



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
DE BRUSQUE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
A SAÚDE (APS)

BRUSQUE  
2022  
VERSÃO 1.0



# **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER**

**NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE  
(APS)**



**Prefeito**

José Ari Vequi

**Vice-Prefeito**

Gilmar Doerner

**Secretário de Saúde**

Osvaldo Quirino de Souza

**Diretor de Atenção à Saúde**

Camila Fernanda Valle Pereira

**Diretor de Atenção Primária**

Camila Souza

**Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente**

Rafaela Lopes Doria

**Coordenação Geral do Projeto**

Fernanda de Oliveira Pereira

**Colaboradores**

Ana Paula Buchele

Ana Paula Petry Lima

Beatriz Cancellier

Claudia Anita Gomes Carraro

Cleber da Silva Mossini

Danieli Martins

Edilaine Martins Moratto Oliveira

Grazielle dos Santos

Rodrigo Franquelin Machado

Rosane Hermann

Sheila Neves

Eliane Lopes

Projeto de Pós- Graduação em Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Faculdade de Enfermagem.



## APRESENTAÇÃO

O intuito da elaboração do Protocolo de Enfermagem para a Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Brusque, foi oferecer um instrumento de respaldo ético-legal que facilite a tomada de decisão assistencial, aliada ao objetivo de qualificar as ações do cuidado oferecidos pelos profissionais de Enfermagem da Atenção Primária da cidade de Brusque.

A construção dessa primeira edição foi iniciada em outubro de 2021, a partir de uma proposta para o desenvolvimento de um projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O objetivo do projeto foi adaptar o Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher de Florianópolis para a realidade da assistência e necessidades das mulheres do município de Brusque e validá-lo para sua implementação. Essa primeira edição contou com a participação de 16 Enfermeiros(as), atuantes na APS de Brusque e a autora do projeto de mestrado Fernanda de Oliveira Pereira, que assumiram papel de organizadores e colaboradores na elaboração do referido Protocolo.

Esta primeira edição foi estruturada em 9 capítulos abordando as seguintes temáticas: Atenção as queixas ginecológicas mais frequentes na APS, Infecções sexualmente transmissíveis, Planejamento reprodutivo, Prevenção de Câncer de colo de útero, Prevenção de Câncer do mama, Menopausa e Climatério, Orientações para atendimento à adolescente, Infertilidade e Violência contra mulher.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas evidências mais recentes.

Para maiores detalhamentos ou aprofundamentos teóricos sobre os temas aqui abordados, continuamos recomendando livros texto, os Cadernos de Atenção Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde) ou artigos científicos específicos, muitos desses descritos nas referências deste protocolo.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 95/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.



## Sumário

<b>1- ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS</b>	<b>9</b>
<b>1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites</b>	<b>9</b>
1.1.1 - Anamnese	9
1.1.2 - Exame físico	10
1.1.3 - Vaginose Citolítica	15
1.1.4 - Hipersensibilidade ao plasma seminal	15
<b>1.2 - Infecção urinária</b>	<b>15</b>
<b>1.3 - Cólica Menstrual</b>	<b>18</b>
<b>1.4 - Dispareunia e Vaginismo</b>	<b>19</b>
1.4.1 - Toque Bimanual	19
<b>1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin</b>	<b>20</b>
<b>1.6 - Incontinência urinária</b>	<b>20</b>
<b>Referências</b>	<b>21</b>
<b>2 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS</b>	<b>23</b>
<b>2.1 – Abordagem sindrômica</b>	<b>23</b>
<b>2.2 - Tratamento dos parceiros</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Síndrome do corrimento vaginal e cervicite</b>	<b>27</b>
2.3.1 - Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoníase e infecções mistas	27
2.3.2 - Tratamento do parceiro	28
2.3.3 - Doença Inflamatória Pélvica	28
<b>2.4 - Síndrome da úlcera genital</b>	<b>30</b>
2.4.1 - Cancro mole	30
2.4.2- Donovanose	30
2.4.3 - Herpes Genital	31
2.4.4 - Sífilis	31
2.4.5- Acompanhamento de titulação de VDRL	32
2.4.6- Sífilis Congenita	33
<b>2.5 - Condiloma ou verrugas anogenitais</b>	<b>37</b>
<b>2.6 - Prurido Genital</b>	<b>37</b>
<b>2.7 - HIV/AIDS</b>	<b>38</b>
2.7.1- Rastreamento	38
2.7.2 - Quando suspeitar da infecção pelo HIV?	39
2.7.3 - Como diagnosticar a infecção pelo HIV?	39
2.7.4 - Comunicação com o paciente a respeito do exame do HIV	40
Aconselhamento pré-teste	41
Aconselhamento pós-teste	41
2.7.5 - Da prescrição de medicamentos - PrEP e PEP	43
Situações especiais	44
<b>Referências</b>	<b>45</b>
<b>3– PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</b>	<b>47</b>
<b>3.1 – Preconcepção</b>	<b>47</b>
Condutas de enfermagem no período pré-concepcional	47
<b>3.2 – Métodos Contraceptivos</b>	<b>47</b>
<b>Referências</b>	<b>56</b>



<b>4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO</b>	<b>57</b>
Situações referentes à coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem	58
Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino	60
Achados clínicos comuns no colo uterino	61
<b>Referências</b>	<b>63</b>
<b>5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA</b>	<b>65</b>
<b>5.1 – Ações de Rastreamento</b>	<b>65</b>
Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama	66
<b>5.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas</b>	<b>66</b>
<b>5.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários</b>	<b>68</b>
Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias	68
Evidências: Você sabia?	69
<b>Referências</b>	<b>70</b>
<b>6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO</b>	<b>71</b>
<b>6.1 - Terapia de Reposição Hormonal (TRH)</b>	<b>71</b>
Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)	71
Queixas mais comuns no climatério e manejo	72
<b>6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa</b>	<b>73</b>
<b>6.3 – Contracepção no Climatério</b>	<b>73</b>
<b>Referências</b>	<b>74</b>
<b>7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE</b>	<b>75</b>
<b>7.1 - Anamnese</b>	<b>75</b>
<b>7.2 - Avaliação do estagiamento puberal pelos critérios de Tanner</b>	<b>76</b>
<b>7.3 – Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente</b>	<b>77</b>
<b>7.4 – Testagem sorológica para menores de 18 anos</b>	<b>78</b>
<b>Referências</b>	<b>79</b>
<b>8 - INFERTILIDADE</b>	<b>81</b>
Questionar e examinar na mulher	81
Exames a serem solicitados	81
Questionar e examinar no homem	82
Exame a ser solicitado	82
<b>Referências</b>	<b>83</b>
<b>9 - VIOLÊNCIA CONTRA MULHER</b>	<b>85</b>
<b>9.1 - Acolhimento</b>	<b>85</b>
<b>9.2 - Atendimento</b>	<b>86</b>
Atendimento a mulher vítima de violência	87
<b>Referências</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO I - TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO II - MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU</b>	<b>91</b>



## Lista de quadros

- Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites	12
- Quadro 1.2 - Tratamento de sintomas urinários em mulheres	17
- Quadro 2.1 - Síntese das síndromes abordadas no capítulo ISTs	24
- Quadro 2.2 - Esquema terapêutico para síndrome do corrimento vaginal e cervicite	27
- Quadro 2.3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	30
- Quadro 2.4 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis	34
- Quadro 2.5 - Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital	36
- Quadro 2.6 - Proposta de aconselhamento pré-teste	41
- Quadro 3.1 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos	48
- Quadro 3.2 - Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro	49
- Quadro 3.3 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)	50
- Quadro 3.4 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental	52
- Quadro 4.1 - Situações referentes à coleta de citopatológico	58
- Quadro 4.2 - Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino	60
- Quadro 4.3 - Achados clínicos comuns no colo uterino	61
- Quadro 5.1 - Aprazamento das mamografias de rastreamento	65
- Quadro 5.2 - Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama	66
- Quadro 5.3 - Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias	68
- Quadro 6.1 - Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)	71
- Quadro 6.2 - Queixas mais comuns no climatério e manejo	72



## Lista de fluxogramas

- Fluxograma 1.1 - Avaliação do corrimento vaginal	11
- Fluxograma 1.2 - Avaliação de infecção urinária	16
- Fluxograma 1.3 - Avaliação de cólica menstrual	18
- Fluxograma 2.1 - Síndrome do corrimento vaginal e cervicite	26
- Fluxograma 2.2 - Síndrome da Dor pélvica	29
- Fluxograma 2.3 - Sífilis adquirida/ não específica	33
- Fluxograma 2.4 - sífilis em gestantes	34
- Fluxograma 2.5 - Síndrome de úlcera genital	35
- Fluxograma 2.6 - TR1 + TR2: sequencial. TR-1 e TR-2 de fabricantes diferentes	40
- Fluxograma 2.7 - Aconselhamento pós-teste rápido para HIV	42
- Fluxograma 5.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários	67
- Fluxograma 9.1 - Atendimento a mulher vítima de violência	87



## 1 - ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

### 1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites

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

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

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

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

#### 1.1.1 – Anamnese

O levantamento de alguns dados é importante para orientar as condutas do enfermeiro frente às queixas ginecológicas, devendo este profissional sempre perguntar sobre:

- Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro;
- Data da última menstruação;
- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- Abortamento ou partos recentes;
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Período de início dos sintomas;
- Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente);
- Orientação sexual e de gênero;
- Método contraceptivo em uso;
- Procedimentos uroginecológicos já realizados e quando (colposcopia, conização, cauterização etc);
  - Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se população alvo).



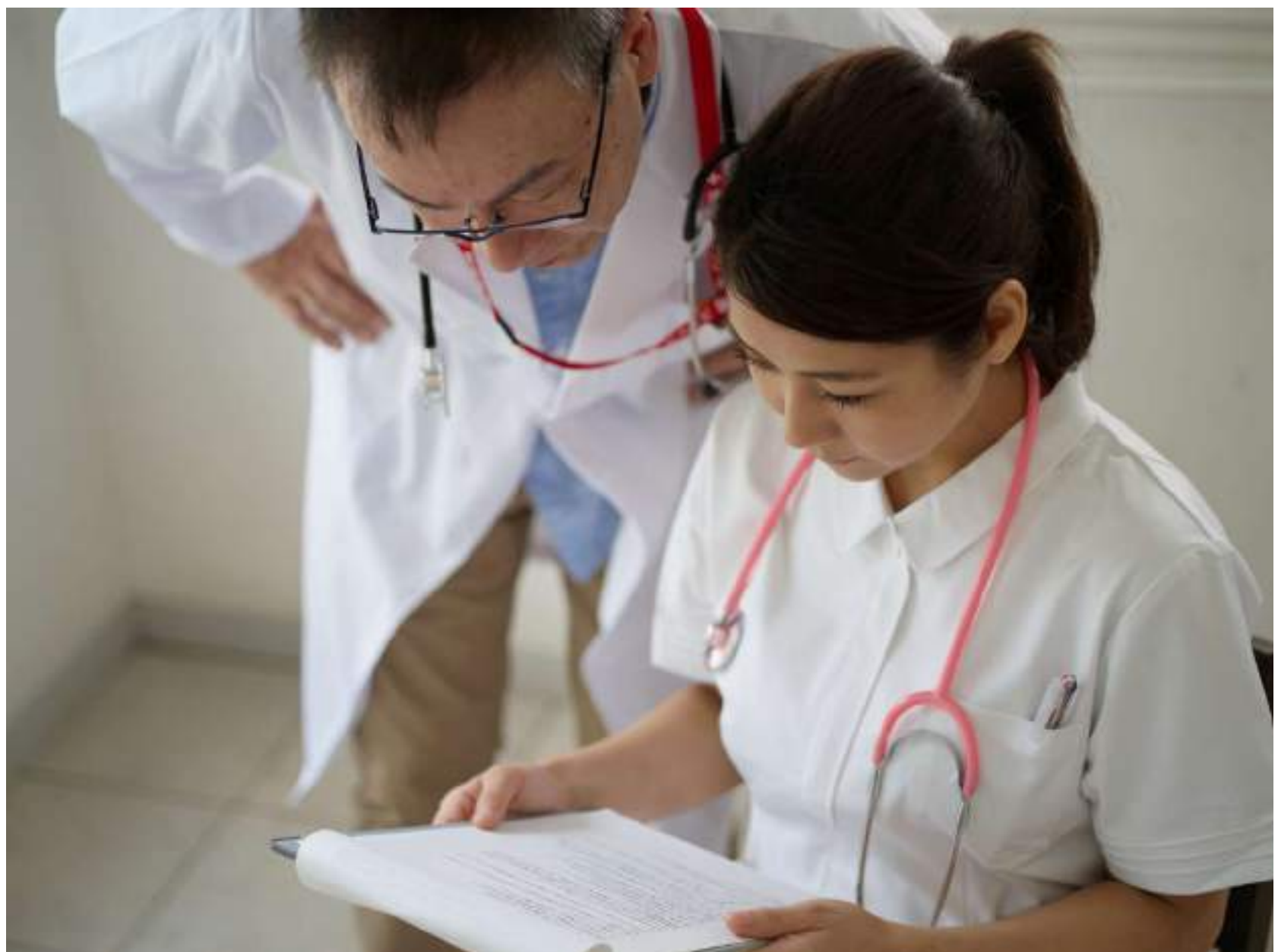
### 1.1.2 –Exame Físico

O exame físico detalhado, incluindo o toque bimanual quando indicado, é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional. Sugere-se, portanto:

