

UNIDADE 3

UNIDADE 3

ATENÇÃO HUMANIZADA EM SAÚDE DA MULHER

Ouve-se falar que a Atenção Básica é a principal ferramenta para a organização do SUS. A esse respeito, o Ministério da Saúde faz a seguinte afirmação:

Assim, se compreende que a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado, favorecendo a produção de vínculo, o trabalho em equipe e a produção da cidadania, haja vista sua necessária ação sobre o território, que deve considerar exigências técnicas e interesses e necessidades das populações (BRASIL, 2010).

O estabelecimento de vínculos e a produção de cidadania não podem estar distantes da assistência humanizada e, no que diz respeito à saúde da mulher, prestar uma assistência que a envolva e a empodere é de grande valia para a efetividade das ações planejadas. Nesta unidade, serão discutidas as estratégias para desenvolver ações humanizadas de atenção à saúde da mulher no âmbito da atenção básica.

Atenção humanizada no puerpério

Neme (2000) afirma que o puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. Por sua vez, o Ministério da Saúde acrescenta que o puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactação), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Afirma ainda que este período é classificado didaticamente em (BRASIL, 2001):

• Puerpério imediato: 1º ao 10º dia;

• Puerpério remoto: a partir do 43º dia

• Puerpério tardio: 11º ao 42º dia;

O exame de uma mulher no puerpério deverá considerar seu estado psíquico e a compreensão do que representa para ela a chegada de uma nova criança. O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente poderá proporcionar uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados.

Além disso, é comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura, cabendo à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.



Ações gerais da assistência puerperal

O Ministério da Saúde recomenda que durante a assistência ao puerpério o profissional da saúde que acolherá essa nova mãe realize exame físico geral (inclusive exame ginecológico), objetivando detectar possíveis complicações deste período; oriente que a mãe complete as doses de vacina antitetânica se necessário; inscreva a gestante no programa de planejamento familiar da UBS; agende uma consulta para o controle de câncer cérvico-uterino e de mama após o 3o mês de pós-parto; faça busca ativa, através de visita domiciliar, às puérperas faltosas; e, finalmente e não menos importante, realize a primeira consulta do recém-nascido e o inscreva no programa de puericultura e imunizações (BRASIL, 2001).

Revisão puerperal

Revisão puerperal precoce (entre 7 a 10 dias)

O retorno deve ser marcado em torno do 7º ao 10º dia de puerpério, recomendando-se que seja feito na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher, incluindo a criança e o companheiro. Neste retorno, deve-se ouvir as queixas da puérpera, proceder ao exame físico adequado, com ênfase ao estado hematológico, rastreamento de infecção (puerperal ou da ferida operatória).

É fundamental o exame das mamas, o incentivo para continuação do aleitamento materno, orientar os cuidados básicos com o RN, avaliando a interação da mãe com o mesmo, e identificar situações de risco ou agravos específicos e conduzi-las.

Revisão puerperal tardia (até 42 dias):

Após o atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera para retornar para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Nesta ocasião, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se novo exame físico. É importante discutir o aleitamento e orientar a mulher para problemas que tenham surgido.

Nas puérperas que não completaram seus esquemas de vacinação, deve-se aproveitar este momento para fazê-lo, em especial da imunização contra o tétano, hepatite B e rubéola.

Fonte: (BRASIL, 2001).

Nas mulheres que não realizaram exame preventivo para câncer cervical, este momento também é oportuno, pois se trata, praticamente, da liberação da mulher às suas atividades normais. É fundamental que haja uma discussão com o casal sobre o retorno às atividades sexuais. Desconforto à relação pode surgir por conta da atrofia vaginal, sendo minimizado este inconveniente

com a utilização de lubrificante. É importante também orientar o planejamento familiar e discutir com a mulher e o parceiro o método anticoncepcional mais adequado, sem, no entanto, interferir na amamentação.

SAIBA MAIS!

Para mais informações, acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

Principais complicações no puerpério

Várias publicações ressaltam a importância de um bom diagnóstico de intercorrências puerperais (BRASIL, 2001; BRASIL 2006c, BRASIL, 2009). Vejamos abaixo o que a literatura relata sobre o assunto:

- **Infecção puerperal**

São infecções bacterianas como endometrite, miometrite, salpingoforite, peritonite e tromboflebite pélvica. Na maioria dos casos, o quadro clínico se instala com febre acima de 38° C, mal estar geral, útero doloroso e/ou dor abdominal, lóquios fétido ou não.

- **Hematomas da vagina, vulva e períneo**

Relaciona-se com os partos instrumentados e episiorrafias mal executadas. O tratamento é realizado através da abertura da coleção sanguínea, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa, drenagem da região e compressa morna local.

- **Mastite**

Ver capítulo sobre aleitamento materno.

- **Depressão pós-parto**

É comum no pós-parto as mulheres apresentarem certa tristeza (melancolia pós-parto ou puerperal blues) mas, que geralmente cede até o 10º dia. Caso o quadro se agrave ou não ceda espontaneamente, avalie a necessidade de acompanhamento com psicólogo e psiquiatra. Atente para sintomas de tristeza, agressividade,

rejeição ao recém-nascido, pois pode se tratar de depressão pós-parto (DPP).

