

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABREÚVA

**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DE
ENFERMAGEM**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER**

FICHA TÉCNICA:

ANTONIO CARLOS MANGINI
PREFEITO DE CABREÚVA

NOEMI MEDEIROS BERNARDES
VICE-PREFEITA DE CABREÚVA

MAURÍCIO PAVANI
SECRETÁRIO DE SAÚDE

SABRINA FEDERSONI
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

CAROLINA MARINHO LESCANO
COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

ALINE SUELEM LEITE
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA

Elaborado por:

- Aline Suelem Leite
- Bruna Coelho Pacheco
- Ivanir Lopes de Oliveira

Aprovado por:

Coordenadora de Enfermagem da Atenção Básica

Secretário Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

1. Sumário

1. INTRODUÇÃO:	6
2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	7
2.1- PRÉ-CONCEPÇÃO:.....	7
2.2- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:.....	8
2.3- ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA:	25
2.4- INFERTILIDADE:	26
2.5- QUEIXAS MAIS COMUNS RELACIONADAS À SEXUALIDADE:.....	27
3. RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	33
3.1- PREVENÇÃO:.....	33
3.2- FATORES DE RISCO:.....	33
3.3- EXAME CITOPATOLÓGICO:.....	34
3.4- RECOMENDAÇÕES:	42
3.5 – COLPOSCOPIA:.....	42
4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	44
4.2 - FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA:.....	44
4.3 -CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA:	45
4.4- OBSERVAÇÕES:.....	49
4.5- AÇÕES DE DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ATENÇÃO BÁSICA:	49
4.6- ALTERAÇÕES NA MAMOGRAFIA:	50
4.7- PROBLEMAS MAIS COMUNS NAS MAMAS:	53
5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA	55
5.1- MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS AO CLIMATÉRIO:	56
5.2- CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:	57
5.3 – EXAMES COMPLEMENTARES:.....	57
5.4- MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: ...	58
5.5- ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:	62
5.6- TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:	63
5.7- OBSERVAÇÕES:.....	65

6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PRINCIPAIS PROBLEMS RELACIONADOS A MENSTRUACÃO.....	66
6.1- ATRASO MENSTRUAL E AMENORREIA:	66
6.2- DISMENORREIA:	67
6.3- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL:	67
7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:	71
7.1-ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS IST:.....	72
7.2-ABORDAGEM ÀS PARCERIAS SEXUAIS:	74
7.3- CORRIMENTO VAGINAL:	75
7.4-CERVICITE:.....	79
7.5-FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICAL:	79
7.6- SÍFILIS:.....	82
7.7-HPV:.....	91
7.8- HIV:.....	94
7.9- HEPATITES VIRAIS:	94
8. VIOLÊNCIA SEXUAL E IST	97

1. INTRODUÇÃO:

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, criado em 1988, está alicerçado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Organizado em níveis de atenção, a Atenção Primária é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas, no âmbito individual e coletivo.

Atenção Básica, como porta de entrada, tem papel fundamental no processo de consolidação do SUS. Neste sentido, fortalecer e ampliar o escopo de atuação da equipe multiprofissional, especialmente do enfermeiro, é uma excelente estratégia para garantir assistência qualificada aos usuários do sistema de saúde.

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde, os Protocolos da Atenção Básica cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos profissionais, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), particularmente no que se refere aos profissionais de enfermagem.

De acordo com lei do exercício profissional, compete privativamente ao enfermeiro realizar consulta e prescrição de enfermagem. A consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto 94.406/1987 que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, pela Resolução COFEN 159/1993 que dispõe sobre a consulta de enfermagem e pela Resolução COFEN 358/1909 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, cabe ainda a este profissional a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares, conforme Resolução COFEN Nº 195/1997 e Portaria MS 2.436/2017.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde da mulher, buscando-se oferecer aos enfermeiros a instrumentalização necessária para a atuação com segurança, autonomia e compromisso ético, fortalecendo o desempenho profissional e a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA **NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

As ações de planejamento reprodutivo ou planejamento familiar são definidas e amparadas pela Lei 9.263/1996, que também estabelece penalidades e dá outras providências, designando um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual.

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa “ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”.

As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, têm a obrigação de garantir a atenção integral à saúde, que inclua a assistência à concepção e à contracepção e no que se refere particularmente à atenção em anticoncepção, esta pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais.

A orientação é essencial antes de escolher um método anticoncepcional. No processo de escolha, devem ser levados em consideração os seguintes aspectos: a preferência da mulher, do homem ou do casal, características dos métodos, fatores individuais, contexto de vida relacionados aos usuários (as) e critérios médicos de elegibilidade.

Como integrante da equipe da Atenção Primária À Saúde (APS), o enfermeiro é um dos profissionais capacitados para realizar intervenções relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, através de informações, aconselhamentos e prescrições dos métodos contraceptivos. Portanto, esse instrumento tem como finalidade trazer o embasamento teórico-científico para melhor atuação nessa área, levando em consideração as particularidades municipais.

2.1- PRÉ-CONCEPÇÃO:

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro na consulta de enfermagem deve procurar abordar o tema, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento da

concepção, seja através de apoio emocional, avaliação do estado de saúde da mulher ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina.

➤ **Consulta de Enfermagem no Período Pré-Concepcional:**

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher e, se possível, de seu (sua) parceiro (a);
- Perguntar sobre a DUM e orientar sobre formas de identificar o período fértil (cálculo do período com base no 1º dia de sangramento da última menstruação, levando em consideração a duração do ciclo de cada mulher, modificações que ocorrem no muco cervical/secreção vaginal tornando-o mais abundante, discreta elevação da temperatura corporal, aumento da libido, entre outros);
- Prescrever ácido fólico 5 mg/dia por 3 meses antes da concepção;
- Verificar situação do citopatológico, e caso necessário, realizar o mesmo;
- Solicitar sorologias ou realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis (casal);
- Hemograma, tipagem sanguínea, fator Rh, Toxoplasmose (IgG/IgM) e Rubéola IgG;
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto, tríplice viral e febre amarela) e em caso de atraso ou ausência, atualizar esquema (Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado (tríplice viral e febre amarela);
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Questionar sobre comorbidades pré-existentes, sobretudo as de caráter crônico, encaminhar para avaliação médica, a fim de assegurar que a patologia esteja sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar.

2.2- MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:

Com base no cuidado centrado na pessoa, o enfermeiro promove o aconselhamento reprodutivo, com escuta e vínculo, como objetivo de promover os direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, fornece informações para o autoconhecimento do corpo e escolha de métodos conceptivos ou contraceptivos.

Na consulta de enfermagem é importante levar em consideração as particularidades do paciente e investigar todas as condições clínicas que contraindique o método.

Cada método possui vantagens e desvantagens, assim como não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha. Em relação à prevenção de ISTs, incluindo HIV, nem todos têm caráter preventivo, somente a associação simultânea da contracepção aos preservativos feminino ou masculino conferem dupla proteção.

Os métodos contraceptivos podem ser classificados de várias maneiras. Reconhecem-se dois grupos principais:

Quadro 1: Classificação dos métodos contraceptivos:

Métodos contraceptivos	
Reversíveis	Definitivos (cirúrgicos)
Comportamentais	Esterilização cirúrgica feminina
Hormonais	Esterilização cirúrgica masculina
De barreira	

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) do ponto de vista clínico para cada pessoa. Segue a lista com as recomendações dos métodos disponíveis no SUS.

Quadro 2 - Definição das categorias para elegibilidade dos métodos contraceptivos

CATEGORIAS	DEFINIÇÕES
CATEGORIA 1	Condição para a qual não há restrição de uso do método anticoncepcional. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
CATEGORIA 2	Condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes.
CATEGORIA 3	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método. Prescrição médica somente.
CATEGORIA 4	Condição em que o uso do método gera risco inaceitável.

Quadro 3 - Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher:

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO - AOC* Ethinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS DE PROGESTOGENIO Minipílula	Enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg	INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral) Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Idade < 40 anos	1	1	1 1	1	1 2 ^A	1
Idade ≥ 40 anos	2	1	2	2	1	1
Amamentação: menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	1 ^B 3 ^C	1 (exceto diafragma, se ≤ 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 semanas a 6 meses do parto	3	1	3	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	1	2	1	1	1



Obesidade	2	1	2	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	4 ^D 2 ^E	1
Fumo: < 35 anos	2	1	2	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; ≤ 15 cigarros/dia.	3	1	3	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	1	4	1	1	1
HA sem acompanhamento	3	2	3	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HA)
HA controlada em acompanhamento	3	1	3	2	1	1
HA: PAS 140-159 e PAD 90-99	3	1	3	2	1	1



HA com PAS>160 e PAD≥100 mmHg	4	2	4	3	1	1
HA + portadora de doença vascular	4	2	4	3	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	3	4	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	2	4	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	2	4	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1	-
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	2	3/4	3	1	1



Enxaqueca sem aura (< 35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1 (introdução do método) 2 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	2	1	1
Enxaqueca sem aura (≥ 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	-
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	-
Uso atual de anticonvulsivantes ^F	3	3	2	1	1	-
Uso de TARV/HIV	2 ^G	2 ^G	2 ^G	2 ^G	1	1
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	1

LEGENDA:

A - O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão devido à nuliparidade e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B - O DIU de cobre é categoria 1 se: a) For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); b) For introduzido após quatro semanas do parto.

C - O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

D - Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

E - Se a mulher já estiver em uso do DIU, em quaisquer casos, inclusive DIP atual ou se forem outras IST que não as listadas, o DIU de cobre é categoria 2, pois a usuária desenvolveu a condição durante sua utilização.

F - Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valpróico.

G - Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

2.2.1- Métodos Contraceptivos Comportamentais:

São técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. O êxito dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Em geral, os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso.

O período fértil compreende o tempo de viabilidade do espermatozoide (cinco dias) e o tempo que o óvulo permanece vivo (24 horas), sendo, portanto, de seis dias em cada ciclo menstrual. No entanto, não existe uma determinação precisa deste período, que é variável para cada mulher e, mesmo na própria mulher, em cada um de seus ciclos.

Síntese dos principais métodos comportamentais:**➤ Tabela – Ogino-Knaus:**

Cálculo dos dias em que provavelmente a mulher estará mais apta a engravidar, caso tenha relações sexuais desprotegidas. O cálculo do período fértil da mulher é realizado através de seu histórico menstrual, avaliando pelo menos seus últimos 6 meses.

➤ Muco cervical ou Billings:

Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.

➤ Coito interrompido:

É quando o homem pressente a ejaculação e retira o pênis da vagina da parceira. A ejaculação acontece fora do órgão genital feminino.

Apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides.

➤ Método da lactação e amenorreia – LAM:

Consiste na manutenção da amamentação exclusiva por até 6 meses após o parto com amenorreia.

Fundamenta-se na hiperprolactinemia existente em resposta ao estímulo da sucção durante a amamentação e, conseqüentemente, níveis de FSH e de LH insuficientes para estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos.

A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende da sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o conseqüente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise.

2.2.2- Métodos Contraceptivos Hormonais:

Os anticoncepcionais hormonais possuem duas formas de administração:

Os de uso oral, classificam-se em pílulas combinadas (que contêm estrogênio + progesterona), as minipílulas (que contêm só progesterona), além da contracepção de emergência, que é uma alternativa de caráter excepcional.

Os injetáveis, que contém progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração intramuscular, com doses hormonais de longa duração, de administração mensal ou trimestral.

Os métodos contraceptivos hormonais disponíveis na rede atualmente são:

➤ **Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados:**

(etinilestradiol 0,03mg+ levonorgestrel 0,15mg).

Os anticoncepcionais orais combinados contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. Eles agem inibindo a ovulação e tornando o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides. Provocam ainda alterações nas características físico-químicas do endométrio, mantendo-o fora das condições para a implantação do blastócito, e interferem na motilidade e na qualidade da secreção glandular tubária.

A sua eficácia está diretamente relacionada à sua forma de administração, ou seja, esquecimento na ingestão de comprimidos e irregularidades na posologia podem interferir.

Modo de uso:

Os comprimidos devem ser tomados diariamente no mesmo horário e na ordem indicada na embalagem. Tomar um comprimido por 21 dias consecutivos. A embalagem seguinte deve ser iniciada após um intervalo de 7 dias sem a ingestão de comprimidos, ou seja, no 8º dia após o término da embalagem anterior.

Após 2-3 dias do último comprimido da cartela ter sido tomado, inicia-se, em geral, menstruação que pode não cessar antes do início da embalagem seguinte.

Caso não ocorra a menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço de saúde para descartar a hipótese de gravidez.

Como começar a tomar o AOC:

- Sem uso anterior de contraceptivo hormonal (no mês anterior):

O primeiro comprimido deve ser tomado no 1º dia do ciclo menstrual. Pode-se iniciar entre o 2º e o 7º dia, mas recomenda-se a utilização de método de apoio nos primeiros sete dias de administração durante o primeiro ciclo.

- No lugar de outro AOC:

Iniciar o uso de preferência no dia seguinte ao último comprimido ativo do AOC anterior ter sido ingerido ou, no máximo, no dia seguinte ao intervalo habitual sem comprimidos ou com comprimidos inertes do AOC anterior.

- No lugar de outro método com apenas progestogênio:

Pode-se interromper a minipílula em qualquer dia e deve-se começar a tomar o etinilestradiol 0,03mg+ levonorgestrel 0,15mg no dia seguinte. Em caso de implantes, iniciar no dia da sua remoção ou, no caso de contraceptivos injetável, deve-se esperar o dia programado para a próxima injeção. Utilizar método de apoio durante os sete primeiros dias de administração dos comprimidos.

- Após aborto 1º trimestre:

Pode-se começar a tomar o AOC imediatamente. Não são necessários métodos de apoio.

- Após parto ou aborto 2º trimestre:

Em mulheres que não estão amamentando e após aborto 2º trimestre, o AOC pode ser iniciado em qualquer momento após o 28º dia pós-parto. Deve-se orientar a paciente a utilizar outro método não hormonal de contracepção durante os 7 primeiros dias de administração dos comprimidos. Entretanto, se já tiver ocorrido relação sexual, descartar a possibilidade de gravidez ou esperar pelo primeiro período menstrual espontâneo.

Em caso de esquecimento:

- Se esquecer de tomar uma pílula, mas o atraso for menor que 12 horas, deve-se ingeri-lo tão logo se lembre. As pílulas seguintes devem ser ingeridas no horário habitual.

- Se esquecer de tomar uma pílula e o atraso for mais de 12 horas ou se tiver esquecido mais de uma pílula. A última pílula esquecida deve ser tomada tão logo se lembre, mesmo que isso signifique tomar duas pílulas num mesmo dia. As pílulas seguintes devem ser ingeridas no horário habitual. Adicionalmente, um método de apoio deve ser usado nos próximos 7 dias.

Se esses 7 dias ultrapassarem a última pílula na embalagem em uso, a próxima embalagem deve ser iniciada tão logo a anterior tenha acabado; não deve haver intervalo entre as embalagens. Se a paciente não menstruar no término da segunda embalagem, a possibilidade de gravidez deve ser descartada antes de iniciar a próxima embalagem.

Em caso de vômitos:

No caso de vômito no período de 4 horas após a ingestão da pílula, a absorção pode não ser completa. Neste caso, os comprimidos seguintes devem ser ingeridos no horário habitual. Adicionalmente, um método de apoio deve ser usado até o final da embalagem.

Efeitos adversos:

- Alterações de humor, como depressão e menor interesse sexual, que são pouco comuns
- Náuseas, vômitos e mal-estar gástrico (mais comum nos três primeiros meses)

- Cefaleia leve
- Leve ganho de peso
- Nervosismo
- Acne (pode melhorar ou piorar, geralmente melhora)
- Tonteira
- Mastalgia
- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, especialmente quando a mulher se esquece de tomar a pílula ou toma tardiamente (mais comum nos três primeiros meses) e amenorreia
- Cloasma

➤ **Anticoncepcionais Hormonais Orais apenas Deprogestogênio-**

Minipílula: (noretisterona 0,35mg):

Os anticoncepcionais hormonais orais apenas com progestogênio contêm uma dose muito baixa desse hormônio, eles não contêm estrogênio. Também são conhecidos como minipílulas.

Mecanismo de ação: Livres do componente estrogênico e com menos doses de progestógenos, inibem a ovulação em 15-40% dos casos. Sua ação é mais pronunciada sobre o endométrio e o muco cervical (promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozoides). Por isso, seu efeito contraceptivo é mais baixo em relação as pílulas combinadas.

Modo de uso:

- Escolher esse método se a mulher estiver amamentando e após 6 semanas do parto. A amamentação exclusiva previne a gravidez eficazmente pelo menos por seis meses ou até a menstruação retornar, o que ocorrer primeiro. Os anticoncepcionais orais apenas de progestogênio garantem proteção adicional.
- O uso da minipílula é contínuo, não deve haver intervalo entre as cartelas. Tomar uma pílula todos os dias, sempre no mesmo horário.

Em caso de esquecimento:

- Se a mulher atrasou a ingestão de uma pílula mais do que três horas ou esqueceu alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação já retornou, deve tomar a

pílula assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia, normalmente. Entretanto, além disso, deve ser orientada a evitar relações sexuais ou usar camisinha por dois dias.

- Se ocorrer vômito no período de 2 horas após a administração do comprimido ou se ocorrer diarreia grave por um período maior do que 24 horas, a eficácia da contracepção pode ser reduzida. O tratamento não deve ser interrompido e, no dia seguinte, a pílula deve ser administrada normalmente no horário habitual. Deve ser utilizado outro método anticoncepcional não hormonal adicional de segurança (preservativo, por exemplo) durante a doença e nas 48 horas seguintes.