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos. Se queixa de dispareunia e/ou vulvodínia/vestibulodínia associada(s), utilizar o teste do cotonete;
- Exame de linfonodos inguinais;
- Exame especular: observar características do colo, sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo), trofismo da mucosa e presença de corpo estranho;
- Prolapsos genitais: Encaminhar/discutir com MFC para condutas;
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

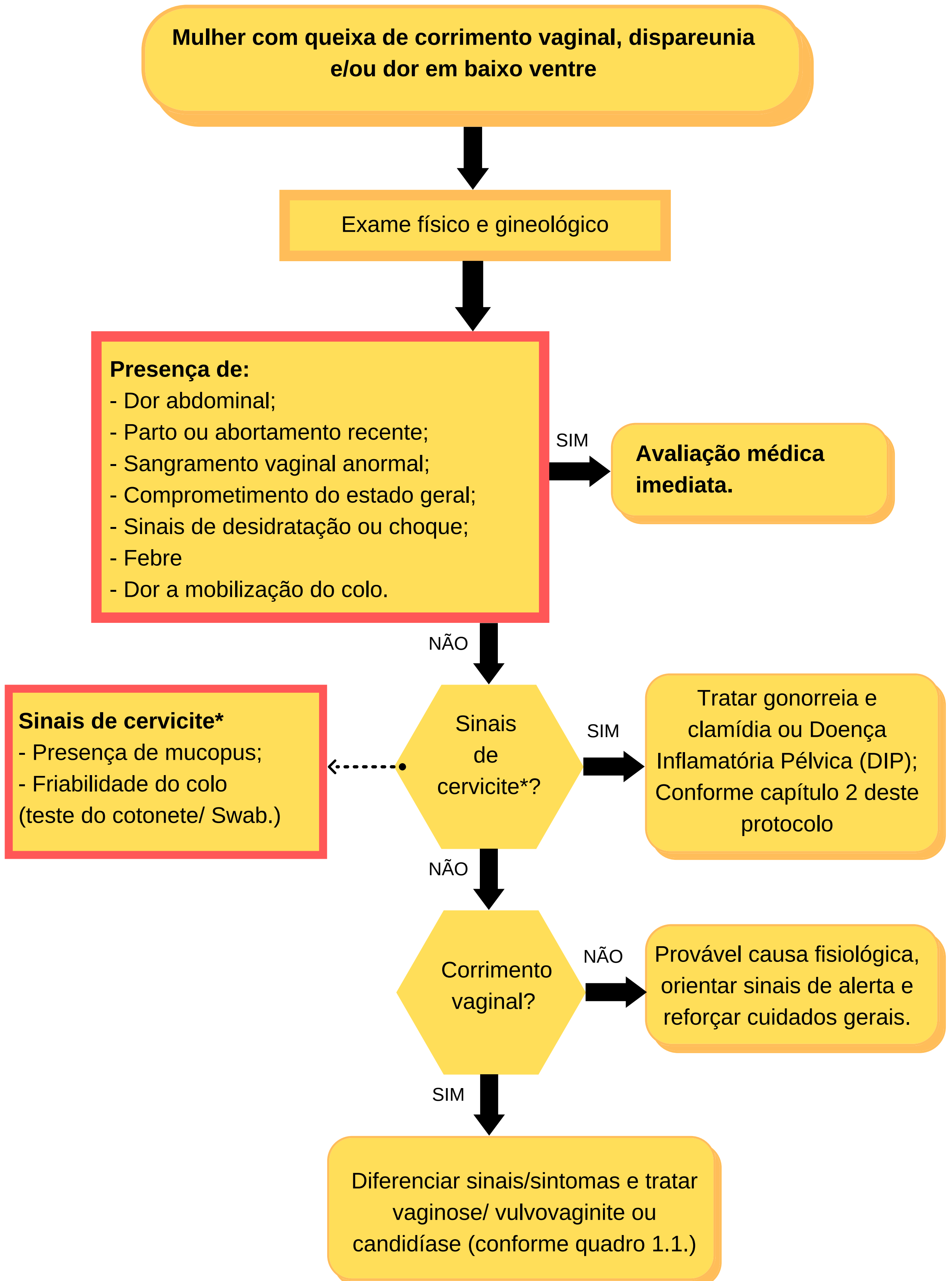
Após a entrevista e exame físico, realizados durante a consulta de enfermagem, é importante atentar para presença de alguns sinais de alerta que, se presentes, deverão ser avaliados conjuntamente com o MFC (médico de família e comunidade) em interconsulta:

- Dor e/ou defesa abdominal;
- Irregularidades do ciclo / sangramento vaginal anormal;
- Febre;
- Comprometimento do estado geral;
- Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia);
- Aumento de linfonodos regionais.



1 A paciente, em posição ginecológica, indica presença/ausência de dor ao toque da genitália externa com um cotonete. O examinador deve tocar levemente a vulva para identificar e registrar áreas dolorosas. O teste deve ser feito no sentido horário, tocando parte interna das coxas, monte de Vênus, grandes lábios, sulco interlabial, pequenos lábios, região periuretral/clitoriana, glândula de Bartholin, corpo perineal e vestibulo, bilateralmente.

### Fluxograma 1.1 - Avaliação do corrimento vaginal





**Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites**

Causa Identificada	Sinais e sintomas principais	Plano de cuidado/ Conduta do enfermeiro
<b>Candidíase</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prurido vulvar</li><li>• Hiperemia vulvar</li><li>• Corrimento grumoso as mesmas a fim de promover melhor ventilação;</li></ul>	<p><b>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;</li><li>• Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas;</li><li>• Evitar uso de absorventes diários;</li><li>• Episódios de repetição devem ser investigados.</li></ul> <p><b>Tratamento medicamentoso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Miconazol creme vaginal 2%:</b> aplicar por 7 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término). <b>TRATAMENTO PARA GESTANTE REALIZAR INTERCONSULTA.</b></li><li>• <b>Nistatina creme vaginal 100.00ui/g:</b> aplicar por 14 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término).</li><li>• <b>Fluconazol 150mg</b> :dose única e repetir tratamento após 7 dias. <b>(NÃO PRESCREVER PARA GESTANTES, REALIZAR INTERCONSULTA);</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg e repetindo a dose após 3 dias e e após 6 dias da primeira dose;</li><li>- Se recorrente <b>(4 ou mais episódios em 12 meses)</b>, investigar DM e HIV e encaminhar a consulta médica. Parcerias de mulheres com infecção recorrente devem ser tratados(as) com Fluconazol 150mg dose única (verificar alergia prévia).</li></ul></li></ul> <p><b>Possibilidades terapêuticas naturais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Melaleuca/TeaTree:</b> 1 ou 2 gotas de óleo essencial de melaleuca diluída em 100mL de água - fazer banhos de assento ou lavar delicadamente o interior da vagina com uma seringa de 20ml ou ducha vaginal com essa solução 1x ao dia por 5 dias. Como a melaleuca é um óleo essencial forte, cada mulher sente um efeito diferente e pode adaptar seu uso, diminuindo a quantidade de horas na diluição:</li></ul>



- **Camomila ou calêndula:** fazer infusão com 1 colher de sopa de extrato seco de camomila para 200ml de água. Lavar delicadamente a vagina, internamente, com seringa de 20ml ou ducha ginecológica com essa solução. Também é possível fazer banho de assento com infusão das ervas. Faça um chá concentrado e dilua coado em bacia com água morna, permaneça sentada com a vulva totalmente imersa, por no mínimo 15 minutos. Promove alívio dos sintomas irritativos;

- **Bicarbonato de sódio:** pode-se fazer banho de assento diluindo 1 colher de sopa de bicarbonato para cada 500ml de água. Pode-se adicionar 10 gotas de óleo essencial de melaleuca a essa mistura. O bicarbonato é básico e por isso alivia os sintomas da candidíase (que é ácida), porém uma quantidade muito grande de bicarbonato pode deixar o pH vaginal básico demais, o que favorece outros desequilíbrios e infecções. Alterações de cheiro e modificação da secreção vaginal podem ocorrer;

- **Alho:** utiliza-se 1 dente de alho sem casca, durante à noite, por 7 noites. O alho não deve ser machucado ao ser descascado e deve ser envolto por uma gaze amarrada com um fio (formato semelhante ao absorvente interno) para que possa ser retirado na manhã seguinte. Se houver muita coceira ou ardência, evitar o alho pois poderá piorar irritação da mucosa;

- **Babosa:** uso intravaginal. Descascar a Aloe Vera, garantindo que toda a casca verde e sua seiva amarelada sejam retiradas (pois são tóxicas). Cortar cubinhos de aproximadamente 2x2 cm, introduzir na vagina à noite como um supositório e retirar o excesso pela manhã, repetir por 7 dias;

- **Óleo de coco:** alivia sintomas de coceira e ajuda a reepitelizar a região (refazer as células que foram descamadas). Passar uma colher de chá de óleo com os dedos após lavar com melaleuca ou bicarbonato;

É importante após cada tratamento repor os lactobacilos da vagina. Isso pode ser feito com iogurte natural por 3-5 noites.



		<p>Usar uma colher de chá de qualquer iogurte natural sem sabor e sem adição de açúcar e passar por dentro da vagina com o dedo ou aplicador de pomada vaginal. Retirar o excesso no banho pela manhã.</p> <p>A reposição de lactobacillus do intestino pode ser feita com consumo de fermentados como kefir e kombucha ou ainda com cápsulas manipuladas de <i>Lactobacillus acidophilus</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• É importante cada mulher observar como seu corpo reage a cada tratamento natural e se ocorrem efeitos colaterais.</li></ul>
<b>Vaginose bacteriana</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Corrimento com odor fétido;</li><li>• Corrimento acinzentado;</li><li>• Atentar para sinais/sintomas de Tricomoníase, que em alguns casos podem ser confundidos (ver capítulo 2 deste protocolo)</li></ul>	<p><b>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;</li><li>• Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas;</li></ul> <p>Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas.</p> <p>Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando assim convocação dos mesmos.</p> <p><b>Tratamento medicamentoso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Metronidazol creme (100 mg/g):</b> por 5 noites; OU</li><li>• <b>Metronidazol 500 mg VO:</b> de 12/12 horas por 7 dias</li></ul> <p><b>(NÃO INGERIR BEBIDA ALCOÓLICA ATÉ 24 HORAS APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO).</b></p> <p><b><u>Gestantes REALIZAR INTERCONSULTA (após início do 2º trimestre) ou nutrízes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Metronidazol 250 mg VO:</b> 3x/dia por 7 dias. (A excreção da droga pode conferir gosto amargo ao leite materno. A maioria dos estudos não relatou efeitos colaterais nos lactentes. No entanto, observar perda de apetite, vômitos e diarreia. Caso ocorram tais efeitos, o aleitamento deverá ser suspenso).</li></ul>

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

**Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoníase, Donovanose, HPV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorreia, entre outras), consultar capítulo 2.**

### 1.1.3 – Vaginose Citolítica

Trata-se de uma condição facilmente confundida com a candidíase devido à similaridade dos sintomas: prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento branco abundante que piora na fase lútea. Ocorre em função pelo aumento do número de *Lactobacillus* sp no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5).

Diante do quadro sugestivo desta vaginose, o enfermeiro deverá orientar banho de assento com bicarbonato (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas. Também deverá ser orientada a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.

### 1.1.4 – Hipersensibilidade ao plasma seminal

Os sinais e sintomas surgem no local que esteve em contato direto com o sêmen, que apresentam hiperemia na pele ou mucosa, sensação intensa de coceira e/ou prurido, edema na região que costumam surgir entre 10 a 30 minutos após a relação e durar por horas ou dias.

Caso haja suspeita de alergia/hipersensibilidade ao plasma seminal do parceiro, oriente a utilização de preservativos ou evitar a ejaculação no interior da vagina.

