



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ANA PAULA ANUNCIÇÃO BORGES
NATHÁLIA HENRIQUES COSTA

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: PROPOSTA DE ROTEIRO DE CONSULTA.

BELÉM-PA 2013

ANA PAULA ANUNCIÇÃO BORGES

NATHÁLIA HENRIQUES COSTA

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: PROPOSTA DE ROTEIRO DE CONSULTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Orientadora: Msc. Ana Paula Oliveira Gonçalves.

BELÉM-PA 2013

ANA PAULA ANUNCIÇÃO BORGES
NATHÁLIA HENRIQUES COSTA

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: PROPOSTA DE ROTEIRO DE CONSULTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Orientadora: Msc. Ana Paula Oliveira Gonçalves.

Banca Examinadora

Prof^a. Msc. Ana Paula Oliveira Gonçalves

Orientadora

Prof^a Andrea Ribeiro Costa

Avaliadora

Prof^a. Msc. Iolanda Maria Silva Correa

Avaliadora

Apresentado em: _/_

_____ / 2013

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, me apoiando nos momentos de dificuldades, e por ter me dado pais maravilhosos. Agradeço também a eles, **LOURDES E BORGES** pela confiança e pelo amor que me dedicam todos os dias, pelo apoio incondicional, e entre meus erros e acertos eles estão sempre presentes com uma palavra de conforto. Às minhas irmãs **AMANDA E ALESSANDRA**. À Minha família, ela é essencial para minha descoberta do caminho certo.

Ao meu namorado, **DANIEL**, por todo respeito e amor que me entregou mesmo nos momentos de estresse e de mau humor. E sem dúvida por tornar minha vida cada dia mais feliz.

Quero agradecer também a minha filha, **AIMÉE**, que ainda no meu ventre me iluminou de uma forma que nunca senti antes, me deu forças nas madrugadas de trabalho e coragem quando parecia que o fardo era muito, com ela concluir esta etapa da minha vida está sendo uma experiência única e imensamente especial.

A minha parceira **NATHALIA COSTA**. Como nós nos surpreendemos com o que somos capazes, não é Nathy? Tanta coisa aconteceu, tantos tropeços, sem dúvida aprendemos mais sobre prioridades, coragem e fé. E eis que estamos aqui, finalizamos mais esta missão. Nós conseguimos!

A nossa orientadora **ANA PAULA GONÇALVES** que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para nos orientar em cada passo deste trabalho, pela contribuição na minha vida acadêmica e por tanta influência na minha futura vida profissional.

Ana Paula Anunciação Borges

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, por ser o meu sustento e apoio, por me capacitar a enfrentar as dificuldades e desafios, permitindo-me alcançar essa vitória e concluir mais essa etapa da minha vida.

Aos meus pais, **WAGNER E ELIDA**, meus grandes amigos e incentivadores e exemplos de determinação, humildade, coragem. Obrigada por todo amor, carinho e dedicação que me ofereceram. Nada seria possível sem o apoio e a confiança de vocês.

A minha irmã, **NAYARA**, pela compreensão, carinho e companheirismo dispensados a mim durante toda essa jornada.

A minha tia **ELIENE** e minha prima **ALYNE** pelos ensinamentos e por sempre estarem presentes na minha vida. Meu muito obrigada.

À minha dupla, **ANA PAULA**, pela dedicação e paciência na confecção desse trabalho, pela companhia diária e aprendizados que obtivemos juntas.

Aos meus companheiros de turma, em especial a **LAÍS ARAÚJO, NATHÁLIA MENEZES E SABRINA BATISTA**, muito obrigada meninas por tornar os dias durante a graduação melhores e mais felizes.

Aos meus amigos por sempre estarem presentes na minha vida, em especial as minhas amigas de sempre, **CAMILA MELO, TAINAH RATIS** e **VALESCA UEOKA**, obrigada pelas sinceras demonstrações de preocupação e carinho, pela paciência e pela sincera amizade.

Aos meus professores da FAENF, todos sempre dedicados a nos transformar em enfermeiros excepcionais, em especial a nossa orientadora, **PROF. MSC. ANA PAULA GONÇALVES**, pela paciência e compreensão, por confiar em nosso potencial. Meu muito obrigada professora, por me ensinar, durante essa longa jornada, a como ser uma profissional melhor e me mostrar o quanto a Assistência a Saúde da Mulher é linda.

Nathália Henriques Costa

Ama-se mais o que se conquista com esforço.

Benjamin Disraeli

RESUMO

O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher foi elaborado para proporcionar assistência integral, suas diretrizes foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária a saúde e englobam todas as fases da vida, da adolescência até a velhice. Desta forma, objetivamos realizar levantamento dos principais protocolos existentes e utilizados no PAISM nos municípios brasileiros e elaborar um roteiro de consulta as mulheres na atenção básica. Trata-se de uma Revisão de Literatura (RL), que se valeu da análise de pesquisas relevantes sobre a temática 'protocolos de atenção a saúde da mulher', publicadas entre os anos de 2003 a 2013. Baseado nas características dos protocolos encontrados na RL foi criado um instrumento único a ser utilizado no atendimento a mulher na rede primária de atenção a saúde. Foi possível realizar um levantamento das principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde ao realizar consultas a mulher, as principais causas que levam essa mulher a buscar a assistência a saúde e como está funcionando o PAISM no Brasil. O protocolo confeccionado por este estudo, foi estruturado de forma a, juntamente com os demais recursos disponíveis, otimizar a assistência prestada. Não deve se tornar um questionário a ser preenchido de forma imutável, congelando a assistência no simples ato de preencher uma papeleta. É importante que a equipe multiprofissional seja capacitada para a utilização do mesmo, de maneira que se mantenha a particularidade do atendimento de maneira a abranger integralmente cada usuária.

Descritores: Assistência Integral à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher, Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

The Program for Integral Attention to Women's Health is designed to provide comprehensive care, their guidelines were developed within the perspective of primary health care and encompass all phases of life, from adolescence to old age. Thus, we aimed to carry out a survey of major existing protocols and used in PAISM in Brazilian municipalities and develop a roadmap for consultation on women attention básica. Trata is a Literature Review (RL), which earned the analysis of relevant research on the theme 'protocols attention to women's health', published between the years 2003-2013. Based on the characteristics of the protocols found in the RL was created a unique instrument to be used in the care of women in primary care network health. It was possible to conduct a survey of the main difficulties encountered by health professionals to consult with women, the main causes for this woman to seek health care and how it is working PAISM in Brazil. The protocol made by this study was structured to, along with other available resources, optimizing care. Should not become a questionnaire to be filled so unchanging, freezing assistance in the simple act of filling a placard. It is important that the multidisciplinary team is able to use the same, so that remains a feature of the service in a way that fully encompasses each user.

Keywords: Integral Health Care Services, Primary Health Care, Women's Health, Clinical Protocols.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Síntese de protocolos selecionados.....	42
Tabela 2 Síntese de artigos selecionados.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Agente Indígena de Saúde
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CA	Câncer
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de atenção integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNASM	Programa Nacional de Atenção a Saúde da Mulher
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNCDSTs/AIDS	Programa Nacional de Controle de DSTs e AIDS
PNEVM	Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
PNH	Política Nacional de Humanização
PNLGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais,

	Travestis e Transexuais
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RL	Revisão de Literatura
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
SUSIPE	Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER	12
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
2.1. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER	15
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER	16
- PNAISM	
2.2.1 Saúde das mulheres portadoras de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	18
2.2.2 Saúde das mulheres e planejamento familiar	19
2.2.3 Saúde das mulheres e pré-natal	20
2.2.4 Saúde das mulheres adolescentes	22
2.2.5 Saúde da mulher no climatério/menopausa	24
2.2.6 Saúde das mulheres e câncer ginecológico	25
2.2.7 Saúde das mulheres portadoras de doenças crônico-degenerativas	27
2.2.8 Saúde das mulheres vítimas de violência	27
2.2.9 Saúde das mulheres e Saúde mental	29
2.2.10 Saúde das mulheres negras	31
2.2.11 Saúde das mulheres indígenas	32
2.2.12 Saúde das mulheres do campo	34
2.2.13 Saúde das mulheres em situação de prisão	35
2.2.14 Saúde das mulheres homossexuais	36
2.3 IMPORTANCIA DOS PROTOCOLOS NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER	38
3 METODOLOGIA	41
4 RESULTADOS E DISCUSÃO	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), toda mulher tem direito a vida, à liberdade, igualdade, à informação, à educação, à privacidade, à saúde, a construir relacionamento conjugal, a planejar sua vida sexual e reprodutiva, aos benefícios do progresso científico e direito à participação política (BRASIL, 2006a).

Visando atender esses direitos, foi lançado em 1983 o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), anunciado como uma nova abordagem a saúde da mulher, com vistas à redução da morbidade, mortalidade e cumprimento dos direitos deste grupo populacional.

O PAISM normatiza, organiza e monitora todas as ações que dizem respeito à saúde da mulher em todos seus níveis de complexidade. Sendo funções do Estado e Município atuarem também nessa fiscalização (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Enquanto diretriz filosófica e política, proporciona assistência em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério), como nos casos de doenças crônicas ou agudas buscando que a mulher conquistasse uma maior autonomia e controle sobre a saúde. Esse programa foi o primeiro, mesmo dentro do cenário mundial, que buscou cuidar da saúde sexual e saúde reprodutiva da mulher de maneira integralizada, não mais utilizando ações de isoladas para realizar esse cuidado (BRASIL, 2013a).

Após 30 anos de criação e mesmo com as diversas mudanças que foram propostas, ainda são identificadas carências na atenção prestada à mulher. Visando a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada pelos municípios devem ser criados novos instrumentos e tecnologias que apoiem o processo de organização dos programas de atenção a saúde já existentes (SÃO PAULO, 2004).

Notar a necessidade de criação de novos instrumentos é lembrar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é pensar a Integralidade de modo a conhecer a realidade, identificando prioridades e tendo como base o perfil epidemiológico do município e traçar alternativas para aperfeiçoar o atendimento desse público. É a busca da universalidade se traduzindo na organização dos

serviços de modo que se garanta o acesso não só para aqueles que procuram, mas também para aqueles que mais precisam (SÃO PAULO, 2004).

Esta organização se traduz nos cinco eixos prioritários de atenção abrangidos pelo PAISM:

- Planejamento da vida sexual e reprodutiva;
- Pré-natal; parto e puerpério;
- Prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama; e
- Violência sexual.

Tais eixos são aplicados, em sua maioria, separadamente, quase nunca são em protocolo único o que algumas vezes leva a um prejuízo da atenção prestada, visto que, se todos os eixos fossem assim trabalhados otimizaria e iria proporcionar uma maior qualidade a assistência prestada (FLORIANOPOLIS, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), através da implantação do PAISM, lançado em 1983, preconizou uma assistência integral para que todo contato que a mulher tivesse com os serviços de saúde fosse utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde. As diretrizes desse programa foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária a saúde e englobam todas as fases da vida, da adolescência até a velhice, respeitando-se a especificidade de cada uma dessas fases (SANTOS, 2005).