Efeitos adversos:

- Alterações do fluxo menstrual, mais comuns em mulheres que não estão amamentando
- Cefaleia
- Sensibilidade mamária

➤ **Anticoncepcional Injetável Combinado -mensal- injetável:**

(enantato de norestisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg).

Diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos, esse contém um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético.

Mecanismo de ação: Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso. Provocam, ainda, alterações no endométrio.

Modo de uso:

- Deve ser sempre administrada por via intramuscular profunda (preferencialmente na região glútea). As injeções devem ser administradas de forma extremamente lenta.
- A primeira injeção deve ser administrada no primeiro dia do ciclo menstrual. (Sem uso anterior de contraceptivo hormonal no mês anterior)
- No lugar de AOC: Preferivelmente, inicie o uso do injetável imediatamente após a ingestão de comprimidos ativos do AOC por pelo menos sete dias ou após a ingestão do último comprimido ativo da cartela em uso.
- No lugar de outro método com apenas progestogênio:

A troca do método contraceptivo pode ser feita em qualquer dia no caso da minipílula ou, no dia da aplicação do contraceptivo injetável. Deve-se usar um método contraceptivo de barreira durante os primeiros sete dias após a injeção.

- Mulheres pós-parto não amamentando: Iniciar a qualquer momento a partir do 28º dia parto.

Próximas aplicações:

As injeções seguintes devem ser administradas, independentemente do padrão de ciclo menstrual, em intervalos de 30 ± 3 dias, isto é, entre no mínimo 27 e no máximo 33 dias após a última aplicação. Se ocorrer um intervalo entre as aplicações maior que 33 dias, não se pode contar, a partir desta data, com o grau necessário de segurança contraceptiva, e um método contraceptivo adicional deverá ser utilizado.

Se dentro dos 30 dias posteriores a administração do contraceptivo injetável mensal não ocorrer sangramento por privação hormonal, deve-se excluir a possibilidade de gravidez por teste adequado (beta- HCG sanguíneo).

Efeitos adversos:

- Alterações do ciclo menstrual
- Ganho de peso
- Cefaleia
- Náuseas e/ou vômitos
- Mastalgia.

➤ Anticoncepcional Hormonal Injetável só de Progestogênio- Injetável trimestral:(acetato de medroxiprogesterona 150mg).

O acetato de medroxiprogesterona é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio.

Mecanismo de ação: Inibe a ovulação e espessa o muco cervical.

Modo de uso:

- É recomendado o uso de 150mg trimestralmente.

- A ampola e a seringa preenchidas com medroxiprogesterona devem ser vigorosamente agitadas antes do uso, para garantir que a dose a ser administrada represente uma suspensão uniforme.

Deve ser administrado por via intramuscular profunda (região glútea preferencialmente), em intervalo de 12 a 13 semanas (91 dias).

- A primeira injeção deve ser feita até o quinto dia do início da menstruação.
- Após gestação – mulheres amamentando: Iniciar seis semanas depois do parto
- Após gestação- mulheres não amamentando: Iniciar a qualquer momento- sem necessidade de método de apoio se iniciado em menos de quatro semanas, após, garantir que a mulher não está grávida e utilizar método de apoio por sete dias.
- Após aborto (espontâneo ou não): pode ser administrado imediatamente, se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias).
- Se passado mais de 91 dias da última aplicação você deve excluir gravidez através de um exame de sangue.

Após a escolha do método sempre reforçar a importância do retorno para acompanhamento de acordo com o método em uso.

Primeiro retorno em 30 dias em caso de o método escolhido ser AOC, minipílula ou injetável mensal ou **3 meses** nos casos do injetável trimestral, próximos retornos anuais ou conforme necessidade da usuária.

*Medicações dispensadas somente pelas farmácias da rede e administradas somente pelas Unidades Básicas de Saúde.

Efeitos adversos:

- Alterações menstruais: ausência ou sangramento irregular é bastante comum.
- Aumento de peso
- Cefaleia, sensibilidade mamaria, desconforto abdominal, alteração de humor, náuseas, queda de cabelo, diminuição da libido, acne

➤ **Anticoncepção de Emergência:**

A anticoncepção de emergência é uma alternativa de caráter excepcional, para utilização em situações de emergência após consulta e prescrição do profissional de saúde. É indicado em nosso serviço em casos de violência sexual contra a mulher, que nestes casos, devem ser

encaminhadas ao serviço de emergência para fazer uso e/ou por procura da usuária na atenção primária por falha do método de barreira.

Seu mecanismo de ação atua basicamente inibindo ou adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática e possivelmente na maturação do oócito. Além disso, pode interferir na produção hormonal normal após a ovulação, mas é possível que atue também de outras formas.

A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento. Esta medicação não deve ser utilizada como método anticoncepcional de rotina, devido à sua alta dosagem hormonal e considerando os seus efeitos colaterais.

Previne a gravidez em aproximadamente três quartos dos casos que, de outra maneira, ocorreriam. A probabilidade média de ocorrer gravidez decorrente de uma única relação sexual desprotegida na segunda ou terceira semana do ciclo menstrual é 8 %; com a anticoncepção oral de emergência essa taxa cai para 2%.

Apresentação:

Comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5mg de Levonorgestrel (cartela com 1 comprimido).

Modo de uso

1ª opção – Utilizar 1 comprimido de 1,5mg via oral ou 2 comprimidos de 0,75mg de uma só vez, até 5 dias após a relação sexual.

2ª opção – Utilizar 1 comprimido de 0,75mg via oral de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos até 5 dias após a relação sexual.

Efeitos adversos:

- Náuseas;
- Vômitos;
- Vertigem; Cefaleia;
- Mastalgia;

Geralmente estes eventos apresentam remissão espontânea nas primeiras 24 horas após a tomada do contraceptivo.

2.2.3- Métodos contraceptivos de barreira:

São assim denominados por impor obstáculos à ascensão dos espermatozoides na cavidade uterina, impedindo a fecundação, sendo classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista.

Síntese dos métodos de barreira:

➤ Preservativo Masculino:

Involúcro para o pênis, de material fino e elástico, composto de látex e lubrificado.

Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 13%.

Orientações:

Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade.

Devem ser utilizados apenas lubrificantes à base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex.

Fatores de risco para ruptura ou escape:

- Más condições de armazenamento;
- Embalagem danificada;
- Não observação do prazo de validade;
- Lubrificação vaginal e/ou anal insuficiente;
- Uso de lubrificantes oleosos;
- Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o espermatozoide na extremidade do preservativo;
- Tamanho inadequado do preservativo em relação ao pênis;
- Perda de ereção durante o ato sexual;
- Retirar o pênis da vagina sem que se segure a base do preservativo;
- Não retirar o pênis imediatamente após a ejaculação;
- Uso de dois preservativos simultaneamente.

➤ Preservativo Feminino:

Condom feminino é feito de poliuretano fino, resistente, transparente, maleável e pré-lubrificado, de aproximadamente 17cm de comprimento. É constituído de dois anéis flexíveis, um em cada extremidade. Um anel na extremidade fechada ajuda na colocação do método

contraceptivo, encaixando-se no colo do útero. Outro anel maior na extremidade aberta, se adapta à vulva, cobrindo os lábios vaginais (BRASIL, 2013; OMS, 2007)

Sua eficácia como método contraceptivo, assim como do preservativo masculino, está relacionada ao seu uso correto e qualidade do produto que pode ser influenciada pelo cuidado inadequado com o produto.

Apresenta a vantagem de ter o seu uso controlado pela mulher, o que lhe assegura maior autonomia sobre seu corpo e vida sexual. O preservativo feminino é inserido antes da relação sexual, provocando menos interrupções do ato sexual. Pode ser colocado na vagina imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual e não exige sua retirada imediatamente após a ejaculação (BRASIL, 2013). Antes de usar, verificar se a embalagem não está violada;

Não abrir a embalagem com o uso do dente, tesoura ou unha. A embalagem possui um sistema próprio para facilitar sua abertura;

Não usar lubrificantes oleosos porque danificam o látex. Não se deve utilizar dois preservativos ao mesmo tempo (masculino e feminino) devido maior risco de rompimento (BRASIL, 2009).

➤ **DIU (Tcu-380 A de cobre):**

Método contraceptivo de ação prolongada. Trata-se de um objeto pequeno, de plástico flexível, em forma de T que pode ser recoberto por cobre.

Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCu 380A) destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível, não hormonal e geralmente bem tolerado pela maioria das mulheres. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura.

Orientações:

O DIU atua impedindo a fecundação. Em casos de mulheres saudáveis, os únicos exames obrigatórios antes da inserção do DIU são o exame ginecológico e a avaliação quanto ao risco de IST (verificar protocolo de planejamento familiar).

2.2.3- Métodos Contraceptivos Definitivos (cirúrgicos):

➤ Laqueadura Tubária:

A laqueadura tubária também é anticoncepção cirúrgica voluntária, é um método de esterilização feminina que consiste em algum procedimento cirúrgico de oclusão da trompa de Falópio, com a finalidade de interromper a sua permeabilidade e, conseqüentemente, a função do órgão, com fim exclusivamente contraceptivo.

É um método muito eficaz e permanente. No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres. Dez anos após o procedimento, a taxa é de 1,8 para 100 mulheres.

➤ Vasectomia:

A esterilização masculina é um procedimento de baixo risco. Consiste na interrupção dos ductos deferentes. Não existe condição médica que seja contraindicação absoluta para o procedimento.

Importante orientar que o procedimento não altera a vida sexual do homem. Não ocorre mudança no desejo e potência sexual. A única mudança, após o procedimento, é que o esperma ejaculado não conterá mais espermatozoides (verificar protocolo de planejamento familiar).

2.3- ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA:

Prevenir as ISTs, HIV / Aids e a gravidez não desejada é fundamental, uma vez que a coitardia (primeira relação sexual) entre adolescentes e jovens está ocorrendo cada vez mais cedo. Desta forma, proporcionar o conhecimento e o acesso aos métodos disponíveis para este público é fundamental.

O preservativo masculino ou feminino deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, assim como é recomendado para outras faixas etárias.

Métodos indicados na adolescência:

- As pílulas combinadas;
- Injeção mensal;
- Dispositivo intrauterino (DIU);
- Anticoncepção de emergência (AE).

Métodos contraindicados na adolescência:

- Minipílula e injeção trimestral para menores de 18 anos pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea;
- Métodos comportamentais (tabela, muco cervical, entre outros);
- Métodos definitivos (laqueadura e vasectomia).

Considerando a vulnerabilidade do adolescente, a enfermagem tem importante papel na orientação sobre o não abandono do preservativo e na utilização da AE, enfatizando as possíveis consequências.

O adolescente tem direito à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, segundo os artigos 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

2.4- INFERTILIDADE:

A infertilidade é uma condição clínica única que envolve um casal, em vez de um único indivíduo. É definida como a incapacidade de um casal conceber após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção em mulheres com menos de 35 anos de idade; e após seis meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção em mulheres com 35 anos ou mais. Constitui problema de saúde pública crescente devido ao desejo tardio das mulheres pela gestação e pelo fato de a população jovem priorizar outras áreas em suas vidas.

As principais causas da infertilidade feminina são: transtornos ovulatórios (25%), endometriose (15%), aderências pélvicas (12%), bloqueio tubário (11%), outras anormalidades tubárias (11%), hiperprolactinemia (7%). Já as principais causas da infertilidade em homens são: distúrbios endócrinos e sistêmicos com hipogonadismo hipogonadotrófico (5 a 15%), defeitos testiculares primários na espermatogênese (70 a 80%) e distúrbios do transporte de esperma (2 a 5%).

A Portaria n.º 426/GM/2005 normatiza, institui e garante o acesso à rede de serviços ofertados ao usuário que necessita de atendimento no tratamento de infertilidade, sendo a APS a porta de entrada para a identificação e direcionamento dentro dos fluxos locais pactuados. A abordagem da infertilidade pela enfermagem visa promover assistência integral ao casal e minimizar sentimentos negativos relacionados à condição.

Deste modo, cabe ao enfermeiro na APS:

- Identificar a existência do desejo de adotar ou ter filhos, encaminhando para avaliação médica e/ou serviço social para orientação;
- Acompanhar o processo de pré-concepção e pré-natal;
- Envolver a família no cuidado e na atenção à saúde, formando pontos de apoio familiar, quando expresso esse desejo;
- Informar aos casais heterossexuais de que a gestação adiada, especialmente após os 30 anos, pode diminuir a probabilidade de concepção bem-sucedida;
- Em relação à frequência das relações sexuais, orientar que relações regulares de duas a três vezes por semana, no período fértil da mulher podem aumentar a probabilidade de concepção.

Dados indicam que a qualidade ideal do sêmen, medida em termos de motilidade, morfologia e contagem total de espermatozoides, ocorre quando há dois a três dias de abstinência ejaculatória e intervalos mais longos estão associados a menores taxas de gravidez;

-Recomendar cessação do tabagismo para casais que fumam, com base nos benefícios gerais para a saúde. O tabagismo para ambos os sexos tem sido associado a subfertilidade, podendo ser responsável por até 13% dos casos. Estudos sugerem que grande parte da subfertilidade associada ao tabagismo pode ser revertida dentro de um ano após a cessação;

- Um índice de massa corporal (IMC) maior que 27 kg/m² ou menor que 17 kg/m² está associado a um risco aumentado de infertilidade anovulatória;

- Orientar que mulheres que estão tentando engravidar evitem o consumo de álcool.

2.5- QUEIXAS MAIS COMUNS RELACIONADAS À SEXUALIDADE:

As disfunções sexuais podem ser classificadas em: primárias, ou seja, sempre existiram para a mulher; secundárias, quando passaram a ocorrer depois de determinado período/evento; ou situacionais, quando só ocorrem em determinadas condições. Nesse sentido, é fundamental que o Enfermeiro investigue e classifique toda e qualquer queixa sexual para determinar a melhor conduta a ser tomada, de forma integral, resolutiva e contínua.

Será apresentado, abaixo, os principais conceitos e manejo das disfunções sexuais mais comuns na APS. Cabe ressaltar que, muitas vezes, é difícil diferenciar as disfunções sexuais isoladamente ou entre si, já que grande parte dos transtornos sexuais possui origem psicogênica. Logo, uma abordagem holística e com foco nas necessidades em saúde da mulher, para além de seu diagnóstico, deve ser a intervenção prioritária da consulta de enfermagem.

➤ **Frigidez:**

Definição:

Caracterizado pela falta de desejo sexual ou desejo sexual hipoativo.

Principais causas:

- Fatores hormonais: baixos níveis de dopamina e /ou altos níveis de serotonina, hipo ou hipertireoidismo, hiperprolactinemia, baixo nível de testosterona;
- Uso de medicamentos: antidopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes;
- Fatores psicobiológicos: educação sexual inadequada, repressão sexual, tabus e crenças, vivências destrutivas, rotinização do ato sexual, inadequação sexual, dispaurenia e anorgasmia.

Conduta:

- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;
- Abordar e manejar queixa de dispareunia, se presente;
- Abordar possíveis sentimento de culpa, vergonha, repressão sexual, assim como traumas, crenças limitantes e tabus;
- Promover reflexão sobre dinâmica familiar / relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;
- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação.
- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;
- Em caso de suspeita ou confirmação de frigidez secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;

➤ **Dispareunia:**

Definição:

Caracterizado como dor à penetração.

Principais causas:

- Dor referida ao início da penetração: ausência de lubrificação adequada por déficit de estrogênio (comum na menopausa, no pós-parto ou com uso prolongado de anovulatórios com

baixa dose de estrogênio e/ou altas doses de progesterona); falta de preparo que leve à excitação (preliminares que não respeitem o tempo e preferências da mulher); vaginoses;

- Dor durante a penetração profunda: condicionada à posição sexual ou, quando persistente, relacionada à origem patológica / infecciosa (colpíte, cervicite, câncer de colo uterino, ou outra patologia ginecológica).

Conduta:

- Investigar se ela é no início da penetração ou durante a penetração profunda;
- Em caso de dispareunia no início da penetração, recomendar uso de lubrificante vaginal aquoso para todas as mulheres. O uso de lubrificantes não aquosos está contraindicado, em qualquer situação, por causar danos ao preservativo e/ou alteração no pH vaginal;
- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever Estriol¹⁴ creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, um aplicador à noite via vaginal por 21 dias e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;
- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infecciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;
- Para dispareunia situacional, em que se descartou origem patológica, orientar evitar as posições sexuais que lhe causam dor ou assumi-las de modo consciente, reconhecendo que a dor não constitui sinal patognomônico e sim, relacionada à sua estática uterina (posição anatômica do útero e do colo);
- Abordar possíveis causas psicogênicas associadas, como aspectos relacionados ao seu padrão de sexualidade, sentimento de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;
- Em caso de persistência dos sintomas, encaminhar para consulta médica.

➤ **Vaginismo:**

Definição:

Contração involuntária da musculatura da vagina que interfere na penetração, impedindo a relação sexual e podendo comprometer a sexualidade e relações interpessoais.

Principais causas:

- Etiologia não bem esclarecida, embora comumente associada a fatores psicossociais e afetivos, como questões culturais, religiosas ou mesmo secundárias a vivências sexuais traumáticas;
- Secundário a causas físicas: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, infecções sexualmente transmissíveis.

Conduta:

- Realizar anamnese detalhada com vistas a identificar história da queixa e possíveis causas;
- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto dessa disfunção na vida da mulher;
- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infecciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;
- Encaminhar para consulta médica em caso de suspeita ou confirmação de causa orgânica que necessite de tratamento na Atenção Ambulatorial Especializada.