ATENÇÃO:

A equipe de saúde deve estar atenta às complicações no puerpério, detectadas após a alta da maternidade. Sendo que, em todos os casos que requererem uma avaliação médica especializada, a puérpera deverá ser encaminhada ao serviço onde foi realizado o parto, após um primeiro atendimento na UBS ou domicílio.

Para mais informações, leia: “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna”, de autoria de Vera Iaconelli, publicado em 2005. Acesse:

http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP;%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf

Atenção humanizada no climatério

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

Entre os sintomas que podem ocorrer no climatério/menopausa, alguns são devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios e outros estão ligados ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então. A autoimagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas. A menopausa, no entanto, significa apenas o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva e tampouco o fim da sexualidade. Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras

é de 72,4 anos, segundo o IBGE, e que a menopausa, no geral, ocorre em torno dos 45-50 anos, ainda restam às mulheres muitos anos de vida após a menopausa. E esses anos podem e devem ser vividos de forma saudável, plena, ativa e produtiva (BRASIL, 2008).

SAIBA MAIS!

Acesse:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

Modificações orgânicas do climatério

As alterações fisiológicas que ocorrem pouco influem sobre a sexualidade, entretanto, podem limitar qualitativa e quantitativamente a resposta erótica. Em outras palavras, essas modificações, não obrigatoriamente, implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta.

As mulheres no climatério podem apresentar uma lubrificação vaginal menos intensa e mais demorada, sendo necessário, às vezes, um maior estímulo sexual. É possível ocorrer também um adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor nas relações sexuais, tornando a perspectiva do sexo com penetração, motivo de ansiedade e de falta de satisfação (BRASIL, 2008).

Devido ao declínio da função hormonal ovariana, as modificações nos órgãos genitais internos e externos influenciam a resposta sexual de forma significativa. O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital. Os pêlos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris. As alterações observadas na vagina devido à diminuição dos níveis estrogênicos são mais marcantes do que as da genitália externa.

É de entendimento dos estudiosos que o ressecamento e a

hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio. Em estudos sobre o efeito do tratamento hormonal em mulheres na menopausa, com queixas sexuais, foram verificados: a existência de uma relação direta entre alguns sintomas como secura vaginal, dor à penetração e sensação de ardor e os níveis de estradiol. Esses sintomas responderam à terapia estrogênica local ou sistêmica. Já em relação a outros comportamentos sexuais mais complexos, como o desejo sexual e o orgasmo, a maioria dos autores considera a influência de alguns fatores responsáveis por esses fenômenos, entre os quais estão os psicológicos, os socioculturais, os interpessoais e os biológicos (BRASIL, 2008).



Mulheres submetidas a cirurgias, como a mastectomia, a histerectomia e a ooforectomia, podem muitas vezes desenvolver um sentimento de mutilação e incompletude sexual .

A presença de prolapsos genitais e incontinência urinária também podem ser situações constrangedoras, atuando sobre a sensualidade e a autoestima. Mulheres que desenvolvem doenças endócrinas como *diabetes mellitus*, hiperprolactinemia, hipotireoidismo e disfunções adrenais podem evoluir com diminuição da libido.



Estudos vêm demonstrando que doenças pulmonares relacionadas a algum grau de hipóxia induzem à redução das concentrações séricas hormonais em ambos os sexos, refletindo-se sobre a função sexual. Quadros depressivos, neoplasias malignas e insuficiência cardíaca também influenciam na resposta sexual, assim como alguns medicamentos e tratamentos utilizados para essas situações.



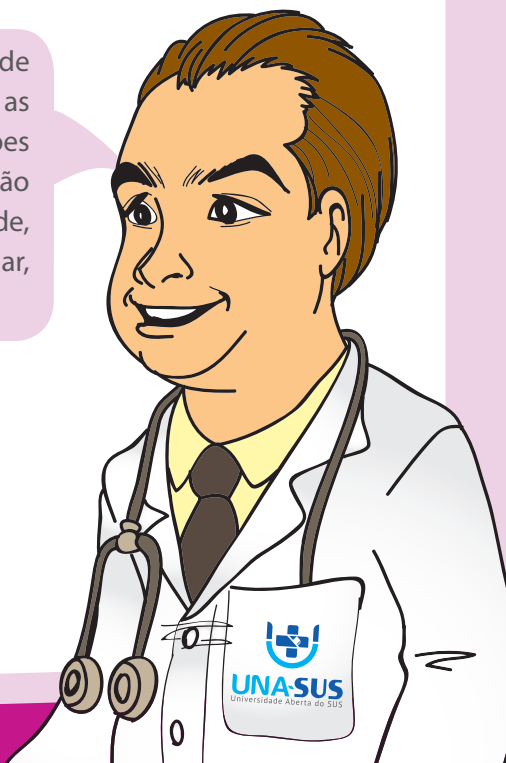
SAIBA MAIS!

Mulheres submetidas ao abuso ou violência sexual também podem apresentar dificuldades no exercício da sua plena sexualidade, especialmente em casos em que não foram devidamente acompanhadas por suporte psicológico.