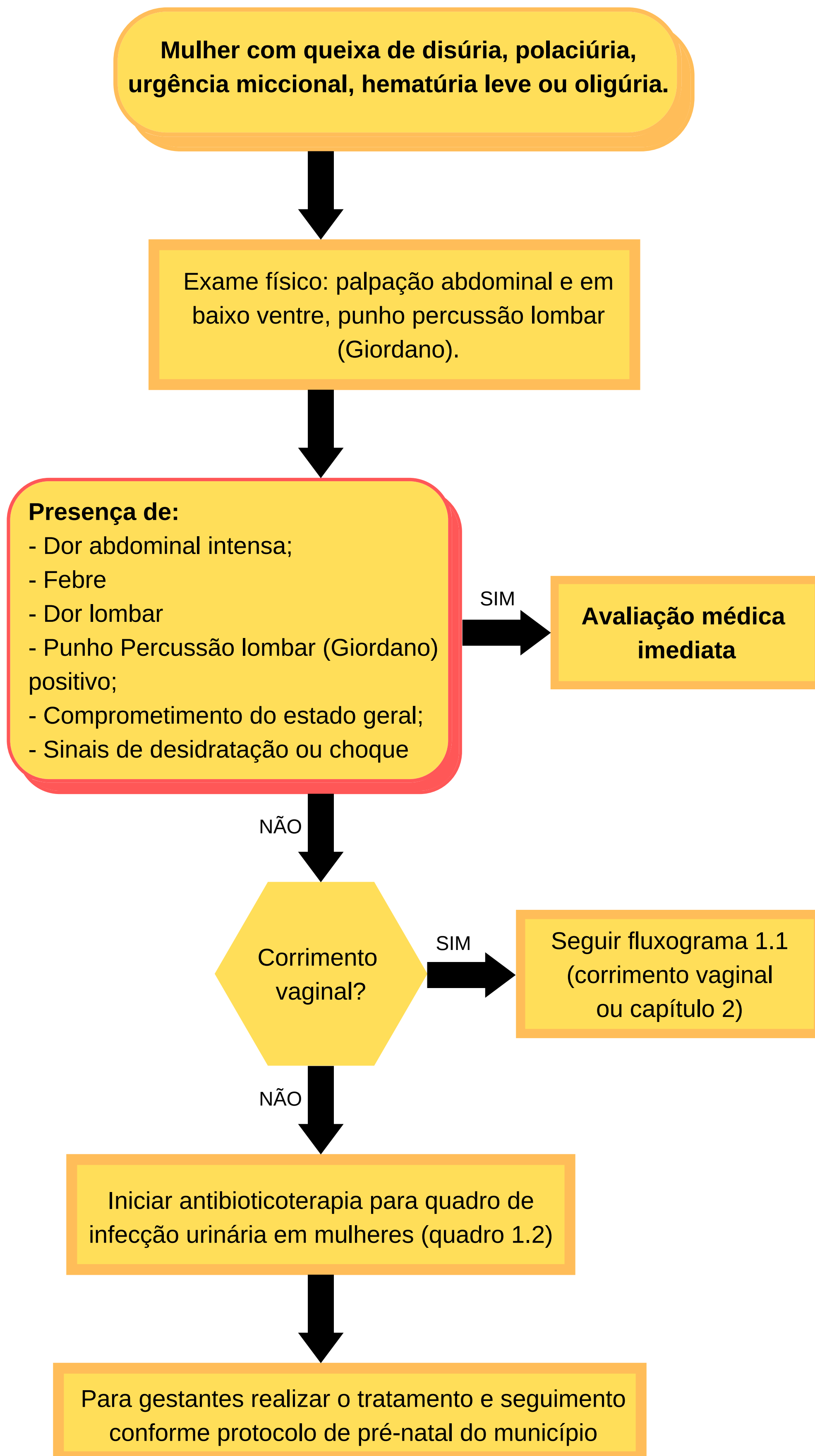
## 1.2 – Infecção Urinária

As infecções urinárias em mulheres constituem uma das causas mais presentes em consultas, sejam médicas ou de enfermagem, junto às unidades de saúde, sendo a abordagem precoce e a intervenção adequada um fator preponderante para se evitar complicações ou mesmo internações desnecessárias. O quadro principal de manifestação clínica é a disúria, acompanhada de polaciúria, oligúria e urgência urinária.





### Fluxograma 1.2 - Avaliação de infecção urinária





**Quadro 1.2 - Tratamento de sintomas urinários em mulheres**

Tratamento medicamentoso		Orientações / Cuidados de Enfermagem
<b>Não gestante</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sulfametoxazol + Trimetropina:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- 2 comprimidos de 400mg+80mg de 12/12 horas por 3 dias OU</li><li>- 20ml da solução de 40mg+8mg/ml de 12/12 horas por 3 dias</li></ul></li><li><b>NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO OU</b></li><li>• <b>Nitrofurantoína:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- 1 comprimido de 100mg de 6/6 horas por 5 a 7 dias OU</li><li>- 20ml da solução de 5mg/ml de 6/6 horas por 5 a 7 dias</li></ul></li><li><b>NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO FILHOS MENORES DE 30 DIAS, COM HIPERBILIRRUBINEMIA E/OU DEFICIÊNCIA DE G-6-PD (IDENTIFICADA NO TESTE DO PEZINHO)</b></li><li>Se medicamentos anteriores em falta, o(a) enfermeiro(a) poderá prescrever:</li><li>• <b>Cefalexina:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- 1 comprimido de 500mg de 6/6 horas por 7 dias ou</li><li>- 10ml da solução de 50mg/ml de 6/6 horas por 7 dias</li></ul></li><li><b>USO SEGURO PARA MULHERES AMAMENTANDO</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar ingesta hídrica;</li><li>• Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência;</li><li>• Não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (Parcial de Urina e Urocultura). Caso sintomas permaneçam após o tratamento inicial, discutir/encaminhar para consulta médica para solicitação destes exames.</li></ul>
<b>Gestantes</b>	Para tratamento, seguir as orientações do protocolo de pré-natal do município. SEMPRE REALIZAR INTERCONSULTA	Para o seguimento após o tratamento, seguir as orientações do protocolo de pré-natal do município.

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

**Para alívio sintomático poderá ser prescrita analgesia com:**

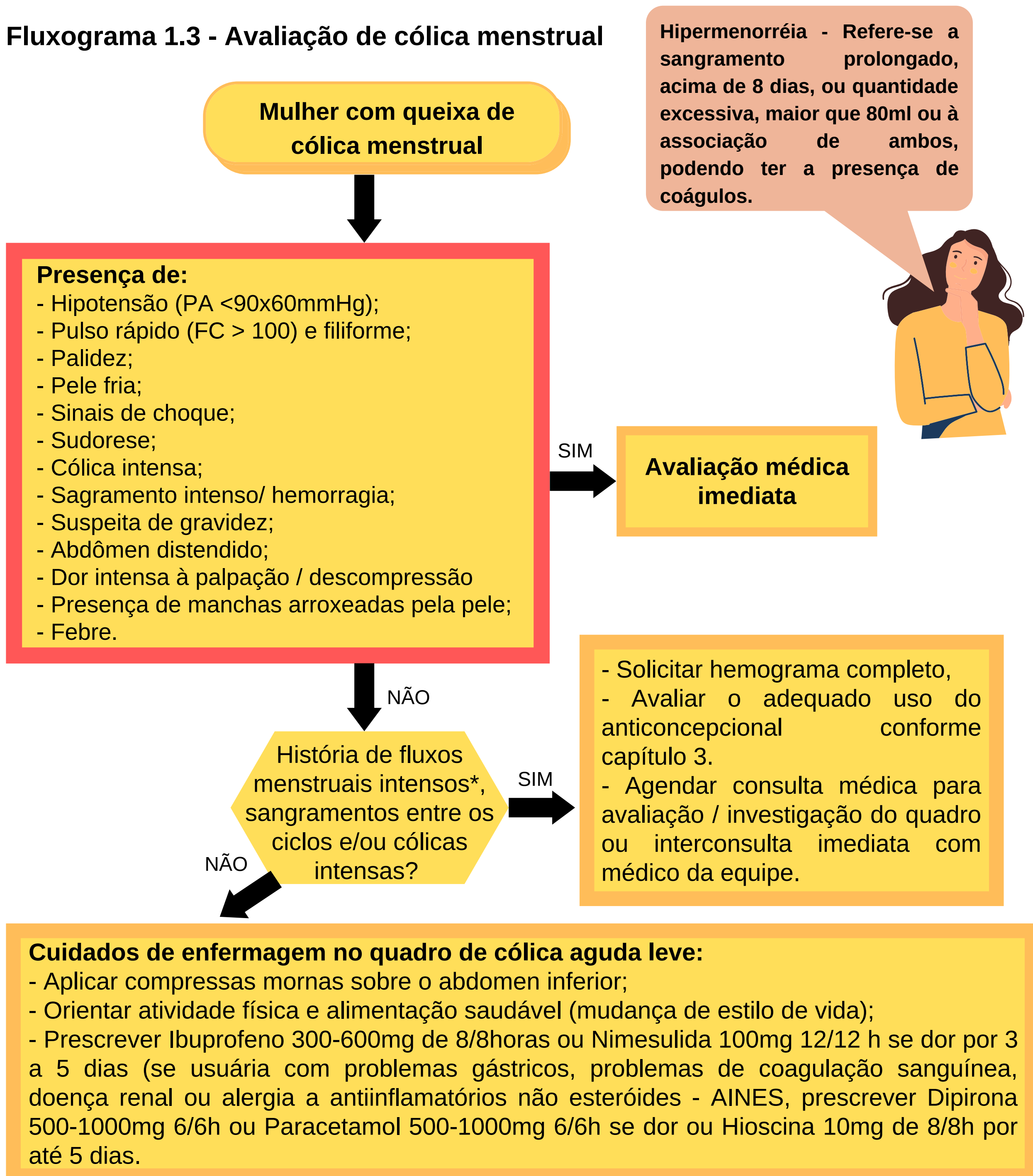
- Dipirona 500mg a 1g de 06/06 horas (exceto para gestantes, autorizado em nutrizes) ou
- Paracetamol 500mg a 1g de 06/06 horas (pode ser utilizado com segurança em gestantes e nutrizes).

### 1.3 – Cólica Menstrual

A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro (a), principalmente em jovens e adolescentes logo após a primeira menstruação (menarca). Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Neste tipo de atendimento, é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme fluxograma 1.3.

#### Fluxograma 1.3 - Avaliação de cólica menstrual



## 1.4 – Dispareunia e Vaginismo

A dispareunia é um sintoma bastante comum e desafiador do ponto de vista clínico, já que o profissional de saúde se depara com inúmeras possibilidades de etiologias, sendo o histórico de enfermagem (anamnese e o exame físico) a principal ferramenta de elucidação diagnóstica.

Questões fisiológicas como menopausa, diminuição de estrogênio, posição no ato sexual e outras patologias, dentre as quais situações infecciosas potencialmente graves, como a Doença Inflamatória Pélvica, são algumas das tantas possibilidades diagnósticas possíveis.

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, considerar encaminhar para consulta com médico de família e comunidade para possível a estrogenização caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos.

Importante saber que mulher com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal, não é recomendado a prescrição de estrogenização, mesmo que tópico.

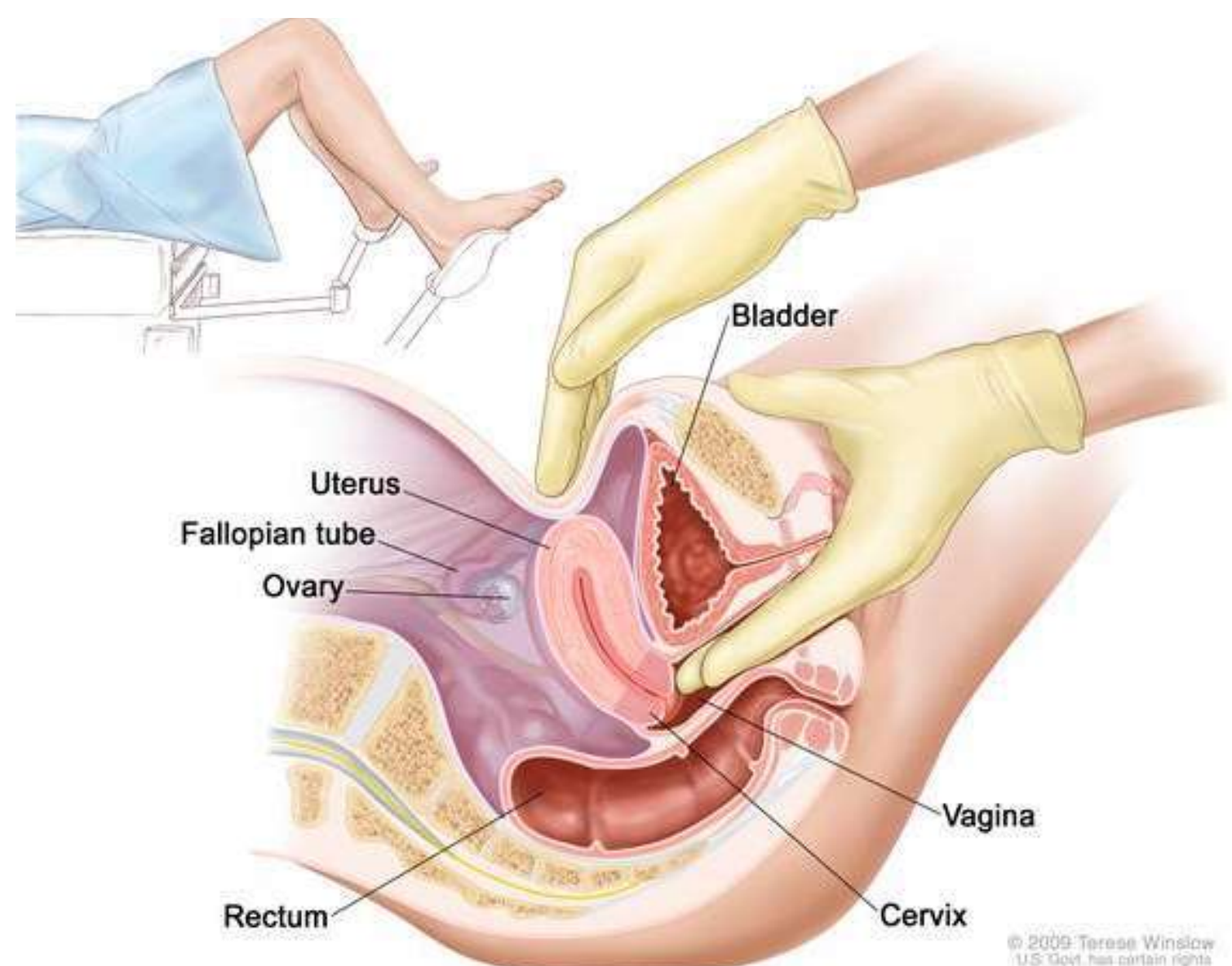
A queixa de dispareunia deve ser sempre valorizada, pois além de causas clínicas presentes e objetivamente identificáveis, a mesma pode ser indicativa de outras situações a qual a mulher pode estar exposta, mas de difícil identificação imediata, como as de cunho psicossocial: história de violência sexual e doméstica, traumas, insatisfação sexual, dentre outras.

