfatória para avaliação:** são aquelas cuja leitura pelo citopatologista foi prejudicada por natureza técnica, material acelular ou hipocelular, presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos, superposição celular ou outra causa.

- **Amostra satisfatória para avaliação:** são aquelas cujas células são representativas em quantidade, bem distribuídas, bem fixadas e coradas, permitindo conclusão diagnóstica.
- **Células presentes na amostra:** podem estar presentes células escamosas, células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas. A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC) é considerada como indicador de qualidade de boa coleta, local onde se situa a maioria dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2016ba; BRASIL, 2016bb).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016ba) recomenda que, em caso de esfregaços normais somente com células escamosas de mulheres com colo do útero presente, o exame deve ser repetido com intervalo de um ano; após dois exames normais consecutivos, o intervalo deve ser de três anos. Para garantir representação celular do epitélio do colo do útero, deve-se, preferencialmente, colher o exame do canal endocervical com escova apropriada e, na ectocérvice, com a espátula tipo ponta longa.

1.4 Recomendações preconizadas diante do resultado citopatológico anormal

Após a coleta do exame citopatológico do colo do útero, é importante a interpretação pelo profissional para que o seguimento da pessoa seja adequado, conforme recomendações a serem seguidas nos serviços de atenção primária (Quadro 12).

Quadro 12 - Conduta inicial diante de resultados de exames citopatológicos alterados

Diagnóstico citopatológico do colo do útero		Recomendações	
		Faixa etária	Conduta inicial
I - Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance)	a - Possivelmente não neoplásicas (ASCUS)	25 anos	Repetir a citologia em três anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em três anos
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 12 meses
	b - Não é possível afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia	
II - Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	a - Possivelmente não neoplásicas b - Não é possível afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia	
III - Células atípicas de origem indefinida (AOI)	a - Possivelmente não neoplásicas b - não é possível afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia	
IV - Lesão de baixo grau (Low-grade squamous intraepithelial lesion - LSIL)		25 anos	Repetir a citologia em três anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em seis meses
V - Lesão de alto grau (HSIL)		Encaminhar para colposcopia	
VI - Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia	
VII - Carcinoma escamoso invasor		Encaminhar para colposcopia	
VIII - Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor		Encaminhar para colposcopia	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016bb, p.31.

Se houver necessidade de encaminhamento da mulher para a atenção secundária e/ou terciária, com resultado citopatológico alterado após diagnóstico e tratamento, a paciente deve retornar para a atenção básica com relatório de contrarreferência, contendo resumo da história clínica, diagnóstico e tratamento realizados com orientação de como deve ser o seguimento pelos profissionais da atenção primária.

PARA SABER MAIS, LEIA

a) os parâmetros técnicos do Ministério da Saúde que fundamentam as condutas para ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) e as condutas para LSIL Low-grade squamous intraepithelial lesion (página 69).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede – 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2016c. 114p.: il. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>.

b) os quadros com os esquemas de todas as condutas e procedimentos para o rastreamento do câncer do colo do útero e as atribuições de cada profissional da Equipe Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 173 e 180 a 184. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Unidade 5

Cuidados à mulher no climatério

UNIDADE 5

Cuidados à mulher no climatério

Esta unidade faz uma breve abordagem sobre as mudanças emocionais das mulheres em decorrência do climatério, os sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento dos sintomas mais frequentes e orientações sobre os cuidados preventivos para uma vida saudável, após cessar a menstruação.

Espera-se que, ao término desta unidade, o profissional seja capaz de diagnosticar e tratar os sintomas clínicos mais frequentes da mulher no climatério.

Seção 1

Definições referentes ao climatério

O climatério é o período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva da mulher. A faixa etária da mulher no climatério é de 40 a 65 anos para a maioria dos autores. A menopausa é um marco nessa fase da vida da mulher e representa a data da última menstruação, definido, retrospectivamente, após um ano de amenorreia (BRASIL, 2008a; CAMARGOS; MELO, 2016b; BRASIL, 2016). Sua ocorrência acontece, geralmente, em torno dos 48 aos 50 anos de idade e resulta do paulatino esgotamento folicular decorrente da refratariedade dos folículos aos estímulos gonadotrópicos. Assim, o hormônio folículo estimulante (FSH) se eleva acima de 40 mUI/ml, e o estradiol diminui para valores abaixo de 20 pg/mL (ALMEIDA, 2003). O climatério pode cursar sem sintomas em torno de 20% a 25% das mulheres.