Abordagem clínica

A avaliação clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também progresso e envolve uma equipe multidisciplinar. A atenção precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades dessa fase. Podem ocorrer, concomitantemente, patologias sistêmicas, repercutindo em queixas como as dores articulares ou musculares, o ganho de peso gradativo, a depressão ou mesmo sintomas de um hipotireoidismo ainda não diagnosticado, simulado por uma coincidência na transição hormonal ovariana (BRASIL, 2008).

O médico necessita ir além de diagnosticar, tratar ou acompanhar as patologias, transtornos ou alterações ginecológicas. É preciso adotar uma visão mais global da mulher, em sua integralidade, complexidade e sensibilidade peculiar, especialmente nessa etapa de vida.



A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.

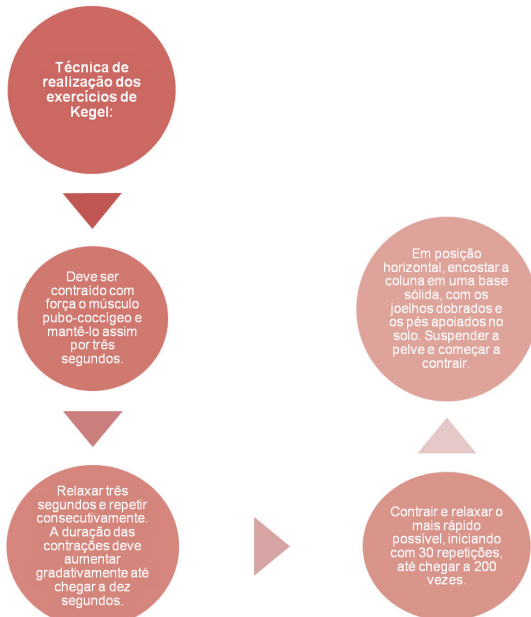
Entre as ações de promoção à saúde aplicadas ao climatério estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado.

O investimento no autocuidado, com medidas simples como não fumar, tomar sol pela manhã ou cuidar da pele fazem bem para a autoestima em qualquer fase da vida, especialmente no climatério, onde as pequenas mudanças, se bem conduzidas, proporcionam resultados bastante positivos. As mulheres que se mantêm ativas nas atividades de rotina, quer seja no cuidado com plantas, como no exercício das funções profissionais e sociais, apresentam menos queixas.

Prevenção e tratamento das distopias genitais

Os exercícios descritos a seguir apresentam comprovada eficácia para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática. A prática dos exercícios de Kegel necessita de continuidade em sua realização, que pode ser iniciada a qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independentemente da posição adotada (em pé, sentada ou em decúbito). Para identificar o grupo muscular a ser trabalhado, basta interromper o fluxo urinário, pois a contração será proveniente da ação desses músculos, embora seja questionada a realização dos exercícios durante a micção (BRASIL, 2008).

Os exercícios podem ser realizados e incorporados às atividades diárias, gradativamente, em relação ao tipo, à frequência e à força muscular aplicada nas contrações.



Câncer de mama

Observa-se um menor risco de câncer de mama em mulheres ativas. Há evidências convincentes do decréscimo de risco de câncer de mama com a prática de pelo menos quatro horas semanal de atividade física de intensidade moderada. Entretanto, as evidências ainda são insuficientes no que se refere à relação dose-resposta entre atividade física e o risco do câncer de mama (BRASIL, 2002).

Hipotireoidismo

A insuficiência tireoidiana tem sido cada vez mais comum entre as mulheres, com uma instalação gradativa e muitas vezes

não detectada aos exames clínicos (forma subclínica). Os sintomas não são específicos, o que muitas vezes retarda o diagnóstico. No entanto, em face de um quadro de indisposição, transtornos menstruais, metabolismo lento com tendência a aumento de peso, obstipação, queda de cabelos, ressecamento de pele, edema palpebral, há de suspeitar de hipotireoidismo. Muitas vezes, por ser de instalação lenta e gradativa, os exames laboratoriais (TSH e T4 livre) não demonstram alterações, sendo necessária a avaliação do anticorpo antitireoideano (AAT). A forma subclínica está presente em 65% da população feminina a partir dos 65 anos. A história familiar normalmente contribui para o diagnóstico (BRASIL, 2008).

Doenças cardiovasculares

Atualmente, as doenças cardiovasculares estão entre 3 das 10 mais frequentes causas de morte da população feminina. Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada para o MS, o acidente vascular cerebral (AVC) lidera a lista, seguido pela hipertensão arterial (7º lugar) e pela doença isquêmica do coração (8º lugar).

Obesidade

Segundo alguns estudos, o IMC (Índice de Massa Corpórea) alcança o pico máximo entre os 50 e 59 anos. A mudança no metabolismo que acompanha o climatério ocorre à custa da redução da lipase lipoprotéica, responsável, juntamente com o estrogênio, por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Há uma tendência ao depósito de gordura perivisceral, com o desenvolvimento de um padrão androide (abdominal) de distribuição de gordura. É frequente a diminuição das atividades físicas enquanto também ocorre uma menor necessidade calórica pelo organismo, devido à maior lentidão metabólica, com uma substituição gradativa

da musculatura por tecido adiposo. Este padrão se relaciona com um risco elevado de doenças cardiovasculares, endócrinas e neoplasias.