### 1.4.1 – Toque Bimanual

O enfermeiro não deverá utilizar o toque bimanual rotineiramente, reservando sua execução aos casos de queixas/sintomas que sugiram presença de massas, alterações de volume das vísceras pélvicas, suspeita de DIP, suspeita de gestação ectópica ou sangramentos disfuncionais. Não deve ser prática rotineira nas consultas de pré-natal.

Quando recomendada sua realização, o enfermeiro deverá executá-lo somente após coletas ginecológicas, preferencialmente após exame especular. Diante de qualquer anormalidade ou dúvidas, o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com o médico.

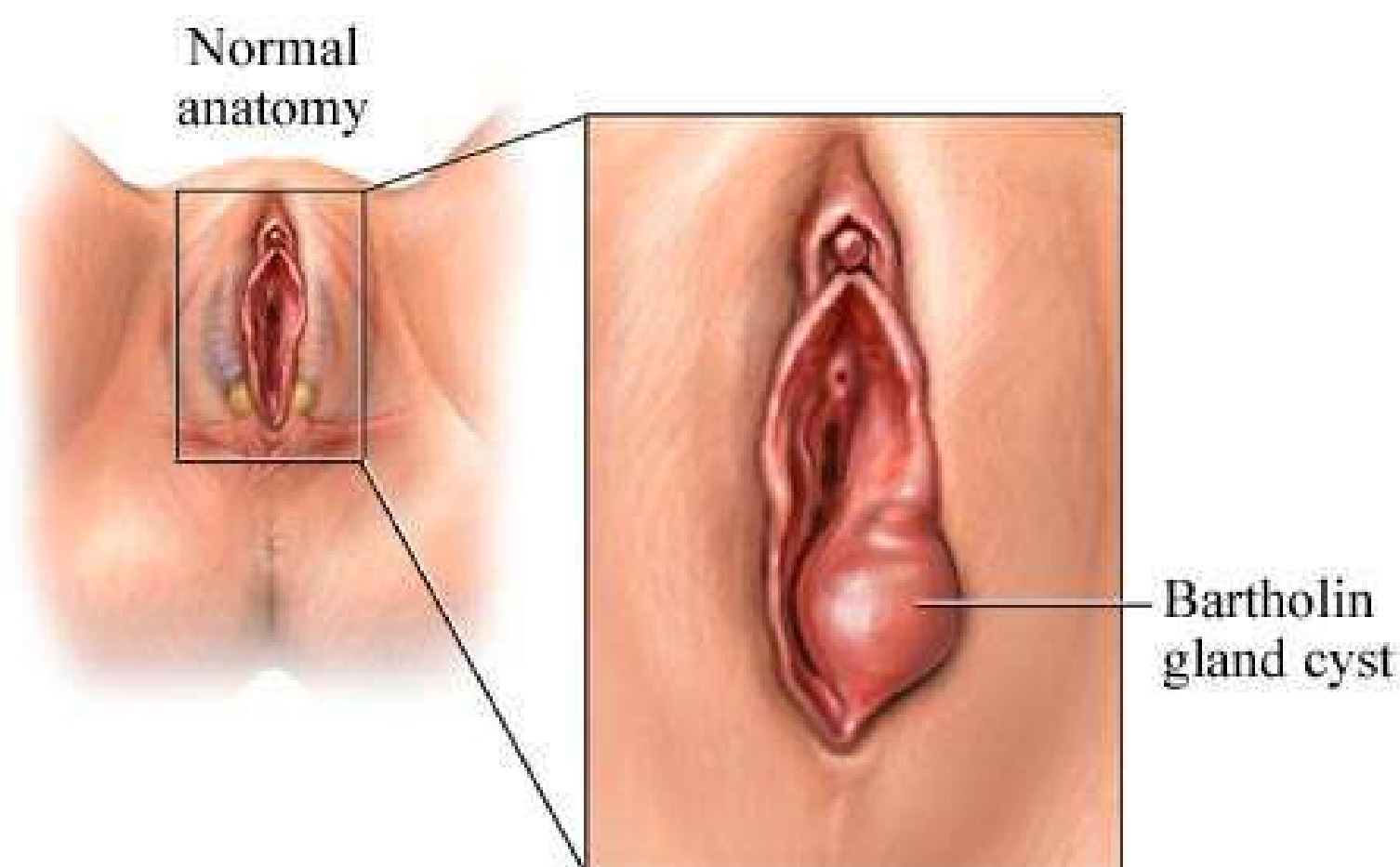
A técnica consiste em afastar os lábios maiores e menores, introduzir os dedos médio e indicador no canal vaginal, no sentido posterior (em direção ao reto). Deve-se explorar as paredes vaginais, a cérvix, e fundo de saco buscando alterações e tumorações. A outra mão é colocada sobre o abdômen da mulher, no baixo ventre, comprimindo-o suavemente e forma a apreender e delimitar o útero, possibilitando sua descrição quanto à forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. Em situações normais, os anexos (ovários, tubas uterinas) não se encontram palpáveis.



© 2009 Terese Winslow  
U.S. Govt. has certain rights

### 1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin

As glândulas de Bartholin situam-se em cada lado da abertura vaginal, e podem ficar bloqueadas. Quando isto ocorre, líquidos se acumulam e a glândula incha, formando um cisto. Os cistos variam desde o tamanho de uma ervilha até uma bola de golfe ou mais. Na maioria das vezes, ocorrem apenas em um lado. Eles podem ficar infeccionados, formando um abscesso, caracterizado por dor intensa e, às vezes, febre. Caso o enfermeiro se depare com um provável caso, deverá solicitar avaliação conjunta com seu MFC. Na indisponibilidade deste profissional, encaminhar a paciente para a Clínica da Mulher dado risco de gangrena de Fournier.



Disponível em: <https://free-nursingcareplan.blogspot.com/2011/06/nursing-care-plan-for-bartholinitis.html?m=1>

### 1.6 - Incontinência urinária

Casos leves de perda miccional involuntária podem ser manejados com exercícios para o assoalho pélvico, visando ao seu fortalecimento. Neste caso o enfermeiro deverá auxiliar a mulher na identificação da musculatura envolvida. Um resumo das etapas do exercícios consiste na contração dos músculos como que simulando a interrupção do fluxo urinário por 8 a 10 segundos, seguido de relaxamento completo do assoalho pélvico.

#### **Outras medidas de educação para o autocuidado são:**

- Estimular a perda de peso em pacientes obesas ou com sobrepeso;
- Beber por volta de 02 litros de água por dia, em pequenas quantidades e em intervalos regulares ao longo do dia;
- Reduzir o consumo quantidade de bebidas alcoólicas, cafeinadas e carbonatadas;
  - Evitar constipação/obstipação intestinal;
- Orientar esvaziar a bexiga em intervalos regulares, em vez de esperar até que a bexiga esteja muito cheia;



## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
4. DUNCAN et all. MedicinaAmbulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.
5. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública**. Vol 2, Florianópolis-SC, 2016.
6. UpToDate. **Incontinência urinária**. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-treatments-for-women-beyond-the-basics?topicRef=2727&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-treatments-for-women-beyond-the-basics?topicRef=2727&source=see_link).





## 2 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES

### 2.1 – Abordagem sindrômica

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são uma importante causa de morbidade em todo o mundo. Dentre estas, podemos realizar uma divisão entre as doenças incuráveis, mas controláveis, como a AIDS, causada pelo HIV, e as Hepatites B e C; e as curáveis, sendo as quatro principais representantes desse grupo a gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de casos novos dessas quatro IST curáveis foi de quase 500 milhões em todo o mundo.

No Brasil, somando sífilis, clamídia e gonorreia, chegamos a aproximadamente 4,5 milhões de novos casos por ano<sup>2</sup>. Diante disto, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção primária, tenham amplo conhecimento sobre uma abordagem fácil, rápida e efetiva no tratamento e seguimento das portadoras dessas doenças. Para tal, discutiremos neste documento a “abordagem sindrômica”, a qual se diferencia da “abordagem etiológica” e da “abordagem clínica”, tradicionalmente utilizadas. A adoção da abordagem sindrômica às IST na prática clínica tem sido incentivada pelas seguintes características principais:

- É orientada a problemas (responde aos sintomas/sinais das usuárias);
- É de alta sensibilidade e não ignora infecções mistas;
- Trata as usuárias já na primeira visita;
- Torna o tratamento das IST mais acessível já que pode ser implantada na atenção primária;
- Usa fluxogramas que guiam o trabalhador de saúde através de uma sequência lógica;
- Provê oportunidade e tempo para educação em saúde e aconselhamento.

É importante destacar que a abordagem sindrômica não é uma forma “menos precisa” ou “menos sofisticada” de se tratar a pessoa portadora de IST/DST. Tampouco deve ser utilizada apenas por profissionais “não-médicos”. Pelo contrário. Devido às importantes características citadas acima, o uso da abordagem sindrômica às ISTs é incentivado a médicos e enfermeiros da atenção primária, de maneira indiferenciada.

**Neste documento traremos uma forma fácil de identificar e tratar as IST curáveis mais prevalentes, sendo todos os fluxos baseados dos manuais de abordagem sindrômica da OMS e do Ministério da Saúde; e os tratamentos revisados de acordo com as evidências internacionais mais recentes, considerando os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) como 1ª escolha, sempre que possível.**

O quadro 2.1 descreve de maneira sintética as síndromes que serão abordadas neste documento, sendo que cada uma delas possui um tópico específico onde tanto a identificação quanto às condutas serão detalhadas.