➤ **Anorgasmia:**

Definição:

Transtorno orgástico feminino, chamado erroneamente de frigidez, que consiste na impossibilidade de a mulher obter orgasmo, mesmo que sinta desejo e excitação.

Principais causas:

- Desconhecimento;
- Falta de reconhecimento do próprio corpo e de seu padrão de sexualidade;
- Dispareunia;
- Traumas relacionados à criação e/ou violência contra a mulher;
- Fatores psicogênicos: sentimento de culpa, inadequação sexual, tabus e repressão sexual;
- Uso de medicamentos que podem associar-se à inibição orgásmica: ametildopa, clonidina, fluoxetina, diazepam, alprazolam, clomipramina, imipramina etc;
- Incontinência urinária.

Conduta:

- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária (a mulher nunca experimentou o orgasmo ao longo da vida), secundária (mulheres que tiveram orgasmos anteriores, mas apresentam disfunção orgástica atual) ou situacional (quando a mulher tem orgasmo por meio da masturbação, mas não durante o ato sexual em parceria, por exemplo);
- Esclarecer que muitas mulheres têm orgasmo e não sabem identificá-lo, contrastando, quando necessário, o referencial de orgasmo da mulher com o estereotipado pela mídia, pelo que ela possa ter aprendido em livros, ou ainda, comparado ao padrão de outras mulheres;
- Se confirmada a anorgasmia, realizar educação em saúde sobre anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da resposta sexual humana, utilizando sempre que possível, recursos audiovisuais e recomendar exercícios de autoerotização/masturbação como tratamento de primeira linha;
- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação
- Abordar possíveis sentimento de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;
- Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;
- Abordar questões relacionadas à não obrigatoriedade do orgasmo, como a cobrança sobre si e a parceria sexual;
- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;
- Em caso de anorgasmia relacionada ao uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;
- Em caso de incontinência urinária, encaminhar para consulta médica;

➤ Comportamento Sexual Compulsivo:**Definição:**

Padrão persistente de falha em controlar impulsos ou impulsos sexuais repetitivos e intensos, por 6 meses ou mais, que causa sofrimento acentuado ou prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa, família ou comunidade.

Principais causas:

- Transtorno mental de origem neurobiológica, categorizado como “desordem de controle de impulsos”;
- Exacerbação do transtorno como evento adverso pelo uso de medicamentos agonistas de dopamina.

Conduta:

- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto desse transtorno na vida da mulher, família ou comunidade;
- Avaliar demais sinais de sofrimento psíquico e transtornos associados;
- Abordar planejamento reprodutivo e atentar para vulnerabilidade às IST;
- Discutir o caso em equipe multiprofissional, se necessário encaminhar para consulta médica/psiquiátrica;

3. RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O Câncer de Colo de Útero pode apresentar uma evolução lenta e com exceção do câncer de pele, é o que tem maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O exame de citologia oncológica “Papanicolau” permite detectar até 95% dos cânceres cervicais e alterações cervicais pré-malignas relacionadas ao HPV.

3.1- PREVENÇÃO:

- A principal ação é a coleta do exame de citologia conforme critérios do Ministério da Saúde: iniciar rastreio de 25 a 64 anos;
- Alimentação equilibrada/saudável, diminuir produtos industrializados;
- Vacina HPV conforme calendário PNI;
- Uso do preservativo nas relações sexuais é fundamental na prevenção de ISTs;
- Atividade física regular;
- Evitar ou limitar ingestão de bebidas alcoólicas;
- Combate ao tabagismo.

3.2- FATORES DE RISCO:

- Infecção pelo HPV;
- Baixo nível ou falta de assistência à saúde;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Início precoce da vida sexual;
- Tabagismo.

***A coleta de citologia deve ser prioritariamente oferecida para mulheres de 25 a 64 anos, repetindo de 3 em 3 anos se dois exames anuais consecutivos negativos.**

A incidência do câncer invasor do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa e o rastreamento é menos eficiente para detectá-lo. Por outro lado, o início mais precoce representaria um significativo aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que apresentam grande probabilidade de regressão, resultando num aumento significativo de colposcopias e na possibilidade de tratamentos desnecessários, o que acarretaria maior risco de morbidade obstétrica e neonatal associado a uma futura gestação. Assim, os riscos do rastreamento indiscriminado em mulheres até 24 anos superam os possíveis benefícios.

Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico ou que não se tem registro desses exames, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

O espaçamento da coleta do exame não desobriga as avaliações rotineiras das mulheres com exame ginecológico, principalmente se houver qualquer queixa ginecológica, como por exemplo, sangramento.

3.3- EXAME CITOPATOLÓGICO:

3.3.1- Situações especiais para coleta de citologia:

Gestantes: deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal (avaliar caso a caso os riscos e benefícios). Fazer a coleta preferencialmente entre 16-28 semanas de gestação e não usar escova endocervical (fazer coleta somente com Espátula de Ayres).

Puerpério: Para as mulheres que se encontram no período pós-parto, recomenda-se a realização da citologia oncótica, e outros procedimentos para acompanhar alterações no colo do útero, a partir de 90 dias após o parto.

Mulheres na pós-menopausa: devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta, conforme sugerido adiante.

O rastreamento citológico em mulheres menopausadas pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipostrogenismo, gerando ansiedade na mulher e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

Mulheres sem história de atividade sexual: não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

Mulheres lésbicas e homens trans: Realizar prevenção conforme critérios já descritos, com os seguintes cuidados:

- Não realizar o exame sem a permissão do paciente;

- O exame especular pode exacerbar a disforia, assim utilizar o menor espéculo possível, oferecer a autocolocação se necessário e evitar a posição de litotomia;
- Atenção para atrofia e amostra insatisfatória devido ao uso de testosterona, então realizar estrogênização tópica prévia a coleta, se necessário.

Imunossuprimidas: o exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ser priorizadas a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso realizar o rastreamento citológico a cada seis meses, com cuidadoso exame de vulva e vagina

Útero Bicorno: colher amostra dos dois colos presentes.

Mulheres histerectomizadas: na Histerectomia Subtotal (onde o colo uterino foi mantido), proceder à coleta do exame normalmente, conforme protocolo acima descrito. Na Histerectomia Total, não há indicação de coleta, exceto se a Histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão

precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso:

* Lesão precursora – controle citocolposcópico semestral até dois exames consecutivos normais;

* Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.

Vaginismo: é uma contração involuntária dos músculos próximos à vagina podendo limitar a introdução do espéculo para a coleta do exame. Nestes casos, recomenda-se apoiar, buscar tranquilizar a paciente e reagendá-la se necessário, e

na identificação de doença orgânica procurar tratar e solicitar apoio psicológico se necessário.

3.3.2 - Pré-requisitos para proceder à coleta do exame Citopatológico:

- Já ter iniciado vida sexual com coitarca;
- Não estar menstruada na data da coleta do exame: Idealmente, a coleta da amostra deve ser realizada pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso

esta seja a única oportunidade, proceder a limpeza do colo do útero com uma gaze, removendo o sangue.

- Não utilizar duchas, lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante 48 horas antes da coleta;

- Abstinência sexual: só é recomendada quando utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica;

***Mesmo em condições não ideais é importante a avaliação da oportunidade da coleta em casos de vulnerabilidade ou naquelas que possivelmente não retornaram à consulta.**

Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas) a paciente deve ser encaminhada diretamente a colposcopia, pois nos casos em que houver necrose tecidual, pode não haver identificação de células neoplásicas.

3.3.3 - Etapas para coleta do exame citopatológico cérvico uterino:

- Realizar anamnese: histórico de saúde, saúde ginecológica e obstétrica, DUM, uso de métodos contraceptivos, vida sexual, queixas, sinais e sintomas e verificar se atende às exigências para a realização do exame.

- Preencher o formulário de requisição do exame, assinar e carimbar;
- Registrar na lâmina as iniciais do nome da paciente e a data de nascimento.
- Explicar sobre o exame que será realizado;
- Colocar a pessoa em posição ginecológica de litotomia ou pernas semifletidas na maca;

- Posicionar foco de luz;
- Lavar as mãos antes e após o atendimento e utilizar EPIs.
- Fazer inspeção visual de região vulvar e perianal;
- Avisar a mulher que irá introduzir o espéculo;
- Introduzir gentilmente o espéculo (se necessário lubrificar usar SF 0,9%), que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher examinada;

- Avaliar canal vaginal e colo do útero;

- Realizar limpeza de secreção que possa estar presente no colo uterino com uma gaze ou algodão fixado em pinça e uso individual;
- A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única;
- Para a ectocérvice e junção escamocolunar usar espátula de Ayres, que possui uma reentrância, fazer raspagem suave da ectocérvice num movimento rotativo de 360°; colocar o material no sentido vertical;
- Endocérvice (canal cervical) introduzir a escova endocervical e colher material com movimento rotativo, colocando-o ao lado da primeira amostra no sentido horizontal;
- Utilizar o fixador citológico na lâmina a uma distância de 10 cm e reservar num recipiente próprio;
- Fechar o espéculo cuidadosamente, evitar beliscar as paredes vaginais e retirá-lo delicadamente;
- Desprezar o material contaminado no lixo com saco branco;
- Realizar o registro no prontuário da paciente;
- Esclarecer sobre o que foi visualizado no exame;
- Prescrever tratamento se corrimento e/ou sinais de ISTs (utilizar teste rápido se necessário);
- Orientar o retorno para avaliação do resultado do exame, de acordo com a rotina do serviço;
- Encaminhar ao laboratório para análise citológica o material coletado.

Figura 1: coleta da ectocervice:

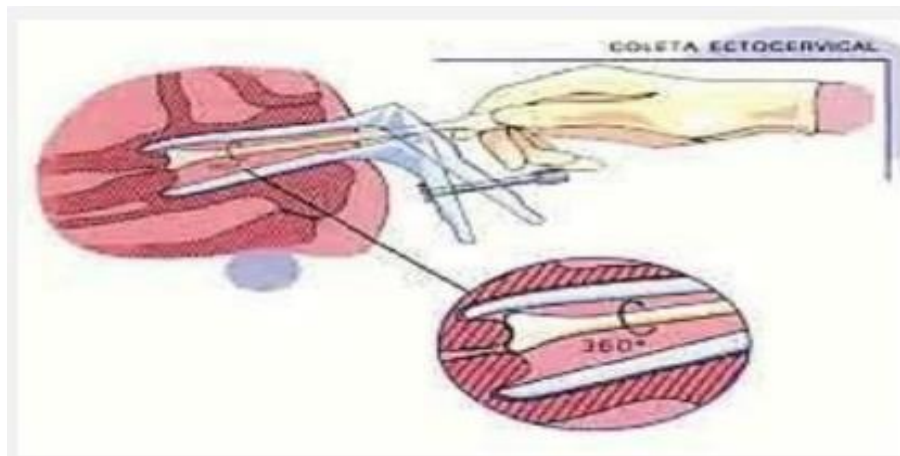
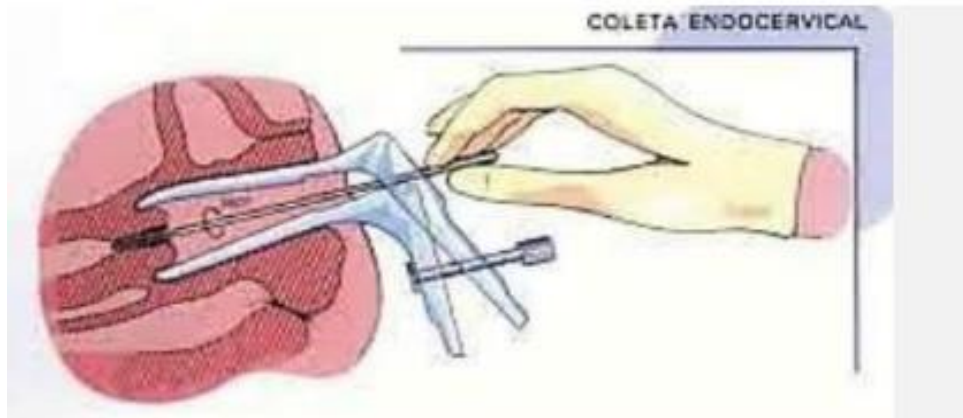





Figura 2: Coleta da endocervical:



ATENÇÃO:

***FAZER BUSCA ATIVA imediata das mulheres cujos exames estão alterados para os devidos encaminhamentos.**

Quadro 4- Achados normais encontrados no exame físico:

ACHADOS	DESCRIÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Ressecamento vaginal ou colpíte atrófica	Comum no climatério, secura vaginal, dificuldade e/ou dor durante relações sexuais. Dificuldade para coleta de prevenção.	Prescrever a administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses, preferencialmente à noite, durante 21 dias com pausa de 7 dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). Suspende o uso no mínimo de 48 horas antes da coleta. Contraindicação: mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama).
Figura 3: Ectopia 	No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão.	É uma situação fisiológica, não demanda intervenções. Pode-se proceder normalmente com a coleta do exame.
Figura 4: Cisto de Naboth 	Obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes.	Não demanda intervenções. Pode-se proceder normalmente com a coleta do exame.
Figura 5: Pólipos Cervicais 	São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual.	Realizar a coleta de prevenção e encaminhar para o ginecologista.

3.3.4- Adequabilidade da amostra:

➤ **Amostra Insatisfatória:** É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por fatores de natureza técnica e outros de amostragem celular.

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

➤ **Amostra Satisfatória:** Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.
- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolumnar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

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

- **Amostra satisfatória com esfregaços normais somente com células escamosas:** devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos

Quadro 5: Recomendações preconizadas pelas Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero mediante resultados alterados de exames citopatológico:

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		CONDUTA INICIAL
Dentro dos limites da normalidade Metaplasia escamosa imatura Reparação Alterações celulares benignas reativas ou reparativas Achados microbiológicos: - Lactobacillus sp - Cocos - Bacilos Supracitoplasmáticos (Gardnerella/Mobiluncos) - Cândida sp Atrofia com inflamação Indicativo de Radiação Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após menopausa.		EXAME NORMAL Seguir rotina de rastreamento
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<25 anos: Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos: Repetir a citologia em 12 meses.
		≥ 30 anos: Repetir a citologia em 6 meses.
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásica ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásica ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		Repetir a citologia em 6 meses. Se mantiver resultado encaminhar para colposcopia. Se dois exames negativos seguir rotina.
Lesão de Alto Grau (HSIL)		Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor		Encaminhar para ginecologia oncológica.

3.4- RECOMENDAÇÕES:

- Na presença de Inflamação sem identificação de agente: Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida, conforme diretriz, para o tratamento de corrimento genital e doenças sexualmente transmissíveis. Na ausência de queixa ou evidência clínica de colpíte, não há necessidade de encaminhamento para exame ginecológico, tratamento ou repetição do exame citopatológico.
- Resultado citológico indicando atrofia com inflamação: Na eventualidade do laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com creme de estrogênios conjugados em baixa dose (0,5 grama de um aplicador, o que contém 0,3 miligrama do princípio ativo) ou estriol vaginal, 1 grama com aplicador vaginal toda noite, durante 21 dias. A nova citologia será coletada entre cinco a sete dias após a parada do uso.
- Recomendações também válidas para resultados de citologias em mulheres gestantes.
- É atribuição do profissional de saúde que colheu o exame citopatológico explicar detalhadamente o significado do resultado anormal, as condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados.
- Abaixo de 25 anos não há indicação de coleta de CO, mas se realizada, repetir em 3 anos ou a partir de 25 anos, nos casos descritos.
- O diagnóstico de ASCUS pode estar associado a processos infecciosos e alteração de trofismo do colo uterino, portanto a segunda coleta do CO deverá ser precedida de tratamento se necessário.
- A Lesão Intraepitelial de Baixo Grau é altamente prevalente e com potencial de regressão frequente, especialmente em mulheres com menos de 30 anos e como o ASCUS pode estar também associada a processos infecciosos e alteração de trofismo.

3.5 – COLPOSCOPIA:

A colposcopia é uma técnica complementar diagnóstica utilizada para detectar lesões no colo uterino. Para realização deste exame, é necessário um equipamento específico, chamado colposcópio, que pode ser fixo ou móvel e que tem a capacidade de ampliar visualmente o tamanho e a extensão das lesões cervicais. Constitui-se em uma tecnologia de baixo custo e

acurácia comprovada para determinar o grau da neoplasia intraepitelial cervical, que contribui para o tratamento precoce das lesões detectadas.

Encaminhamento para colposcopia:

- O médico deve preencher e encaminhar a Guia de referência;
- Orientar a usuária dos procedimentos que podem ser realizados no Ambulatório de Colposcopia (biópsia, CAF, dentre outros);
- Se a mulher estiver menstruada no dia da consulta, deverá ir normalmente, pois a remarcação, se for necessário, será feita pelo serviço de referência.
- Orientar levar o resultado do exame do citopatológico;
- Caso seja detectada vaginite ou vaginose, realizar o tratamento antes de realizar a colposcopia;
- Incentivar que a mulher vá à consulta de colposcopia, se possível, com acompanhante.
- A mulher em acompanhamento pela colposcopia deve continuar sendo avaliada para as outras ações da saúde da mulher.
- Fazer busca ativa dessa mulher caso ela falte o exame.

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama constitui importante causa de óbitos em mulheres principalmente na faixa etária de 50 a 69 anos. Em geral mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados evoluindo com desfechos negativos, causando sofrimento e mutilação na mulher.

As estratégias de detecção precoce do câncer visam o diagnóstico de casos em fase inicial, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento.