Durante nossa vivência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), observamos empiricamente que a equipe multiprofissional tem dificuldades de comunicação, o que acreditamos, gera um prejuízo à assistência prestada. Foi possível perceber, também, que muitas vezes a organização dos serviços disponibilizados na atenção primária propicia que o cuidado seja prestado de maneira compartimentalizada, um exemplo dessa fragmentação do atendimento é a coleta do Preventivo do Câncer do Colo de Útero (PCCU) desvincilhado da consulta da mulher. Uma prática que permanece apesar da RESOLUÇÃO nº 381/2011, do Conselho Federal de Enfermagem (2011, p.229), que “resolve que a coleta do material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau é privativa do enfermeiro, devendo ser executado no contexto da consulta de enfermagem, atendendo-se os princípios da PNAISM”.

Esta situação poderia ser minimizada com a utilização de um roteiro de consulta, que ficaria anexado ao prontuário da paciente, disponibilizando assim a

todos os profissionais, as informações de saúde da cliente facilitando seu acompanhamento.

Diante do exposto, surgiu como problemática da pesquisa:

- Quais os principais protocolos utilizados na atenção integral a saúde da mulher?

Desta forma este estudo tem como objetivo geral elaborar um roteiro de consulta à mulher na atenção básica, e como objetivo específico realizar o levantamento de protocolos existentes e utilizados nos municípios brasileiros dentro das diretrizes do PAISM, no período de 2003 até 2013.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

Durante o século XX o Brasil foi marcado por inúmeras mudanças nas políticas públicas de saúde. Até o surgimento do PAISM em 1983, a atenção à saúde da mulher no Brasil se resumia na preocupação com o binômio materno-infantil, onde a meta era de intervir sobre os corpos das “mulheres-mães”, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994 apud OSIS,1998, p26). Nas décadas de 1960 e 1970 o Estado voltou sua atenção às mulheres em idade fértil e realizou varias ações para o controle de natalidade, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres (MORI et al, 2006).

Ainda na década de 60, o movimento feminista brasileiro descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher, reivindicou igualdade social que reconhecesse as diferenças de gênero. Assim, emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função de controle da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito (GIFFIN, 2002).

Esse engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do MS voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. As reivindicações referiam-se principalmente à redução de ações que contemplavam à mulher apenas sob o aspecto gravídico-puerperal.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% da população feminina brasileira. Apesar dessa predominância ainda são observadas importantes diferenças de gênero. As diferenças se traduzem nas discrepâncias salariais entre os sexos, na maior ocupação de cargos de chefias pelo sexo masculino e na violência contra a mulher, e se refletem, também, nas leis, políticas e práticas sociais que repercutem desigualdades de classe, idade, dentre outras (BRASIL, 2011a).

O PAISM foi elaborado pelo MS e apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983. Foram adotados como princípios e diretrizes, além da integralidade e a equidade da atenção, as propostas

de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Desta forma as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido (BRASIL, 2013b).

Em 2003 o MS iniciou a construção da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM), e após a avaliação da equipe técnica de saúde da mulher sobre os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior e, considerando que a saúde da mulher é prioridade, elaborou o documento em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2011a).

A PNAISM considera a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal. É, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (BRASIL, 2011a).

Em julho de 2005, foram operacionalizadas as ações previstas no Plano de Ação construído e legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do SUS (BRASIL, 2013b).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

A PNAISM foi formulada tendo por base as proposições do SUS e a avaliação das políticas anteriores e consolida avanços na atenção obstétrica, no planejamento familiar, e em campos antes não contemplados como atenção ao abortamento inseguro, combate à violência doméstica e sexual, prevenção e tratamento de mulheres com HIV/AIDS, as portadoras de doenças crônico-degenerativa, portadoras de câncer ginecológico, climatério/menopausa, infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (FREITAS ET AL, 2009).

Ela complementa a Política Nacional de Humanização (PNH), do MS de 2004, onde a humanização é vista como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, e é entendida, dentre outras formas, como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; e identificação das necessidades sociais de saúde.

A humanização e a qualidade da atenção são diretrizes e condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas existentes, na satisfação e no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004a).

Segundo o MS, a PNAISM é norteada pela integralidade e promoção a saúde. A integralidade de assistência é um dos princípios que norteiam as ações e os serviços de saúde no Brasil, e é prevista no artigo 7º da Lei 8.080 de 1990. Sua concepção é referência fundamental para o processo de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde, em especial no caso de políticas específicas que considerem abordagem de gênero (SOUTO, 2008).

Para SOUTO, 2008, p. 3 apud CARVALHO, 2006, p. 16:

“Costumo dizer que a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. E a horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos em níveis”.

Esta visão de integralidade também é percebida a partir da heterogeneidade (socioeconômicas, culturais ou em relação ao acesso às ações e serviços de saúde) que caracteriza o país. Compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente significantes diferenças de uma região a outra, e a fim de possibilitar uma atuação mais próxima da realidade local e com melhores resultados, tais diferenças devem ser consideradas no processo de implantação e implementação da PNAISM (BRASIL, 2011a).

Apesar de toda esta proposta política Pereira e Siqueira (2009), afirmam para a população climatérica, e que é válido para outros grupos específicos, que “ainda se observa, nestes programas, a fragmentação das ações direcionadas a

este grupo da população feminina [climatéricas], propiciando com maior ênfase assistência aos aspectos da reprodução e aos agravos à saúde”.

2.2.1 Saúde das mulheres portadoras de Doenças Sexualmente Transmissíveis /Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são transmitidas de um corpo ao outro pelo contato sexual, pelos líquidos vaginais e pelo esperma trocados durante as relações sexuais. Essa também é a principal via de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que também pode ser contraída pelo sangue (por meio de seringas e agulhas contaminadas), do leite materno contaminado e da mãe para o bebê durante a gravidez (BRASIL, 2008a).

Em 1986, com a criação do Programa Especial e do Programa Global de AIDS, organismos como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) adquiriram um papel importante no estabelecimento de políticas públicas e programáticas relativas a essa enfermidade, no Brasil e em todo o continente latino-americano. O apoio técnico e financeiro foi estratégico para o reforço do programa nacional brasileiro (Monteiro e Villela, 2009).

Monteiro e Villela, afirmam ainda que as ações de combate e controle de DSTs e AIDS, engrenaram a partir de 1988, quando no Brasil foi criado o Programa Nacional de Controle de DSTs e AIDS (PNCDST/AIDS).

Segundo o Glossário temático elaborado pelo MS (2006b), o PNCDST/AIDS têm como objetivos específicos, expandir a qualidade e o acesso às ações de atenção e prevenção, reduzir a discriminação e o preconceito, fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/AIDS e outras DSTs e aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e da incorporação de tecnologias estratégicas.

A vulnerabilidade social, gênero e raça e a diversidade das populações femininas devem ser referenciadas durante a elaboração de diretrizes para políticas públicas para mulheres, principalmente em relação à DSTs e AIDS, visando a prevenção e assistência às mulheres acometidas ou não por essas patologias, incluindo seus parceiros, de forma a abranger a questão relacional de gênero. As diretrizes devem focar os profissionais de saúde e visar a humanização do

atendimento, com uma característica de integralidade e intersetorialidade (BRASIL, 2003a), para que isso ocorra, alguns fatores devem ser considerados como: a discriminação ou falta de confidencialidade; a espera em longas filas; irregularidade na disponibilidade de medicamento; e falta de sensibilidade e especificidade nas técnicas laboratoriais, fatores que contribuem para baixa adesão ao tratamento e aconselhamento e busca por resoluções fora do sistema formal de saúde (BRASIL, 2006c).

As DSTs de notificação compulsória são: AIDS, HIV na gestante/criança exposta, sífilis na gestação e sífilis congênita. Para as outras DSTs, não há um sistema de notificação compulsória e a ausência de estudos de base populacional dificulta a visibilidade do problema e implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu redirecionamento (BRASIL, 2006b).

A abordagem sindrômica, proposta pelo MS (2006b) objetiva a quebra imediata da cadeia de transmissão das DSTs, provendo, em uma única consulta, diagnóstico, tratamento, aconselhamento adequados e notificação, caso necessário, enfatizando a importância das estratégias de prevenção primária, através do uso do preservativo, e secundária, diagnóstico e tratamento. Para Araújo e Silveira (2007), as unidades de saúde precisam estar acessíveis, com disponibilidade de medicação e preservativos, já que o diagnóstico e tratamento tardios podem resultar em complicações para o indivíduo, além do risco de disseminação da doença.

2.2.2 Saúde das mulheres e planejamento familiar

O planejamento familiar é uma das ações da atenção à saúde da mulher proposta pelo PAISM, desde sua criação em 1984 e reafirmada pela PNAISM formulada pelo Governo Federal em 2004 (COELHO et al, 2000). O planejamento familiar vem sendo desenvolvido pelo MS em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos (as) adolescentes, enfatizando-se a importância de juntamente com as ações de planejamento familiar promover-se a prevenção do HIV/AIDS e das outras DSTs (BRASIL, 2005a).

O planejamento familiar é um direito sexual e um direito reprodutivo de todos os cidadãos brasileiros, regulamentado pela Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, (p.561) e segundo o artigo 3º desta, “é parte integrante do conjunto de ações de

atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde”. Além de assegurar a não imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos e a livre decisão da pessoa sobre tê-los ou não. Este é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, para auxiliar a concepção ou a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2009a).

Para Villela (2000), o termo “saúde reprodutiva” sucede a proposta de saúde integral da mulher, e aponta, no espaço das práticas de saúde, a ideia da reprodução como direito e não como dever, já a proposta de saúde sexual inclui o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina. Logo, o termo “saúde sexual e reprodutiva” é tido como um direito das mulheres, mesmo as que não querem reproduzir ou as que têm relações sexuais com outras mulheres.

2.2.3 Saúde das mulheres e pré-natal

O PAISM incluiu o enfoque materno-infantil já existente, sugerindo uma assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério com uma abordagem mais qualitativa. A equipe multidisciplinar deve proporcionar a humanização da assistência ao binômio mãe-bebê. Segundo o MS (2006b), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

A assistência qualificada e humanizada, nesse contexto, se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006b), desenvolvido por uma equipe multidisciplinar.

Visando garantir um atendimento de qualidade a todas as brasileiras, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê, o MS instituiu a Rede Cegonha através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.

Segundo o artigo 3º da Portaria supracitada, são objetivos da Rede Cegonha: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Ainda segundo esta portaria, a Rede Cegonha possui quatro componentes - Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, e Sistema Logístico - e a partir destes são planejadas as ações da rede.

Segundo o Boletim de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde (2012), as duas principais causas diretas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam, em 2010, a 19,7% e 10,9% do total de óbitos maternos, respectivamente. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto, que corresponderam, respectivamente, a 6,5% e 4,6% do total.

A OMS define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10) como:

[...] 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 (*World Health Organization, 1995*).

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto como hemorragias, septicemias e obstruções do trabalho de parto. Mas intervenções adequadas durante a gravidez poderão alterar e favorecer o prognóstico materno. Desta forma, é essencial uma assistência pré-natal de qualidade, organizada de acordo com os princípios e diretrizes definidas pelo MS como: a vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades e hospitais; a garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido, além da atenção puerperal; captação precoce de gestantes na comunidade; incentivo ao parto normal

e à redução da cesárea desnecessária; e atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2005b).