O cuidado à mulher no climatério assume grande importância na atualidade porque, diferentemente de épocas passadas, hoje temos um aumento da expectativa de vida para quase 80 anos, podendo a mulher viver um terço ou até mesmo metade de sua vida após a menopausa (CAMARGOS; MELO, 2016b).

Nessa etapa da vida, a mulher vivencia mudanças de diversas naturezas que exigem adaptações físicas, psicológicas e emocionais (BRASIL, 2008; CAMARGOS; MELO, 2016b; BRASIL, 2016b). É comum ela reviver antigos conflitos nessa fase.

Para a mulher cujos filhos estão começando a abandonar o “ninho”, o climatério pode representar uma chance de refazer seus planos de vida.

Por outro lado, o metabolismo sofre algumas alterações, especialmente relacionadas às funções do sistema endócrino e à diminuição da atividade ovariana. Assim, o evento menopausa pode ser vivenciado, por algumas mulheres, como a paralisação do próprio fluxo vital, pois os seus órgãos genitais, assim como o restante do organismo, mostram, gradualmente, sinais de envelhecimento (BRASIL, 2008).

É frequente encontrá-las insatisfeitas, ansiosas e desmotivadas, com queixas de que tudo está errado, sem saberem definir bem a causa. Muitas têm a sensação de que a vida está um caos, de que tudo foge ao seu controle como se fosse ocorrer uma “tragédia iminente” (BRASIL, 2008).

É nesse contexto socioemocional que a equipe de Saúde da Família (eSF) buscará desenvolver estratégias para motivar essas usuárias para as mudanças no estilo de vida, em especial o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a busca de novos objetivos e afetos que motivem o seu viver (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2016).

As ansiedades e inseguranças das mulheres nessa fase da vida podem ser acolhidas pelos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, além da detecção precoce das principais doenças que acometem as mulheres e que são características dessa idade (ALMEIDA, 2003; CAMARGOS; MELO, 2016b; BRASIL, 2016).

Outro aspecto a ser considerado é a discriminação geracional que ocorre na nossa sociedade, como se fosse algo natural. Seus efeitos na mídia promovem discriminação mais intensa e evidente para as mulheres. Resultam do mito da eterna juventude, da supervalorização da beleza física padronizada e da relação entre sucesso e juventude. Esses fatores aumentam a tensão vivenciada pelas mulheres, interferindo na sua autoestima, com repercussões na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais (BRASIL, 2008).

O controle da hipertensão arterial, da diabetes, das dislipidemias, o combate ao tabagismo e à obesidade são ações pertinentes na mulher no climatério. As ações de incentivo à atividade física e aos hábitos alimentares saudáveis, com baixos teores de açúcar e gorduras, bem como mais ingestão de cálcio, devem ser priorizadas. A organização de grupos de caminhadas e de interesses comuns – por exemplo, oficinas culinárias e de artesanatos – podem ser úteis e prazerosas, além de promover a sociabilidade.

A mulher no climatério precisa ser vista pelo enfermeiro/médico de uma maneira holística. Embora seja um evento fisiológico, o climatério pode cursar com intensas manifestações sintomáticas que acometem, de maneira variada, em torno de 75% das mulheres. Os sintomas resultam da falência ovariana e são expressos por irregularidade menstrual, instabilidade vasomotora (ondas de calor ou fogachos), modificações atróficas e distúrbios emocionais.

A pré-menopausa é o período que antecede a menopausa e é caracterizada pela elevação dos níveis séricos de FSH, decorrente da diminuição da síntese da inibina pelas células da granulosa.

A perimenopausa inicia-se em torno de cinco anos antes da menopausa e acaba 12 meses após, sendo o período no qual surgem as irregularidades menstruais, os fogachos e as alterações psicoemocionais (ALMEIDA, 2003).

A pós-menopausa começa 12 meses após a última menstruação e termina aos 65 anos, quando tem início a senectude. Nessa fase, os sintomas neurovegetativos e a atrofia urogenital podem exacerbar-se devido à baixa de estrogênio. Além disso, as alterações no metabolismo ósseo

por longo período, associadas a características genéticas, composição corporal, estilo de vida, tabagismo e sedentarismo, podem desencadear a osteoporose. Ocorrem também alterações no metabolismo lipoproteico, que aumentam o risco das doenças cardiovasculares (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2016).