**Quadro 2.1 - Síntese das síndromes abordadas neste protocolo**

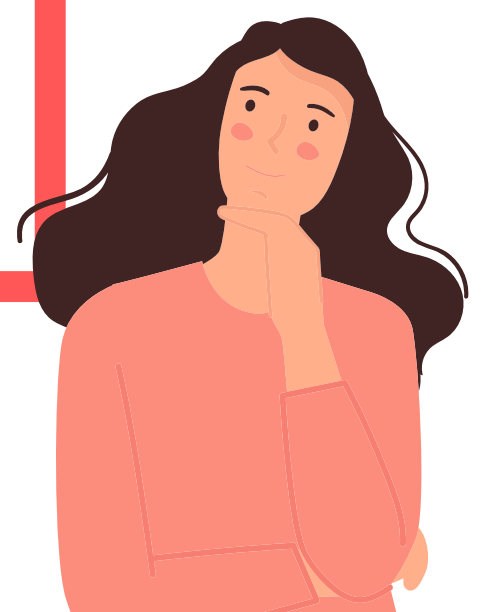
Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns	Quem pode tratar
<b>Corrimento vaginal</b>	Corrimento vaginal; Prurido; Dor à micção; Dispareunia; Odor fétido	Edema de vulva; Hiperemia de vulva; Corrimento vaginal e/ou cervical	Tricomoníase; Candidíase*; Vaginose Bacteriana* Gonorreia; Infecção por Clamídia.	Médico e Enfermeiro
<b>Corrimento uretral</b>	Corrimento uretral; Prurido; Estrangúria; Polaciúria; Odor fétido.	Corrimento uretral (espontâneo ou não)	Gonorreia; Infecção por Clamídia; Micoplasma; Ureaplasma.	Médico e Enfermeiro
<b>Úlcera genital</b>	Úlcera genital	Úlcera genital; aumento de linfonodos inguinais.	Sífilis; Cancro mole; Donovanose**; Herpes Genital.	**Médico e Enfermeiro
<b>Desconforto e/ou Dor pélvica</b>	Dor e/ou desconforto pélvico; Dispareunia.	Corrimento cervical; Dor a palpação abdominal; Dor a mobilização do colo; Temperatura acima de 37,5 °C.	Gonorreia; Infecção por anaeróbios; infecção por clamídia.	Médico e Enfermeiro
<b>Verrugas/condilomas</b>	Verrugas	Verrugas/ Condiloma	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Médico e Enfermeiro

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

**\*Não é considerada IST e já foram abordadas no capítulo anterior.**

**\*\*Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico, referenciado conforme fluxograma descrito no capítulo específico.**

**Em todos os casos, caso haja relato ou registro de que o paciente possui algum tipo de imunossupressão (HIV/AIDS, diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outro tipo de terapia imunossupressora), o enfermeiro deverá referenciar para atendimento médico, auxiliando, como membro da equipe de saúde, nas condições pertinentes à sua prática**





## 2.2 - Tratamento dos parceiros

Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento de novas IST's é a quebra da cadeia de transmissão, a qual ocorre principalmente através do tratamento dos parceiros, bem como a triagem sorológica dos mesmos. Contudo, sabemos que devido a características peculiares das IST's, que envolvem questões importantes de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, o tratamento de parceiros acaba ficando muito abaixo do ideal, de modo que a reinfeção da pessoa que procura o serviço de saúde é algo recorrente. Tanto pode o usuário que procurou o serviço não comunicar o parceiro, mesmo sendo orientado a tal, quanto o parceiro ser comunicado e não procurar o serviço de saúde. Nesse quesito, o vínculo com os usuários adscritos e a vigilância do território são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia.

Em todos os tópicos, serão fornecidas informações sobre qual abordagem, com relação a exames e medicamentos, deverá ser feita para o parceiro, na evidência de uma IST. Esses quadros estarão localizados logo abaixo dos fluxogramas. O tratamento para os parceiros deve ser sempre orientado mediante consulta presencial com o mesmo, já que este pode ter dúvidas e necessidades diferentes do usuário que procurou a consulta inicialmente. Orientações e tratamentos fornecidos através de outrem podem gerar adesão menor do que o esperado, além de desconfortos entre as pessoas que poderiam ser evitados mediante orientações adequadas presencialmente.



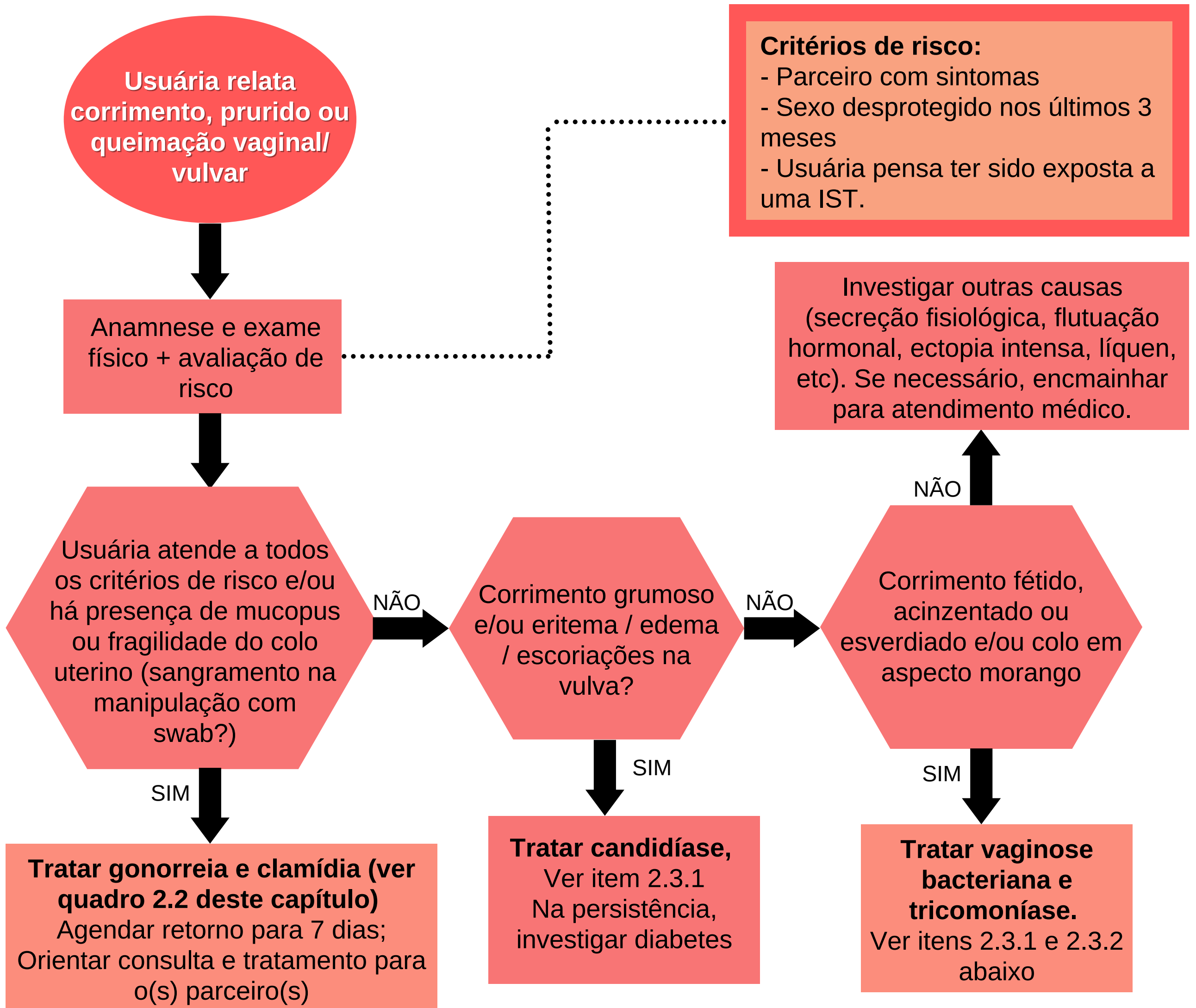
## 2.3 Síndrome do corrimento vaginal e cervicite

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e por isso os antimicrobianos para esses agentes são os de primeira escolha para o tratamento dessa síndrome. A abordagem sindrômica não faz diferença do agente causal, sendo que o tratamento será sempre feito para ambos os agentes. A vantagem dessa abordagem se dá, principalmente, pelo fato de os sintomas das uretrites gonocócica e não-gonocócica se confundirem, em alguns casos. O tratamento errado por definição equivocada do agente etiológico resulta em um tempo maior de cura, podendo gerar consequências mais graves, além de oneração do serviço de saúde.

Estes mesmos agentes podem infectar a mulher, gerando cervicites, e não uretrites como nos homens (uma vez que apenas no homem a uretra compõe parte do sistema reprodutor). Assim, ainda que a cervicite costuma ser assintomática na maioria dos casos, apresenta como principal sintoma na mulher a presença de mucopus endocervical. Por esse motivo, a abordagem a este tipo de problema está descrita nos fluxogramas referentes à "Síndrome do



## Fluxograma 2.1 - Síndrome do corrimento vaginal e cervicite



**Em todos os casos, orientar sobre ISTs, aconselhar o uso de preservativos e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, Hep. B e C (realizar testes rápidos preferencialmente). Abstinência sexual até o final do tratamento e desaparecimento dos sintomas.**

**Havendo dúvida diagnóstica ou suspeita de resistência à medicação, o enfermeiro deverá discutir o caso juntamente com o médico. GESTANTE - INTERCONSULTA**

**Quadro 2.2 - Esquema terapêutico para síndrome do corrimento vaginal e cervicite**

Agente	1ª opção (incluindo gestantes)	2ª opção	Observações
<b>Clamídia e gonorreia (infecção sem complicação)</b>	<b>Ceftriaxona* 500mg</b> dose única IM + <b>Azitromicina 1g</b> (2cp de 500mg), VO, dose única	Em virtude do importante nível de resistência às quinolonas, o combo envolvendo Ciprofloxacino não é mais recomendado como opção terapêutica viável.	<b>Se manutenção dos sintomas após 7 dias do tratamento inicial, encaminhar para tratamento médico imediato.</b>

O parceiro deverá ser tratado exatamente com o mesmo esquema terapêutico, mesmo que assintomático.

Agente	Primeira opção	Tratamento para parceiro masculino (se necessário)**	Tratamento em gestantes e nutrizes
<b>Tricomoniase*</b>	<b>Metronidazol 500mg VO</b> 12/12h por 7 dias***  Evitar bebidas alcoólicas.	<b>Metronidazol 2g</b> VO dose única  Evitar bebidas alcoólicas.	<b>Metronidazol 250mg</b> VO 3x/dia por 7 dias  evitar álcool.

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

\*Para diferenciação clínica e de abordagem entre vaginose bacteriana e Tricomoniase, verificar item 2.3.1 abaixo.

Contudo, devido a dificuldades na diferenciação dessas duas situações, é altamente recomendado o tratamento indicado neste quadro, incluindo o tratamento do parceiro.\*\*Ver item 2.3.2, abaixo.

No caso de parceira (feminina) que compartilhe objetos de uso vaginal, o tratamento deverá ser o de primeira opção.

\*\*\*Para outras opções terapêuticas é necessário a diferenciação entre Tricomoniase e vaginose bacteriana, conforme abaixo.

**2.3.1 - Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoniase e infecções mistas**

Os itens abaixo descrevem as principais diferenças entre vaginose bacteriana e tricomoniase. Contudo, cabe salientar que tal diferenciação pode não ser tão clara devido a sintomas/sinais comuns a ambas as situações, sendo amplamente indicado conduta comum com tratamento do parceiro, conforme indicador no quadro 5 (acima):

- **Vaginose bacteriana:** corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia. Não é considerada IST por se desenvolver normalmente por desequilíbrio da flora normal vaginal. Não é necessário tratar parceiro. Pode ser utilizado o **gel de Metronidazol 100 mg/g (uma aplicação à noite por 5 noites)** como primeira escolha, inclusive em gestantes e nutrizes.

- **Tricomoniase:** corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a “framboesa”. É considerada IST, sendo necessário o



tratamento do parceiro. Pode ser utilizado como primeira escolha o tratamento em dose única, com **Metronidazol 2g VO dose única** (8 cp de 250 mg, na opção disponível no município).

- **Infecções mistas:** não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso. Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Neste caso, recomenda-se o tratamento do quadro mais sugestivo, com retorno antes do final do tratamento para avaliação, ou o tratamento de ambos os quadros em conjunto, optando-se, preferencialmente, por tratamento oral para uma condição e tópica para outra.

### 2.3.2 - Tratamento do parceiro

Nesse caso, o tratamento deve ser realizado conforme o quadro 2.2, incluindo tratamento do parceiro. Caso seja realizada diferenciação clínica com diagnóstico de vaginose bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.

Já a candidíase, mesmo não sendo IST, pode manifestar sintomas no homem, ainda que isso ocorra em uma minoria dos casos. Os sintomas mais comuns envolvem prurido e irritação na glândula do pênis, podendo haver descamação no local em casos mais exacerbados. Na maior parte, lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando adequadamente, pode solucionar o problema. Contudo, devido ao grande incômodo e consequências sociais (devido ao prurido), o tratamento medicamentoso pode ser necessário (ver quadro 1.1 do primeiro capítulo).

### 2.3.3 - Doença Inflamatória Pélvica

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma complicação importante das infecções sexualmente transmissíveis nas mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde internações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária, ou mesmo a evitabilidade de óbito por complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa.