2.2.4 Saúde das mulheres adolescentes

Atualmente, devido a precocidade da puberdade, o maior tempo de escolarização e uma entrada tardia no mercado de trabalho, é possível observar um prolongamento da adolescência, por isso essa clientela que procura os serviços de saúde é muito variada, não homogênea e necessita de ações específicas. (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

A OMS considera adolescentes, jovens de 10 a 19 anos de idade, já para a ONU esse intervalo varia entre 15 a 24 anos, também se usa o termo “jovens adultos” para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos. Para EISENSTEIN (2005), atualmente é conveniente agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude em programas comunitários. Nas normas e políticas de saúde do MS do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos. A Lei nº 8.069, julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define, no artigo 2º, a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade, e em casos excepcionais, quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade.

A adolescência é marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais, acompanhado também do desenvolvimento da capacidade de abstração e do pensamento crítico, associado ao aumento do senso de independência emocional e de autoconhecimento (BRASIL, 2011a).

“Nessa fase muitos adolescentes morrem de forma prematura devido a acidentes, suicídios, violência, complicações relacionadas com a gravidez e enfermidades passíveis de prevenção ou tratáveis. Mais numerosos ainda, são os que têm problemas de saúde ou incapacidades. Também muitas enfermidades graves da idade adulta começam na adolescência. Por exemplo, o consumo de tabaco, as DST, o HIV, e os maus hábitos alimentares e de exercícios, são causas de enfermidades ou morte prematura em fases posteriores da vida” (OMS, 2013).

Para que a transição entre a relação que ocorre durante a infância, de profissional/responsável para profissional/adolescente, se dê de forma positiva é necessário estabelecer relações de confiança entre o profissional, o adolescente e o responsável que o acompanha, para tal é necessário que o atendimento seja

realizado em dois momentos: no primeiro, com seu responsável e no segundo, a sós com o profissional (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

De acordo com o MS (2004), para essa clientela as ações educativas e de redução da vulnerabilidade das adolescentes aos agravos à saúde sexual e reprodutiva ganham destaque, e cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo questões de gênero, classe social e as diferenças culturais, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. A importância dessas ações se dá uma vez que, para Vieira et al (2007) a adolescência é um período de mudanças, vulnerabilidades e riscos à saúde, principalmente quando relacionados com atividade sexual desprotegida e aspectos da vida reprodutiva.

Para promover, integrar, apoiar e incentivar a atenção à saúde integral do adolescente, também se deve contar com profissionais de diferentes áreas, os quais constituem uma equipe multidisciplinar (VITALLE et al, 2010).

De acordo com estudo realizado por CIAMPO e CIAMPO, em Ribeirão Preto, São Paulo:

“[...] é possível inferir que as campanhas visando a prevenção de gravidez e de doenças sexualmente adquiridas (DSTs) podem ter atingido seus objetivos, mesmo que parcialmente, desempenhando papel importante na diminuição da gravidez e, conseqüentemente, reduzindo os abortamentos entre as adolescentes. Também devem ser considerados a melhoria das condições de vida e do nível educacional da população e o acesso a informações e aos serviços de saúde, que são elementos fundamentais para combater as grandes questões relacionadas com a saúde pública” (2012,p.10).

Já segundo Taquette (2011) e o Boletim Epidemiológico do MS (2010a), apesar de adolescência ser considerada uma etapa natural da vida, logo saudável, os agravos de saúde vêm aumentando, sobretudo os relacionados com o exercício da sexualidade e da saúde reprodutiva. Evidenciado, dentre outras, pela mudança no perfil epidemiológico da AIDS, que mostra uma tendência à heterossexualização e à feminilização, principalmente entre mulheres de baixa renda e na faixa etária de 13 a 19 anos de idade.

2.2.5 Saúde da mulher no climatério/menopausa

Entre as prioridades do PAISM, que busca abordar a mulher em todas as fases da vida, está incluída a atenção ao climatério, desde então passaram a ser realizadas ações de saúde específicas a essa área. Nesse contexto, em 1994, foi lançada pelo MS a Norma de Assistência ao Climatério e em 1999 foi incorporado no planejamento do MS a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos (BRASIL, 2008b).

Em 2003, a área Técnica de Saúde da Mulher, verificando a necessidade de realizar ações de saúde voltadas para as mulheres na menopausa, incluiu um capítulo específico sobre esse tema na PNAISM, visando implantar e implementar este tópico de atenção, em nível nacional, com estratégia de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos (BRASIL, 2008b).

A expectativa de vida para as mulheres brasileiras, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2011), está em torno dos 77,4 anos. Logo após a menopausa – que ocorre em torno dos 50 anos – as mulheres dispõem de cerca de 1/3 de suas vidas, que devem ser vividos de forma saudável, lúcida, com prazer, atividade e produtividade (BRASIL, 2008b).

Para Mori (2006), fisiologicamente a menopausa se refere à cessação definitiva da ovulação. Já segundo a OMS, o climatério não é um processo patológico, e sim uma fase biológica da vida 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, 2008b). Para Santos et al (2007), o climatério pode ser definido como um processo de mudanças físicas e emocionais para a mulher, que também recebe influência de múltiplos fatores (socioculturais, psicológicos, dentre outros), afetando cada mulher de modo diferente, refletindo nos seus sentimentos e na sua qualidade de vida.

Segundo o MS (2008b), por ser uma fase natural da vida, muitas mulheres passam por ela sem queixas ou utilização de medicamentos, por outro lado, outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. Por isso, é essencial que nessa fase da vida se estabeleça um acompanhamento sistemático visando à

promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos.

Existem disponíveis diversos recursos, opções terapêuticas e tecnologias para abordagem da saúde das mulheres nessa fase, que devem, no entanto, ser utilizadas de modo criterioso e individualizadas, uma vez que, embora muitas das queixas comportamentais no climatério possam ser explicadas por influências socioculturais e psicológicas, não significa que não existam importantes interações entre biologia, psicologia e cultura (BRASIL, 2008b).

Para Mori (2006), esta fase tem sido frequentemente tratada como doença, sendo reduzida sua complexidade à queda dos níveis hormonais.

A medicalização do corpo das mulheres, com o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na medicina. As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (de carência hormonal) e o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem a uma abordagem menos agressiva e invasiva possível (BRASIL, 2008b, p. 12).

Segundo o estudo de Mori (2006), os programas voltados ao atendimento à meia-idade existentes são elaborados e implementados somente por profissionais da área médica e de enfermagem e as ações implementadas limitam-se à consulta ginecológica e palestras educativas periódicas acerca da menopausa/climatério. Assim, da mesma forma que se inicia a oferta de tais serviços, estes podem ser extintos.

Por isso, estratégias de humanização e qualificação na atenção ao climatério devem ser incorporadas pelo SUS, atendendo ao princípio da equidade, em relação às variadas especificidades e diferenças que existem entre as mulheres, utilizando-se da equipe multidisciplinar na abordagem integral dessa população e desenvolvendo ações que visem à apropriação do conhecimento e do bem-estar (BRASIL, 2008b).

2.2.6 Saúde das mulheres e câncer ginecológico

No Brasil, as duas principais causas de mortalidade feminina são os cânceres de mama e de colo do útero. Em 2008, somente no município de

Belém/PA as neoplasias de mama e de útero levaram a óbito cerca de 13.000/100.000 e 12.000/100.000 mulheres, respectivamente (DATASUS, 2010).

Todas as formas de câncer são temidas pelas mulheres, não só pelo risco de morte em si, mas também pelas alterações de vida e estéticas que ocorrem. De todos os cânceres, o câncer de mama é que mais amedronta, pois além da sua alta frequência, é o que mais afeta a percepção da sexualidade e da imagem pessoal da mulher sendo o que possui efeitos no psicológico na mulher (BRASIL, 2006d).

Tendo em vista o alto índice de mortalidade e as grandes mudanças no padrão de vida que essas doenças acarretam, o MS vem buscando implementar ações de detecção precoce e controle desses cânceres na Atenção Básica (AB), visto que é na atenção primária, onde são realizadas as primeiras intervenções quando há detecção precoce das neoplasias (BRASIL, 2006d).

No Brasil, as taxas de mortalidade por CA de mama são elevadas e esses índices não tem perspectiva de regressão, estes, muito provavelmente, se mantêm dessa forma porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Até o momento, não existem medidas de prevenção primária para a doença. Porém, estudos observacionais indicam que é possível reduzir o risco de câncer de mama com mudanças de hábitos: redução do tabagismo, do uso de álcool, da obesidade e do sedentarismo (BRASIL, 2011b).

Para um melhor rastreamento e um melhor planejamento das ações necessárias para controle de CA de colo de útero e de mama, o MS criou o Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). São sistemas utilizados para o fornecimento dos dados informatizados das ações mais realizados e da qualidade dos procedimentos, assim como a assistência prestada referente ao programa. Esses sistemas de informação atuam como uma importante ferramenta para os profissionais de saúde e gestores avaliarem e planejarem estratégias pertinentes ao bom desempenho das ações de saúde (BRASIL, 2006d).

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimentos tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação (BRASIL, 2011b, p. 48).

Por mais que as ações preventivas sejam a principal maneira de reduzir as taxas de mortalidade e das que podem surgir, porém não basta introduzir a oferta

das ações preventivas na rede básica. É preciso mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecem aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para o que for necessário encaminhar.

2.2.7 Saúde das mulheres portadoras de doenças crônico-degenerativas

As mudanças no estilo de vida, as mudanças de hábitos, aliadas ao *stress* gerado pelo mundo moderno, contribuem para que as mulheres cada vez mais desenvolvam as doenças crônico-degenerativas. Alguns fatores, como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades - aumento considerável do número de mulheres chefes de família - a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2011b).

As principais causas de mortalidade da população feminina brasileira são: as doenças cardiovasculares; as neoplasias, em especial as de mama, pulmão e colo de útero; as pneumonias; o Diabetes Mellitus (DM) e as causas externas (ANS, 2011).

Dentre as principais doenças crônicas que atingem as mulheres o acidente vascular cerebral aparece como a primeira causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos e a doença hipertensiva, a doença isquêmica do coração e oDM ocupam, respectivamente, o sétimo, oitavo e nono lugar (BRASIL, 2011b).

2.2.8 Saúde das mulheres vítimas de violência

O Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (2002), define a violência como:

[...]o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (BRASIL, 2011b, p. 10 apud OMS, 2002).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – ONU) considera como violência a esse grupo “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”.

Segundo o MS (2011b), desde meados do século XX, a violência a população feminina vem sendo referida de diversas formas, designada violência intrafamiliar na década de 1950, nos anos 1970 e 1980 respectivamente é referida como violência contra a mulher e violência doméstica. Já ao longo do anos de 1990, os estudos passam a tratar como violência de gênero, onde as relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada à violência.

Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), objetivando tornar viável a obtenção de dados e divulgação de informações sobre causas externas e através destas subsidiar elaborações de políticas públicas de enfrentamento das violências e ações de promoção da cultura de paz. Esse sistema permite também revelar a violência doméstica e sexual, assim como outras formas de violências, como as autoprovoçadas (BRASIL, 2012a).

Dentro do VIVA, nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, a notificação é de caráter compulsório e contínuo, conforme determinado pelo ECA, pelo Estatuto do Idoso e pela Lei nº 10.778/2003, que obriga a notificação de violência contra a mulher (OPAS, 2010).