- O IMC normal está entre 20 e 25 e é calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado (em metro) e a medida da circunferência abdominal é normal quando <80cm.
- Outro parâmetro adotado é a relação cintura/quadril, que reflete a gordura central, em que um valor acima de 0,85 reflete aumento do risco cardiovascular (BRASIL, 2008).

Diabetes Mellitus – DM

O consumo excessivo de carboidratos, principalmente os refinados, contribui para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 ou da fase adulta, doença cuja incidência vem crescendo com o aumento de peso da população, aumentando conseqüentemente o risco para doenças cardíacas, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais. O excesso de insulina pode provocar gradativamente a intolerância à glicose, reduzir o HDL colesterol e promover vasoconstrição arterial, além de regular o armazenamento de gordura no corpo e a produção de colesterol (BRASIL, 2001). Por isso, o desenvolvimento do diabetes mellitus é também um importante fator de risco para a doença cardíaca coronariana, incrementando-a de três e sete vezes, enquanto que nos homens, de duas a três vezes.

Transtornos psicossociais

Muitos fatores interferem com a gênese dos quadros psíquicos no climatério. A relação entre a falência ovariana e tais sintomas parece não ser direta. Ao contrário do transtorno disfórico pré-menstrual e dos transtornos puerperais do humor, não existe consenso sobre a existência de uma verdadeira síndrome psicoafetiva associada ao hipoestrogenismo. A exemplo, uma maior prevalência de transtorno depressivo unipolar no sexo feminino ocorre durante

os primeiros anos reprodutivos da mulher em relação aos homens. Após a menopausa, quando os níveis estrogênicos estão baixos, mas constantes, não há diferença significativa na prevalência de depressão entre os sexos. Deve ser considerado o histórico de síndrome depressiva como fator de risco para a intensidade dos sintomas físicos (fogachos) e das alterações de humor perimenopáusicas. A influência de fatores extrínsecos (alimentação, exercício físico, atividade ocupacional, social, lazer, etc.) e aspectos socioculturais podem determinar as diferenças dos sintomas psíquicos (BRASIL, 2008).

Quando ocorrem, os mais frequentes são: tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido. Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas onde as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente (BRASIL, 2008).

Osteoporose

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva a uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Força óssea primariamente reflete integração entre densidade e qualidade óssea (EIFEL, 2001). A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, quando não apresenta causa bem definida, e secundária, nos casos em que é identificada sua etiologia. Em conformidade com o Ministério da Saúde, as possíveis causas de osteoporose secundária, são (BRASIL, 2008):

Quadro 1 – Causas da osteoporose secundária.

ENDOCRINOPATIAS	OUTRAS PATOLOGIAS QUE AFETAM O METABOLISMO ÓSSEO
<ul style="list-style-type: none">• Hiperparatireoidismo• Tireotoxicose• Condições de hipoestrogenismo após a menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica)• Hipogonadismo• Hipertireoidismo• <i>Diabetes mellitus</i>• <i>Hiperprolactinemia, prolactinoma</i>• Hipercortisolismo• Síndrome de Cushing	<ul style="list-style-type: none">• <i>Desnutrição</i>• <i>Neoplasias produtora de paratohormônio</i>• <i>Uso prolongado de corticóides, heparina, anticonvulsivantes.</i>• <i>Anorexia nervosa</i>• <i>Doença pulmonar obstrutiva crônica</i>• <i>Doenças hematológicas/ infiltrativas da medula como mastocitose, mieloma, leucemias e linfomas.</i>• <i>AIDS</i>• <i>Doenças renais</i>• <i>Doenças do aparelho conjuntivo, como artrite reumatóide, osteogênese imperfecta</i>• <i>Doenças gastrointestinais, como síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, doença celíaca e colestase</i>• <i>Pós-transplantes</i>• <i>Imobilização prolongada</i>

Evidências sugerem que se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair dramaticamente. A prevenção deve começar na infância, com a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta equilibrada e rica em cálcio e exposição regular ao sol (que converte a pró-vitamina D3 em vitamina D3), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Se essas medidas forem tomadas, todos os indivíduos atingirão o seu potencial máximo de aquisição de massa óssea. Desse modo, com a chegada da menopausa ou se houver necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. No uso de medicamentos, o mecanismo de ação de cada droga deve ser avaliado para a escolha ideal. Os mais utilizados são os inibidores da reabsorção óssea, que podem ser utilizados isoladamente ou como terapia adjuvante. No caso da osteoporose secundária, além das medidas citadas anteriormente, a terapia deverá ser direcionada à doença de base estabelecida.

SAIBA MAIS!

Obtenha mais informações sobre osteoporose em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf

Atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica e sexual

Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como “poliqueixosas”, por suas queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados (BRSIL, 2001b).