1.1 Sinais e sintomas mais frequentes

Os sintomas mais comuns no climatério são relacionados com a anovulação, associados ao hipoestrogenismo, sendo as principais manifestações a irregularidade menstrual e os fogachos. O intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode aumentar, e a intensidade do fluxo menstrual pode variar; as menstruações podem ser com fluxo abundante e com maior duração. Os fogachos são o principal motivo de agendamento de consulta e indicação de tratamento (BRASIL, 2016ba; CAMARGOS; MELO, 2016b).

Os distúrbios neurovegetativos são vivenciados com muito sofrimento pelas mulheres, embora não apresentem risco clínico. Destacam-se os sintomas vasomotores percebidos sob a forma de fogachos ou “ondas de calor”, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério (BRASIL, 2008). Eles causam muito incômodo, pois sua manifestação produz “sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e da face (que pode apresentar hiperemia), acompanhada, na maioria das vezes, de sudorese”. Podem também ocorrer palpitações e, mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. A intensidade dos sintomas varia muito, desde muito leves a intensos, podendo ocorrer esporadicamente ou várias vezes ao dia. A sua duração pode ser tanto de alguns segundos quanto de 30 minutos ou mais (BRASIL, 2010).

Quanto à etiologia, a maioria dos estudos enfatiza alterações no centro termorregulador provocadas pelo hipoestrogenismo, o que leva ao aumento da noradrenalina e dos pulsos de GnRH – Gonadotropin-Releasing Hormone – e LH – Luteinizing Hormone. Para minimizar esse sintoma, deve-se evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou de líquidos, de alimentos quentes e evitar ambientes com alta temperatura. O estresse, as emoções intensas, as aglomerações de pessoas, os ambientes abafados e o uso de roupas quentes também devem ser evitados, pois são considerados fatores desencadeadores dos fogachos. Observam-se outros sintomas neurovegetativos, frequentemente, tais como calafrios, insônia ou sono agitado, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga (BRASIL, 2008a; CAMARGOS; MELO, 2016b; BRASIL, 2016b).

PARA SABER MAIS, LEIA

Os esquemas de todas as condutas e procedimentos para o acolhimento, avaliação global e plano de cuidados na atenção às mulheres no climatério e as atribuições de cada profissional da Equipe Saúde da Família. Em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016ba, p. 198 a 200.
Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

1.2 Terapêuticas recomendadas para a mulher no climatério

É importante salientar que, na abordagem terapêutica, seja ela hormonal ou não hormonal, e/ou na abordagem de terapias não medicamentosas, a mulher deve ser vista como protagonista de sua vida e a ela caberá, desde que devidamente informada e com apoio profissional, a opção de como vivenciar essa fase (BRASIL, 2008).

As mulheres com sintomas climatéricos – fogachos, secura vaginal, alterações de humor e distúrbios menstruais, entre outros – podem optar pela terapia hormonal (TH) se não apresentarem contraindicações ao uso de hormônios. É fundamental o apoio psicológico e informações que lhes possibilitem conhecer e reconhecer as mudanças próprias do período, entendendo-as livres de mitos e preconceitos, tendo condições de fazer opção, ou não, pela utilização da TH.

Quando os sintomas clínicos da paciente indicarem necessidade da TH e esse for o desejo da paciente, a equipe de Saúde da Família deve estar atenta às contraindicações absolutas – gravidez, sangramento vaginal de causa desconhecida, distúrbio tromboflebítico ou tromboembólico venoso agudo ou recorrente, câncer de mama, lesão precursora para câncer de mama, câncer de endométrio, porfíria, doença hepática descompensada, doença coronariana, doença cerebrovascular, lúpus eritematoso sistêmico e meningioma (apenas para o progestagênio). Outras condições clínicas precisam ser avaliadas porque podem ser contraindicações relativas ao uso da TH – hipertensão arterial não controlada, diabetes mellitus não controlado, endometriose e miomatose uterina (BRASIL, 2008; CAMARGOS; MELO, 2016b; BRASIL, 2016).

Os medicamentos que podem ser utilizados para os sintomas transitórios do climatério são os fitoterápicos, a terapia farmacológica não hormonal e a terapia hormonal convencional.