É preciso diferenciar a detecção precoce das ações de prevenção primária, pois essas têm por objetivo evitar a ocorrência da doença e suas estratégias são voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco. Por outro lado, os métodos existentes para a detecção precoce do câncer de mama não reduzem a incidência, mas podem reduzir a mortalidade pela doença.

Existem duas estratégias de detecção precoce: rastreamento e diagnóstico precoce.

O objetivo do diagnóstico precoce é identificar pessoas com sinais e sintomas iniciais de uma determinada doença, primando pela qualidade e pela garantia da integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado da doença. A estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama mais aceita mundialmente nos últimos anos é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda a linha de cuidado.

O rastreamento é uma estratégia baseada na realização de testes relativamente simples em pessoas saudáveis, com o intuito de identificar doenças em sua fase pré-clínica (assintomática).

4.2 - FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA:

Risco médio:

- Menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos);
- Primeira gravidez após os 30 anos;

- Nuliparidade;
- Não ter amamentado;
- Uso de contraceptivos orais por tempo prolongado;
- Reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos;
- Obesidade e sobrepeso após a menopausa;
- Sedentarismo;
- Tabagismo e consumo de bebida alcoólica;
- Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).

Risco muito elevado:

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

*É papel do Enfermeiro, enquanto integrante das equipes de APS, a identificação e o esclarecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama, assim como a correta classificação do risco de desenvolvimento deste tipo de câncer entre as mulheres assistidas durante as ações de rastreamento.

4.3 -CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA:

A consulta de Enfermagem para o rastreamento do câncer de mama deve basear-se no seguinte roteiro:

- Realizar escuta qualificada e anamnese com identificação das necessidades em saúde, hábitos de vida, fatores de risco e de proteção para o câncer de mama;
- Realizar estimativa do risco de desenvolvimento de câncer de mama;
- Investigar queixas mamárias: ginecomastia, alteração mamária como palpação de nódulo ou retração da pele e descarga papilar espontânea notados pela mulher;

- Identificar sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama como: nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos e nas mulheres acima de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; secreção mamilar sanguinolenta unilateral; linfadenopatia axilar; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema e/ou retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo, como desvio ou retração;
- Realizar exame clínico das mamas, que pode ser feito pelo médico generalista, GO e/ou enfermeiro, em qualquer momento ou durante coletas de exame citopatológico.
- Solicitar mamografia bilateral de rastreamento para mulheres entre 50-69 anos (população alvo) a cada 2 anos. Exame pode ser solicitado por enfermeiro.
- Solicitar mamografia de rastreamento anual para mulheres de 35 a 50 anos em população de risco (parentes de 1º grau com histórico de CA de mama ou CA de ovário OU histórico pessoal de CA de útero e/ou ovário) Solicitação pode ser feita por médico e/ou enfermeiro com justificativa quando idade ≤ 50 anos.
- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;
- Estimular autoconhecimento e orientar a mulher a procurar o serviço de saúde sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas;
- Orientar acompanhamento regular na Unidade de Saúde para consultas de saúde da mulher e ações de detecção precoce do câncer de mama e do colo de útero;

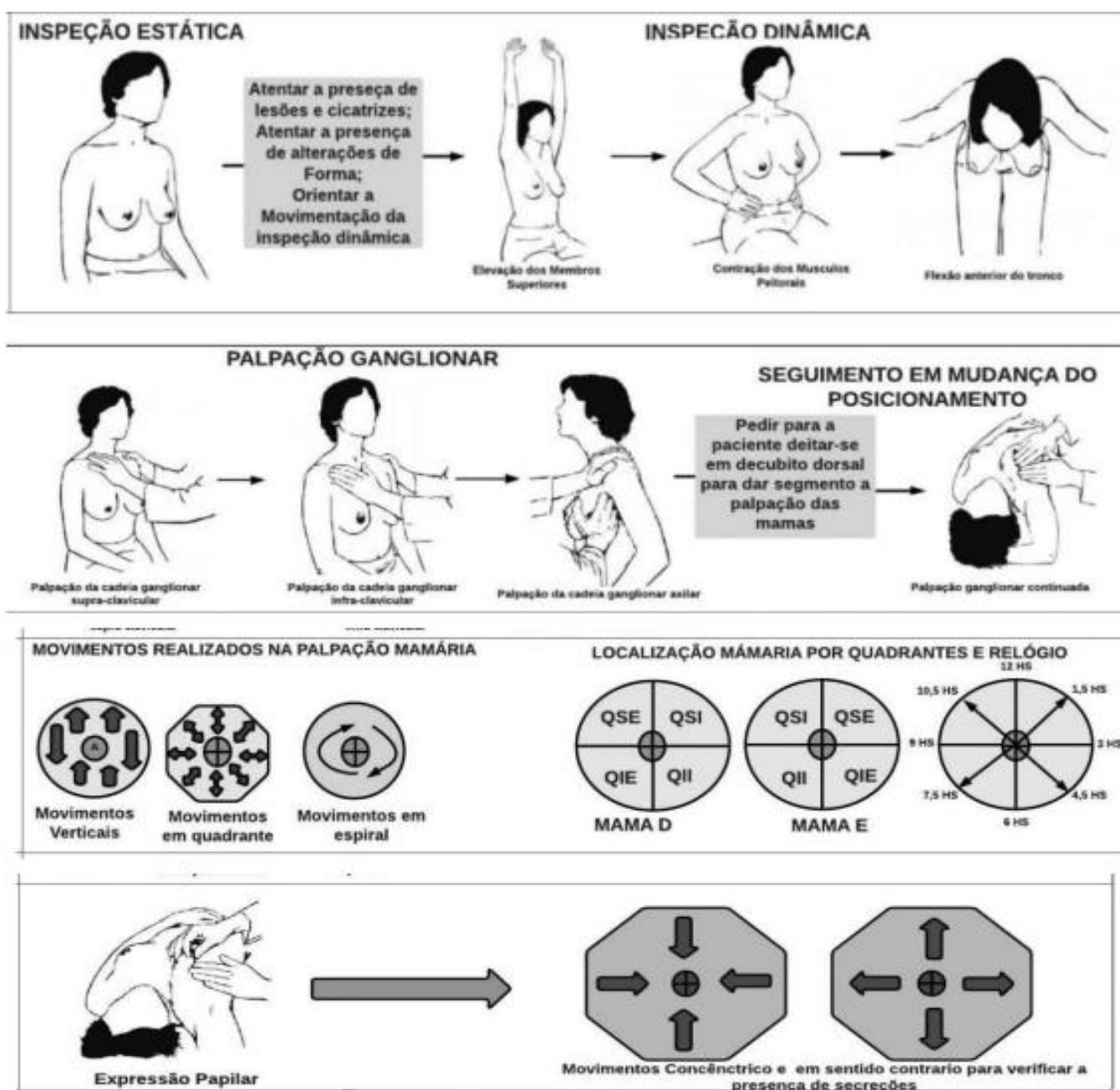
Quadro 6 - Técnica para realização do Exame Clínico das Mamas:

INSPEÇÃO ESTÁTICA
<ul style="list-style-type: none">Colocar a mulher sentada, com o tronco desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça.Observar simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, saída espontânea de secreção e características da pele: presença de achatamento, abaulamento ou espessamento da pele da mama e/ ou retrações. Diferenças na cor, temperatura, textura e padrão de circulação venosa.
INSPEÇÃO DINÂMICA
<ul style="list-style-type: none">A mulher permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços em direção do segmento cefálico. Após, solicitar que a mulher coloque as mãos atrás da nuca e faça movimentos de abrir e fechar os braços.Outra técnica é pedir para que a mulher comprima as palmas das mãos umas contra as outras. Alguns autores recomendam que se faça a inspeção visual ao mesmo tempo em que se realiza a palpação das mamas.Observar presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em casos de carcinoma.
PALPAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">Mamas: colocar a mulher em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar.Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada.As mamas devem ser palpadas delicadamente e de maneira ordenada, obedecendo-se à divisão de seus quadrantes. Deve ser iniciada no quadrante superior externo, incluindo a parte lateral superior do tecido mamário, seguindo a direção dos ponteiros do relógio. Toda a superfície deve ser examinada com as polpas digitais da mão dominante espalmada. Os aspectos a serem avaliados são:<ul style="list-style-type: none">Localização: determinar o quadrante;Consistência: pode ser classificada como edematosa, cística, firme, endurecida ou macia;Mobilidade: fixa ou móvel;Tamanho: quando redonda, o diâmetro; quando oval, o maior diâmetro; quando tubular, o comprimento, a largura e espessura;Dor: sensível ou insensível;Textura: uniforme, nodular e granular.Região axilar: A mulher permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador;Região supra e infraclavicular: A mulher permanece sentada. Palpar a região à procura de linfonodos palpáveis.
EXPRESSÃO PAPILAR

- Realizada após a palpação da mama, com a mulher deitada. Observar presença de fluxo papilar.

Fonte: Adaptado de COREN-SP, 2019 e SMS SP, 2016.

Figura 6 - Exame clínico das mamas:



Fonte: COREN-SP, 2019.

4.4- OBSERVAÇÕES:

O **AUTOEXAME DAS MAMAS** não deve ser ensinado e indicado pelos profissionais de saúde como método de rastreamento, diante da sua baixa acuidade para a detecção precoce do câncer de mama, ineficácia para a redução da mortalidade e associação a danos por sobrediagnósticos. Entretanto, a prática ocasional e não sistemática da observação e autopalpação das mamas pode ser estimulada para fins de autoconhecimento, cabendo ao enfermeiro acolher, valorizar a queixa e orientar a mulher diante de anormalidades encontradas.

O **EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)** é indicado em caso de queixas mamárias para início de investigação diagnóstica. Para fins de rastreamento pode ser utilizado em conjunto com a mamografia em mulheres com risco elevado de câncer de mama. Até então, somente o ECM não possui benefício bem estabelecido como método eficaz de rastreamento.

Em relação à idade do exame, antes dos 50 anos, de modo geral, as mamas têm mais tecido glandular e menos gordura (em geral, são mais densas), diminuindo a acurácia da mamografia para visualizar alterações e identificar lesões suspeitas de câncer. Isso pode gerar resultados incorretos (falsos-positivos e falsos-negativos). Após os 70 anos, há maior risco de se encontrar um câncer que não evoluiria a ponto de causar prejuízos à saúde da mulher (sobrediagnóstico). O tratamento desse tipo de câncer expõe a mulher a riscos e a danos desnecessários. Portanto, a faixa etária entre 50 e 69 anos possui, até o momento, a melhor relação risco-benefício, em comparação às demais faixas etárias.

Em relação à solicitação de ultrassonografias (US) de mamas como método de rastreamento, o Ministério da Saúde contraindica o procedimento em qualquer faixa etária, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia. Nos casos em que o resultado da mamografia indique a necessidade de correlação com outros métodos de imagem, a US poderá ser solicitada, a critério clínico e conforme realidade local.

4.5- AÇÕES DE DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ATENÇÃO BÁSICA:

- Avaliar uma alteração suspeita na mama ou de acordo com queixa, sinais e sintomas. Ação pode ser realizada em qualquer idade.
- A mamografia diagnóstica pode ser **solicitada pelo médico saúde da família, pelo ginecologista ou pelo mastologista.**
- Mamografias realizadas em homens serão sempre mamografias diagnósticas.

- Encaminhamento para Mastologista: a avaliação pelo especialista pode ser feita pelo médico da saúde da família e/ou GO.

Situações suspeitas:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral; lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo.

Quadro 7 - Recomendações para rastreamento do câncer de mama:

População-Alvo	Recomendações
Mulheres de 40 a 49 anos	Exame clínico das mamas (ECM) anual ou conforme demanda (consultar item 5.2).
Mulheres de 50 a 69 anos	- ECM anual ou conforme demanda. - Mamografia bianual.
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado para câncer de mama	- ECM e Mamografia anuais.

Fonte: BRASIL, 2013;

4.6- ALTERAÇÕES NA MAMOGRAFIA:

* **BI RARDS 0:** exame inconclusivo,

Conduta:

- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;

- Encaminhar ao ginecologista para avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia etc.)

* **BI RARDS 1 e 2:** exame negativo, resultado benigno na ausência de alterações clínicas.

Conduta:

- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;

- Manter controle habitual na unidade de saúde.

* **BI RARDS 3:** exame com achado provavelmente benigno.

Conduta:

- Encaminhar para consulta médica para avaliação.

* **BI RARDS 4/5:** exame com achado suspeito ou altamente suspeito,

- Encaminhar para consulta com GO, para encaminhamento com especialista.

Quadro 8 - Síntese de prevenção do câncer de mama:

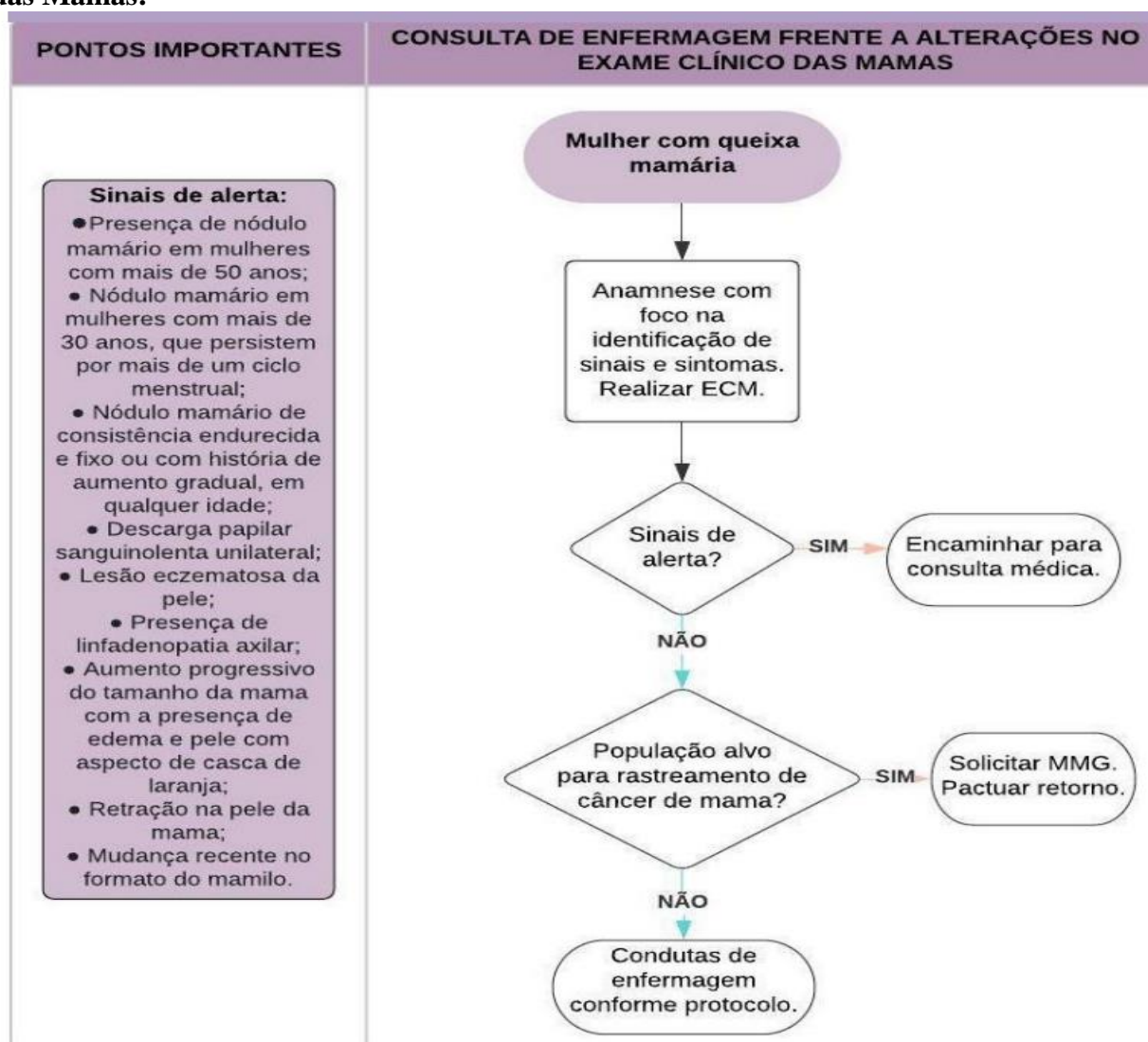
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ
Acolhimento em escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista: idade, IMC, antecedentes pessoais obstétricos (menarca, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos); Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história pregressa e/ou familiar de câncer de mama); <ul style="list-style-type: none"> História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional); Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele. 	Equipe multiprofissional
	Exame físico específico <ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico das mamas (ECM) para investigação em caso de queixas mamárias; Observar presença de manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama: nódulo palpável, descarga papilar sanguinolenta ou em “água de rocha”, lesão eczematosa da pele, edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”, retração na pele da mama, mudança no formato do mamilo. 	Enfermeiro/médico
Plano de cuidados	Exames para rastreamento <ul style="list-style-type: none"> Orientação e realização dos procedimentos de rastreamento: mulheres entre 50 e 69 anos de idade mamografia a cada dois anos. Não realizar outros exames para rastreamento, não realizar mamografia com menor intervalo ou fora da faixa etária indicada na ausência de sintomas ou suspeita clínica. 	Enfermeiro/médico
	Consulta pós-rastreamento mamográfico <ul style="list-style-type: none"> Recebimento dos laudos Interpretação de resultado e conduta na mamografia de rastreamento. Comunicação dos achados do exame para a mulher, oferecendo apoio e esclarecendo dúvidas. Garantia da integralidade e continuidade do cuidado e encaminhamento à Rede de Atenção à saúde, para confirmação diagnóstica e tratamento aos casos identificados de câncer de mama, conforme necessidades. 	Enfermeiro/médico
	Atividades de Vigilância em Saúde <ul style="list-style-type: none"> Identificação das mulheres com resultados positivos à investigação ou ao rastreamento para vigilância do caso, acompanhamento segundo recomendação e convocação quando necessário. Identificação da população feminina na faixa etária prioritária para rastreamento. Monitoramento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento. 	Equipe multiprofissional
	Educação em saúde <ul style="list-style-type: none"> Orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer. Orientações individuais e coletivas para mulheres sobre detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas, principais sinais e sintomas do câncer de mama, limites e riscos das ações de rastreamento. 	Equipe multiprofissional

4.7- PROBLEMAS MAIS COMUNS NAS MAMAS:

A anamnese e o Exame Clínico das Mamas estão entre os pilares da investigação diagnóstica inicial de pacientes com queixas mamárias na APS. O ECM deve ser realizado na presença de relatos de sinais e sintomas mamário.