As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo que será realizado em

cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento à mulher e adolescente, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

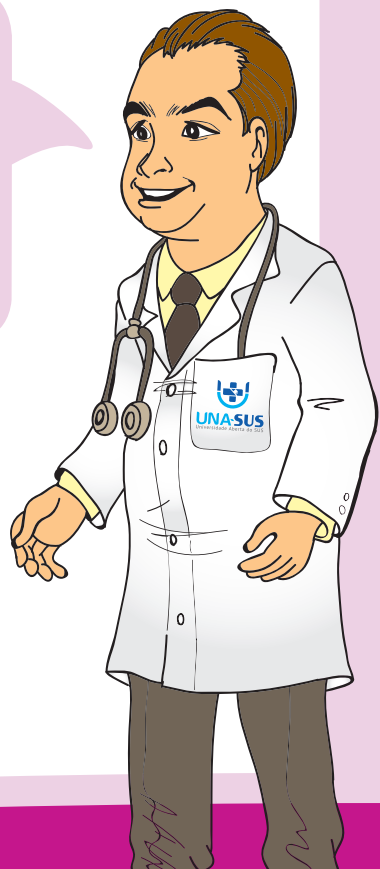


O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher, entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais.

REFLITA COMIGO!

Como fazer para contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher, que é um componente importante que deve ser observado por **todos os membros da equipe de saúde**, em todas as fases do atendimento? Todos os profissionais de saúde, **inclusive o médico**, têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

É necessário que o médico realize o exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão e que seja preenchida a “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”(BRASIL, 2011b).



SAIBA MAIS!

Leia o Manual Instrutivo da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências. Acesse:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf

• Exames importantes:

- Teste rápido de HIV;
- Exame de sangue para diagnóstico de hepatite e DSTs;
- Exame bacterioscópico e cultura da secreção vaginal.
- Hemograma e dosagem de transaminases (somente para as mulheres que iniciaram a profilaxia com antirretrovirais, devendo ser solicitados no primeiro atendimento e repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério clínico).

A primeira entrevista da mulher deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Título.

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

Registrar em prontuário:

1. Local, dia e hora aproximada da violência sexual.
2. Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
3. Forma(s) de constrangimento utilizada(s).
4. Tipificação e número de autores da violência.
5. Órgão que realizou o atendimento.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial.
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
5. Outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE ATENÇÃO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.

- Casas-abrigo
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
- Defensorias da Mulher
- Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher
- Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180
- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)
- Centro de Educação e Reabilitação do Agressor

Fonte: (BRASIL, 2010a)

LEIA TAMBÉM!

http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_03.pdf

Traumas físicos

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam às necessidades da mulher, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo **sangramento**, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de **hematomas**, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de **traumatismos físicos**, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da mulher (BRASIL, 2001a).

NÃO ESQUEÇA!

Os danos físicos, genitais ou extragenitais devem ser cuidadosamente descritos em **prontuário médico**. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário.

Questões éticas e legais

É necessária uma abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar na atenção à violência contra a mulher e o adolescente, com importante interface com questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e de justiça. Por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis,

o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), objetivando conhecer a magnitude e a gravidade das causas externas e implementar ações de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz e, conseqüentemente de diminuir o impacto das violências e dos acidentes no perfil de morbimortalidade da população (BRASIL, 2010a).

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” (Anexo), que retrata, minimamente, o perfil das violências perpetradas contra as mulheres e os adolescentes, a caracterização das pessoas que sofreram violências e dos(as) prováveis autores(as) de agressão. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Todo o roteiro para notificação de situações de violência poderão ser encontradas no VIVA: Instrutivo da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências (BRASIL, 2011b).

Essa ficha deve ser utilizada para a notificação compulsória de **qualquer caso suspeito ou confirmado** de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres, independente de faixa etária, de acordo com a Lei 10.778/2003, o Decreto-Lei nº 5.099/2004 e a Portaria MS/GM nº 2.406/2004 (BRASIL, 2012).

IMPORTANTE!

Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a), ou outro/a profissional de saúde preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos **princípios de sigilo**, de ética e sigredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5º, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 1988).

IMPORTANTE!

Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo 103, estabelece que “é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

FIQUE POR DENTRO! Acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

Anticoncepção de emergência (ACE)

O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 2 a 4% considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. Os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo (BRASIL, 2001b).

Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso à AE.

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. A



AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas.

Administração da medicação

O método de primeira escolha da AE hormonal consiste no uso exclusivo de um progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg. Nas apresentações comerciais contendo dois comprimidos, cada um com 0,75 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de dois comprimidos, via oral, em dose única. Nas apresentações com um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de um comprimido, via oral, em dose única. A AE deve ser realizada quanto antes possível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. Outro método de AE, conhecido como Regime de Yuzpe, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como “pílulas anticoncepcionais” (BRASIL, 2011c).

Quadro 3 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal.

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL Primeira Escolha	0,75mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
	1,5mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE Segunda Escolha	AHOC com 0,05mg de etinil-estradiol e 0,25mg de levonorgestrel por comprimido .	Oral	2 comprimidos cada 12 horas – total de 4 comprimidos
	AHOC com 0,03mg de etinil-estradiol e 0,15mg de levonorgestrel por comprimido.	Oral	4 comprimidos cada 12 horas – total de 8 comprimidos

Fonte: (BRASIL, 2001b).