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEVM) foi lançado em agosto de 2007 e de acordo com o MS, tem o objetivo de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate a esse crime, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres nessa situação. Os eixos estruturantes do PNEVM são:

- a) Garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha;
- b) Ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência;
- c) Garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça;
- d) Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres;
- e) Garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos;

Na prevenção o setor da saúde deve atuar, ciente que a violência é totalmente evitável, de forma intersetorial, a fim de intervir sobre os determinantes e condicionantes destes atos através de ações de vigilância, promoção da saúde, além da atenção integral às pessoas que sofreram esses agravos (OPAS, 2010), já

que se sabe que as manifestações da violência podem ser agudas, crônicas, físicas, mentais ou sociais (BRASIL, 2008).

A violência atinge uma parcela importante da população, repercute na saúde e é um grave problema de saúde pública. É também um dos principais indicadores da dissimetria de gênero contra a mulher, que ocorre tanto frente à sociedade quanto aos próprios profissionais de saúde (BRASIL, 2011c), daí a necessidade de formar recursos humanos especializados para esse atendimento. Mulheres que vivenciam situações de violência são tidas como “poliqueixosas” com suas queixas vagas e seus sintomas crônicos que não são esclarecidos em resultados de exames. Este quadro pode estar refletindo dores e traumas vivenciados, traduzidos por meio da psicossomatização (BRASIL, 2008).

2.2.9 Saúde das mulheres e Saúde mental

A preocupação com a saúde mental da mulher no Brasil sofreu uma mudança nos últimos 40 anos (FERNANDES et al, 2005). A análise genética de doenças como câncer, asma e doença cardíaca está crescendo exponencialmente, ao contrario de outras doenças, como a depressão. Para STEINER (2005), avaliando os impactos físicos, sociais e mentais da doença, a depressão foi a quarta causa mais importante da lista *Global Burden of Illness* em 1990 e se prevê que será a causa mais importante em 2020. Entre as mulheres a morbidade associada à depressão é muito evidente, uma vez que o dobro de mulheres sofre desse transtorno em relação ao sexo masculino, assim como possuem um índice mais alto de condições comórbidas físicas e mentais.

De acordo com informações encontradas no portal da OMS,

A saúde mental engloba uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente com o bem estar mental. [...] Está relacionada com a promoção de bem estar, a prevenção de transtornos mentais e o tratamento e reabilitação das pessoas afetadas por esses transtornos.

Ainda de acordo com a OMS,

A saúde mental não é somente a ausência de transtornos mentais. Define-se como um estado de bem estar no qual o individuo é consciente de suas capacidades, e pode afrontar as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer uma contribuição a sua comunidade.

Com base nesses conceitos, é notório que as mulheres estão cada vez mais expostas a estressores incontrolláveis, psicológicos e físicos, incluindo violência, abuso e estupro, a partir de uma idade precoce (STEINER, 2005). A situação de desigualdade das mulheres fica mais evidente quando se observam os menores salários, as profissões mais desvalorizadas, além de viver em dupla e tripla jornada de trabalho, o que varia mais ainda de acordo com fatores como classe social, raça, idade e orientação sexual da mulher. Ainda que esses eventos estressantes da vida influenciem no desencadeamento de transtornos mentais, nem todas as mulheres que se deparam com situações estressantes desenvolvem esses transtornos, porém a morbidade provocada por esses estressores faz com que aumente as internações de mulheres por transtornos de humor. O uso de benzodiazepínicos entre as mulheres é significativo assim como a identificação de transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (BRASIL, 2007).

Em contraposição ao senso comum, em que a maternidade deve ser considerada um período de total bem-estar emocional na vida da mulher, o período perinatal não a protege dos transtornos do humor (CAMACHO et al, 2006). Ainda segundo este autor, fatores como idade inferior a 16 anos, falta de suporte social, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil e desemprego, são fatores de riscos psicossociais relacionados à depressão no puerpério.

Não há dúvida de que é necessário melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS. Uma maior sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde para as questões de gênero e de raça como determinantes de sofrimento psíquico também é uma tarefa ainda a ser realizada. A entrada destes temas na agenda da saúde mental, ainda que no nível da sensibilização, é, no entanto um grande passo (BRASIL, 2007,p.54).

Segundo o MS (2011), é indispensável que os profissionais de saúde na AB estejam atentos aos efeitos psicossociais específicos do racismo, do machismo, da heteronormatividade e de outros processos de ampla exclusão social, além de se preocupar com as especificidades da atenção, afinal sem isso, não se produz equidade.

2.2.10 Saúde das mulheres negras

Em março de 2003, ao criar a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o governo tornava explícitas as balizas para o enfrentamento da problemática racial, inaugurando uma nova página no tratamento dispensado pelo Estado brasileiro às iniquidades resultantes dessa discriminação, dando importância à promoção da igualdade no nosso país, promovendo a efetiva integração de projetos e ações em todo o conjunto do governo (BRASIL, 2003b).

Segundo “SAÚDE BRASIL 2005”, as mulheres negras têm menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, por consultas de pré-natal e de puerpério. A discriminação é, também, decisiva para o adoecimento das pessoas, o racismo repercute nas instituições, inclusive nos serviços de saúde.

Dados do Relatório das Desigualdades Raciais 2009-2010, publicado em 2011, demonstram que o percentual de não visita ao médico no último ano foi de 26,2% entre as negras e de 21,5% entre as brancas. O distanciamento destas mulheres dos serviços de saúde, exigem do governo elaboração de políticas a fim de minimizar esses problemas, para isso o MS em 2007 implementou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem, dentre outras, como estratégias de Gestão o:

Incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar; e a qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios (BRASIL, 2007b, p.42).

A precariedade das condições de vida das mulheres negras as leva a apresentar maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza, como o CA de colo de útero, cuja incidência é duas vezes maior do que entre as mulheres brancas. Além disso, a população negra está mais sujeita a anemia falciforme, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a DM e a infecção por HIV. é também alta a ocorrência de depressão, estresse e alcoolismo neste grupo populacional (BRASIL, 2008b).

No Brasil, as doenças hipertensivas constituem a principal causa de morte materna, responsáveis por um terço dessas mortes. A diabetes tipo II é prevalente na população negra. As negras têm 50% a mais de chances de desenvolver

diabetes que as brancas. Na população diabética, a HAS é duas vezes maior que na população geral. Mulheres portadoras de diabetes estão mais expostas à gravidez de alto risco. Embora a HAS e a diabetes sejam doenças crônicas e sem cura, elas são perfeitamente controláveis com a adoção de um estilo de vida saudável (BRASIL, 2005c).

Ainda segundo o MS (2005c), a anemia falciforme também está incluída, entre as de maior prevalência na população negra. Mulheres portadoras desse tipo de agravo apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, entre outros). Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão mais expostas à desenvolver gestações de risco.

Atenção especial também deve ser prestada a negras lésbicas, que fazem da parte de um grupo marginalizado ou excluído família, da escola e de outros espaços de socialização e convivência, negros e negras Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais são sistematicamente condenados ao mal atendimento nos serviços de saúde, à humilhação pública, à criminalização e à violência psicológica e física (BRASIL, 2011d).

A sensibilização dos profissionais de saúde a cerca da importância da informação sobre cor e etnia e a capacitação para coleta e registro de informações da população atendida, deve ser trabalhada, a coleta desta informação se dá por auto-declaração e com base na classificação racial do IBGE: preto (a), branco (a), pardo (a), indígena e amarelo (a).

2.2.11 Saúde das mulheres indígenas

A população indígena brasileira é estimada em 350 mil pessoas, distribuídos em 210 diferentes grupos indígenas, fazendo que a diversidade sociocultural desses povos seja sua principal característica. As mulheres indígenas compõem uma parte significativa dessa população, que demanda a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais fazem parte, objetivando uma assistência de saúde integral, humanizada e individualizada para cada grupo indígena (FERREIRA, 2013).

Apesar de a população indígena representar uma parcela significativa da população em estados como Roraima, Amazonas e Mato Grosso do Sul, e ser um

grupo que possui necessidades de assistência a saúde especializada, somente em meados do século XX o governo brasileiro começou a oferecer um serviço regular de atenção à saúde aos indígenas (FERREIRA, 2013).

A primeira proposta do governo se deu através do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que oferecia, não só aos indígenas, mas também à população rural do Brasil, o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças endêmicas. Apesar de essa iniciativa ter tido pouco impacto sobre a saúde da população, este serviço fez com que houvesse uma considerável queda nas taxas de mortalidade no que se refere a situações de endemias (SANTOS et al, 2008).

Posterior a SUSA, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que vem sendo implementada desde 1999, Essa, é uma articulação entre o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o SUS. Tal política tem como uma de suas metas a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a sua implantação deve acontecer no âmbito local e regional de modo a garantir aos indígenas o acesso ao atendimento primário, secundário e terciário em saúde (SANTOS, et al, 2008).

A PNASI inaugura a concepção de atenção diferenciada, em que a política de saúde deve adotar [...] um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo (Santos, et al apud FIOCRUZ, 2008, p. 06).

Mesmo após a criação da PNASPI, a atenção à saúde da mulher indígena se mantém precária, já que não existe uma assistência eficaz no pré-natal, na prevenção do CA de colo de útero, de DST/HIV/AIDS, da desnutrição de mulheres e de crianças, dentre outras. O que também dificulta que a assistência seja prestada de maneira mais eficaz é a carência de dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde desse grupo populacional (BRASIL, 2011b).

Os problemas de saúde mais identificados nas mulheres indígenas são: a falta de assistência à gestante e de realização do pré-natal; a desnutrição; a mortalidade por CA de colo uterino e de mama; a dificuldade de se fazer o tratamento das DST; o alcoolismo e o uso de drogas; a violência contra a mulher e a prostituição; a pequena participação nas instâncias de controle social; e o número pequeno de atuação como Agentes Indígenas de Saúde - AIS (FERREIRA, 2013).

Os valores culturais da mulher indígena também tem grande influencia dentro da assistência prestada, pois o sistema de saúde precisa se adaptar as reais

necessidades e a forma de pensamento das mesmas. Como exemplo, temos a dificuldade destas mulheres em serem examinadas por profissionais de saúde do sexo masculino, visto que seus companheiros as proíbem de receber a assistência prestada por homens. Outra dificuldade encontrada está na terapêutica adotada pelos profissionais de saúde, pois as indígenas não compreendem o porquê de não poder utilizar as especificidades culturais de seu povo, isso exige do profissional que tente mesclar seu conhecimento científico com o conhecimento empírico dos grupos indígenas, pois assim sua ação será mais facilmente aceita e conseqüentemente mais eficaz (FERREIRA, 2013).

É importante que esse grupo populacional seja atendido de forma a contemplar suas particularidades, crenças e modo de vida, visto que, um grupo que historicamente pode ser considerado como sobrevivente e com demandas tão específicas quanto os indígenas, principalmente as mulheres indígenas necessitam de uma atenção especial (SILVA, 2009).

2.2.12 Saúde das mulheres do campo

De acordo o IBGE, no ano de 2011, o Brasil possuía uma população rural estimada em 29.371.000 pessoas, das quais 14.092.000 era composta por mulheres, o que corresponde a quase que a metade da população rural. População essa que por falta de conhecimento e carência de recursos acaba ficando sem acesso a direitos básicos, como saúde e educação (BUTTO, 2010).

Segundo Butto (2010), historicamente a economia rural foi marcada pela divisão sexual do trabalho, onde as mulheres ficavam encarregadas de atividades voltadas para auto-consumo familiar, como forma de complementar a sua obrigação de cuidar da casa e dos filhos e os homens estavam ligados a atividades geradoras de renda.