O manejo dos problemas mais comuns na mama é abordado no fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Consulta de Enfermagem frente a alterações no Exame Clínico das Mamas:



Legenda: MMG - Mamografia

Fonte: INCA, 2015; BRASIL, 2016.

Quadro 9: Manejo dos problemas mais comuns nas mamas:

Situação	Condutado Enfermeiro
Mastalgia com febre (>38°C)	<ul style="list-style-type: none"> Desconfiar de mastite e encaminhar ao Médico para avaliação imediata.
Mastalgia sem febre	<ul style="list-style-type: none"> Investigar gestação; Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor; Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário; Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação; Prescrever paracetamol 750 mg a cada 8 horas por até 3-5 dias. Se persistência do quadro, encaminhar para o Médico. Solicitar retorno para reavaliação; Se método Anticoncepcional (MAC) hormonal, encaminhar para avaliação médica, a fim de avaliar possibilidade de troca para método não hormonal.
Descarga papilar espontânea em não nutrízes	<ul style="list-style-type: none"> Investigar gestação; Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: Contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina; Apurar características da descarga: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis; ✓ Láctea ou Serosa: Tranquilizar a paciente; ✓ Sanguinolenta ou Purulenta? Encaminhar para avaliação médica imediata, agendando consulta prioritária.
Retração mamilar	Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação Médica.
Descamação e erosão do mamilo/aréola ou pele com aspecto de laranja	Encaminhar para avaliação médica, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget.

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce.

Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica (como a gravidez) e as mulheres devem ser encaminhadas para investigação no serviço de referência. A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais.

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. As manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde podem ser transitórias e outras permanentes. A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva.

Recomenda-se abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado.

O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida.

5.1- MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS AO CLIMATÉRIO:

As manifestações associadas ao climatério podem ser transitórias ou não e estão ligadas principalmente ao hipoestrogenismo, no entanto, o aparecimento de sintomas dependerá também de fatores hereditários, culturais e socioeconômicos.

Quadro 10: Principais manifestações clínicas do climatério e menopausa:

Alterações hormonais	Diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias.
Manifestações menstruais	No período da perimenopausa, o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou aumentar, além de a menstruação poder ser mais abundante e longa.
Manifestações neurogênicas	Ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesia, insônia, perda da memória e fadiga.
Manifestações psicogênicas	Diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.
Metabolismo ósseo	A perda óssea é mais considerável e as fraturas osteoporóticas são bastante comuns nas mulheres.
Metabolismo lipídico	Níveis aumentados de LDL e diminuídos de HDL.
Manifestações urogenitais	Prolapsos genitais, além de sintomas vaginais, como ressecamento, sangramento e dispareunia e uretrais, como disuria, frequência e urgência miccional.
Manifestações tegumentares	Ressecamento da pele, perda de elasticidade, enfraquecimento da musculatura, perda do coxim subcutâneo. Podem aparecer manchas hipocrômicas na pele ou formação de lentigos (sardas) e melanose (pigmento escuro) nas áreas expostas ao sol.
Alterações sexuais	Diminuição da libido, dispareunia, diminuição da lubrificação do canal vaginal.
Alterações mamárias	As mamas tendem a apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pendulas.
Alterações visuais	Presbiopia em virtude de modificações na acomodação visual.
Alterações dentárias	Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.
Obesidade	Há tendência a obesidade do tipo androide (circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso/altura ²) maior que 25.

5.2- CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:

O acompanhamento humanizado e sistemático da mulher no climatério e menopausa é fundamental, objetivando o diagnóstico precoce, a identificação de fatores de risco, o manejo de queixas comuns e tratamento de agravos, bem como a promoção da saúde com vistas à melhor qualidade de vida (BRASIL, 2016). Diante disso, a consulta de Enfermagem na abordagem da mulher nessa fase de ciclo de vida baseia-se no seguinte roteiro

- Anamnese focada na avaliação da história do ciclo menstrual da mulher, calendário menstrual e sinais e sintomas associados;
- Investigar outras causas de amenorreia, como gravidez, especialmente, em mulheres com idade inferior a 45 anos;
- Considerar realização de teste rápido de gravidez ou solicitação de exame Beta-hCG em mulheres sexualmente ativas com amenorreia;
- Escuta qualificada do significado desse período para cada mulher, abordando estilo de vida, queixas, dificuldades, medos e sentimentos envolvidos;
- Realizar exame físico com aferição de dados antropométricos (peso, altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal) e pressão arterial para avaliação do risco cardiovascular;
- Realizar exame ginecológico, se indicado e de acordo com as manifestações clínicas do período;
- Realizar rastreamento para cânceres de colo de útero e de mama, segundo indicações deste protocolo;
- Atentar para investigação de fatores de risco cardiovascular e rastreamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- Esclarecer sobre as alterações mais comuns nesse período, buscando em conjunto com a mulher alternativas que tornem essa vivência mais saudável;
- Abordar questões referentes à sexualidade;
- Promover hábitos de vida saudáveis;
- Estimular atividades de lazer e de troca de experiências entre mulheres.

5.3 – EXAMES COMPLEMENTARES:

Em mulheres híginas e com 45 anos ou mais, o diagnóstico da menopausa é essencialmente clínico e retrospectivo, não sendo recomendado como rotina a realização de exames laboratoriais

confirmatórios. Já mulheres com suspeita ou presença de sinais e sintomas antes dos 45 anos de idade, devem ser avaliadas e encaminhadas para consulta médica, uma vez que exames adicionais podem ser necessários.

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (anual), o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

- Solicitação de mamografia conforme protocolo;
- Realização de colpocitologia até 64 anos;
- Investigação endometrial através de US endovaginal se queixa clínica ou investigação diagnóstica (solicitação médica com justificativa).

5.4- MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeras alterações, exigindo uma abordagem integral para que a mulher possa lidar de forma saudável e tranquila com cada fase de vida. Nesse sentido, o manejo das demandas mais frequentes relacionadas ao climatério e menopausa pelo Enfermeiro consiste, principalmente, na promoção de hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e valorização do autocuidado

Quadro 11: Manifestações Clínicas e cuidados de Enfermagem no Climatério e Menopausa:

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
FOGACHOS E SUORES NOTURNOS	<ul style="list-style-type: none">- Considerar solicitação de diário para registro dos momentos em que os sintomas se iniciam e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho (ingestão de alimentos picantes e situações estressantes, por exemplo) com vistas a evitá-las;- Estimular a realização de atividade física;- Orientar dormir em ambiente arejado;- Orientar uso de roupas com tecidos leves para melhor ventilação da pele e/ou que possam ser facilmente retiradas ao perceber a chegada dos sintomas;

FOGACHOS E SUORES NOTURNOS	<ul style="list-style-type: none">- Aconselhar a ingestão de água sempre que perceber o início dos sintomas;- Evitar consumo de bebidas alcoólicas, estimulantes e à base de cafeína (café, chimarrão, chá preto);- Promover manutenção do peso corporal saudável;- Em caso de sintomas moderados a severos, com prejuízo da qualidade de vida, encaminhar para consulta médica para avaliação conjunta de abordagem farmacológica no climatério.
ATROFIA UROGENITAL	<ul style="list-style-type: none">- Realizar exame ginecológico para avaliar a atrofia vaginal;- Atentar para o fato de que a atrofia, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição a parceria e outras relacionadas à sexualidade, são comuns nesse período e não apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério;- Realizar abordagem integral da mulher tratando aspectos biopsicossociais do climatério e menopausa;- Recomendar uso de lubrificante vaginal à base d'água para todas as mulheres;- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo ou haja necessidade de estrogenização prévia ao rastreamento do câncer de colo uterino, considerar em conjunto com a usuária a prescrição de terapia de reposição hormonal (TRH) tópica: Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;- Verificar os níveis pressóricos de mulheres em uso de TRH, trimestralmente;- Em caso de persistência ou piora dos sintomas, encaminhar para avaliação médica.

**INSÔNIA E ALTERAÇÕES
NO PADRÃO DE SONO**

- Realizar anamnese com foco na identificação dos hábitos de sono, de fatores predisponentes e precipitantes da insônia (depressão, ansiedade, dor e medicamentos que podem estar interferindo no sono, por exemplo opióides de uso crônico e glicocorticoides);
- Avaliar intensidade e frequência dos sintomas, atentando para a coexistência de outras manifestações clínicas da menopausa;
- Orientar a redução da ingestão de líquidos antes de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos, se necessário;
- Atentar para o horário do uso de diuréticos, caso utilize;
- Estimular a realização de atividades físicas, até no máximo três horas antes de dormir;
- Orientar estipular rotina para o sono, com horários diários para deitar-se e levantar-se, mesmo nos fins de semana;
- Evitar cochilos, principalmente aqueles com duração superior a 1 hora e/ou ao final do dia;
- Estimular a adoção de uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler um livro ou tomar banho morno;
- Sugerir alimentação leve antes de se deitar;
- Promover ambiente de sono silencioso e escuro;
- Evitar a exposição e limitar tempo de tela próximo da hora de dormir;
- Limitar a ingestão de bebidas à base de cafeína até o horário do almoço.
- Em caso de persistência dos sintomas, assim como, prejuízo da qualidade de vida associado, encaminhar para consulta médica.

**TRANSTORNOS
PSICOSSOCIAIS**

- Realizar anamnese com foco na identificação do histórico, frequência e intensidade de sintomas como tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse) e diminuição da libido;
- Acolher os sentimentos e impacto desses transtornos na vida da mulher e seu grupo de convívio;
- Realizar escuta qualificada com vistas à abordagem do momento de vida da mulher, sua história, presença de situações estressoras e seu padrão de enfrentamento a elas, fragilidades, potencialidades e mobilização de rede de apoio;
- Estimular hábitos de vida saudáveis, atividades de lazer e de troca de experiências entre mulheres;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e uso de fitoterápicos
- Avaliar necessidade de consulta médica para abordagem farmacológica dos sintomas do climatério e menopausa;
- Considerar construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em equipe multiprofissional de acordo com as vulnerabilidades psicossociais identificadas;
- Manter coordenação do cuidado, reforçando o vínculo e confiança.

**PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA
OSTEOPOROSE**

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e a prevenção de quedas mediante o risco de fraturas associadas;
- Orientar dieta rica em cálcio e vitamina D, incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos, couve, agrião, espinafre, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10 h ou após as 16 h;
- Estimular e orientar a prática de atividades físicas, incluindo atividades aeróbicas e de fortalecimento muscular, por pelo menos 30 minutos três vezes por semana;
- Estimular a prática de atividades de lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, sempre que possível;
- Recomendar e promover a cessação do tabagismo e do consumo excessivo de álcool devido à relação com a progressão da perda óssea;
- Encaminhar para consulta médica se a mulher não tiver realizado ainda avaliação para rastreamento da osteoporose pós-menopausa.

5.5- ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:

O tratamento medicamentoso sistêmico poderá ser avaliado pelo médico perante sintomas moderados a graves do climatério, que implicam em um impacto negativo no sono, na qualidade de vida e/ou na capacidade produtiva da mulher. Atualmente, os principais medicamentos utilizados são os estrogênios e progestágenos para reposição hormonal e os antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina.

A terapia de reposição hormonal (TRH) é indicada para mulheres saudáveis com menos de 60 anos, no climatério ou pós-menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas vasomotores moderados a graves com prejuízo da qualidade de vida. Essa decisão deve ser avaliada pelo GO e compartilhada com a mulher, considerando que para a maior parte dessas, os benefícios da TRH superam os riscos.

*** Contraindicações à TRH**

•. Absolutas:

- Câncer de mama;
- Câncer de endométrio;
- Doença hepática grave;
- Sangramento genital não esclarecido;
- História de tromboembolismo agudo e recorrente;
- Porfíria.

•. Relativas:

- Hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* não controlados;
- Endometriose;
- Miomatose uterina.

O enfermeiro deve atentar e abordar durante as consultas de Enfermagem as indicações, contraindicações, limite de tempo de uso da TRH (máximo de 4 anos) e limite de idade (até no máximo os 60 anos), bem como ofertar terapias alternativas e outras possibilidades terapêuticas sugeridas neste protocolo.

Ressalta-se que o enfermeiro poderá prescrever a TRH tópica por via intravaginal em caso de atrofia urogenital (conforme quadro 4).

5.6- TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA:

Há um interesse crescente da sociedade acerca dos benefícios das terapias alternativas à abordagem farmacológica na redução dos sintomas nesta fase da vida. Práticas integrativas e complementares (PICS) estão relacionadas a percepções positivas das mulheres, apesar de

resultados controversos indicarem a necessidade de maiores pesquisas para comprovar sua efetividade

➤ **ATIVIDADE FÍSICA:**

Há relatos de que grupos que praticam regularmente atividades físicas aeróbicas apresentam redução na severidade e na frequência das ondas de calor em até 50% quando comparado a um grupo de mulheres sedentárias. Alguns autores relatam que a atividade física possui um efeito similar à reposição hormonal na melhora dos sintomas vasomotores na medida em que aumenta os níveis séricos de β -endorfinas. A prática regular de atividade física contribui ainda para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, aumento da densidade mineral óssea, na melhora do humor, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhora do perfil lipídico e redução dos níveis pressóricos.

➤ **EXERCÍCIOS DE KEGEL:**

São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual.

➤ **IOGA:**

A ioga é efetiva na redução da insônia e fogachos. Orientar a paciente com relação a prática de acordo com suas condições físicas, esclarecendo os benefícios e cuidados.

➤ **ACUPUNTURA:**

A acupuntura é comumente utilizada no tratamento de sintomas climatéricos e outras condições ginecológicas e pode ser entendida como uma forma de estimulação neurológica.

➤ **FITOTERÁPICOS:**

O uso de fitoterápicos à base de soja, Valeriana e Melissa podem ser utilizados como tratamento de primeira linha em mulheres com sintomas leves e moderados a curto prazo. Entretanto, até o momento, não existe consenso científico de que a ingestão de fitoestrogênios possa tratar eficazmente com segurança os sintomas do climatério ou prevenir as consequências da menopausa a longo prazo.

Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a Isoflavona de soja.

➤ **BANHOS DE ASSENTO:**

No período do climatério são frequentes as alterações na flora vaginal ocasionadas pela mudança hormonal. O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas tentando-se, para tal, restaurar o equilíbrio vaginal através da redução do número de lactobacilos e, conseqüentemente, aumento do pH vaginal.

➤ **LUBRIFICAÇÃO VAGINAL:**

A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão. Orientar quanto a utilização de lubrificantes íntimos a base de água.

➤ **COSMÉTICO, HIDRATAÇÃO DA PELE, FILTRO SOLAR COM FPS 15
OU SUPERIOR:**

Uso diário de um filtro solar permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserva a umidade necessária as células cutâneas.

➤ **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:**

O consumo inadequado de alimentos pode contribuir para a osteoporose e o consumo excessivo pode causar obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, Diabetes mellitus e outras.

5.7- OBSERVAÇÕES:

A prescrição pelo enfermeiro dos fitoterápicos considerados e/ou cadastrados pela Anvisa como medicamentos, só poderá ser realizada se previamente estabelecida em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada pela instituição de saúde, mediante a existência de protocolo institucional.

O enfermeiro pode indicar e realizar terapias alternativas para alívio dos sintomas de climatério, sem a necessidade de protocolo institucional, desde que obtenha a titulação de Especialista em Enfermagem em Saúde Complementar ou Enfermagem em Terapias Holísticas Complementares, realizada em instituição devidamente reconhecida e validada.

6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PRINCIPAIS PROBLEMS RELACIONADOS A MENSTRUACÃO

Os principais problemas relacionados à menstruação consistem em alterações de ciclo e/ou fluxo menstrual e sintomas associados, dentre os quais destacam-se a amenorreia, a dismenorreia e o sangramento uterino anormal.

6.1- ATRASO MENSTRUAL E AMENORREIA:

É definida pela ausência de menstruação por pelo menos três ciclos usuais, apresentando-se frequentemente como um sinal de um distúrbio reprodutivo subjacente. Quando a amenorreia não está associada à gestação, à lactação, ao climatério/ menopausa ou ao uso de métodos contraceptivos hormonais, classifica-se em amenorreia primária ou secundária.