SAIBA MAIS, Acessando:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_Levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf

Segurança e contraindicações

Mulheres e adolescentes podem usar a AE com segurança, mesmo aquelas com contraindicação aos AHOC. A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares são classificados na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o método de Yuzpe. Nesses casos, a AE deve ser realizada com o levonorgestrel. A segurança da AE se explica pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose hormonal total administrada, dentro de limites farmacológicos aceitáveis. Eventos graves, como o tromboembolismo e acidente vascular, têm risco pequeno e menor que o verificado para usuárias de AHOC (BRASIL, 2001b).

CONHEÇA MAIS, ACESSANDO:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis não virais

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e susceptibilidade

da mulher, a condição himenal, a presença de DST e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor (BRASIL, 2011d).

A profilaxia das DSTs não virais em mulheres que sofreram violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher.

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. Conheça a **posologia** em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

Gravidez decorrente de violência sexual

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940).

SAIBA MAIS! Aceso:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, A.C.S.D.; BARBOSA, E.M.; GEBRIM, L.H. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. In: Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes**. Brasília: AMB, CFM, 2001. p. 1-15.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BEREK, Jonathan S. **Tratado de ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 199p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Portaria Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004. Institui o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/>>

[PORTARIAS/Port2004/Gm/2406.htm](#)>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Portaria Nº. 569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p.4-6. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, INCA, 2002. 66 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013

_____. _____. _____. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro, RJ: INCA, CONPREV, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. 65p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 124p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 196 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad18.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Saúde da criança:** nutrição infantil:

aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 300p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

<http://pt.scribd.com/doc/66843150/29/METODOS-ANTICONCEPCIONAIS> Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Anticoncepção de emergência:**

perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno ; 3). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Iniciativa Hospital Amigo da**

Criança. Brasília, 2010b. 18p. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Rede Amamenta Brasil.** Brasília, DF,

2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>

[cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133](#). Acesso em: 25 mar. 2003.

_____. _____. _____. **Promovendo o aleitamento materno:** álbum seriado. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2007. 18p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2003.

_____. _____. _____. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Humanização:**

formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:**

norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral**

a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2008.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 96 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013

_____. _____. _____. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

150 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 138 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 72 p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.140p. (Série Manuais n. 68). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. Presidência da República. Lei Nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. Lei n. 11.634, 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Lei n. 9263, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm >. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Decreto Federal nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui

os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jun. 2004. Disponível em: <http://www2.oabsp.org.br/asp/clipping_jur/ClippingJurDetalhe.asp?id_noticias=15619&AnoMes=20046>. Acesso em: 26 mar. 2013.

CARVALHARES, M.A.B.L.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 79, n.1, p.13-20, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.246/88, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção I, p. 1574-1579. Disponível em: http://www.crpm.com.br/pdf/codigo_etica_medica.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. Resolução CFM Nº1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90. Retificação publicada em 13 out. 2009. Seção I, p.173. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

282p. cap.1. 62p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

DE SANJOSÉ, S. et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**, New York, v.7, n.7, p.453-459, jul. 2007.

EIFEL, P. et al. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. **JAMA**, v. 285, n.6, p. 785-95, feb. 2001. Disponível em: <http://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11438563. Acesso em: 25 mar. 2023.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** [online], v.19, n.5, p. 623-630, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Projeto Diretrizes:** assistência pré-natal. 2006. Disponível em: [http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/3/033Assistencia Pre Natal.pdf](http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/3/033Assistencia%20Pre%20Natal.pdf) Acesso em: 25 mar. 2013.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia.** 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.

Revista Pediatria Moderna, v. 41, n. 4, jul./ago. 2005. Disponível em: < [http://www.institutogegar.com.br/artigos/21_ARTIGO %20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf](http://www.institutogegar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2013.

INCA. **Tipos de câncer:** mama. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

INCA. **Tipos de câncer:** mama. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo**

do Útero: fatores de risco. Rio de Janeiro, RJ: INCA, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco>. Acesso em: 26 mar. 2013.

LAURENTI, Ruy. Mortalidade materna nos países sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.48, n.1, jan./mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2013.

MARIANI NETO, Corintio. **Manual de orientação:** aleitamento materno 2006. São Paulo: Ponto, 2006.

NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Sarvier, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escola Bloomberg de Saúde Pública. **Planejamento familiar:** um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore, Genebra: CPC, OMS, 2007. Disponível em: < http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL195.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha.** 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em: 26 mar. 2013.

PORTAL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA. **Contracepção de emergência.** Disponível em: <http://www.apf.pt/?area=001&mid=002&sid=004>. Acesso em: 26 mar. 2013.