Ainda segundo esse autor, com o passar dos anos as mulheres buscaram maior autonomia e passaram a reivindicar seus direitos econômicos e sociais, com isso sua atuação foi ganhando maior espaço dentro do cenário rural. No final dos anos 80, após a realização de grandes mobilizações nacionais a mulher conquistou condições mais favoráveis para a formulação e implementação de políticas públicas

e para a afirmação de uma agenda feminista no desenvolvimento rural (BUTTO, 2010).

Por mais que a população feminina já tenha obtido muitas conquistas com o passar dos anos, as diferenças de gênero, no tipo de trabalho e a subordinação ao homem ainda são grandes, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades (BRASIL, 2011b, p. 53).

Devido ao baixo grau de instrução da mulher do campo, o seu comportamento reprodutivo, o uso de anticoncepção, bem como os cuidados com a saúde, higiene e alimentação acabam sendo prejudicados. Nesse momento, elas deveriam receber uma assistência de saúde específica para as suas particularidades, o que não pode ser observado devido à grande dificuldade encontrada para ter acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

O acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio do SUS, para a saúde da mulher ainda é preciso a realização mais eficaz do pré-natal, exames preventivos de CA de mama e colo do útero, o esclarecimento sobre a importância de um planejamento da vida sexual e reprodutiva e também a conscientização sobre a importância do cuidado com a sua saúde.

O SUS vem buscando alternativas para a melhoria da assistência de saúde prestada a mulher rural, ele objetiva implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal e introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos dessas mulheres relacionados à saúde (BRASIL, 2011b).

2.2.13 Saúde das mulheres em situação de prisão

No Brasil, em dezembro de 2007, existiam 422.590 pessoas sob custódia penal, destas 25.830 do sexo feminino. Em estudo realizado, em abril de 2008, pelo Departamento Penitenciário Nacional, sobre a evolução da população carcerária feminina constatou-se que, nos últimos quatro anos houve um crescimento real da população carcerária feminina de 37,47%. Isto representa uma taxa média de crescimento anual de aproximadamente 11,19%.

O crescimento da população feminina tem sido maior que a masculina e vem se mantendo em percentuais elevados nos últimos anos (BRASIL, 2008c, p. 10).

No estado do Pará, segundo dados da Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará (SUSIPE), no mês de maio de 2013 existiam 11.380 presos sob custódia no estado, destes 735 do sexo feminino.

A encarcerada brasileira pode ser descrita como jovem, não branca, mãe solteira, com condenação direta ou indiretamente por tráfico de drogas e formação de quadrilha. Foi observado que essa mulher não ocupa lugar de liderança na cadeia criminosa do tráfico, segundo Relatório Final da Secretaria de Políticas Para as Mulheres (BRASIL, 2008d).

Grande parte da população presidiária compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional está exposta a diversos fatores de risco à saúde, ocorrendo um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como HAS e DM. Devido a essa grande exposição, foi vista a necessidade da implementação de ações de saúde que fossem aplicadas de forma efetiva principalmente em nível de AB, que é a porta de entrada para os outros níveis de referência da atenção a saúde (BRASIL, 2011b).

Vista essa necessidade de uma atenção a saúde constante, foi instituído no Brasil, pelo MS através da Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em parceria com MJ. O plano prevê a inclusão da população carcerária no SUS, garantindo que o direito dessa população ao acesso a serviços de saúde seja garantido, como previsto pela Constituição Federal (CF) de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984 (BRASIL, 2005d).

Dentre as ações previstas pelo plano, está incluída a construção de UBS, creches e berçários nos estabelecimentos prisionais para que seja prestada uma melhor assistência às mulheres presidiárias. Como ações específicas à Saúde da Mulher privada de liberdade, foram preconizadas a realização de pré-natal, controle do CA cérvico-uterino e de mama (BRASIL, 2008c).

Para a elaboração de uma atenção mais específica às necessidades das mulheres em situação de prisão, assim como de toda a população carcerária, seria necessário que o governo brasileiro dispusesse de maiores informações de saúde acerca desse grupo, visto que a real condições de vida, contexto no qual estão inseridas e situação de saúde dessa população ainda é pouco conhecida (BRASIL, 2011b).

2.2.14 Saúde das mulheres homossexuais

De acordo com o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2011b), eliminando assim marginalidade na qual a homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se durante muitos anos (BARBOSA E KOYAMA, 2006).

Os vários mitos criados em torno da saúde das mulheres lésbicas devem ser eliminados baseados em dados científicos, segundo o MS (2011b) mulheres lésbicas ainda consideram que o CA de colo de útero só afeta mulheres heterossexuais e, portanto, não se sentem mobilizadas para sua prevenção. Isso é comprovado por dados citados na pesquisa realizada em 2002 pela Coordenação DST/AIDS do MS, em relação ao exame preventivo de CA cérvico uterino, que demonstram que entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização deste exame nos últimos três anos é de 89,7%, enquanto entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda (BRASIL, 2010a).

O exercício da maternidade voluntária também deve ser trabalhado entre as mulheres lésbicas, que dispõem de serviços como, inseminação assistida na rede do SUS, e a possibilidade da adoção. Outro fator que não se pode desconsiderar, é que este grupo vive exposto a violência inclusive intrafamiliar, onde as adolescentes lésbicas, por vezes são expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência (BRASIL 2011b).

Segundo o Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade de 2006, das mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelaram, 28%

referiram maior agilidade do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários, evidenciando desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

Por isso é preciso que estes serviços disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte dessa clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres, atendendo assim as mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania (BRASIL 2011b).

Segundo a portaria nº 2.227/GM de 14 de outubro de 2004, do MS, que institui o Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, em seu artigo 1º diz que esse comitê:

[...] tem a finalidade de promover, para esses segmentos populacionais, a universalidade do acesso e a equidade da oferta de ações e serviços de saúde nos campos da pesquisa, da educação, da informação e da atenção à saúde, no âmbito do SUS (2004, p.41).

Para garantir todos os direitos dessa clientela o MS (2010b), propôs, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNLGBT) para ser implementada no SUS. Suas diretrizes e seus objetivos estão direcionados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades relacionadas a saúde destes grupos sociais.

2.3 IMPORTANCIA DOS PROTOCOLOS NA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

O PAISM surgiu como diretriz para que houvesse uma reorganização e uma reestruturação da assistência prestada a mulher em todos os níveis de complexidade, em especial na AB, aonde essa política vem buscando cada vez mais fazer com que a mulher seja atendida dentro dos princípios da integralidade e da universalidade, incentivando os profissionais de saúde a realizar uma assistência onde possam aproximar cada vez mais a mulher e o sistema de saúde, onde ela se sinta acolhida e assistida em todas as suas particularidades e não só mais como mulher/gestante. A atenção a saúde da mulher vem passando por uma revolução para a construção de uma nova forma de trabalhar em saúde, exigindo envolvimento e capacitação de toda a equipe profissional (BELO HORIZONTE, 2002).

Dentro desta visão tem-se buscado com as equipes, uma postura acolhedora diante das inúmeras necessidades de saúde das mulheres que procuram os serviços. Para que esse acolhimento, e posterior assistência, seja realizado de forma mais eficaz é necessário que o profissional faça uso das tecnologias disponíveis, visando o aprimoramento do atendimento prestado e a qualidade técnico-científica do seu trabalho.

Dentre as tecnologias disponíveis, o emprego de protocolos tem sido uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS. Os protocolos, sob a forma de uma documentação sistematizada, normatizam o padrão de atendimento à saúde, eles orientam e estruturam a atuação dos profissionais. São instrumentos muito úteis no processo de trabalho e na resolutividade das ações de saúde no âmbito das UBS.

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, segundo a *National Guideline Clearinghouse*, Estados Unidos, são documentos elaborados de forma sistemática que auxiliam os profissionais e os pacientes sobre as decisões apropriadas nos cuidados de saúde em circunstâncias clínicas específicas. A padronização das condutas com embasamento científico consistente e atualizado, tem sido uma solicitação frequente dos profissionais de saúde. Os Protocolos clínicos são recursos de tecnologia em saúde, utilizados em conjunto dos recursos humanos, físicos ou materiais (SCHNEID ET AL, 2003).

Os protocolos são estruturados em módulos interrelacionados abordando, dentre outros, aspectos médicos, farmacêuticos e de gerenciamento, podendo incluir itens como diretrizes terapêuticas que delimitam as linhas gerais de diagnóstico e tratamento da doença, fluxogramas que apontam os principais passos no manejo dos pacientes, ficha farmacoterapêutica, guia de orientação ao paciente e roteiro de consulta que busca regulamentar e padronizar o atendimento. A variação entre os protocolos decorre das particularidades de cada atendimento (BRASIL, 2010c).

Para que um protocolo de saúde da mulher seja elaborado, é necessário traçar o perfil da mulher que será assistida, conhecer a realidade de onde ela vive, sua escolaridade, seu meio e renda familiar, é necessário também detectar as principais necessidades, os problemas e as demandas que essa população nos apresenta. Para que ele seja implantado, é necessário que seja analisado por diferentes profissionais, apresentado aos órgãos competentes e verificado o ônus financeiro que vai gerar, pois dependendo da realidade do município onde for

proposto o protocolo ao invés de uma solução pode vir a ser um instrumento desnecessário e prejudicial.

A decisão de adotar um protocolo como padrão deve ser tomada como um desafio, pois para a maioria isso implica em romper costumes, crenças e práticas, visto que cada profissional possui um perfil e a partir desse constrói sua imagem profissional.

Por ser um instrumento que será utilizado por, na maioria das vezes, profissionais com experiência em atendimentos a mulher, muitos irão discordar dos protocolos estabelecidos, e muitas vezes, modificarão de acordo com aquilo que acham importante/desnecessário. O protocolo tem exatamente esse fim, fazer rupturas em práticas e crenças internalizadas, fazendo com que a visão dos profissionais seja cada vez mais eficaz e critica o que fará com que a mudança de percepção leve benefícios para a cliente. Este senso de completo/incompleto é o que fará com que o protocolo seja constantemente atualizado, e assim sob essa dinâmica o SUS vai sendo cada vez mais fortalecido (GOIÁS, 2010).

Para a Secretária Municipal de Saúde de Colombo:

Um protocolo tem por objetivo padronizar os procedimentos necessários para uma assistência adequada à mulher em todas as faixas etárias, visando garantir o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção de atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento da saúde feminina em um contexto de humanização da atenção. O acompanhamento da Saúde da Mulher deve ser realizado com a finalidade de atender às necessidades da mulher, obtendo assim, melhores efeitos sobre a sua saúde (COLOMBO, 2012, p.7).

É importante lembrar que, embora útil e necessário, a utilização de protocolos apresenta limites, pois por ser um instrumento elaborado a partir de um perfil traçado e por mais abrangente que seja pode não abordar todas as situações decorrentes do modo de viver dos diferentes grupos sociais e que podem surgir no cotidiano dos serviços e a facilidade de utilização do mesmo acabar fazendo com que o profissional se esqueça de adaptá-lo conforme as particularidades das pacientes. Os protocolos devem acompanhar a evolução do conhecimento técnico e científico e ser continuamente atualizados, para que isso seja possível e todos os protocolos seja utilizados para uma efetiva atenção a mulher é necessário que os profissionais sejam constantemente atualizados e recebam um treinamento para utilização do mesmo (WERNECK, 2009).