Os **fitoterápicos** mais utilizados são (BRASIL, 2016b):

- Soja (*glycinemax*): extrato padronizado de 40 a 70% de isoflavonas, indicado para tratamento dos sintomas do climatério; tem ação estrogênica. Posologia de 50 – 180 mg/dia, via oral, divididos de 12 em 12 horas.
- Cimicífuga (*cimicífuga racemosa*): extrato padronizado entre 2,5% e 8%, de 27-deoxiacteína, indicado para o tratamento dos sintomas neurovegetativos (fogachos). Posologia de 40 – 80 mg/dia, via oral, podendo ser associada a isoflavonas.
- Valeriana (*Valeriana officinalis*): extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos, indicado para efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia. Posologia de 300 – 400 mg/dia, via oral, divididos em duas a três tomadas.
- Melissa (*Melissa officinalis*): extrato seco não menos que 0,5% de óleo volátil contendo citral; não menos que 6% de derivados hidroxicinâmicos totais, calculados como ácido rosmarínico. Indicada para alívio da ansiedade, insônia. Pode ser associada a valeriana. Posologia de 80 – 240 mg/dia, via oral, de 8 em 8 horas.

Na **terapia farmacológica não hormonal**, podem ser utilizados para os sintomas vasomotores (BRASIL, 2016b):

- Paroxetina: 12,5 – 25 mg/dia, via oral.
- Fluoxetina: 20 mg/dia, via oral.
- Venlafaxina: 37,5 – 75 mg/dia, via oral.
- Imipramina: 25 – 50 mg/dia, via oral.

Na **terapia hormonal convencional**, as vias de utilização dos hormônios são a via oral, transdérmica (adesivo), percutânea (gel) e cremes vaginais de acordo com a indicação clínica (BRASIL, 2016b):

- Estriol ou promestriene: são os cremes vaginais mais utilizados por apresentarem absorção sistêmica desprezível. Indicado em caso de queixas vulvovaginais e urinárias e sem indicação de TH sistêmica. Posologia: um aplicador intravaginal à noite; a duração depende da sintomatologia, podendo ser usada por longos períodos. O promestrieno existe na formulação de óvulos vaginais
- Opções mais comuns de TH oral: estrogênio conjugado 0,3 – 0,625 mg/dia, via oral, valerato de estradiol oral 1-2 mg/dia, via oral, ou estradiol transdérmico 25-50 mcg/dia, estradiol percutâneo 0,5-1,5 mg/dia.

- ✓ Nas mulheres SEM ÚTERO, hysterectomizadas, esses medicamentos podem ser usados isoladamente, levando em consideração as contraindicações para cada caso.
 - ✓ Nas mulheres COM ÚTERO, é obrigatória a associação com algum progestágeno, sendo os mais utilizados o acetato de medroxiprogesterona 2,5 mg/dia, o acetato de noretisterona 0,5 mg/dia, a drospirenona 2,0 mg/dia, ou a progesterona micromizada 100-200 mg/dia. Esses medicamentos, via oral, podem ser utilizados de forma cíclica por 12 a 14 dias por ciclo, plano terapêutico no qual a mulher pode ter sangramento vaginal, e também podem ser utilizados de forma contínua por via oral, plano terapêutico em que há ausência de sangramento vaginal.
- Tibolona 1,25-2,5mg/dia: é um outro grupo terapêutico o qual se comporta como uma TH combinada contínua, com a vantagem de não ter efeito no tecido mamário (menor risco de câncer de mama); possui efeito protetor nos ossos, com redução do risco de fraturas, e reduz os níveis de triglicérides e de HDL.

O planejamento terapêutico, a via de administração e a duração do tratamento devem ser individualizados pelo médico, e a participação da mulher nesse planejamento é essencial.

Outras opções de tratamento para os sintomas climatéricos das mulheres podem ser as práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2018c).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), incorporando práticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e o Lian Gong (ginástica terapêutica chinesa). Essa política foi atualizada pela Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, que inclui novas práticas na Política (BRASIL, 2018c). Essas práticas envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta qualificada, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações sociais (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, a mulher é encorajada a participar de seu próprio cuidado, tornando-se uma aliada valiosa nesse processo.

PARA SABER MAIS, LEIA

Esquema com a abordagem farmacológica da terapia hormonal, indicações, contraindicações, avaliação clínica e acompanhamento longitudinal, prescrição e efeitos colaterais, em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b, p. 206 a 208.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

1.3 Recomendações para a equipe de saúde da família no cuidado à mulher no climatério

A educação em saúde pode promover mudanças substanciais na vida das mulheres no climatério; deve ajudá-las a compreender as mudanças físicas que estão ocorrendo e a desenvolver atitudes mais positivas em relação à saúde, tais como (BRASIL, 2008):