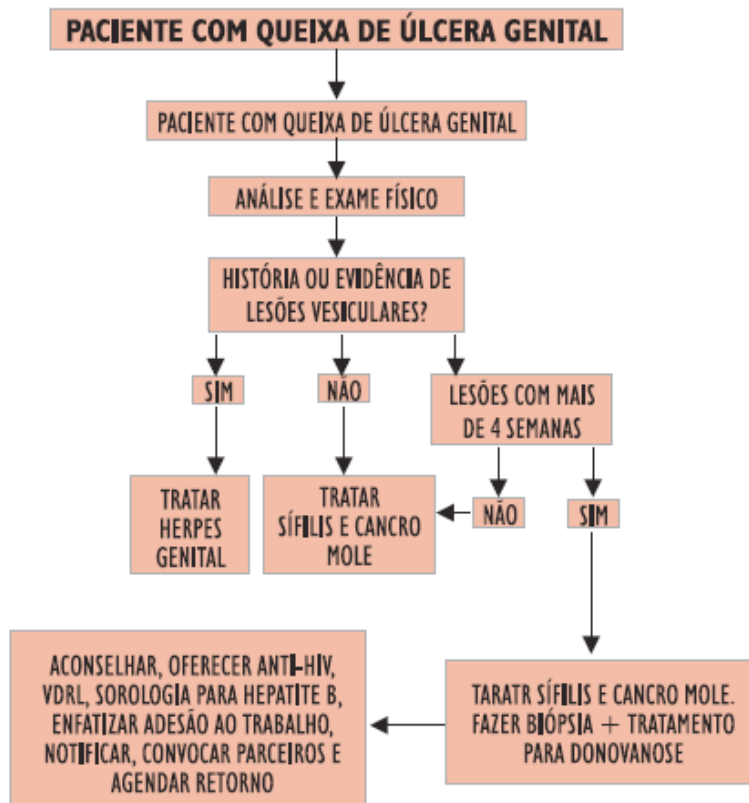
SALES, Acilegna do Nascimento et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol.**

Obstet. Rio de Janeiro, v.22, n.10, nov./dec. 2000. Disponível em:
< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032000001000005#fig1>. Acesso em: 25 mar. 2013.

ANEXO

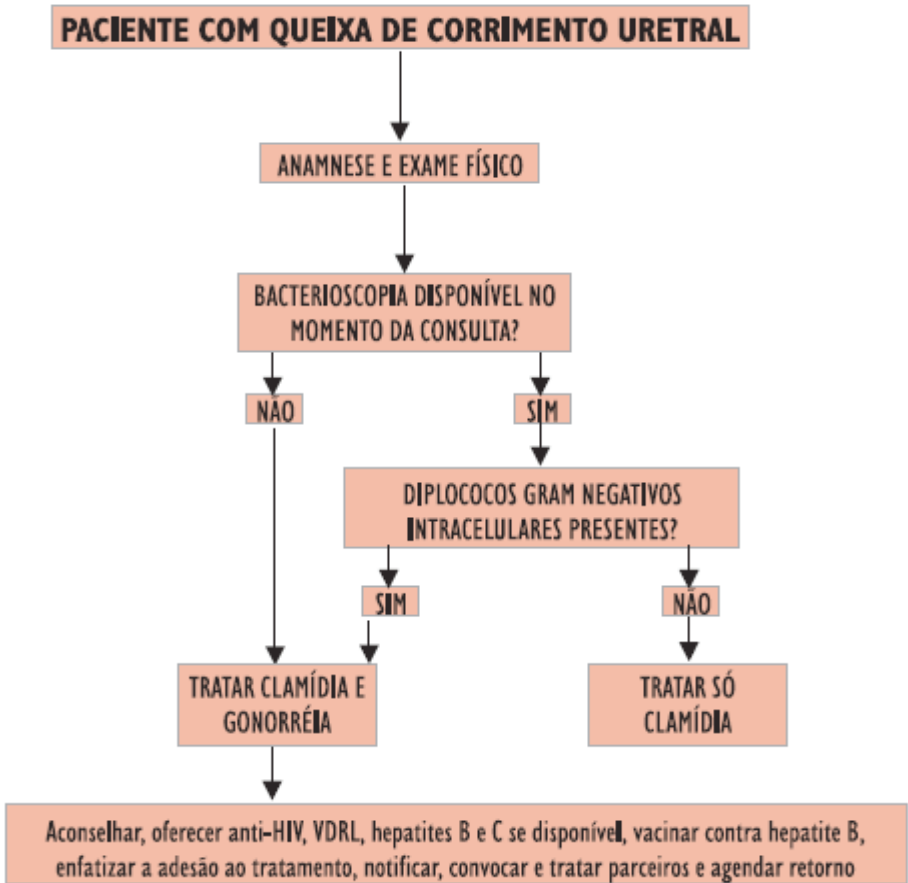
ANEXOS

ANEXO A – Úlcera genital.



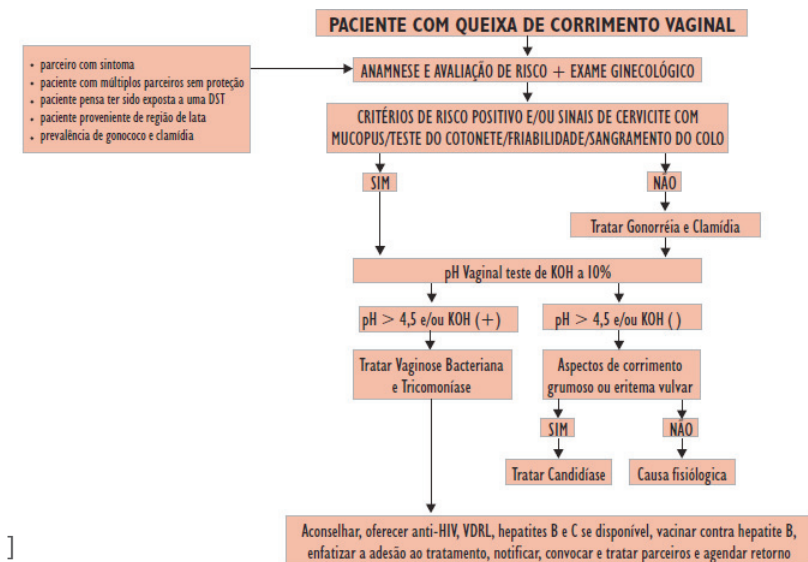
Fonte: BRASIL, 2006.