3 METODOLOGIA

O estudo foi baseado em uma Revisão de Literatura (RL), embasado em autores que propuseram ou pesquisaram sobre protocolos de atenção a saúde da mulher. Trata-se de estudo bibliográfico, descritivo e que se valeu da análise de pesquisas relevantes sobre a temática 'protocolos de atenção a saúde da mulher, publicadas entre os anos de 2003 a 2013.

Na busca de artigos foram utilizados os seguintes descritores: Assistência Integral à Saúde, Serviços de Saúde da Mulher, Violência contra a Mulher, Serviços de Saúde Materno-Infantil, Cuidado Pré-Natal, Protocolos Clínicos, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher, baseados nos DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), versão 2013, disponibilizados pela Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Os estudos científicos foram encontrados nas bases de dados da biblioteca eletrônica: BVS, no Scielo, e nos portais das Secretarias de Saúde dos Municípios.

Os critérios de inclusão utilizados para direcionar a construção dos resultados desta RL foram: artigos que apresentaram ou relataram o uso de protocolo de atendimento a mulher na AB; documentos resultantes da busca, a partir dos descritores supracitados; artigos publicados no período de 2003 a 2013; artigos que apresentaram melhorias após utilização dos protocolos; artigos publicados em periódicos nacionais.

A partir da aplicação dos critérios de inclusão, os artigos selecionados foram avaliados e catalogados conforme objetivos e resultados, e os protocolos selecionados foram catalogados de acordo com a instituição proponente e o objetivo.

Baseado nas características dos protocolos encontrados na RL foi criado um roteiro de consulta à mulher com o que se observou mais comum entre os protocolos e pelo caráter epidemiológico da nossa região. Tal roteiro foi confeccionado para a rede primária de atenção a saúde, contendo informações de identificação, dados sócio econômicos, histórico de saúde e dados gineco-obstétricos, conforme apêndice A.

4 RESULTADOS EDISCUSSÃO

A análise dos dados demandou um trabalho de leitura de todos os artigos e protocolos que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. Os 03 artigos selecionados foram encontrados na base de dados Scielo Brasil. Na Tabela 01, apresentamos a listagem dos artigos segundo o ano de publicação, autor, periódico, objetivo e resultados. Quanto aos protocolos elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde e COREN/Goiás, 12 foram selecionados, e estes foram encontrados nos sites das Secretarias de Saúde e site do COREN/Goiás dos estados, esses foram organizados segundo ano de publicação, instituição proponente, cidade/estado, título e objetivos, como pode ser observado na tabela 2.

TABELA 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

ANO	AUTOR	Base onde foi publicado	OBJETIVO	RESULTADOS
2004	CARVALHO D.S.;NOVAES H.M.D.	Scielo Brasil	Caracterizar a implantação e dinâmica de desempenho do programa nos serviços de saúde e o grau de adequação encontrado na coorte. Avaliar a sua implantação efetiva, tomando por referência as diretrizes técnicas estabelecidas pelo programa.	De maneira geral, quando o acesso às consultas foi efetivado, a adequação foi satisfatória, considerando-se a realização dos procedimentos previstos.
2008	HIGA, R.; MONDACA, A.D.C.A.; REIS, M.J.;LOPES, M.H.B.	Scielo Brasil	É descrever o Protocolo de Enfermagem na Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual do Caism/Unicamp já revisado, englobando o atendimento imediato e tardio, o acompanhamento ambulatorial e as ações relacionadas à	O Protocolo de Atendimento de Enfermagem às Mulheres Vítimas de Violência Sexual tem proporcionado à cliente um atendimento integral e humanizado e à enfermeira, maior autonomia na sua área de atuação,

			interrupção legal da gravidez decorrente do estupro.	favorecendo o trabalho colaborativo e interativo com a equipe multidisciplinar.
2011	RODRIGUES, E.M.; NASCIMENTO, R.G.; ARAÚJO, A.	Scielo Brasil	Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo de suas atribuições na assistência pré-natal, identificar as ações de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e investigar os pontos facilitadores e dificultadores do uso desse protocolo.	O estudo acerca da percepção que os enfermeiros das equipes de saúde da família possuem sobre o protocolo das Atribuições do Enfermeiro na Assistência ao Pré-Natal demonstrou ser um poderoso instrumento para revermos a atenção prestada às gestantes e a identificação de pontos que favorecem e prejudicam a utilização do protocolo no cotidiano do trabalho dos enfermeiros.

Tabela 2 – SÍNTESE DOS PROTOCOLOS SELECIONADOS

ANO	INSTITUIÇÃO PROPONENTE	CIDADE/ESTADO	TÍTULO DO PROTOCOLO	OBJETIVO
2003	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	São Paulo / São Paulo	Atenção a Saúde da Mulher: Protocolo de Enfermagem	Organizar as ações da (o) enfermeiro, asseguradas pela Lei 7498/86 e reafirmadas pela Resolução COFEN Nº 271/2002, a partir de diretrizes operacionais dirigidas à assistência da mulher na gestação, durante o pré-natal e no puerpério, procurando instrumentalizar o profissional e proporcionar qualidade no atendimento.
2006	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA	Londrina / Paraná	Protocolo Clínico de Saúde da Mulher: Atenção Integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera.	Tomar a estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica, propondo assistência integral as mulheres no período grávido puerperal nas unidades de saúde, caracterizadas como principal porta de entrada do sistema de saúde, onde são firmados os vínculos com a comunidade.
2006	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA	Londrina/ Paraná	Protocolo Clínico de Saúde da Mulher: Detecção e Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama.	Orientar os profissionais de saúde e organizar o serviço, de forma a aumentar a efetividade das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero e câncer de

				mama e, conseqüentemente, poder intervir sobre essa realidade.
2006	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA	Londrina/Paraná	Protocolo Clínico de Saúde da Mulher: Planejamento Familiar	Prestar assistência em Planejamento Familiar a mulheres/casais em idade fértil do Município de Londrina garantindo-lhes um direito básico de cidadania previsto em constituição Brasileira pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, no principio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais.
2006	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Montes Claros / Minas Gerais	Protocolo de Assistência à Saúde na Rede Municipal de Montes Claros Atenção Básica	Atender as necessidades da mulher em diferentes fases da vida, considerando-a como um ser holístico e contribuindo para o exercício pleno de sua cidadania.
2008	SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	Belo Horizonte / Minas Gerais	Prevenção e Controle do Câncer: Protocolos de atenção à saúde da mulher	Fortalecer a estratégia de Saúde da Família e qualificar as ações cotidianas das equipes que atuam na rede básica, o que certamente repercutirá de modo decisivo e positivo em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde. É uma aproximação com a dimensão e natureza das questões relativas à saúde da

				mulher e representa uma opção no sentido da padronização de ações e procedimentos para a qualificação da assistência a esse grupamento populacional.
2010	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Florianópolis/ Santa Catarina	Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Referenciar a assistência a mulher no município para a qualificação da mesma, com impacto positivo na saúde da população
2010	CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS	Goiás	Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás	Facilitar a condução da assistência ginecológica à mulher e/ou família pelo enfermeiro durante a consulta individual, o atendimento a grupos educativos e a visita domiciliar, respaldado pela Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86, Resoluções do COFEN 195/1997, 223/1999, 271/2002 e 272/2002, Pareceres COFEN nos 040/95 e 15/97 e nas ações de proteção, promoção e recuperação a saúde da mulher, preconizadas pelo Ministério da Saúde.
2010	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	Porto Alegre / Rio Grande do Sul	Diretrizes Clínicas para o uso de Métodos Contraceptivos 2010	Fornecer um instrumento de consulta atualizado, segundo as melhores evidências, para os profissionais que atuam na rede de atenção básica da SMS/POA,
2012	SECRETARIA MUNICIPAL DE	Colombo / Paraná	Protocolo De Atendimento à	O objetivo da Secretaria Municipal

	SAÚDE		Mulher em Situação de Violência: Programa Mulher Cidadã	de Saúde de Colombo, reforçado pelas parcerias construídas para a implementação deste Programa, é dar um passo a frente em relação à caminhada para um novo tempo, onde as pessoas utilizarão todos os seus direitos e as mulheres participarão efetivamente do processo de desenvolvimento econômico, social, político, educacional e cultural do país.
2012	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Colombo/Paraná	Protocolo Municipal de Assistência Integral à Saúde da Mulher Colombense	Padronizar os procedimentos necessários para uma assistência adequada à mulher em todas as faixas etárias, visando garantir o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção de atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento da saúde feminina em um contexto de humanização da atenção.
2012	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Colombo / Paraná	Protocolo Municipal de Atenção ao Pré Natal e Puerpério: Nascer Colombo	Padronizar os procedimentos necessários para uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada que é fundamental para a saúde materna e neonatal.

Observa-se nestes quadros que há um maior número de publicações que implementam protocolos na rede de AB do que de artigos que falavam dessa implementação e efetividade dos protocolos. Nos artigos, os assuntos abordados foram Pré-natal (2) e Violência Sexual (1). Nos protocolos, os assuntos abordados foram Pré-natal (2), CA de Colo de Útero e de Mama (2), Planejamento Familiar (2), Atenção Integral a Mulher (5) e Violência contra a mulher (1).

A presente RL permitiu a realização de um levantamento das principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na hora de realizar consultas a mulher, as principais causas que levam essa mulher a buscar a assistência a saúde e como está funcionando o PAISM no Brasil.

A seguir será apresentada a análise dos artigos e protocolos, que disponibilizou informações para elaboração de um roteiro de consulta que abranja os principais programas de saúde da mulher, a ser aplicado na atenção primária. O Roteiro será discutido qualitativamente juntamente com a análise dos resultados.

O PAISM tem por objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher, com vistas à redução da morbidade e mortalidade deste grupo populacional. A implantação desse programa vem ocorrendo de maneira gradual nos estados brasileiros, através de programas de saúde da mulher que foram criados dentro dos eixos prioritários de cuidado da mulher: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal; parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e de mama e violência sexual (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Para que o atendimento seja realizado de maneira satisfatória e de acordo com as especificidades das usuárias locais, é necessário conhecer o perfil da população a ser estudada, uma vez que as peculiaridades variam de acordo com cada região, podendo mudar inclusive entre bairros de uma mesma cidade. Por isso, é importante que os profissionais prestem assistência a seus pacientes de acordo com suas particularidades. Como afirma Rodrigues et al, para o ciclo gravídico puerperal, porém pode ser aplicado a todos da área da saúde:

É importante que os protocolos sejam construídos a partir de consensos, normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, observando a aplicação às realidades locais para que produza impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe com a utilização de seu protocolo. (2011, p. 1045)

Após a leitura dos protocolos foi possível observar que a relação profissional-paciente é extremamente importante para a efetividade do atendimento e a criação de vínculos, que ocorrem desde o momento do acolhimento da mulher na UBS. No seguimento desse atendimento, é essencial a realização da anamnese, a partir da qual informações importantes para futuros diagnósticos e prevenção de agravos, direcionadas aquela mulher, serão colhidas. Desta forma a consulta não pode ser vista pelo profissional de forma fria, priorizando anotações e aplicação de questionários, ao contrario, a interação entre o profissional de saúde e usuária, desde a sua chegada até o momento de sua saída, é determinante para a permanência daquela mulher nos programas disponibilizados. Como afirma a Colombo, para o ciclo gravídico-puerperal, e pode ser aplicado a todas as áreas da saúde da mulher:

O acolhimento requer uma escuta ativa, aberta, sem julgamentos ou preconceitos, e que ofereça segurança e possibilite a esta mulher tranquilidade para gestar e chegar ao parto com informações, cuidado e de forma saudável, o que demonstra ser a atenção integral à saúde feminina a melhor estratégia para a prevenção de mortes maternas, abortamentos, nati-mortalidades, óbitos neonatais e sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávido-puerperal assim como de outras afecções que possam atingir o bem estar de nossa população. (2012, p.07)

Esse contato inicial é primordial para que a mulher se sinta a vontade e se torne partícipe da sua assistência à saúde. Cabe ao profissional atender a usuária, abrangendo suas especificidades e reforçando seus direitos e deveres, através dos quais ela se tornará empoderada e ativa no fazer saúde dentro da sua comunidade.