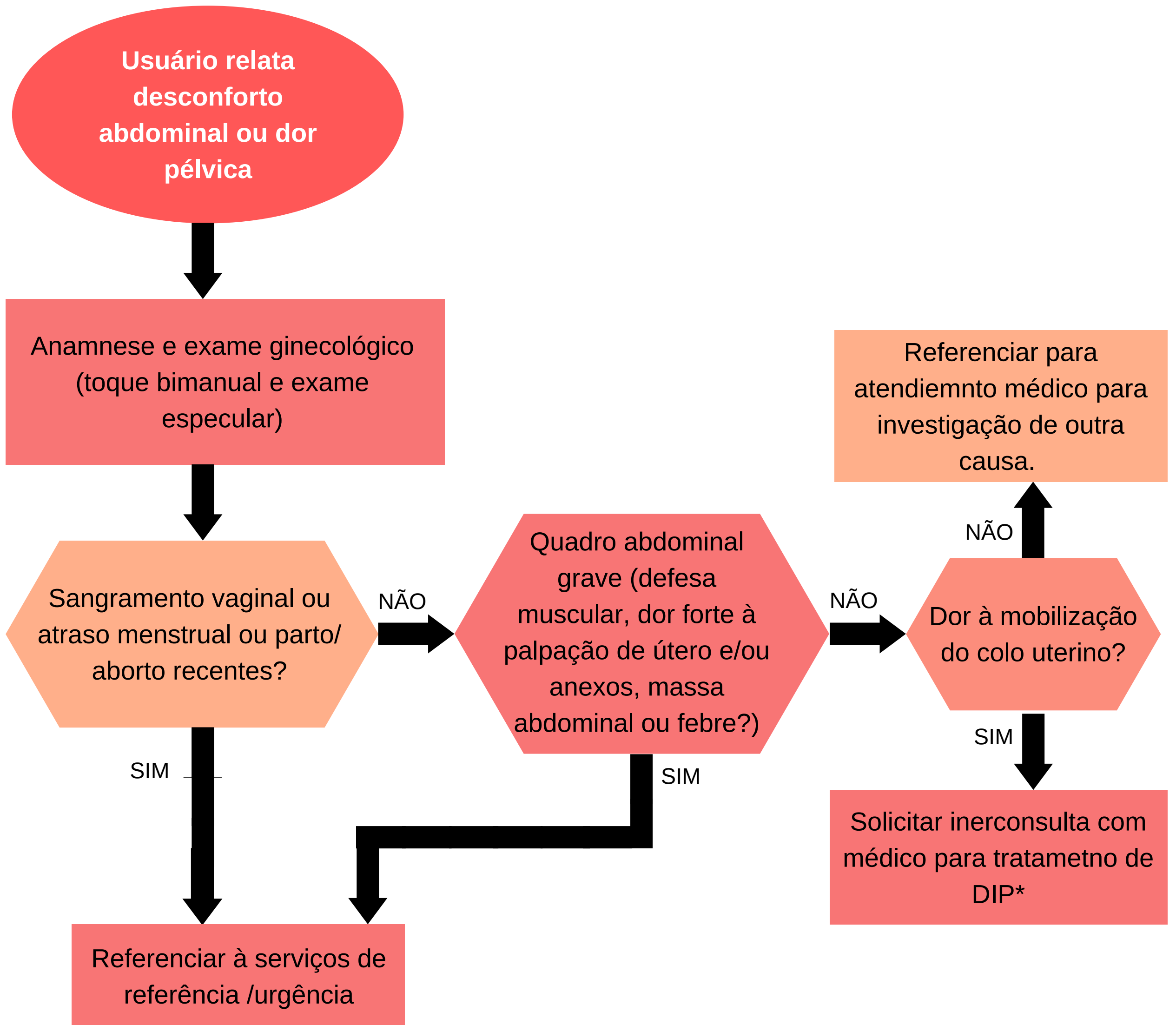
Além dos critérios de urgência e necessidade de encaminhamento a atenção terciária, na presença de sinais de gravidez (vide fluxograma abaixo), a DIP é considerada uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (spotting) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.





## Fluxograma 2.2 - Síndrome da Dor pélvica



**Em todos os casos, orientar sobre ISTs, aconselhar o uso de preservativos e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, Hep. B e C (realizar testes rápidos preferencialmente).**

**\*Considerando o impacto que a DIP tem e a possibilidade de, mesmo com o uso de fluxograma, confusão com outras causas de dor em baixo ventre, o tratamento para esta doença deverá ser em conjunto com o médico, sendo a prescrição responsabilidade deste último.**





### Quadro 2.3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

	Primeira opção*	Segunda opção*
<b>Doença Inflamatória Pélvica</b>	<b>Ceftriaxona* 500mg IM, dose única</b> + <b>Doxiciclina 100mg 12/12hs VO por 14 dias</b> + <b>Metronidazol 500mg VO 12/12h por 14 dias</b>	<b>Ciprofloxacino 500mg VO 12/12hs por 14 dias</b> + <b>(Doxiciclina 100mg 12/12hs VO por 14 dias OU Azitromicina 2g VO dose única)</b> + <b>Metronidazol 500mg VO 12/12 hs por 14 dias</b>

\*Os tratamentos para DIP são de atribuição exclusiva do médico.

Os parceiros deverão ser tratados para clamídia e gonorreia, independentemente do agente causador da DIP (se isolado). Para isso, referenciar ao quadro 2.2 deste capítulo. Este tratamento poderá ser prescrito pelo enfermeiro. Todos os parceiros sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP deverão ser tratados. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate o último parceiro.

## 2. 4 - SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. A presença de úlcera genital está associada a um maior risco de contaminação pelo HIV.

As etiologias mais comuns para úlcera genital são o Cancro mole, a Donovanose, o Herpes Genital e a sífilis, sendo citado cada uma das situações abaixo de forma resumida.

### 2.4.1 - Cancro mole

Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com secreção amarelada de odor fétido. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%.

O acompanhamento do paciente deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a abstinência sexual até resolução total da doença.

### 2.4.2 - Donovanose

Infecção sexualmente transmissível crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito à cronicidade da lesão.



Figura 1. Donovanose. Fonte: Velho PE, Souza EM, Belda Junior W. Donovanosis. Braz J Infect Dis. 2008;12(6):523

### 2.4.3 - Herpes genital

Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que apresentam um período de incubação médio de 6 dias.

Muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV (vírus da herpes humana) nunca desenvolverão manifestações, sendo que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estes pacientes devem ser manejados pelo profissional médico.

Indivíduos com presença de lesões disseminadas, mesmo que imunocompetentes, devem passar por avaliação médica imediata a fim de estabelecer a melhor conduta clínica.



Figura 1. Herpes Simples Genital. Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>



Figura 2. Herpes Simples Genital. Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>

### 2.4.4 Sífilis

A lesão cancroide ou cancro duro indolor é a característica principal desta patologia em sua fase inicial. Esta apresenta um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (fase primária), sendo que esta lesão desaparece espontaneamente em até 4 semanas após o aparecimento, sem deixar cicatrizes.



Figura 3. Cancro Duro. Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>

A Sífilis secundária surge de 6 semanas a 6 meses após a lesão inicial, sendo caracterizada por alterações cutâneas, dentre as quais a principal é a roséola (exantema não pruriginoso), em sua fase mais precoce. Tardiamente a isto, outras reações cutâneas e sistêmicas podem



ser observadas como: alopecia, pápulas palmo-plantares, placas mucosas e adenopatia generalizada, as quais novamente desaparecem após algumas semanas, mesmo que nenhum tratamento tenha sido realizado.

Importante ressaltar que, mesmo sem a presença da lesão cancroide, o paciente é transmissor da sífilis e, considerando a possibilidade da involução espontânea da sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos (Teste Rápido, FTA-ABS\*) e não treponêmicos (VDRL) fazer parte da rotina da enfermagem no município de Brusque para todos os pacientes que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àqueles que nunca tenham realizado o exame.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis e paciente sem histórico de tratamento anterior (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as 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.

O fato da realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do 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.

\*Teste rápido treponêmico (FTA-ABS) será sempre reagente em pessoas com história de diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado neste caso o VDRL (não treponêmico) para controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nesta situação a possibilidade de cicatriz sorológica.

#### **2.4.4.1 - Acompanhamento de titulação de VDRL**

Na evidência de sífilis, indiferentemente do estágio, o acompanhamento de cura deverá ser feito através da solicitação de VDRL, no seguinte esquema:

- Não gestante: solicitar VDRL a cada 3 meses até o 12º mês de acompanhamento do paciente;
- Gestante: solicitar VDRL mensalmente até o final da gestação. Após, seguir o mesmo esquema para não-gestante.

Após tratamento completo, considera-se resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos até negativação em um período de 6 a 12 meses. Se após esse período ainda houver reatividade, porém em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses por um período de mais 12 meses.

Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Nessa situação deve ser considerada a possibilidade de reinfecção.



**Então, considera-se um tratamento efetivo após 12 meses se:**

- Novo VDRL é  $\leq 1:4$  ou sem alteração OU
- Novo VDRL é  $> 1:4$  mas pelo menos 4 vezes menor que o anterior (ex. era 1:32 e agora é 1:8) após 3 meses, ou após 12 meses de tratamento para sífilis tardia prévia.

**Conduta:** continuar monitoramento com VDRL conforme esquema acima até completar 2 anos do início do tratamento, quando poderá ser dado alta na continuidade desta titulação.

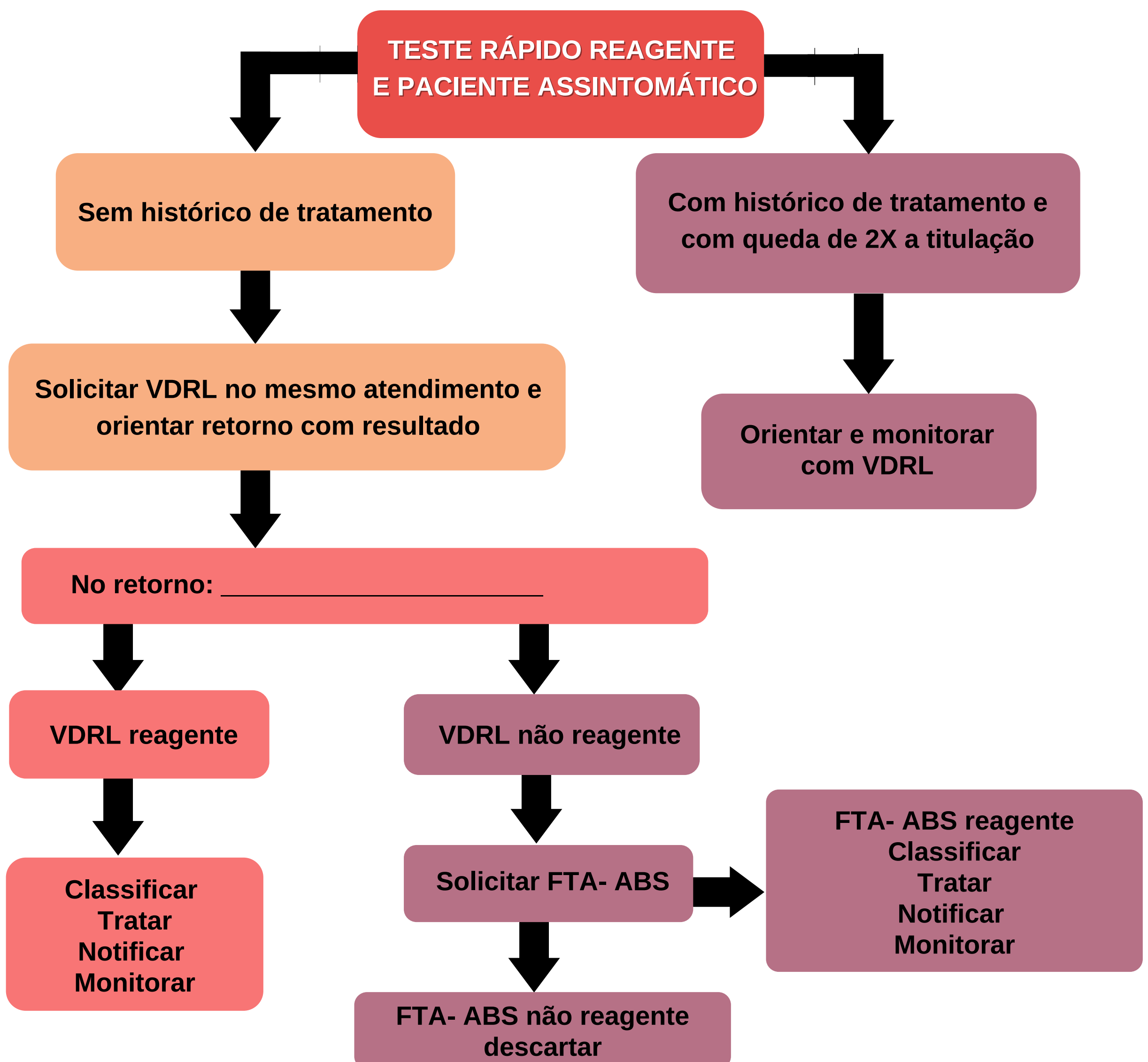
**Se titulação de VDRL maior do que a especificada ou insegurança na interpretação do exame, solicitar atendimento conjunto com médico.**

O fluxograma abaixo serve para nortear conduta frente ao Teste Rápido Reagente no município de Brusque. Casos adversos a este e informações complementares deverão ser consultados nos PCDT 2019 e PCDT 2020 do Ministério da Saúde.