ANEXO B – Corrimento uretral.

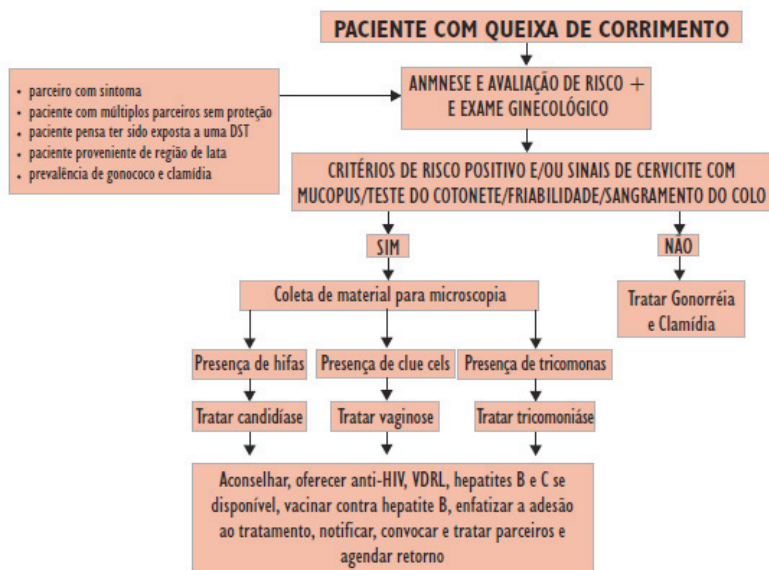


Fonte: BRASIL, 2006.

ANEXO C - Corrimento vaginal e Cervicite sem microscopia.

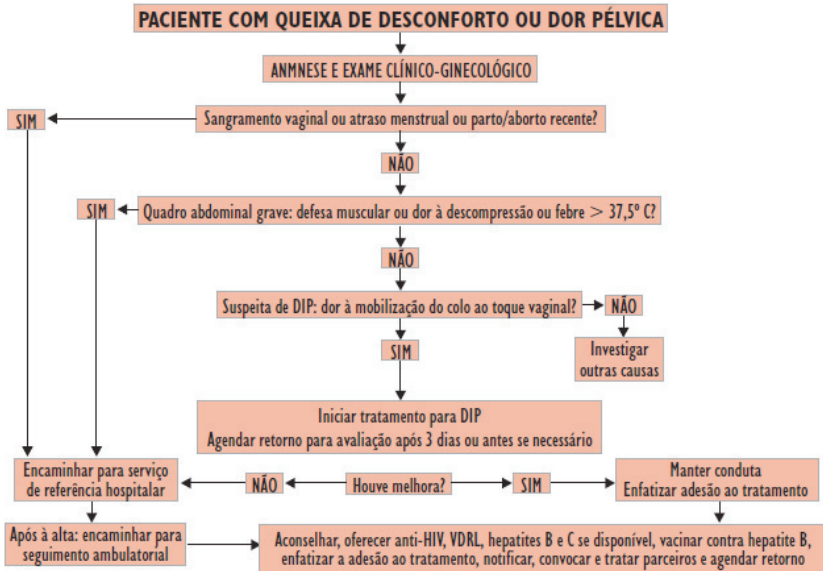


Corrimento vaginal e cervicite com microscopia



Fonte: (BRASIL, 2006).

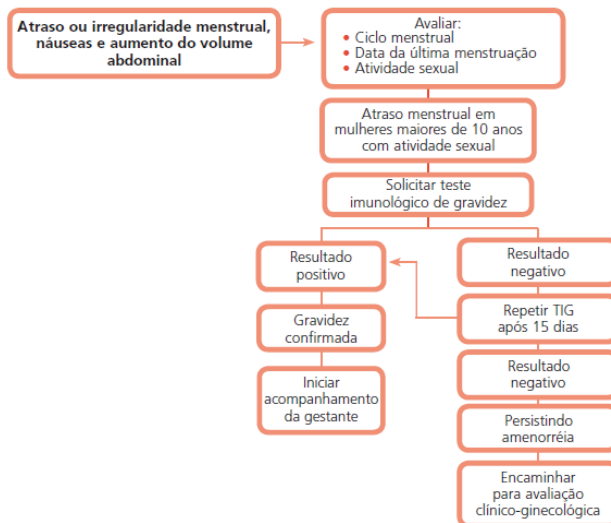
ANEXO D - Dor pélvica.



Fonte: (BRASIL, 2006).

ANEXO E - Fluxograma para diagnóstico da gravidez.

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal e puerpério**. 2006.



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



www.unasus.ufma.br