Para além do vínculo criado, no momento da anamnese são colhidos pelos profissionais, dados de identificação da usuária como endereço, telefones para contato, número de registro na unidade e número do cartão SUS, que devem ser atualizados com frequência. Dados sócio-econômicos também são coletados, escolaridade, condições de moradia e saneamento, estrutura, renda e composição familiar, permitem a equipe de saúde avaliar o grau de vulnerabilidade da usuária, atuar de forma preventiva a possíveis agravos resultantes dessa vulnerabilidade, além de propiciar a identificação da melhor forma de realizar promoção à saúde.

Para elaboração de instrumentos de assistência a saúde é indispensável avaliar fatores como a organização do serviço e a utilização de recursos adequados e disponíveis, visando um atendimento integral além da promoção e prevenção das principais afecções (RODRIGUES, 2011).

O roteiro de consulta criado (ver apêndice) por este estudo, foi estruturado de forma a, juntamente com os demais recursos disponíveis, otimizar a assistência prestada. As informações foram divididas por categorias (identificação, dados sócio econômicos, histórico de saúde, antecedentes ginecológicos e obstétricos e exames realizados) e identificadas por números, a fim de facilitar a consulta dos dados contidos no documento.

Inicialmente foram selecionadas algumas informações consideradas pertinentes para identificação da usuária e sua vulnerabilidade a agravos resultantes das condições socioeconômicas (Item 1 a 24). Na sequência, dos itens 25 até o 32 a categoria “Histórico de saúde” é abordada, nela constam informações sobre, vícios e doenças pregressas transmissíveis ou não, familiares e pessoais. O primeiro item desta categoria é um quadro destinado ao registro dos valores da Pressão Arterial, a cada consulta deve-se realizar esse registro, que agregado com as demais informações constantes no protocolo, pode orientar ações de educação em saúde. Saúde bucal e imunização também são abrangidas nos itens supracitados.

Dando continuidade, dos itens 33 ao 49 foram selecionados dados ginecológicos e obstétricos relevantes para o acompanhamento da usuária, em áreas como planejamento familiar, assistência pré-natal, puerpério, climatério e prevenção de DSTs/AIDS.

No item 44, sobre “Queixa atual de corrimento”, optou-se por formular um quadro, ordenado pelas datas das consultas, propiciando o melhor acompanhamento, por parte do profissional, sobre essa queixa que é tão comum e que pode ser indicativo de patologias.

Os últimos itens tornam a visualização dos exames “Preventivo de Câncer de Colo de Útero” e “Mamografia” mais acessível, também ordenada pela data de realização, permitindo o fácil acompanhamento destes exames.

A aplicação deste roteiro de consulta permitirá organizar e regulamentar a assistência prestada, além de eliminar a característica de verticalidade e a falta de integração com outros programas, o que resulta em uma assistência fragmentada. Porém é notório, que por mais amplo que seja o roteiro não abordará todas as situações decorrentes dos diferentes hábitos e costumes dos grupos sociais aos quais as mulheres estão inseridas (BELO HORIZONTE, 2008), o roteiro de consulta deve ser utilizado como auxiliar, um facilitador de coleta e avaliação de informações,

e dados que não são abordados neste instrumento devem ser registrados no prontuário da paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAISM é uma das de maior abrangência do MS, uma vez que este é um tema muito diversificado. Compreendendo que a atenção integral a saúde da mulher é muito ampla, e levando em consideração suas diferenciações e o conhecimento de que o desenvolvimento e comportamento humano são volúveis, de forma que uma mulher enquadra-se em grupos diferentes ao decorrer de sua vida, faz com que o PAISM seja um dos programas mais completos do SUS.

Após a busca e revisão dos artigos selecionados e principais protocolos utilizados na atenção a saúde da mulher, inferimos que para implementação nas UBS de um roteiro de consulta voltado para saúde da mulher, de forma a atender as diretrizes do PAISM, em especial de integralidade e a equidade da atenção, é essencial um esforço da equipe de saúde, direcionando os vários conhecimentos técnico-científicos, com base no perfil populacional da demanda, em prol da elaboração, implementação, avaliação e atualização periódica deste roteiro.

O processo de construção e efetiva aplicabilidade de um roteiro envolve identificar a demanda, conhecer as características e principais necessidades das mulheres atendidas, determinar os reais objetivos desse instrumento dentro de uma UBS, conhecer as tecnologias e meios disponíveis, assim como os colaboradores que se trabalha (equipe multiprofissional e usuárias). Considerar a mulher com todas as suas especificidades parte integrante desse processo, é vital para que ele atinja seu objetivo.

Foi elaborada a partir de então um roteiro de consulta visando auxiliar o acompanhamento e melhorar o atendimento das mulheres em suas principais necessidades. A implementação desse recurso, pode direcionar a atenção a ser prestada, otimizando a atuação dos profissionais de saúde.

Cabe ao profissional durante o atendimento e valendo-se do vínculo criado com a usuária, direcionar a assistência e o roteiro de consulta para aquele momento específico. Desta maneira, pode-se inferir que o instrumento, apesar de ser previamente elaborado, não deve se tornar um questionário a ser preenchido de forma imutável, congelando a assistência no simples ato de preencher uma

papeleta. Para tal, é importante que a equipe multiprofissional seja capacitada para a utilização do mesmo, de maneira que se mantenha a particularidade de atendimento de maneira a abranger integralmente cada usuária.

Espera-se que este trabalho e roteiro, após ser apresentado aos profissionais e gestores responsáveis, torne-se uma base referencial para a efetiva qualificação da assistência à mulher nas UBS do município, impactando positivamente na saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Alix Leite. SILVEIRA, Claudia Bastos. **Vivências de Mulheres com Diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível**. Escola Anna Nery. Revista Enfermagem, dezembro, 2007.

BARBOSA, Regina Maria e KOYAMA, MittiAyakoHara. **Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil**. Caderno de Saúde Pública. vol.22, 2006.

Belo Horizonte. Secretária Municipal de Belo Horizonte. **Prevenção e Controle do cancer: Protocolos de Atenção a Saúde da Mulher**. 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011.

BRASIL, **Chegou a hora de cuidar de saúde .um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais**. Ministério da Saúde. SE/SAA/CGDI/Editora MS – Brasília/DF – dezembro, 2006

BRASIL, **Lei 8.080 de 1990. de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, **Lei Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984**. Institui a Lei de Execução Penal.

BRASIL, **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.

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.

Brasil, Ministério da Saúde. Boletim 1/2012 – Mortalidade Materna no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humanizadas Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004a.

BRASIL, **Resolução nº 381 de 18 de julho de 2011**. Conselho Federal de Enfermagem. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo Método de Papanicolaou.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação/Ministério da Saúde (Brasil). **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de

Saúde, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. **Lei 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.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde ({SUS}) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

BRASIL. **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

BRASIL. Ministério da Justiça. **Mulheres Encarceradas. Consolidação dos dados Fornecidos pelas Unidades de Federação**. Departamento Penitenciário Nacional,. Comissão de Monitoramento e Avaliação. Brasília. 2008c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2010b

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico 2010: versão preliminar** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010^a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde da Mulher**. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236. Acesso em: 02/07/2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3ª edição atualizada e ampliada. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : matriz pedagógica para formação de redes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília – DF. Fevereiro de 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005 : uma análise da situação de saúde no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, **Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis.**Série Manuais nº 68, 4ª Edição. Brasília, Ministério da Saúde. 2006c

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares.**Série Manuais nº 83 – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Agenda da Mulher.** Brasília–DF, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/ AIDS entre mulheres.** Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids.- Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres.** Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento de Violência contra as Mulheres. Coleção Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres .** Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático : DST e aids.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Obra da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS.2005c.

BRASIL. **Portaria 2.673, DE 21 de dezembro de 2004.** Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB, e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria 2.227 de 14 de outubro de 2004.** Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres.** 2013b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial. **Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino.** Brasília 2008d

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** –Brasília : Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Negros e Negras Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): construindo políticas públicas para avançar na igualdade de direitos.** Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BUTTO, A.; LEITE, R. **Políticas para as mulheres rurais no Brasil: avanços recentes e desafios. VIII Congresso Latino-americano de Sociologia Rural.** Porto de Galinhas, 2010.

CAMACHO, RS. etall. **Transtornos Psiquiátricos na Gestação e no Puerpério: Classificação, Diagnóstico e Tratamento.** Rev. Psiq. Clín. 2006.

CARVALHO, D.S., NOVAES, H.M.D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas.** Cad. Saúde Pública. 2004.

CARVALHO, G. **“Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade”.** RADIS Comunicação em Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n. 49, p.16, Set. 2006.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **A atuação da enfermagem na prevenção do Câncer na Mulher: questões culturais e de gênero.** Ciência Cuidado e Saúde 2012.

CIAMPO, Luiz Antônio Del; CIAMPO, Ieda Regina Lopes Del. **Tendência temporal de hospitalização e abortamento entre adolescentes na região de Ribeirão Preto. Adolescência e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 7-11, jul./set 2012.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de and SILVA, Ana Tereza de Medeiros. **Política de planejamento familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática.** Rev. esc. enferm. USP [online]. Vol.34, n.2 2000.

COLOMBO. Secretária Municipal de Saúde de Colombo. **Protocolo de Atendimento a Mulher em situação de Violência: Programa Mulher Cidadã.** 2012.

COLOMBO. Secretária Municipal de Saúde de Colombo. **Protocolo Municipal de Atenção ao pré natal e ao Puerperio: nascer.** 2012

COLOMBO. Secretária Municipal de Saúde de Colombo. **Protocolo de Assistência Integral a Saúde da Mulher Colombense.** 2012.

EISENSTEIN, Evelyn. **Adolescência: definições, conceitos e critérios.** volume 2, Adolescência & Saúde nº 2 de junho de 2005.

FERNANDES, César Eduardo; RENNÓ, Joel; MANTESE, João Carlos; VALADARES, Gislene Cristina; FONSECA, Ângela Maggio ; DIEGOLI, Mara ; BRASILIANO, Sílvia ; HOCHGRAF, Patrícia .**Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena.** Ciência e Saúde Coletiva, vol.18, n.4, 2013.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher.** Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010).

FREITAS, G.L., VASCONCELOS, C.T.M., MOURA, E.R.F., PINHEIRO, A.K.B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** Revista Eletronica de Enfermagem. 2009.