A amenorreia primária é a ausência de menstruação aos 15 anos de idade em usuárias com desenvolvimento adequado das características sexuais secundárias ou ausência de menstruação aos 13 anos de idade, sem sinais de puberdade. A amenorreia secundária é a ausência de menstruação em mulheres não gestantes, com fluxo menstrual prévio, por pelo menos 3 ciclos subsequentes ou ausência de menstruação por 6 meses. Ambas as condições exigem investigação diagnóstica com exames complementares, a ser conduzida pelo médico de família e comunidade ou ginecologista

Conduta:

- Realizar anamnese questionando sobre história da queixa, idade da menarca, padrões menstruais, regularidade do uso de métodos contraceptivos, sinais e sintomas suspeitos de gravidez e sinais e sintomas sugestivos de climatério/menopausa;
- Em caso de ausência de menarca em menor de 15 anos com desenvolvimento adequado das características sexuais secundárias ou menor de 14 anos de idade, sem outros sinais de maturação da puberdade, encaminhar para consulta médica para investigação de amenorreia primária;
- Em caso de menstruação prévia e atraso menstrual de 7 dias ou mais, investigar gestação realizando teste rápido de gravidez (TRG) ou solicitando B-HCG sérico;
- Se confirmada a gestação, acolher os sentimentos da mulher frente a esse diagnóstico e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível;

- Em caso de descartada a gestação, encaminhar para consulta médica para investigação de amenorreia secundária;

- Em caso de ausência ou sangramento menstrual irregular durante o uso de métodos hormonais e no uso de injetáveis trimestrais ao longo do tempo, orientar que essa trata-se de uma condição comum e em geral, não prejudicial. Descartada a possibilidade de gestação, deve-se abordar a adesão ao método, orientando o uso sempre no mesmo horário. Considerar a troca de método contraceptivo conforme intensidade e persistência da queixa.

6.2- DISMENORREIA:

Significa "menstruação dolorosa" e é um dos sintomas mais comuns que afetam a qualidade de vida das mulheres que menstruam. Classifica-se em dismenorreia primária quando há presença de dor abdominal baixa recorrente e cólica durante a menstruação ou secundária quando em resposta à patologia subjacente, como endometriose, adenomiose ou miomatose uterina. O tratamento deve abordar o alívio da dor aguda e, na dismenorreia secundária, também a etiologia subjacente.

Conduta:

- Promover conforto e estimular medidas não medicamentosas para alívio da dor como tratamento de primeira linha para todas as mulheres com dismenorreia, especialmente, compressas quentes na parte inferior do abdômen e repouso;

- Realizar abordagem integrada de demais sintomas pré-menstruais, se associados, como irritabilidade e isolamento social, oferecendo intervenções focadas nos fatores estressantes identificados e na promoção de hábitos de vida saudáveis;

- Ressignificar a menstruação como evento fisiológico e natural na vida da mulher;

- Considerar prescrever Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral de 8/8 horas, no início dos sintomas e por até 3 dias durante a menstruação.

6.3- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL:

Refere-se às alterações de ciclo e/ou fluxo menstrual, apresentando-se como uma preocupação ginecológica comum e que afeta mulheres de todas as idades. Suas causas incluem patologias uterinas estruturais (miomas, pólipos endometriais, adenomiose, neoplasia, entre outros) ou causas não uterinas, como disfunção ovulatória, distúrbios de hemostasia e uso de

medicamentos. O tratamento do sangramento uterino anormal, na maioria das causas, deverá ser conduzido pelo médico, cabendo ao enfermeiro a avaliação e manejo iniciais.

6.3.1- Sangramento uterino anormal em mulheres em idade reprodutiva, não grávidas:

Avaliar presença de sangramento agudo intenso e/ou sinais de alerta para hipovolemia (letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário) - encaminhar para consulta médica imediata;

Realizar anamnese investigando histórico ginecológico, história menstrual, padrão e intensidade do sangramento, assim como existência de fatores precipitantes como trauma, relação sexual ou procedimento ginecológico;

Verificar data e resultado do último exame de rastreamento de colo de útero e realizar rastreamento, se indicado;

Investigar a possibilidade de gravidez ou de infecções pélvicas que cursem com sangramento.

Programar consulta médica para seguimento;

6.3.2- Sangramento em mulheres na menopausa:

- Avaliar presença de sangramento agudo intenso e/ou sinais de alerta para hipovolemia (letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário) - encaminhar para consulta médica imediata;

- Realizar anamnese sobre história da queixa, características e intensidade do sangramento, histórico ginecológico, bem como identificar fatores de risco para cânceres ginecológicos e data/resultados do último exame de rastreamento do câncer de colo de útero;

- Realizar exame de rastreamento do câncer de colo de útero, se indicado;

- Em caso de sangramento ativo, realizar exame físico com vistas a identificar origem do sangramento, se oriundo do colo do útero, vagina, vulva, pólipos ou locais não ginecológicos, como uretra, bexiga, ânus / reto / intestino ou períneo. Encaminhar para consulta médica se necessário;

- Investigar possibilidade de infecções pélvicas que cursem com sangramento.

- Se o quadro de sangramento uterino anormal for confirmado, encaminhar para consulta médica.

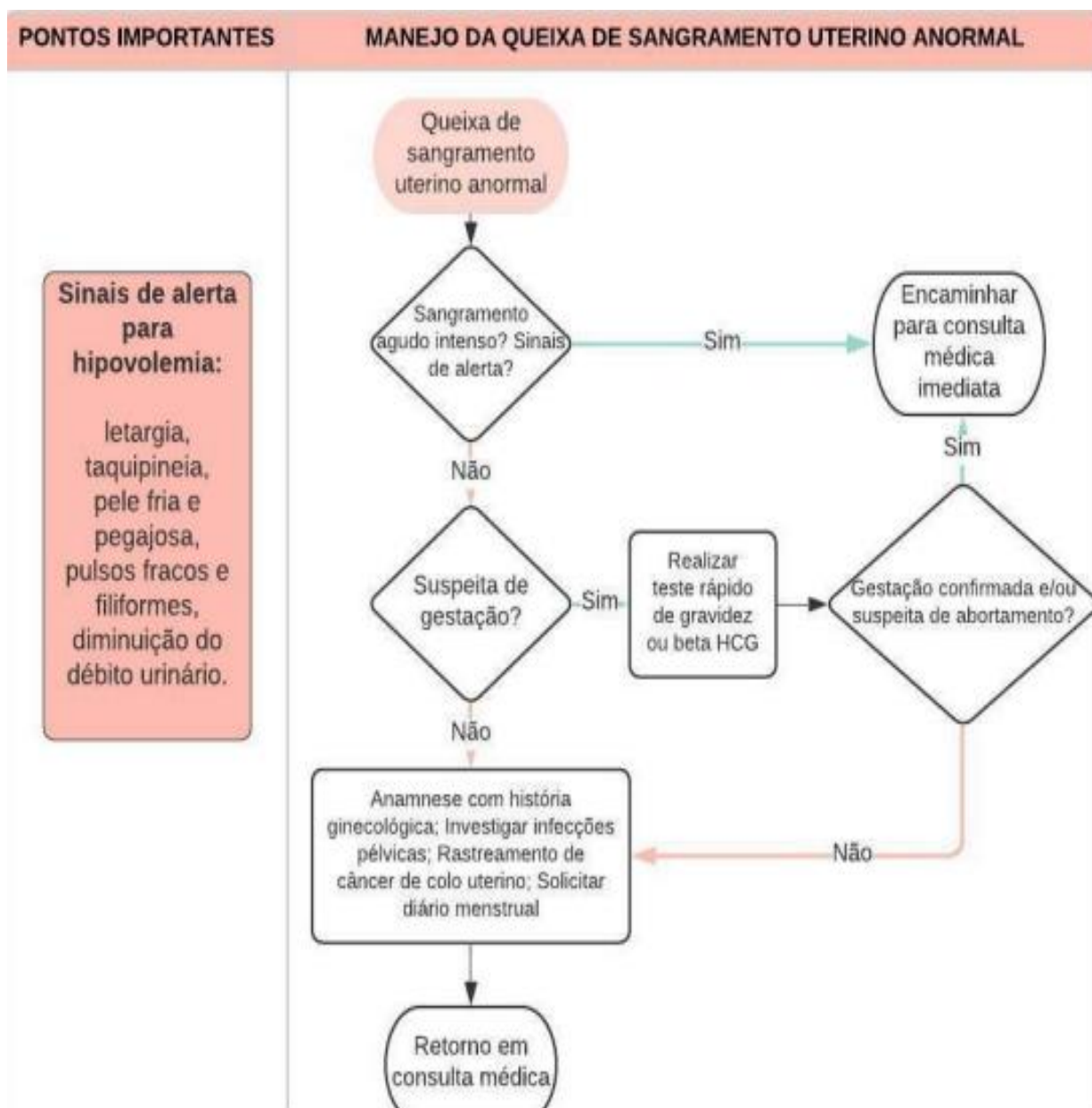
***O manejo do sangramento uterino em mulheres grávidas será abordado no protocolo de Pré-Natal.**

Fluxograma 2 - Manejo da amenorreia ou queixa de atraso menstrual:



Fonte: BRASIL, 2016; SOLNIK, 2018; COREN-SP, 2019.

Fluxograma 3 - Manejo da queixa de sangramento uterino anormal:



Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019.

7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se caracterizam por infecções causadas por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus, fungos e protozoários), sendo transmitidas de maneira prioritária por contato sexual. Eventualmente, podem ser transmitidas também por contato sanguíneo e da mãe para a criança durante a gestação, parto ou amamentação. No que diz respeito ao diagnóstico das IST, a anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico se constituem como elementos essenciais. Durante o exame físico, proceder, quando indicado, à coleta de material biológico para a realização de testes laboratoriais ou rápidos (Brasil, 2023).

Esse protocolo segue as diretrizes nacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde que destaca o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST's, em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do(a) enfermeiro(a), a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços.

Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(à) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Destaque para o artigo 4º da RDC nº 20/2011, em que fica claro que a prescrição medicamentosa é de atribuição de todo e qualquer profissional regularmente habilitado, não se tratando, portanto, de ato exclusivamente médico. Através desta Resolução da ANVISA, ficou estabelecido o que a legislação federal já previa, que o enfermeiro realiza prescrições de medicamentos pertencentes ao programa de saúde pública, tendo em vista também a relação de medicamentos certos e previstos no programa ou rotina da instituição.

Para finalizar, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, emitiu um parecer técnico “PARECER COREN-SP Nº 025/2023” a respeito da possibilidade da Abordagem

Sindrômica pelo Enfermeiro no controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro conforme Protocolos do Ministério da Saúde, onde destaca o amparo legal para tal prática, desde que haja consulta de enfermagem e de que o profissional tenha conhecimento técnico/científico e habilidade necessária para os casos previstos na Lei.

7.1-ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS IST:

A Abordagem Sindrômica baseia-se na identificação de sinais e sintomas verificados no momento da avaliação do paciente, que sugerem a existência de uma síndrome (úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal, corrimento cervical e dor pélvica) para seguimento de tratamentos e condutas pré-estabelecidas. Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível estabelecer um “fluxograma” para cada uma delas.

Cada fluxograma conduz às decisões e ações que precisam ser tomadas. Uma vez capacitado, o profissional de saúde poderá usar os fluxogramas com facilidade, tornando possível a assistência às pessoas com IST em qualquer serviço de saúde, onde terá acesso a orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis, hepatites e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta. O fluxograma, por si só, já indica a provável etiologia e provável patologia, determinando a conduta medicamentosa a ser seguida (Brasil, 2006).

Entretanto, a abordagem sindrômica, que se baseia nos aspectos clínicos para classificar os principais agentes etiológicos e definir o tratamento, sem o apoio de testes laboratoriais ou rápidos, não possui cobertura completa nos diferentes aspectos das IST. Dessa forma, sempre que possível, os testes laboratoriais ou rápidos devem ser utilizados para auxiliar na definição do diagnóstico. Além disso, sempre que disponíveis no serviço, devem ser realizados exames para triagem de gonorréia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C. Atualmente, o Ministério da Saúde distribui aos serviços de saúde do SUS os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. (Brasil, 2023).

7.1.1-Exame Físico:

Observar pele e mucosas, particularmente couro cabeludo, orofaringe, palma das mãos, plantas dos pés e genitais. Palpar os gânglios de todos os segmentos corporais. Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto-relevo, hiperêmica, hiperocrômica, circular, irregular, circinada etc.) deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão. As IST não

devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

➤ **Exame genital feminino:**

Para a adequada realização do exame, o profissional necessitará contar com a cooperação da paciente. Para tanto, deverá captar sua confiança, descrevendo todos os procedimentos a serem realizados, ressaltando o fato de que o exame não é doloroso, mas depende do relaxamento da mulher, e que o material a ser utilizado é esterilizado.

O exame deve ser realizado com a paciente em posição ginecológica. No exame estático, deve-se observar a disposição dos pelos, conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, Monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, tumorações, ulcerações etc. Para o exame dinâmico, utilizar luvas de procedimento descartáveis. Deve-se colocar os dedos indicador e médio no introito vaginal, na região que corresponde às glândulas de Bartholin (correspondendo à posição aproximada das “5” e “7” horas), e tracioná-las para baixo e para fora. Com isso pode-se entreabrir a vulva, que ficará completamente exposta, solicitando-se à paciente para aumentar a pressão intra-abdominal, facilitando a introdução do espelho.

O exame especular deverá ser feito após breve explicação à paciente sobre o procedimento, na seguinte ordem:

1. Colocar o espelho sempre com uma inclinação de 75°, pressionando a parede posterior da vagina, o evitando traumatismo de uretra e bexiga, exercendo rotação do espelho para a posição horizontal e abrindo-o até a exposição do colo do útero;
2. Observar a coloração e o pregueamento vaginal, além do aspecto do colo do útero, principalmente da secreção cervical;
3. Não havendo secreção vaginal ou cervical anormal, ou após o tratamento das secreções ou lesões, coletar material para colpocitologia oncótica, quando houver indicação;
4. Quando em presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, lesões vegetantes ou ulceradas, efetuar a coleta do material com técnica adequada para análise laboratorial, quando disponível na Unidade Básica de Saúde. As pacientes sintomáticas devem ser tratadas imediatamente, de acordo com a abordagem sindrômica descrita neste protocolo.

Se por ocasião do retorno da paciente para resultado de exames ou controle de cura o problema persistir, encaminhar a paciente para o serviço de referência mais próximo, ou

medicar segundo o resultado da análise laboratorial quando esta tiver sido realizada na Unidade Básica de Saúde e avaliar a necessidade de consulta médica e/ou encaminhamento da paciente para o serviço de referência.

A retirada do espécúlo deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espécúlo ou retirando-se o mesmo totalmente aberto, o que poderá causar dor e traumatismo uretral. Durante a retirada, lenta e cuidadosa, observar as paredes vaginais.

Nota: as coletas dos materiais deverão ser feitas antes de qualquer lubrificação, devendo ser evitada, portanto, a colocação de vaselina no especulo. O toque retal, quando indicado, deverá ser explicado para a paciente, e realizado com uso de lubrificante. Facilita o exame pedir à paciente para fazer força abdominal (Manobra de Valsalva) durante a inserção do dedo examinador. Palpa-se o canal anal à procura de massas. Utilizando a mesma técnica abdomino-vaginal, as estruturas pélvicas são novamente palpadas. Deve-se prestar atenção especial ao septo retovaginal, aos ligamentos uterossacrais, ao fundo de saco de Douglas e ao fundo uterino posterior.

7.2-ABORDAGEM ÀS PARCERIAS SEXUAIS:

Para interromper a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. Portanto, essa informação deve ser repassada à pessoa com IST, ao mesmo tempo em que se fornecem instrumentos para comunicação e todo apoio até o final do processo.

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelos próprios pacientes. No caso do não comparecimento dos parceiros convidados, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço.

Pode-se realizar a comunicação por correspondência ou busca consentida, por meio de profissionais habilitados, por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência. Qualquer que seja o método usado na comunicação, essa deve ser baseada nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação.

7.3- CORRIMENTO VAGINAL:

O corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. A história clínica deverá ser minuciosa, com informações sobre comportamentos e práticas sexuais, data da última menstruação, práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e/ou outros potenciais agentes irritantes locais.

As infecções do trato reprodutivo – ITR são divididas em:

- › Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- › Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- › IST (tricomoníase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando, assim, corrimento de aspecto inespecífico.

As mulheres com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser adequadamente orientadas sobre as diferenças entre as ITR. O diagnóstico de uma IST tem implicações que não se verificam nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como a necessidade de orientação e tratamento de parcerias sexuais. É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico.

7.3.1- Vaginose Bacteriana:

É caracterizada por um desequilíbrio da microbiota vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias anaeróbicas (*Prevotella* sp., *Mobiluncus* sp.), *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma* sp., *Mycoplasma* sp., e outros numerosos anaeróbios fastidiosos, associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (*Lactobacillus* spp.), que são os agentes predominantes na vagina normal.

É a causa mais comum de corrimento vaginal, afetando cerca de 10-30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na AB. Em alguns casos, pode ser assintomática. As características clínicas incluem: corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após a relação sexual, sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual; corrimento vaginal branco acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor à relação sexual (pouco frequente).

Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com o esperma, que por apresentar

pH elevado, contribui para desequilibrar a flora vaginal em algumas mulheres suscetíveis. O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes.

Quadro 12- Tratamento de Vaginose Bacteriana:

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Recorrente	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
<ul style="list-style-type: none"> > O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. > Para as puerperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes. 	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

7.3.2- Candidíase vulvovaginal:

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio se torna favorável para o seu desenvolvimento.

A relação sexual não é a principal forma de transmissão, visto que esses microorganismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans* e de 10 a 20% a outras espécies (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*).