\*Solicitar FTA-ABS, somente se TR e VDRL divergentes.

\*Notificar somente após confirmação de diagnóstico, (VDRL/FTA-ABS REAGENTE).

### Fluxograma 2.3 - Sífilis adquirida/ não específica



### 2.4.5 - Sífilis Congênita

A transmissão vertical da sífilis continua como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo a IST que possui maior taxa de transmissão vertical.



Considerando este grave problema de saúde pública e tendo a sífilis um grau de transcendência extremamente considerável na atenção ao pré-natal, o diagnóstico adequado e em tempo oportuno, bem como o tratamento correto, são fatores imprescindíveis no enfrentamento desta situação. O quadro abaixo traz resumidamente o tratamento geral e da gestante, de acordo com a fase clínica.

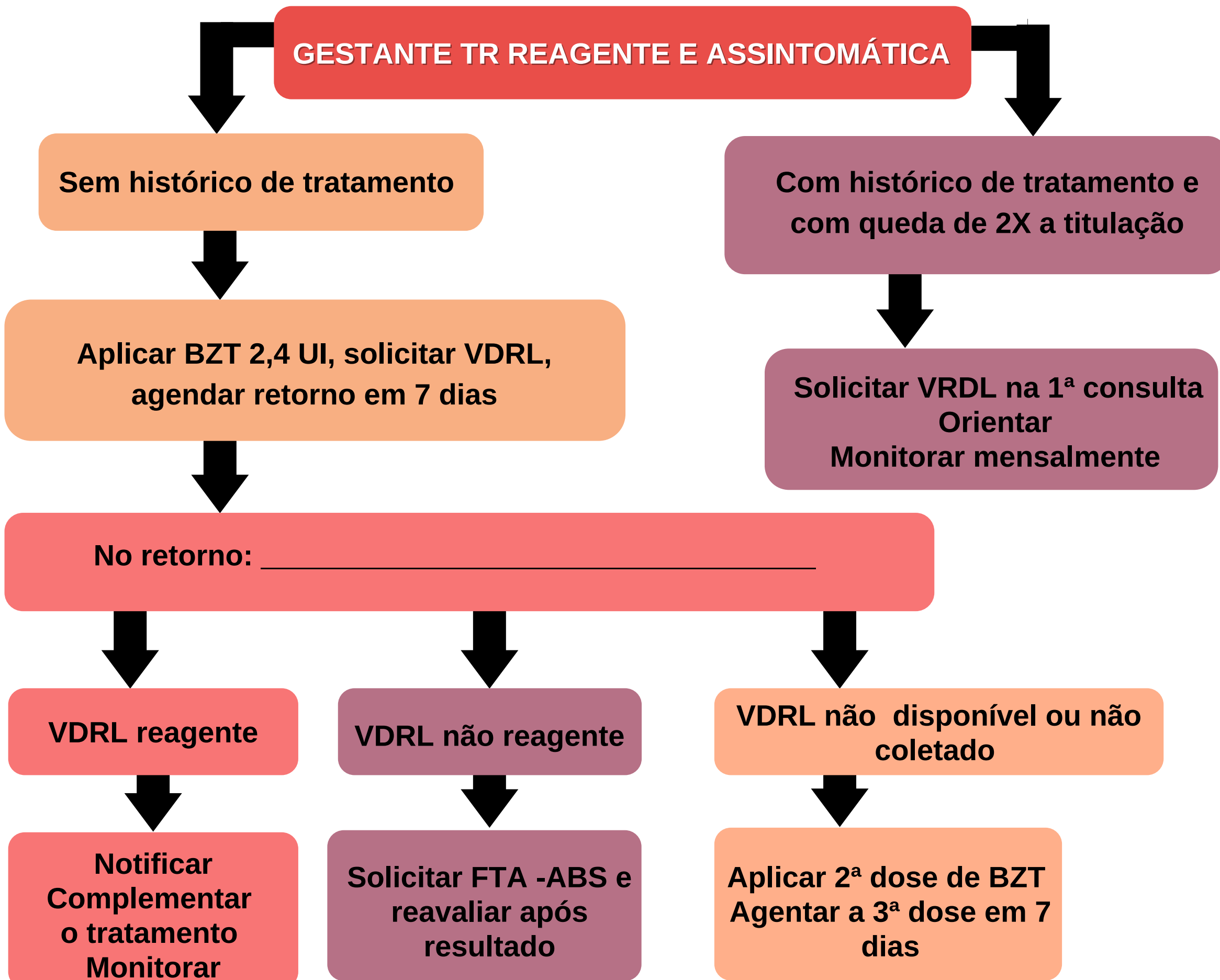
**Quadro 2.4 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis\*\***

Estadiamento	Esquema terapêutico	Opções terapêuticas na impossibilidade da penicilina ou alergia	Controle de cura (sorologia)
<b>Sífilis primária</b>	<b>Penicilina G Benzatina</b> , 2.4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada nádega)	<b>Doxiciclina 100mg</b> 12/12h (VO) por 14 dias.	VDRL trimestral - redução da titulação
<b>Sífilis latente, latente tardia ou terciária*</b>	<b>Penicilina G Benzatina</b> , 7.2 milhões UI, IM, divididos em 3 doses (2.4 milhões UI por semana)	<b>Doxiciclina 100mg</b> 12/12h (VO) por 28 dias.	VDRL trimestral - redução da titulação
<b>Sífilis em Gestante</b>	<b>Penicilina G Benzatina</b> , 7.2 milhões UI, IM, divididos em 3 doses (2.4 milhões UI por semana)	Preferencialmente Penicilina. Caso alergia, referenciar para atenção terciária para desensibilização.	VDRL mensal - redução da titulação

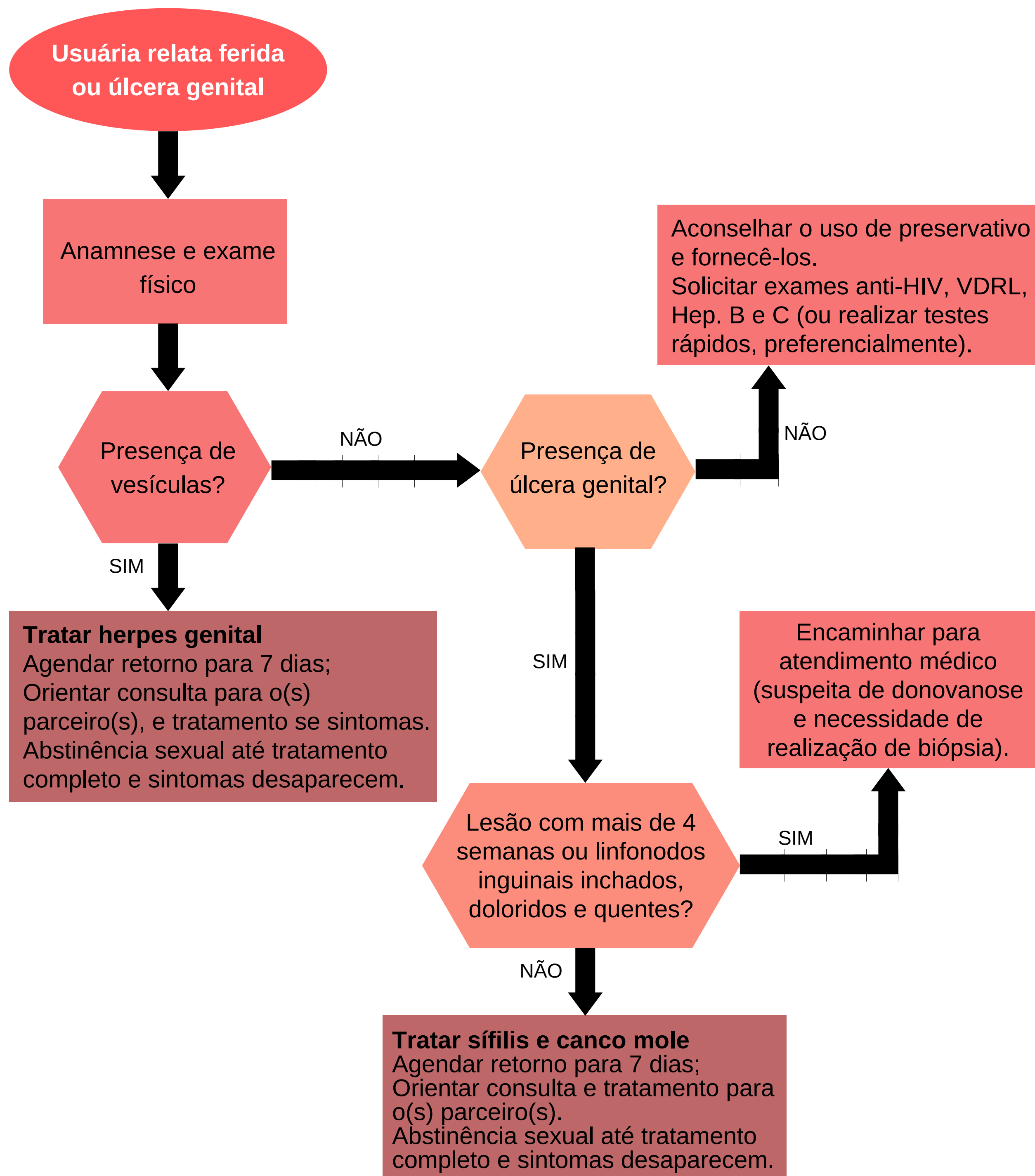
\*Em caso de suspeita de neurosífilis, encaminhar para atendimento médico imediato.

\*\*Somente poderá ser realizada a aplicação dos medicamentos com o médico presente na UBS

**Fluxograma 2.4 - Sífilis em gestante**



## Fluxograma 2.5 - Síndrome de úlcera genital



**Em todos os casos, orientar sobre ISTs, aconselhar o uso de preservativos e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, Hep. B e C (realizar testes rápidos preferencialmente). Encaminhar para atendimento médico imediato se falha terapêutica.**



**Quadro 2.5 - Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital**

Agenda	1ª opção	2ª opção	Observação
<b>Herpes Genital</b>	<b>Aciclovir 400mg</b> VO 3x ao dia por 7 dias Se dor prescrever <b>lidocaína gel</b> (uso tópico) a cada 8 horas nas lesões		Se recidiva, prescrever aciclovir 800mg VO, 3x por 2 dias, iniciando preferencialmente no período prodômico (aumento de sensibilidade local, ardor, prurido e hiperemia da região genital), mesmo antes das vesículas aparecerem.
<b>Sífilis*</b>	<b>Penicilina G Benzatina</b> , 2.4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada nádega) - esquema para sífilis primária <small>Apenas poderá ser administrada na UBS se médico presente</small>	<b>Doxiciclina 100mg</b> , VO, 12/12h, por 14 dias <b>(apenas se alergia a penicilina e não gestante/nutriz)</b>	Doxiciclina é contraindicado em gestantes e nutrízes. Considerando a problemática da sífilis congênita e em gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, preferenciar a atenção terciária para desensibilização, em virtude da penicilina ser a única droga a romper a barreira placentária.
<b>Cancro mole</b>	<b>Azitromicina 1g</b> , VO, dose única	<b>Ciprofloxacino 500mg</b> , VO, 12/12h por 3 dias.	Ciprofloxacino é contraindicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrízes.
<b>Donovanose</b>	<b>DOXICICLINA 100mg</b> , VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas;	<b>Azitromicina 1g</b> , VO 1x aos dia, por 3 semanas	Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico.

\*Conduta válida apenas para tratamento de sífilis primária (evidência de lesão ulcerativa no momento da consulta), exceto para gestantes. Para condutas a serem tomadas diante de exames e estadiamento da sífilis ou para gestantes, referenciar ao quadro 4 neste mesmo capítulo.

\* O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódica, conforme item 2.4.2 deste mesmo capítulo.

\*\* A aplicação da Penicilina Benzatina somente poderá ser realizada com a presença do médico na UBS, o motivo é maior segurança do paciente caso acha alguma reação.

Orientar consulta dos parceiros. Os diagnósticos e condutas terapêuticas para estes deverão seguir o mesmo esquema descrito acima. No caso de tratamento para úlcera genital, deverá ser solicitado VDRL para parceiro, mesmo que este(a) não tenha evidência de lesão genital, prosseguindo ao tratamento caso necessário. Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada doxiciclina (exceto nas gestantes e nutrízes).

## 2.5 Condiloma ou verrugas anogenitais

Doença viral causada pelo Papilomavírus Humano (HPV), caracterizada por verrugas anogenitais, as quais podem únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas em região peniana, anal ou vaginal. O paciente permanecer anos sem manifestar lesões verrugóides.

A principal complicação da infecção pelo HPV é o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas mulheres e o câncer de pênis nos homens, devendo a avaliação dos parceiros ser algo a ser buscado sempre, não só na quebra da cadeia de transmissão, mas também na prevenção do câncer genital, o qual apresenta alto impacto na população sexualmente ativa.