- o autocuidado em geral pode influenciar a melhora da autoestima e da insegurança perante as mudanças que acompanham essa fase. Implica a motivação para a aquisição de hábitos saudáveis como a exposição ao sol, a ingestão de água, o sono adequado, sem interrupções, diariamente (entre seis e oito horas de sono profundo); cuidados com a limpeza e a hidratação da pele e dos cabelos, automassagem, técnicas de meditação e relaxamento e outras tantas formas que proporcionam o bem-estar físico e psicoemocional; atenção ao uso excessivo de medicamentos, como diuréticos que podem provocar espoliação de minerais – magnésio, sódio e potássio; antiácidos, que diminuem a acidez gástrica, alterando a digestão e absorção de nutrientes; antibióticos, que alteram a flora bacteriana normal, propiciando má absorção; laxantes, que aumentam a perda de nutrientes e podem levar à dependência; e sedativos e neurolépticos, que diminuem a atividade cerebral;
- o apoio às iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações, valorizando a experiência e o autoconhecimento adquiridos durante a vida;
- o estímulo à prática do sexo seguro em todas as relações sexuais. O número de mulheres portadoras do HIV nessa faixa etária tem sido crescente;
- o estímulo ao “reaquecimento” da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres (BRASIL, 2008).

A avaliação clínica da mulher no climatério envolve uma equipe multidisciplinar e deve ser voltada para o seu estado de saúde atual e progresso. Além da promoção da saúde, a atenção precisa abranger prevenção de doenças e assistência aos sintomas climatéricos que ocorrem concomitantes às doenças sistêmicas (BRASIL, 2008a). Estas se manifestam em queixas como dores articulares ou musculares, ganho de peso gradativo, depressão ou sintomas de hipotireoidismo, muitas vezes ainda não diagnosticado.

Assim como nem todas as mulheres apresentam os sintomas climatéricos, é preciso ter atenção às doenças que se tornam mais comuns com o avançar da idade, como diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Na avaliação do estado de saúde, a escuta qualificada é um componente fundamental do acolhimento para facilitar o diagnóstico e o acompanhamento adequados. Para isso, deve-se realizar sempre a anamnese e o exame físico completos, incluindo o ginecológico, ressaltando-se a importância do exame das mamas e da vulva.

Deverão ser solicitados, também, alguns exames complementares rotineiramente. São eles:

- mamografia de rastreamento, para pacientes assintomáticas entre 50 e 69 anos (no máximo até dois anos). Deve ser solicitada em qualquer caso de anormalidade no exame das mamas e para as candidatas à terapia de reposição hormonal;
- dosagem de colesterol total e fracionado;
- dosagem de triglicérides;
- dosagem da glicemia de jejum;
- dosagem de TSH, uma vez que as disfunções tireoidianas assintomáticas são frequentes nessa faixa etária.

O teste de progesterona pode ser útil na avaliação de mulheres com mais de um ano da última menstruação e suspeita de hiperplasia endometrial ou candidatas à reposição hormonal. Ele deve ser realizado por solicitação do médico da equipe e consiste em administrar 10 mg de acetato de medroxiprogesterona diariamente, por sete dias.

Como interpretar o teste? Aguarde até 15 dias após a suspensão da medicação:

- se não houver sangramento: teste negativo – ausência de doença endometrial.
- se houver sangramento: teste positivo – solicite um ultrassom endovaginal. Caso a imagem ecoendometrial seja maior que 5mm, está indicada curetagem semiótica ou histeroscopia com biópsia aspirativa, para avaliação histológica do endométrio.

PARA SABER MAIS, LEIA

Itens sobre a avaliação e propedêutica das mulheres no climatério, em: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção a mulher no climatério e menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b, p. 39 a 45.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf.

1.4 Recomendações para a equipe de saúde da família no cuidado à saúde bucal no climatério

Podem ocorrer muitos problemas odontológicos nas mulheres que estão no climatério, acompanhados por mudanças físicas na cavidade bucal, sendo as mais comuns o desconforto bucal e a perda óssea alveolar resultante da osteoporose. Esta última pode ser também influenciada pelo fator etiológico da doença periodontal, que é infecção bacteriana (BRASIL, 2018b).

Assim, a inspeção da cavidade bucal deve fazer parte da avaliação do estado de saúde pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, o que implica ser capaz de identificar as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento para que as usuárias possam ser orientadas quanto à importância da prevenção e de ter hábitos de higiene bucal (BRASIL, 2018b).

As mudanças nos níveis hormonais podem também afetar as glândulas salivares, deixando as mulheres com uma sensação constante de secura na boca, tanto no período do climatério quanto após a menopausa.