Embora a candidíase vulvovaginal não seja transmitida sexualmente, é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual, provavelmente, devido a micro-organismos colonizadores que penetram no epitélio via microabrasões.

Os sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem: Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); Disúria; Dispareunia; Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”); Hiperemia; Edema vulvar; Fissuras e maceração da vulva; Fissuras e maceração da pele; Vagina e colo uterino recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

Existem fatores que predispoem a infecção vaginal por *Candida sp.*, entre os quais podemos destacar: Gravidez; Diabetes mellitus (descompensado); Obesidade; Uso de contraceptivos orais, Uso de antibióticos, corticoides, imunossuppressores ou quimio e radioterapia; Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local; Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (p. ex: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos); Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), incluindo a infecção pelo HIV.

As parcerias sexuais de portadores de candidíase vulvovaginal não precisam ser tratadas, exceto os sintomáticos (uma minoria de parceiros sexuais do sexo masculino que podem apresentar balanite e/ou balanopostite, caracterizada por áreas eritematosas na glândula do pênis, prurido ou irritação, tendo indicação de tratamento com agentes tópicos).

Quadro 13- Tratamento da Candidíase Vulvovaginal:

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia
CVV complicada e CVV recorrente	Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. <u>Manutenção:</u> fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> > As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. > É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. > Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado. 	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

7.3.3- Tricomoniase:

A Tricomoniase é causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra.

A prevalência varia entre 10% a 35%, conforme a população estudada e o método diagnóstico. As características clínicas são: Corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso; Prurido e/ou irritação vulvar; Dor pélvica (ocasionalmente); Sintomas urinários (disúria, polaciúria); Hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa).

O diagnóstico laboratorial da Tricomoniase é feito através de visualização dos protozoários móveis em material de endocérvice, por meio de bacterioscopia. A Tricomoniase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica.

No caso de mulheres com Tricomoniase e alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após três meses, para avaliar a persistência das alterações.

Quadro 14- Tratamento Tricomoniase:

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
<ul style="list-style-type: none">As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN.Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

7.4-CERVICITE:

As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica¹. Os principais agentes etiológicos são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Os fatores associados à prevalência de cervicite são: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outra IST e uso irregular de preservativo.

Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade.

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres, frequentemente, não produzem corrimento vaginal; entretanto, se ao exame especular for constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou teste do cotonete positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia, pois esses são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite – inflamação da mucosa endocervical.

As infecções gonocócicas ou por clamídia durante a gravidez poderão estar relacionadas a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN

➤ Diagnóstico de cervicite:

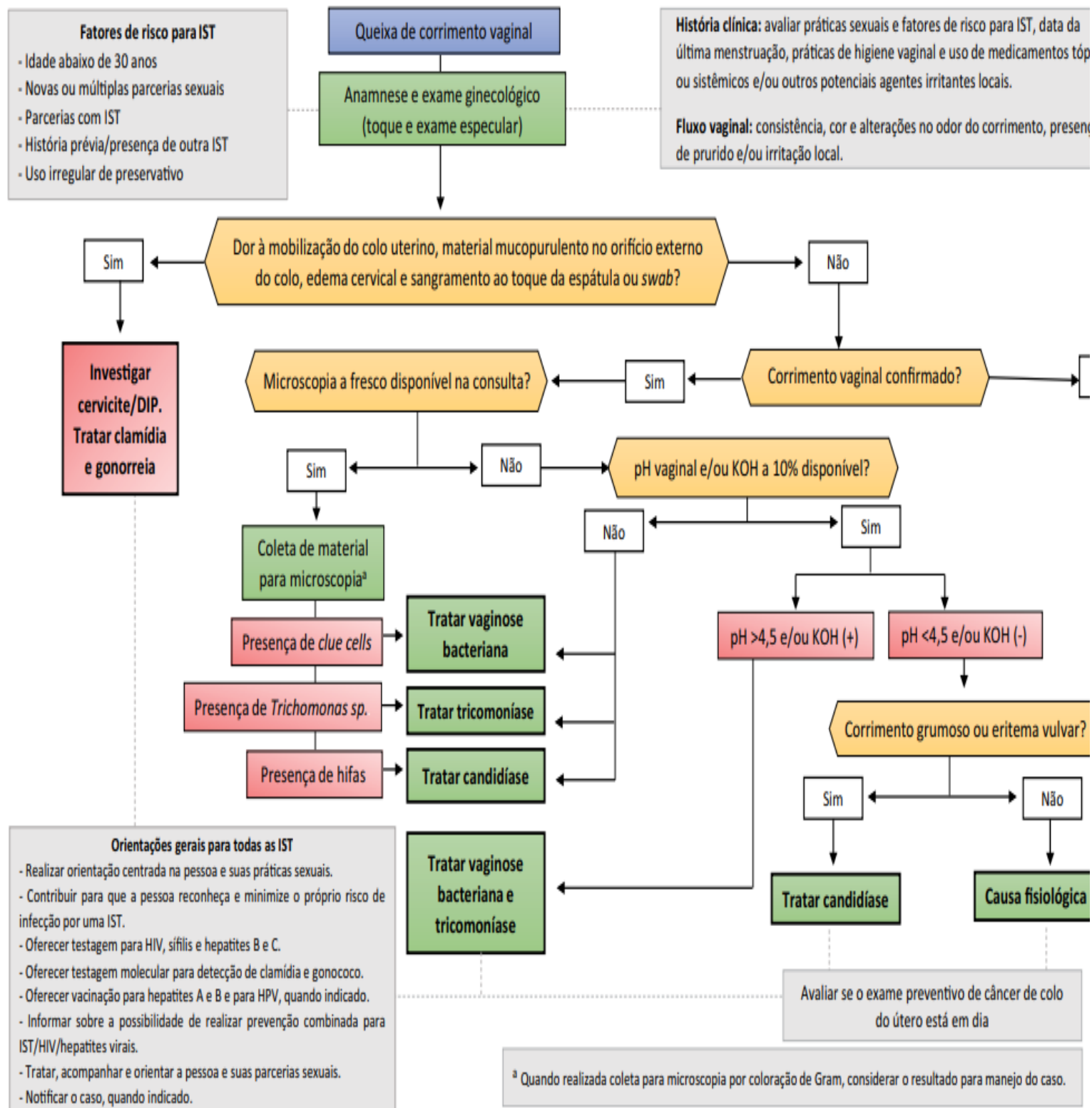
O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* pode ser feito pela detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular. Esse método é o de escolha para todos os casos, sintomáticos e assintomáticos.

Para os casos sintomáticos, a cervicite gonocócica também pode ser diagnosticada pela identificação do gonococo após cultura em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), a partir de amostras endocervicais.

7.5-FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICAL:

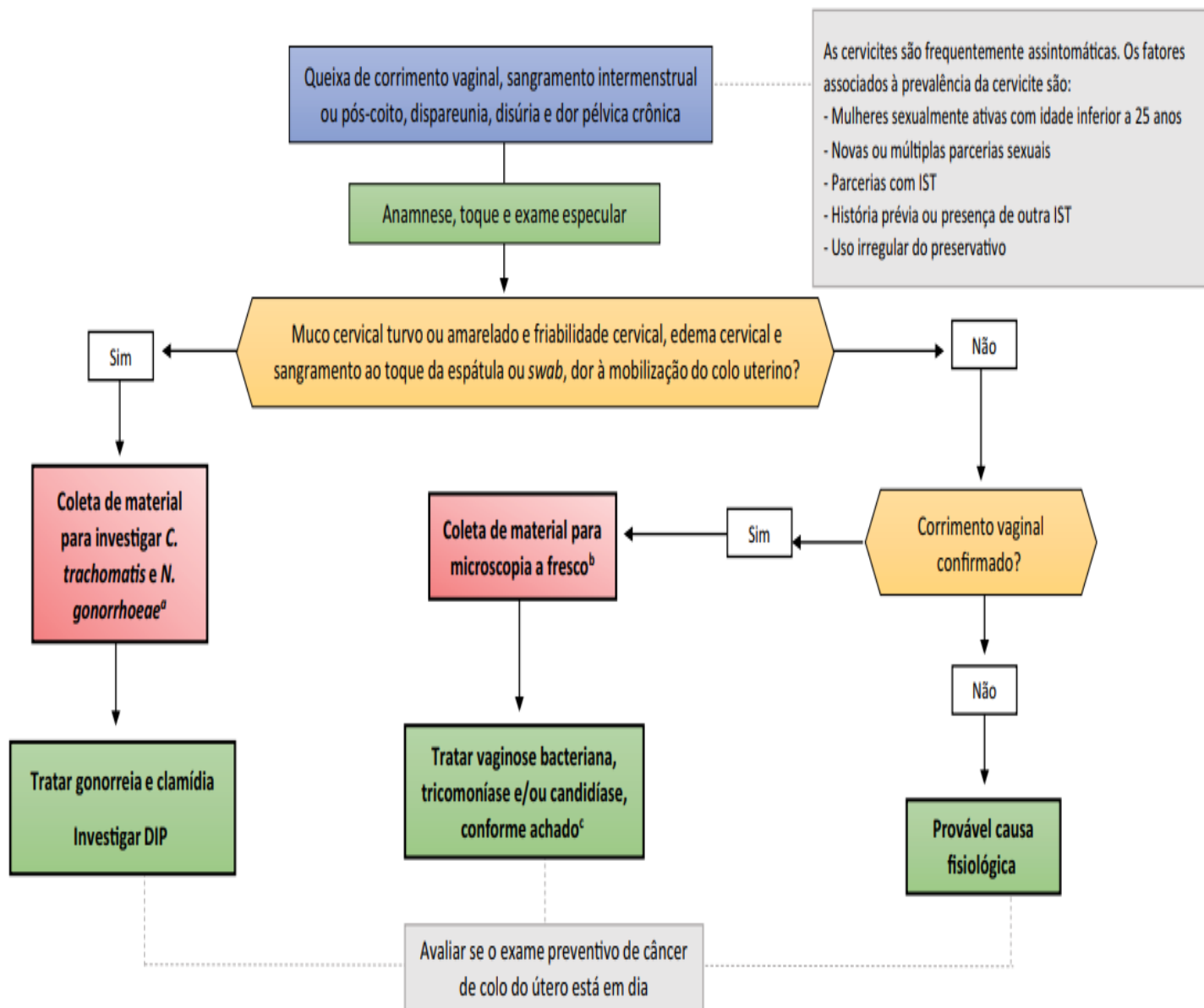
Os fluxogramas representados nas Figuras 11 e 12 sumarizam o manejo do corrimento vaginal e cervicite.

Fluxograma 4– Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal:



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Fluxograma 5 – Fluxograma para o Manejo de Cervicite:



^a Podem ser utilizados kits de biologia molecular que detectam mais patógenos simultaneamente, incluindo *Mycoplasma genitalium*.

^b Lembrar que, mesmo nos casos que apresentam colo e muco cervical normal, *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium* podem estar presentes e provas de biologia molecular, se disponíveis, devem ser utilizadas para afastar essa possibilidade (principalmente em mulheres jovens).

^c Quando a microscopia a fresco não estiver disponível, instituir tratamento imediato de vaginose bacteriana, tricomoniase e/ou candidíase, conforme avaliação clínica. Se realizada coleta para microscopia por coloração de Gram, considerar o resultado para manejo do caso.

7.6- SÍFILIS:

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, a infecção pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A sífilis é dividida em estágios que orientam o seu tratamento e monitoramento, conforme segue:

7.6.1- Sífilis primária:

O tempo de incubação é de dez a 90 dias (média de três semanas).

A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que surge no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”.

A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (que acomete linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração costuma variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora de modo menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla.

7.6.2- Sífilis secundária:

Ocorre em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam surgir em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a

manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria.

Inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas em mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas e eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, acometem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginoso.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Trata-se de lesões úmidas e vegetantes, que são frequentemente confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareira e madarose são achados eventuais. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.

7.6.3- Sífilis latente:

Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio.

A sífilis latente é dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com períodos de latência. Sífilis terciária: ocorre em aproximadamente 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre um e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual.

É comum o acometimento dos sistemas nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

7.6.4- Métodos diagnósticos de sífilis:

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos.

➤ **Exames Diretos de Sífilis:**

Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões, e estão descritos no Quadro 12.

Quadro 15 – Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos:

MÉTODO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE SÍFILIS	MATERIAL	SENSIBILIDADE / ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO	OBSERVAÇÕES
Exame em campo escuro	Lesões primárias e secundárias	Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto de sífilis	Positivo: Infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos) Não é recomendado para lesões de cavidade oral
Pesquisa direta com material corado		Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	Negativo: considerar as possibilidades: 1) O número de <i>T. pallidum</i> na amostra não foi suficiente para sua detecção; 2) A lesão está próxima à cura natural; 3) A pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

➤ **Testes imunológicos de Sífilis:**

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos.

Testes treponêmicos:

São testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Entre eles estão:

- Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. Pallidum Haemagglutination Test*) e de aglutinação de partículas (TPPA, do inglês *T. Pallidum Particle Agglutination Assay*); ensaios de micro-hemaglutinação (MHA-TP, do inglês *Micro-Haemagglutination Assay*);

- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*);

- Ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês *EnzymeLinked Immunosorbent Assay*) e suas variações, como os ensaios de quimiluminescência (CMIA, do inglês *Chemiluminescent Microparticle Immunoassay*). A vantagem desses ensaios é sua elevada sensibilidade e capacidade de automação.

*Os testes rápidos – TR utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso – DPP. São distribuídos pelo Ministério da Saúde para os estados e o Distrito Federal, sendo os mais indicados para início de diagnóstico;

➤ **Testes não treponêmicos:**

Esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem uma análise qualitativa e quantitativa. Uma vez observada reatividade no teste, a amostra deve ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8 etc.). Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento. O teste não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil é o VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory).

Resultados falso-reagentes, ainda que raros, são passíveis de ocorrer. Anticorpos anticardiolipinas podem estar presentes em outras doenças. Por isso, é sempre importante realizar testes treponêmicos e não treponêmicos para a definição laboratorial do diagnóstico.

A denominada cicatriz sorológica ou memória sorológica caracteriza-se pela persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado para sífilis, afastada a possibilidade de reinfecção.

7.6.5-Diagnóstico de Sífilis

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado. A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorece a suspeição clínica, mas de toda forma, para a confirmação do diagnóstico, é necessário solicitar testes diagnósticos.

Os profissionais de saúde, tanto de medicina quanto de enfermagem, devem solicitar os testes imunológicos para sífilis, de acordo com cada finalidade:

Diagnóstico de sífilis: solicitação para a rede laboratorial. O teste imunológico deverá ser solicitado na indisponibilidade do teste rápido no serviço.

Diagnóstico de sífilis após TR reagente: quando foi realizada a testagem rápida no serviço de saúde, com resultado reagente. Nesse momento, o laboratório iniciará a investigação com o teste não treponêmico.

Monitoramento do tratamento de sífilis: quando o diagnóstico e tratamento de sífilis já foram realizados e é necessário monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos

Quadro 16 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos:

TESTES IMUNO- LÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
		RPR	
		TRUST	
		USR	
	Treponêmicos	FTA-Abs	São os primeiros a se tornarem reagentes.
		ELISA/EQL/CMIA	Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
		TPHA/TPPA/ MHA-TP	São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
		Teste rápido – TR	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Quadro 17 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta:

Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <p>O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. <p>Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	<p>Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.</p>	<p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.</p> <p>Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.

7.6.6-Tratamento de sífilis:

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um

acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

Gestantes;

Vítimas de violência sexual;

Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);

Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;

Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), de monitoramento laboratorial (controle de cura) e de tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de benzilpenicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde – APS. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária, bem como alimentos apresentam maiores riscos de anafilaxia, mas não há tanto temor quanto à sua administração ou consumo.

A adrenalina é a droga de escolha para o tratamento da reação de anafilaxia e a pessoa deverá receber atendimento conforme preconizado pelo Caderno da Atenção Básica nº 28, v. II, Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica, capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, p. 25.

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015, do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, que reforça a importância da administração da benzilpenicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica, além da Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017, que determina que Os Enfermeiros podem prescrever a benzilpenicilina benzatina,

conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Quadro 18 – Tratamento e monitoramento de sífilis:

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose⁴⁵.

^c Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁷. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁶.

7.6.7-Monitoramento após tratamento:

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população, a cada três meses até o 12º mês de acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses). Para as gestantes, o monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).

Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão a infecção dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento

laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até os 90 dias anteriores), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais (independentemente do estágio clínico ou de sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).

Todas as parcerias devem ser testadas, quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico. A avaliação e o tratamento das parcerias sexuais são cruciais para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

7.7-HPV:

O HPV (sigla em inglês para papilomavírus humano) é um DNA-vírus de cadeia dupla, membro da família Papillomaviridae que infecta epitélios escamosos e pode induzir uma grande variedade de lesões cutaneomucosas. Atualmente, são identificados mais de 200 tipos de HPV, sendo que, desses, aproximadamente 40 tipos acometem o trato anogenital.

A transmissão do HPV dá-se por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe.

O risco geral estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria sexual e a quase totalidade das pessoas sexualmente ativas adquirirá a infecção em algum momento de suas vidas. As infecções são tipicamente assintomáticas. Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% das mulheres mostram alterações no exame preventivo de colo do útero provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos.

Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com seu potencial oncogênico e as lesões às quais costumam estar associados: Baixo risco oncogênico: tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81. Alto risco oncogênico: tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.

Diagnóstico

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Em situações especiais, como dúvidas ou lesões atípicas, há indicação de biópsia para estudo histopatológico

As lesões da infecção pelo HPV em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, costumam ser observadas na vulva, vagina e/ou cérvix. Em ambos, podem ser encontradas nas regiões inguinais ou perianais.