GENIOLE, Leika A. I.; KADJAOGLANIAM, Vera Lúcia; VIEIRA, Cristiano C. A. (org.) A saúde da família indígena. Campo Grande Ed. UGMS: Fiocruz Unidade Cerrado do Pantanal, 2011.

GIFFIN, Karen. **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal.** Caderno de Saúde Pública ,vol.18, Rio de Janeiro,2002.

GOIÁS. Secretária Municipal de Saúde de Goiás. **Protocolo de Enfermagem em atenção a Saúde de Goiás.** 2010.

HIGA, Rosângela; MONDACA, Aurélia Del Carmen Alvarez; REIS, Maria José dosand LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP vol.42, n.2, 2008.

LONDRINA. Secretária Municipal de Saúde de Londrina. **Protocolo Clínico de saúde da Mulher: atenção inetgral à gestante de baixo Risco e Puérpera.**2006.

LONDRINA. Secretária Municipal de Saúde de Londrina. **Protocolo Clínico de saúde da Mulher: Detecção e Controle do cancer de Colo do Útero e da Mama.** 2006.

LONDRINA. Secretária Municipal de Saúde de Londrina. **Protocolo Clínico de saúde da Mulher: Planejamento familiar.** 2006.

MATUMOTO, Sílvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. **Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):233-241, jan-fev, 2001.

Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de informática do sus. Informações de Saúde (TABNET). **Indicadores de Saúde.** Cadernos de Informações de Saúde versão maio de 2010.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILELLA, Wilza Vieira. **A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira.** Psicologia Política, 2009.

MONTES CLAROS. Secretária Municipal de Saúde de Monte Claros. **Protocolo de Assistência a saúde na rede Municipal de Monte Claros atenção básica.** 2006.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lúcia Decnop; ESTRELLA, Renata da Costa Netto. **Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasília.** Caderno de Saúde Pública, vol.22, n.9, 2006.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002.

Organização Mundial de Saúde. **Temas de Saúde: Saúde dos Adolescentes.** Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Acesso em : 20/07/2013 as 22:35h.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Podemos prevenir a violência.** Elza Machado Melo. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2010.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

PAIXÃO, Marcelo; ROSSETTO, Irene; MONTOVANELE, Fabiana; CARVANO, Luiz M. (organizadores). Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil, 2009-2010. **Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça.** Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais/Instituto de Economia/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro. SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. **O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climaterica.** Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, 13 (2): 366-7, abr-jun, 2009.

PORTO ALEGRE. Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Diretrizes Clínicas para o uso de Métodos Contraceptivos.** 2010.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do and ARAUJO, Alisson. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.** Rev. esc. enferm. USP. vol.45, n.5. 2011.

SANTOS, Joselito. **Assistência à Saúde da Mulher no Brasil: aspectos de uma luta social.** In: II jornada Internacional de Políticas Públicas, Anais, Maranhão, UFMA, 2005.

SANTOS, L.M.; ESERIAN, P. V.; RACHID, L.P.; CACCIATORE A.; BOURGET, I.M.M.; ROJAS, A.C. **Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida.** Rev APS. 2007

SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; GARNELO, L.; COIMBRA Junior, C. E. A.; CHAVES, M. B. G. Fonte: In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. I. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

SÃO PAULO. Secretária Municipal de Saúde de São Paulo. **Atenção à saúde da Mulher: protocolo de enfermagem**. 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **1º Caderno de apoio ao Acolhimento: Orientações, Rotinas e Fluxos sob a ótica de risco e vulnerabilidade**. São Paulo, 2004.

Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte. 2006.

SCHNEID, S. et.al. **Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição**. Revista AMRIGS. , Porto Alegre, v.47, n. 2, p.104-114, abr/jun. 2003

SILVA, A. F. D.; FARIAS, C.; GARCIA, D. A.; SILVA, K. S.; TORRES, P. A. **A Participação da Enfermeira no Cuidar de Mulheres Indígenas**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61º, Anais, Fortaleza, 2009.

SOUTO, K.M.B. **A Política de atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero**. Rev. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

STEINER, Meir. **Saúde mental da mulher: o que não sabemos?** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005;27(Supl II):S41-2.

TAQUETTE, S.R., VILHENA, M.M. **Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência**.Psicol Estud. 2008.

TAQUETTE, S.R.; MATOS, H.J.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L.R.; AMORIM, E. **A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal**. Rev Soc Bras Med Trop.44:467-70. 2011.

TAQUETTE, Stella; VILHENA, Marília Mello de. Aspectos éticos e legais no atendimento à saúde de adolescentes . Revista Adolescência & Saúde, volume 2, nº 2, junho 2005.

VIEIRA, L.M.; GOLDBERG, T.B.L.; SAES, S.O.; DÓRIA, A.P.B. **Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico**. Ciência Saúde Coletiva. 2007.

VILLELA, W. **Saúde Integral, reprodutiva e sexual da mulher**. IN CFSS, Saúde das Mulheres – Experiencia e Pratica do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde . São Paulo.2000.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; WEILER, Rosa Maria Eid; FREIRE, Simone Cardoso; RODRIGUES, Alexandra Magna; VERTEMATTI, Silvana; YAMAMURA, Márcia Lika; SAMPAIO, Isa de Pádua Cintra. **O Setor de Medicina do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - CAAA) da Universidade Federal de São Paulo: uma experiência multiprofissional e interdisciplinar – o compromisso com a adolescência.** Revista Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 13-20, out/dez 2010.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**; 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.

APÊNDICE

TECNOLOGIA ASSISTECIAL COMO BASE PARA ATENDIMENTO A PNAISM

IDENTIFICAÇÃO		
1. Nome:	2. Data de nascimento:	
3. Filiação: Mãe: _____ Pai: _____		
DADOS DE RESIDÊNCIA		
04. Município de residência:	05. UF:	
06. Endereço completo:		
07. Número:	08. Complemento:	09. Bairro:
10. Telefones para contato:	11. CEP:	
12. Número do Cartão SUS:	13. Grupo sanguíneo e Fator Rh:	
DADOS SOCIO-ECONÔMICOS		
14. Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeta <input type="checkbox"/> ensino fundamental <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto		
15. Profissão/ocupação:		
16. Número de filhos: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> _____		
17. Número de pessoas na família com renda: <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> _____		
18. Números de pessoas que vivem na casa: <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> _____		
19. Renda familiar mensal: <input type="checkbox"/> 01 salário <input type="checkbox"/> 02 salários <input type="checkbox"/> 03 salários <input type="checkbox"/> outros: _____		
20. Condição de Moradia: <input type="checkbox"/> casa própria <input type="checkbox"/> casa alugada <input type="checkbox"/> imóvel de família <input type="checkbox"/> outros: _____		
21. Tipo de moradia: <input type="checkbox"/> alvenaria <input type="checkbox"/> madeira <input type="checkbox"/> barro <input type="checkbox"/> outros: _____		
22. Número de cômodos na casa (sala, quarto, cozinha e outros): <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> _____		
23. Condições de saneamento: <input type="checkbox"/> água encanada <input type="checkbox"/> água de poço <input type="checkbox"/> fossas sépticas <input type="checkbox"/> coleta de lixo		

24. Coleta de lixo: () sim () não () se sim, frequência _____			
HISTÓRICO DE SAÚDE			
25. Controle Pressão Arterial			
DATA	VALOR(em mmHg)	DATA	VALOR (em mmHg)
26. Antecedentes Familiares (especificar parentesco)			
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial _____ <input type="checkbox"/> Cardiopatias _____ <input type="checkbox"/> Derrame/tromboembolismo: _____ <input type="checkbox"/> Varizes _____ <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus _____ <input type="checkbox"/> Obesidade _____ <input type="checkbox"/> Doenças da tireóide _____ <input type="checkbox"/> Anemia falciforme _____ <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares _____ <input type="checkbox"/> Tuberculose _____ <input type="checkbox"/> Doenças Musculo-esqueléticas _____ <input type="checkbox"/> Hanseníase _ <input type="checkbox"/> Doenças reumáticas/colagenoses _____ <input type="checkbox"/> Doenças dos ossos/osteoporose _____ <input type="checkbox"/> Transtornos Psiquiátricos _____ <input type="checkbox"/> Câncer _____ <input type="checkbox"/> Outros _____			
27. Antecedentes Pessoais			
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Cardiopatias (<input type="checkbox"/> Derrame/tromboembolismo <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Doenças da tireóide <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> anemia ferropriva <input type="checkbox"/> Infecção Urinária por repetição <input type="checkbox"/> Outra doença do aparelho urinário <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares <input type="checkbox"/> Doenças Musculo-esqueléticas <input type="checkbox"/> Doenças reumáticas/colagenoses <input type="checkbox"/> Doenças dos ossos/osteoporose <input type="checkbox"/> Transtornos Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Transtornos neurológicos <input type="checkbox"/> Transfusão Sanguínea <input type="checkbox"/> Câncer _____ <input type="checkbox"/> Outros			
Data do início: _____			
Tratamentos realizados: _____			
Medicações em uso: _____			
28. Doenças Transmissíveis:			

<input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hepatites - Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Outras (especificar): _____		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS (<input type="checkbox"/> Sífilis	
Data do início: _____ Tratamentos Realizados: _____ Medicamentos em uso: _____			
29. Hábitos de Consumo Regular: <input type="checkbox"/> Etilismo - desde: _____ anos; quantidade diária: _____ <input type="checkbox"/> Tabagismo - desde: _____ anos; quantidade diária: _____ se já tentou parar, especificar tempo e se estilismo ou tabagismo: _____ <input type="checkbox"/> outras drogas: _____			
30. Atividade Física: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> caminhada <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Esporte <input type="checkbox"/> outros _____ Frequência: _____ Duração: _____			
31. Saúde Bucal Dentes Naturais: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> parciais - nº de dentes: _____ Uso de Prótese: <input type="checkbox"/> dentadura <input type="checkbox"/> Parcial removível Observações: _____			
32. Esquema Vacinal: Hepatite B: 1ª dose ____/____/____. 2ª dose: ____/____/____ 3ª dose: ____//____ Dupla tipo adulto (dT)*: 1ª dose ____/____/____. 2ª dose: ____/____/____ 3ª dose: ____/____/____ Febre Amarela*: 1ª dose ____/____/____. 2ª dose: ____/____/____ 3ª dose: ____/____/____ Tríplice Viral (SCR): 1ª dose ____/____/____. 2ª dose: ____/____/____ 3ª dose: ____//____ <small>*uma dose a cada dez anos</small>			
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS			
33. Idade menarca:	34. Data da última menstruação:	35. Idade coitarca:	
36. Ciclos menstruais (fluxo, duração, regularidade)		37. Orientação Sexual:	
38. Antecedentes Obstétricos: Gestações: ____ Nativivo: ____ Natimorto: ____ Partos prematuros: ____ Baixo Peso: ____ Parto Normal: ____ Cesárea: ____ Forceps: ____ Aborto: ____ Curetagem: ____			
39. Complicações parto/pós-parto: <input type="checkbox"/> depressão <input type="checkbox"/> hemorragias <input type="checkbox"/> infecções <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Outros: _____			
40. Amamentação: Durante o AME: _____ Durante o período da alimentação complementar: _____			
41. Método Anticoncepcional utilizado: _____			
42. Uso de preservativo: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/> não usa		Tipo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino	