Podem ainda ser observadas alterações na absorção de cálcio da dieta e aumento nos níveis de cálcio na urina, decorrentes da diminuição da produção do estrogênio, fazendo com que os fatores sistêmicos interajam com fatores locais, aumentando o padrão de perda óssea alveolar – doença periodontal (BRASIL, 2008b).

A doença caracteriza-se pela reabsorção do osso alveolar e pela perda dos tecidos de inserção dental. Sua etiologia principal é a infecção bacteriana, mas outros fatores de risco podem desencadeá-

la, como idade, alterações imunes, uso de medicamentos, deficiências nutricionais, fumo, estresse, genética e condições sistêmicas como diabetes e outras alterações hormonais (BRASIL, 2008).

Na prevenção da doença periodontal, a orientação sobre a higienização com o uso do fio dental e da escova de dentes é fundamental para que a mulher esteja menos propícia a desenvolvê-la.

O ressecamento bucal também é muito frequente nesta fase da vida e pode ser amenizado com as seguintes medidas:

- beber água e líquidos sem açúcar com frequência;
- evitar bebidas com cafeína, como café, chá ou alguns refrigerantes;
- mascar gomas sem açúcar para estimular a fluxo salivar (se houver glândula salivar);
- não utilizar tabaco ou álcool;
- orientar que alimentos condimentados ou salgados podem causar dor em uma boca seca (BRASIL, 2008f).

Um aspecto importante da educação em saúde é que as mulheres precisam estar cientes dos potenciais problemas de saúde sistêmicos e localizados que ocorrem com o avançar da idade e sobre a importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam (BRASIL, 2008).

Dificuldade relacionada à alimentação, fala e queixas de dor podem ser sinais e sintomas importantes de que alguma alteração bucal está ocorrendo (BRASIL, 2008). Por isso, as mulheres nessa faixa etária devem ter acesso à reabilitação bucal por meio de restaurações diretas e a todos os tipos de próteses que são importantes no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar e a autoestima (BRASIL, 2008).

Atenção especial deve ser dada ao uso inadequado de prótese total ou parcial, seja por má adaptação, por estar quebrada ou frouxa. Deve ser verificado, ainda, se há dentes fraturados e restos radiculares, que devem ser diagnosticados precocemente e removidos para que esses fatores traumáticos não se tornem um fator de risco para malignização na cavidade bucal (BRASIL, 2018b).

Conclusão

O conteúdo deste módulo sobre “Rede de atenção: saúde da mulher” foi selecionado considerando sua pertinência para a organização do processo de trabalho da Equipe na atenção à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida.

Com foco nos contextos clínico, sociocultural e econômico relacionados à saúde da mulher, cada unidade aborda aspectos que permitem analisar e reconhecer como as condições da vida cotidiana podem influenciar a maneira como as mulheres adoecem e morrem.

Com esse alinhamento e abordagem, espera-se que a equipe de Saúde da Família atue de forma efetiva, contribuindo para a qualidade da atenção à saúde da mulher.

Referências

Referências

ALMEIDA, A. B. **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.

AMAMENTAÇÃO: boa pega e posições para amamentar. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IU6emkCpTxU>. Acesso em: 14 jun. 2020.

ANDRADE, C. J. M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher**: um olhar de gênero. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22062009-145809/publico/Clara_Marques.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

ANDREA, C. E. et al. Citologia do derrame papilar. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, n. 5, p. 333-7, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jun. 2020.

AUERBACH, M.; LANDY, H. J. Anemia in pregnancy. **Up ToDate**, jan. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anemia-in-pregnancy?search=AUERBACH,%20M.,%20LANDY,%20H.%20J.anemia%20in%20pregnancy.jan.%202020§ionRank=3&usage_pe=default&anchor=H202839498&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H202839498. Acesso em: 14 jun. 2020.

AUGUST, P; SIBAI, B. M. Hypertensive disorders in pregnancy approach to diferencial diagnosis. **UpToDate**, maio 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hypertensive-disorders-in-pregnancy-approach-to-differential-diagnosis?search=hypertensive%20disorders%20in%20pregnancy%20approach%20in%20diferencial%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 14 jun. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde – SMSA. **Protocolo pré-natal e puerpério** 2. ed. rev. e atual. Belo Horizonte: SMSA, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BERENS, P. Overview of the postpartum period: disorders and complications. **UpToDate**, maio 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-disorders-and-complications?search=depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto&source=search_result&selectedTitle=6~119&usage_type=default&display_rank=6. Acesso em: 14 jun. 2020.