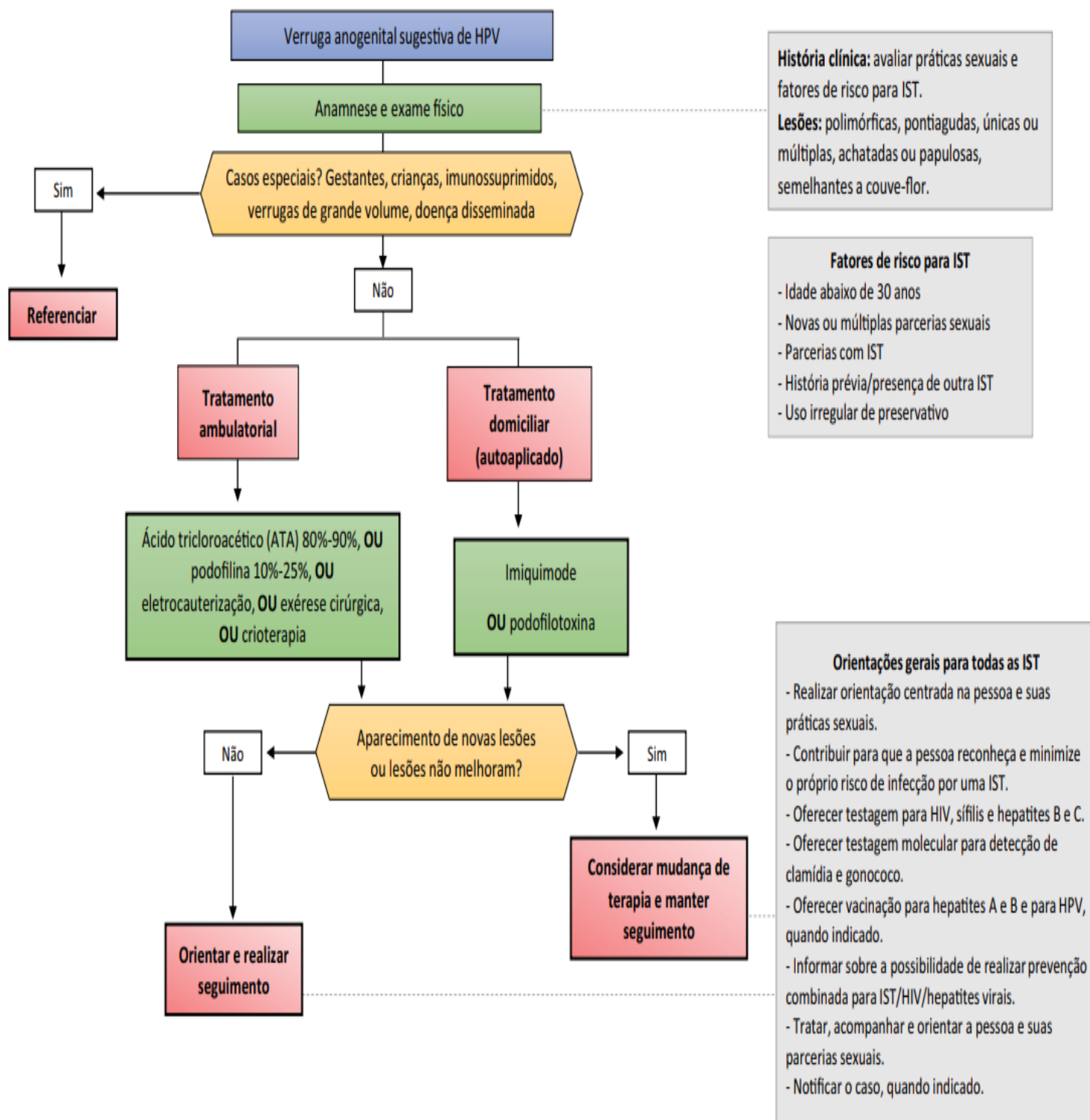
Tratamento e Prevenção

A vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações e deve ser fortemente encorajada pelos profissionais da enfermagem. Existe robusta evidência do benefício individual e populacional, com demonstração de redução da ocorrência de lesões benignas e malignas.

A vacina é potencialmente mais eficaz para adolescentes vacinadas(os) antes do primeiro contato sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior que a encontrada na infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos. Para outros casos, mantém-se a necessidade de prescrição médica com indicação do motivo da vacinação nos casos de pessoas vivendo com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea e pacientes oncológicos.

O objetivo do tratamento das verrugas anogenitais é a destruição das lesões identificáveis, para tanto o paciente pode ser referenciado ao médico ginecologista do município ou ambulatório específico, para tratamento conforme fluxograma a seguir.

Fluxograma 6 – Fluxograma para o manejo clínico de verrugas anogenitais:



Fonte: DCCI/SVS/MS.

7.8- HIV:

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica e da carga viral do indivíduo. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos define a síndrome da imunodeficiência adquirida – aids.

Toda pessoa com exposição sexual de risco ou diagnosticada com IST deve ser testada para HIV. As estratégias para testagem do HIV têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo vírus e, ao mesmo tempo, fornecer uma base racional para assegurar que esse diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão.

Ao se deparar com um resultado reagente para HIV, seja no teste rápido ou laboratorial convencional, é de responsabilidade do profissional de saúde, médico ou enfermeiro, referenciar essa pessoa ao CTA (Jundiaí) e garantir o acesso da mesma ao local que irá dar seguimento no seu tratamento, além de manter o vínculo da mesma com a Unidade de Saúde. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHIV (Pessoas vivendo com HIV) e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

7.9- HEPATITES VIRAIS:

As hepatites virais causadas pelos vírus hepatotrópicos (vírus das hepatites A, B, C, D ou Delta e E) são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático e que constituem um enorme desafio à saúde pública em todo o mundo. Essas infecções são responsáveis por cerca de 1,4 milhão de óbitos anualmente, como consequência de suas formas agudas graves e, principalmente, pelas complicações das formas descompensadas crônicas ou por hepatocarcinoma.

A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece seu diagnóstico, além de a maioria dos casos não apresentarem sintomas, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

O diagnóstico das hepatites virais baseia-se na detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imunoenaios, e/ou na detecção do ácido nucleico viral, por meio de técnicas de biologia molecular.

Desde 2011, o Ministério da Saúde inseriu os testes rápidos de hepatite B e C na rede SUS, o que tem ajudado a ampliar o diagnóstico de ambas as infecções. Os testes rápidos são testes de triagem e, caso apresentem resultados reagentes, deverão ser confirmados com a realização da carga viral para hepatite C (HCV-PCR), carga viral para hepatite B (HBV-DNA) ou outros marcadores, conforme a disponibilidade de cada serviço. Ao receber um teste com diagnóstico reagente, cabe ao enfermeiro encaminhar o usuário a consulta médica para tratamento e reavaliação.

7.9.1-Hepatite A:

A hepatite A é uma doença comumente transmitida por meio de contato oral-fecal, pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados. A transmissão sexual do vírus da hepatite A – HAV também vem sendo reportada. Nesse sentido, com o objetivo de diminuir o risco de transmissão sexual da hepatite A, é importante incentivar medidas de higiene antes e após as relações sexuais, assim como o uso de preservativos, no contexto das práticas sexuais que envolvam a possibilidade de contato oral-fecal.

7.9.2-Hepatite B:

O vírus da hepatite B – HBV é transmitido por meio de contato com fluidos corpóreos infectados. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mas outros fluidos também podem transmitir o HBV, como sêmen e saliva. Os meios de transmissão conhecidos são perinatal, sexual e parenteral/percutâneo. Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente de faixa etária. A vacina é composta por no mínimo três doses e deve ser oferecida em esquema completo.

7.9.3-Hepatite C:

A forma mais eficaz de transmissão do vírus da hepatite C – HCV ocorre pela exposição percutânea repetida, ou mediante o recebimento de grandes volumes de sangue infectado. No Brasil, a transfusão de sangue e hemoderivados de doadores não testados para HCV foi considerada uma forma importante de transmissão durante muitos anos. Porém, a partir de 1993, após a padronização dos processos de triagem pré-doação, houve uma significativa redução na transmissão do HCV por meio transfusional.

Além desses fatores de risco, outras importantes fontes de transmissão do HCV são hemodiálise, procedimentos de manicure e pedicure, confecção de *piercings* e tatuagens, tratamentos odontológicos e procedimentos endoscópicos (caso estes não sigam as normas de boas práticas de esterilização e desinfecção de materiais reutilizáveis e/ou produtos descartáveis), além da transmissão vertical e da transmissão sexual.

A testagem para HCV deve ser solicitada para todos os indivíduos em situações de risco, como:

- Todas as pessoas com idade igual ou superior a 40 anos;
- Pessoas vivendo com HIV;
- Pessoas prestes a iniciar PrEP ou que façam uso frequente da PEP;
- Pessoas com múltiplas parcerias sexuais ou com múltiplas IST;
- Pessoas transexuais e trabalhadores(as) do sexo;
- Crianças nascidas de mães que vivem com HCV;
- Pacientes com diagnóstico de diabetes, antecedentes psiquiátricos, histórico de patologia hepática sem diagnóstico, elevações de ALT e/ou AST e antecedentes de doença renal ou de imunodepressão;
- Pacientes em regime de diálise;
- Antecedente de transfusão de sangue, hemoderivados ou órgãos antes de 1993;
- Antecedente de uso de drogas ilícitas injetáveis, intranasais ou fumadas;
- Pessoas dependentes de álcool;
- Antecedente de tatuagem ou piercing em local não regulamentado;
- Antecedente de exposição a material biológico contaminado;
- População privada de liberdade;
- Contactante íntimo ou parceiro sexual de pessoas com anti-HCV reagente;

8. VIOLÊNCIA SEXUAL E IST

A violência sexual é entendida como uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esse problema. Pode acontecer em espaços públicos e privados, causar traumas e ferimentos visíveis e invisíveis, e, em algumas situações, levar à morte.

A violência é um fenômeno multidimensional que afeta todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, e que se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo o direito à vida, à saúde e à integridade física. Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e da atenção em saúde, de forma a evitar a revitimização e, acima de tudo, oferecer um atendimento humanizado e integral.

O atendimento integral às pessoas em situação de violência é potencializado pelo registro de informações e pela coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde, contribuindo para a humanização da atenção e o combate à impunidade. No nosso município, é papel do profissional de saúde que prestar o primeiro atendimento na atenção primária, encaminhar o usuário para o serviço de emergência (Santa Casa), onde o paciente receberá o primeiro atendimento e será referenciado para as demais ações necessárias.

Nesse sentido, o registro da notificação de violência interpessoal e auto-provocada atende ao disposto na legislação, no caso de violência sexual e tentativas de suicídio, a notificação deve ser realizada de forma imediata (em até 24 horas).

Nosso papel enquanto profissional de saúde da atenção primária e como porta de entrada da rede SUS, é proporcionar ao usuário em situação de violência o acolhimento, seguido de um atendimento humanizado, que respeite os princípios, respeito da dignidade, da não discriminação, do sigilo e da privacidade. É nosso dever após escuta qualificada, referenciar o paciente as devidas e necessárias etapas do atendimento multiprofissional posterior.

Quadro 19: Planejamento das ações adicionais no atendimento às mulheres nos diferentes ciclos de vida em situação de violência sexual nos serviços de Atenção Básica.

- Acolhimento;
- Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito à dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- Escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;
- Informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Atendimento clínico;
- Atendimento psicológico;
- Realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações: data e hora do atendimento; história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;
- Realizar testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites, mediante orientações e aconselhamento pré e pós teste;
- Realizar teste de gravidez;
- Providenciar consulta médica imediata para avaliação, solicitação de exames necessários, indicação de profilaxia contra ISTs e HIV/AIDS, e encaminhamento ao serviço de emergência 24h;
- Realizar imunização contra a hepatite B.
- Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
- Exames laboratoriais necessários;
- Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;
- Orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial;
- Orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual;
- Notificação ao Sinan.

Fonte: Portaria Nº 485, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014. p.2-3.)

ANEXOS

Anexo 1: Proposta de Impresso para Consulta de Enfermagem da Saúde da Mulher:

UBS/ESF:

Nome:

Nome social:

Data: ____/____/____

Horário: _____

Idade: ____ anos

Raça: () Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena

Situação Conjugal: () Solteira () União Estável () Casada () Viúva () Divorciada

Escolaridade: _____

Ocupação atual: _____

Histórico de Enfermagem:

Antecedentes Obstétricos

Gesta	PNH	PND	PF	PC	AE	AP	NM	FV

DUM: ____/____/____ **Menopausa aos** ____ anos () Amenorréia não gestacional () Gestante

Menarca: ____ anos

1º Relação: ____ anos

DUCO: ____/____/____

Resultado: _____

() **Primeiro Exame**

MAC: () Nenhum () Preservativo () ACO () ACI () DIU () Laqueadura

Outros() _____

Antecedentes (1) Familiares (2) Pessoais (3) Ambos

() Hipertensão () Diabetes () Cardiopatia () Tabagismo () CA Mama

() CA Utero () Cauterização de lesão _____ () Outras _____

Cirurgias Prévias: () Sim () Não Quais: _____

Queixas: () Tonturas () Fraquezas () Corrimento Vaginal () Dispareunia

() Hemorróida () Obstipação () Prurido () Dor/Ardor () _____

Obs: _____

Imunização: () Atualizada () Desatualizada

Exame Físico:

1. Mamas

() Simétricas () Assimétricas

() Mamilos Protrusos () Mamilos Planos () Mamilos Invertidos

Mama direita:

() Sem Alterações

() Presença de nódulo em _____
em _____

() Dor à palpação

Observações: _____

Mama esquerda:

() Sem Alterações

() Presença de nódulo

() Dor à palpação

2. Especular

- ☐ Colo uterino sem alterações ☐ Colo uterino
com _____
- ☐ Vagina sem alterações ☐ Vagina
com _____
- ☐ Sangramento durante coleta ☐ Sangramento após coleta endocervical

Presença de Corrimento:

- ☐ Pequena Quantidade ☐ Moderada Quantidade ☐ Grande Quantidade
- ☐ Branco ☐ Amarelo ☐ Cinza
- ☐ Com odor fétido ☐ Sem odor
- Aspecto _____

Visualização:



Diagnósticos de Enfermagem:

- ☐ Risco para manutenção da saúde, relacionado ao déficit de conhecimentos e não realização do auto-exame das mamas.
- ☐ Risco para manutenção da saúde, relacionado ao déficit de conhecimentos sobre câncer do colo do útero e seu exame preventivo.
- ☐ Risco para contágio com IST e gestação indesejada, relacionado à ausência de MAC.
- ☐ Risco para lesão da mucosa vaginal, relacionado ao déficit de lubrificação da região íntima
- ☐ Ansiedade

Intervenções:

- ☐ Oriento sobre a importância do auto-exame das mamas.
- ☐ Demonstro auto-exame das mamas.
- ☐ Oriento a finalidade e periodicidade ideal do Exame de Citologia Oncótica.
- ☐ Oriento uso de anticoncepcional e preservativo para evitar uma gravidez indesejada e DST.
- ☐ Oriento uso de lubrificante vaginal.
- ☐ Oriento cuidados com a higiene íntima.
- ☐ Estabelecer relação de confiança;

Carimbo, assinatura e nº Coren: _____

Anexo 2: Ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (CID10) Y09	Código (IBGE)
	6 Unidade Notificadora	<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde	Código (CNES)		
	10 Nome do paciente	11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor
Dados de Residência	16 Escolaridade	<input type="checkbox"/> 1- Analfabeto <input type="checkbox"/> 2- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica		
	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados Complementares	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)	
	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social	34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil	<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	36 Orientação Sexual	37 Identidade de gênero:	<input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência	50 Zona	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?
<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado				



PREFEITURA DE
CABREÚVA

Prefeitura de Cabreúva
Secretaria de Saúde

Rua 24 de Março, 446, Jardim Alice
Cabreúva/SP - CEP: 13.315-000
Tel.: 11 - 4528-1001
saude@cabreuva.sp.gov.br
www.cabreuva.sp.gov.br

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Violência Sexual	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/>		
Dados do provável autor da violência	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
Dados finais	69 Data de encerramento		
	Informações complementares e observações		

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____		
Observações Adicionais:		
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		
Disque Direitos Humanos 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____ Função _____	Assinatura _____

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

REFERÊNCIAS:

- 1- Brasil. Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelecendo penalidades e dá outras providências. Diário oficial da união, poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº26. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 4- Serra, A. S. L. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Ministério da Saúde. 2006.
- 5- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à saúde/ Módulo 1- Saúde da Mulher**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2019.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Área técnica de Saúde da Mulher. **Protocolo para Utilização do Levonorgestrel**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integras às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

9 - Contagem. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde.

Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher na Atenção Primária. 2ª edição. Contagem, 2021.

10- BRASIL. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. In: Cadernos de Atenção Básica, n. 13, 2013, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: jun de 2024.

11- BRASIL. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: Jun. 2024.

12- BRASIL. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/SEC.%20DE%20SA%C3%9ADE/Desktop/saude%20da%20mulher/diretrizes_brasileiras_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: Jun 2024.

13- BRASIL. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Caderno n. 9, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em: jun 2024.

14- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde: saúde da mulher. Porto Alegre, RS: Coren, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/SEC.%20DE%20SA%C3%9ADE/Desktop/saude%20da%20mulher/ProtocoloEnfermagemSaudeMulher-%20RS.pdf>. Acesso em: jun 2024.