BERMAS, B. L. Maternal adaptations to pregnancy: musculoskeletal disorders and pain. **UpToDate**, abr. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-musculoskeletal-changes-and-pain?search=caimbra%20gesta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~73&usage_type=default&display_rank=1#H25. Acesso em: 14 jun. 2020.

BIANCO, A. Maternal adaptations to pregnancy: gastrointestinal tract. **UpToDate**, ago. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancygastrointestinal-tract?search=maternal%20adaptation%20to%20pregnancy:%20gastrointestinais&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.263%20DE%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201996.&text=Regula%20o%20C2%A7%207%C2%BA%20do,penalidades%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Intergerencial de Informações para a Saúde. **Taxa de mortalidade materna**: coeficiente de mortalidade materna. Brasília: RIPSa, 2000. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República - Casa Civil. **Decreto nº 4.377**, de 13 de setembro de 2002 – Promulga a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.625**, de 21 de março de 2003 – cria a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres como órgão integrante da Presidência da República, com status de Ministério para formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. 2003 (Revogado pelo Decreto nº 7.043, de 2009). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4625.htm. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, órgão integrante da Presidência da República, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4625.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%204.625%2C%20DE%2021%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202003.&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,Rep%C3%BAblica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**: proposta de diretrizes para uma Política Nacional para as Mulheres. Brasília: SEPM, 2004b. Disponível em: https://www.google.com/search?q=I+Confer%C3%AAncia+Nacional+de+Pol%C3%ADticas+para+as+Mulheres+...www.observatoriodegenero.gov.br&rlz=1C1GGGE_pt-BRBR846BR846&oq=I+Confer%C3%AAncia+Nacional+de+Pol%C3%ADticas+para+as+Mulheres+...www.observatoriodegenero.gov.br&aqs=chrome..69i57.1159j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: SAS, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 52 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 72 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 104**, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico** 43, n. 1, 2012a. Disponível em: [Mortalidade-Materna.pdf](#). Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 123 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 316p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 92 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2edicao.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 120 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em Situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígios. Brasília – DF, 1ª edição, 2015b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nt-situacao-de-violencia-sexual-com-registro-de/>

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 13.266**, de 5 de abril de 2016. Extingue e transforma cargos públicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016b/Lei/L13266.htm. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b, p. 198 a 200. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede – 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2016c. 114p.: il. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 353**, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20811749/do1-2017-02-23-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017--20811665. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 51 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. **Lei Nº 13.718**, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13718.htm. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 350 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 702**, de 21 de março de 2018. Inclui novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol Epidemiol.** v. 50, (n. esp.), p. 1-154, 2019a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf?fbclid=IwAR3qTQYyo5tG7dYLNxWfj4ymtmIAoJtloIbTnwToAPConwrDn0Vpv0kyzvo>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 14 jun. 2020.

CAMARGOS, A. F.; MELO, V. H. **Ginecologia ambulatorial baseada em evidências científicas**. 3. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2016.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 144p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4114.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

DURNWALD, Diabetes mellitus in pregnancy, screening e diagnosis. **UpToDate**, jun. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-glycemic-control-and-maternal-prognosis?search=DURNWALD,%20C.%20Diabetes%20mellitus%20in%20pregnancy,%20screening%20e%20diagnosis,%20jun.2020.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 14 jun. 2020.

FOLEY, M. R. Maternal adaptations to pregnancy: cardiovascular and hemodynamic changes. **UpToDate**, fev. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-cardiovascular-and-hemodynamic-changes?search=edema%20gesta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5. Acesso em: 14 jun. 2020.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 4, p.450-459, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 jun. 2020.

FREIRE, C. M. V; TEDOLDI, C. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 93, n. 6, 2009. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300017#:~:text=%C3%89%20a%20hipertens%C3%A3o%20que%20est%C3%A1,com%204%20horas%20de%20intervalo. Acesso em: 14 jun. 2020.

FRETTS, R. C. Decreased fetal movement: diagnosis, evaluation and treatment. **UpToDate**, fev. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/decreased-fetal-movement-diagnosis-evaluation-and-management?search=Altera%C3%A7%C3%B5es%20na%20movimenta%C3%A7%C3%A3o%20fetal&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6#H19. Acesso em: 14 jun. 2020.

HOOTON, T.; GUPTA, K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **UpToDate**, dez. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=urinary%20infection%20during%20pregnancy§ionRank=2&usage_H1676570948&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H1676570948. Acesso em: 14 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência IBGE notícias. **Mulher estuda mais**, trabalha mais e ganha menos do que o homem. Rio de Janeiro: IBGE, 2019a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20234-mulher-estuda-mais-trabalha-mais-e-ganha-menos-do-que-o-homem>. Acesso em: 14 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Brasília: IBGE, 2019b. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/2016b3-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 14 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.38, 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Org.). **Atlas violência Brasil, 2019**. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 14 jun. 2020.

LEE, M-J; GUINN, D; HICKENBOTTOM, S. Headache in pregnant and postpartum women. **UpToDate**, ago. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/headache-in-pregnant-and-postpartum-women?search=headache%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 14 jun. 2020.

LOCKWOOD, C. J.; ROS, S. T.; NIELSEN-SAINENES, K. Zika virus infection evaluation and management of pregnant women. **UpToDate**, maio 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/zika-virus-infection-evaluation-and-management-of-pregnant-women?search=LOCKWOOD,%20C.%20J.;%20ROS,%20S.%20T.;%20NIELSEN-%20SAINENES,%20K.%20Zika%20virus%20infection%20evaluation%20and%20management%20of%20pregnant%20women,%20may%202020.&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 14 jun. 2020.

LOCKWOOD, C. J; MAGRIPLES, U. Prenatal care: initial assessment. **UpToDate**, maio. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial->

assessment?search=examinations%20for%20pregnant%20women&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 14 jun. 2020.

NORWITZ, E. R.; PARK, J. S. Overview of the etiology and assessment of vaginal bleeding in pregnant women. **UpToDate**, dez. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?search=maternal%20adaptation%20to%20pregnancy:%20neurologica&source=search_result&selectedTitle=13~150&usage_type=default&display_rank=13#H28. Acesso em: 14 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU Mulheres Brasil. **Conferências Mundiais da Mulher**. Brasília: ONU Mulheres Brasil, 2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acesso em: 14 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Roda com os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais, 2015**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173585/9789248549250-por.pdf?ua=1#:~:text=Sobre%20esta%20roda,da%20OMS%20baseadas%20em%20evid%C3%AAscias>. Acesso em: 14 jun. 2020.

POMERANZ, M. K. Maternal adaptations to pregnancy: skin, hair, nails and mucous membranes. **UpToDate**, set. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-skin-hair-nails-and-mucous-membranes?search=edema%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7. Acesso em: 14 jun. 2020.

SMITH, J. A.; FOX, K. A. Nausea and vomiting of pregnancy: treatment and outcome. **UpToDate**, maio. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome?search=NAUSEA%20E%20VOMITO%20NA%20PREGNANCY&source=search_result&selectedTitle=1~138&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 14 jun. 2020.

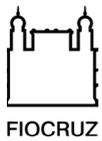
SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação**. Gestante: recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2020/2021. Rio de Janeiro: SBI, 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

STEWART, D.; VIGOD, S. Antenatal use of antidepressants and risk of teratogenicity and adverse pregnancy outcomes: selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). **UpToDate**, nov. 2018. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/antenatal-use-of-antidepressants-and-risk-of-teratogenicity-and-adverse-pregnancy-outcomes-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris?search=STEWART%2D.;%20VIGOD%20S.%20Antenatal%20use%20of%20antidepressants%20and%20risk%20of%20teratogenicity%20and%20adverse%20pregnancy%20outcomes:%20%20seletive%20serotonin%20reuptake%20inhibitors%20\(SSRIS\),%20nov.%202018&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/antenatal-use-of-antidepressants-and-risk-of-teratogenicity-and-adverse-pregnancy-outcomes-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris?search=STEWART%2D.;%20VIGOD%20S.%20Antenatal%20use%20of%20antidepressants%20and%20risk%20of%20teratogenicity%20and%20adverse%20pregnancy%20outcomes:%20%20seletive%20serotonin%20reuptake%20inhibitors%20(SSRIS),%20nov.%202018&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 14 jun. 2020.

THADHANI, R. I. Maternal adaptations to pregnancy: renal and urinary tract physiology. **UpToDate**, abr. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-renal-and-urinary-tract-physiology?search=altera%C3%A7%C3%B5es%20tratourinario%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8. Acesso em: 14 jun. 2020.

WEINBERGER, S. Maternal adaptations to pregnancy: physiological respiratory changes and dyspnea. **UpToDate**, mar. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-physiologic-respiratory-changes-and-dyspnea?search=edema%20gesta%C3%A7%C3%A3o&topicRef=443&source=see_link. Acesso em: 14 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en/>. Acesso em: 14 jun. 2020.



SGTES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