Situações especiais como gestantes e pessoas imunodeprimidas, portadores do HIV por exemplo, devem ser avaliados criteriosamente na escolha e condução do tratamento. Para a realização dessas medidas de tratamento encaminhar para Clínica da Mulher.

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser avisados sobre a possibilidade de recorrência, que frequentemente ocorrem nos três primeiros meses.

### Observações

- Sempre realizar exame citopatológico de colo uterino (associação de câncer nesse local com HPV);
- Tranquilizar paciente já que a maioria das verrugas regride espontaneamente em até 2 anos.

Mulher com presença de  
verrugas anogenitais



Encaminhar para Clínica da Mulher

## 2.6 Prurido Genital

O prurido em região genital ou perigenital pode evidenciar outros problemas que não os descritos nos capítulos anteriores. Um dos mais comuns é pediculose genital, a qual consiste na presença de um parasita chamado Pthirus púbis, popularmente conhecido como “chato”.

A infecção pode ser evidenciada pela identificação diretamente, a olho nu, do parasita, concomitante com áreas discretas de inflamação na pele de onde o parasita suga o sangue. Ainda podem ser identificados os ovos ligados aos pelos pubianos, de maneira semelhante ao que acontece na infecção pelo piolho comum (*Pediculus capitis*).

O tratamento consiste na aplicação de permetrina creme a 1% sobre toda a área afetada, sendo retirada após 10 minutos. O mesmo medicamento deve ser reaplicado após uma semana. Não há contra-recomendações de uso da permetrina em gestantes. O uso de sabão neutro no local é recomendado devido à menor irritação cutânea gerada por esses agentes. É altamente recomendado a troca diária das roupas de cama durante o tratamento, sendo lavados com água e sabão, expostas ao sol e passadas a ferro quente. A mesma recomendação serve para as roupas íntimas. A depilação local deve ser avaliada, sendo efetiva no controle dos parasitas mas não obrigatória, contanto que as condições de higiene pessoal sejam adequadas.

Sendo uma IST, é importante que os parceiros sejam consultados e que todas as orientações referentes à contração de IST sejam realizadas. Além disso, questionar e estar atento para sinais/sintomas que possa sugerir outras IST, bem como oferecer sorologias.

Além da pediculose pubiana, outros problemas podem gerar prurido sem serem enquadrados nos fluxos apresentados. Dentre os mais comuns estão as doenças conhecido como líquen e seus subtipos, as quais possuem natureza etiológica variada e acometem a região genital feminina. Sinais de atenção para o enfermeiro no momento da consulta envolvem a mudança de coloração da vulva, modificações anatômicas da vulva, placas de coloração diferente do habitual (avermelhadas ou esbranquiçadas, normalmente), adelgaçamento da pele vulvar,



dispareunia e disúria não explicada, e prurido sem correlação com outras síndromes/doenças. Ao evidenciar um quadro sugestivo de líquen, o enfermeiro deverá encaminhar para atendimento médico.

## 2.7 - HIV/ AIDS

Desde a revolução propiciada pela terapia antirretroviral (TARV) o HIV/AIDS se traduziu em uma patologia crônica, a qual apresenta importância relevante por parte do atendimento pelo profissional de enfermagem, desde o diagnóstico até mesmo ao acompanhamento do tratamento e complicações da referida terapia.

O diagnóstico da soropositividade em relação ao HIV pode ser feito por testes rápidos (fluxo lateral e duplo percurso) os quais fornecem a confirmação diagnóstica precoce do paciente portador de HIV. Em função disso, recomenda-se triagem universal de todas as pessoas que iniciaram a vida sexual independente da idade, mas respeitando os princípios éticos na solicitação destas sorologias.

Não será abordado neste momento as especificidades da referida testagem, neste momento, caso deseje saber mais os mesmos pode ser acessado pelo link abaixo: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf).

Os testes rápidos são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado. Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV.

### 2.7.1 - Rastreamento

O rastreamento para a infecção pelo HIV deve ser feito nas seguintes situações:

- Gestação (primeiro e terceiro trimestres)
- Presença de outras doenças sexualmente transmissíveis
- Tuberculose
- Pessoas que apresentam manifestações clínicas compatíveis com infecção aguda ou tardia pelo HIV
- Comportamento sexual de risco
- Uso de drogas injetáveis
- Pessoas que pedem para realizar o exame

Se o exame for feito em adolescentes, não é necessária a autorização ou presença dos pais.



### 2.7.2 - Quando suspeitar da infecção pelo HIV?

#### SÍNDROME DA INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

Ocorre geralmente entre duas e seis semanas após a infecção, manifestando-se de forma sintomática em mais de 60% das pessoas infectadas, com sintomas desde leves até proeminentes, necessitando algumas vezes de internação hospitalar. Como os sintomas são inespecíficos, frequentemente o diagnóstico de HIV não é suspeitado.

Manifestações clínicas relacionadas à infecção aguda pelo HIV

O paciente pode estar assintomático ou apresentando um ou mais dos sintomas a seguir:

- Febre (38 a 40°C).
- Linfadenopatias (cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar) indolores, simétricas e móveis.
- Náusea.
- Diarreia.
- Perda de peso.
- Dor de garganta.
- Rash cutâneo.
- Ulcerações mucocutâneas.
- Mialgia/artralgia.
- Cefaleia.
- Meningite asséptica

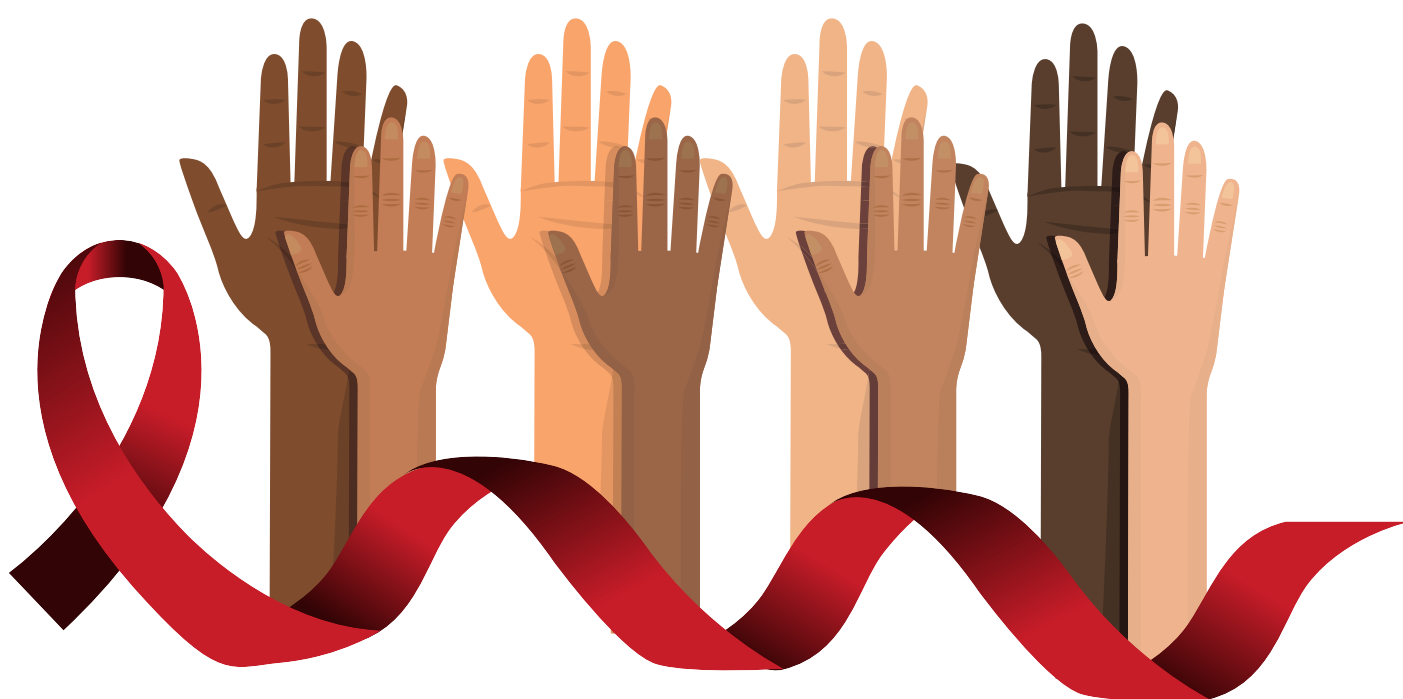
O quadro clínico tem resolução espontânea, normalmente, após 1 a 4 semanas.

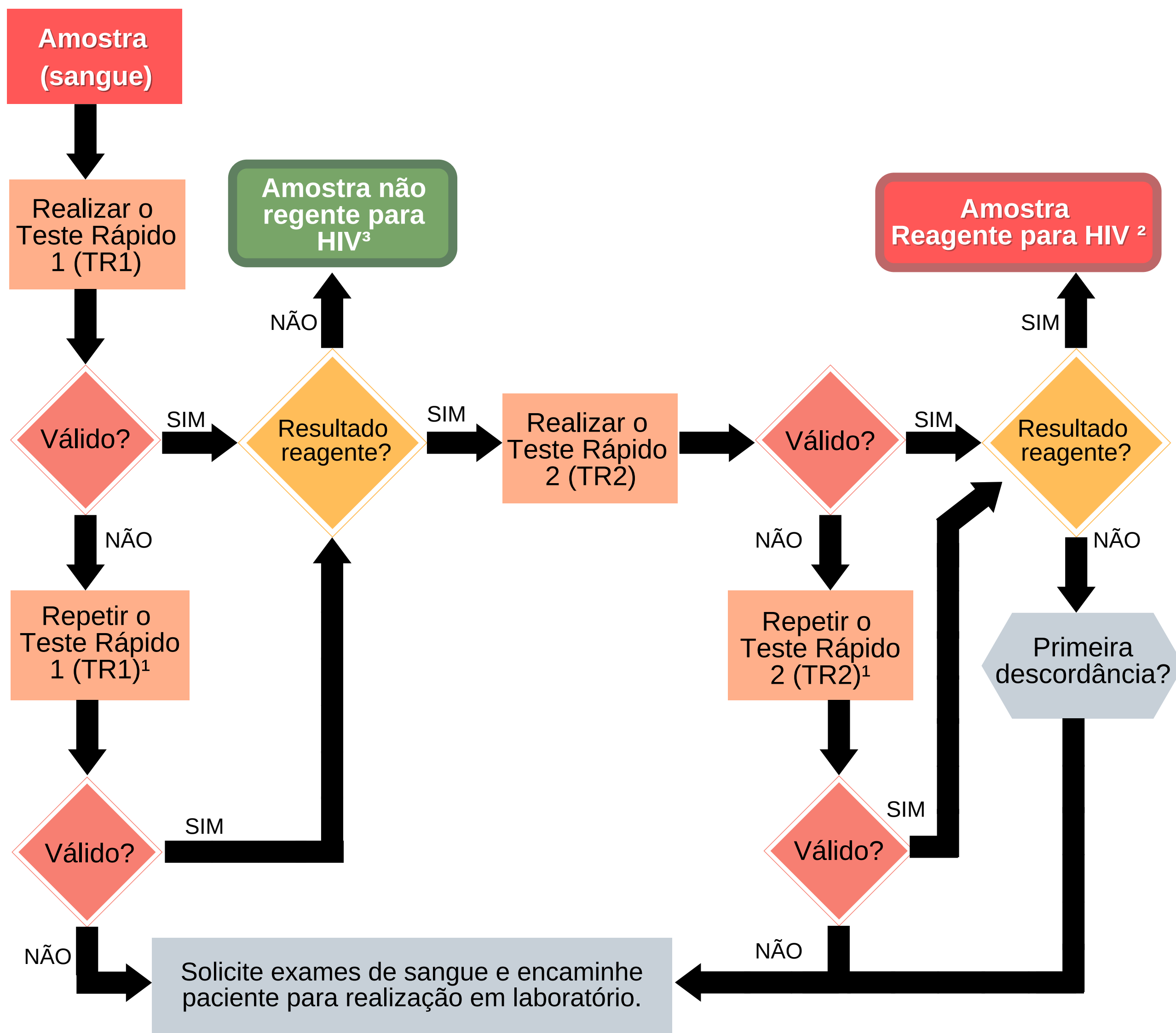
### 2.7.3 - Como diagnosticar a infecção pelo HIV?

A estratégia prioritária para o diagnóstico da infecção pelo HIV na atenção primária é a realização do teste rápido. A oferta do teste rápido é obrigatória no primeiro e terceiro trimestres do pré-natal e no momento do diagnóstico da tuberculose, porém ele também deve ser oferecido para qualquer pessoa com indicação para o exame.

O teste rápido é realizado em sangue capilar conforme o Manual Técnico para o diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV. Se positivo, o exame deve ser repetido em nova amostra utilizando teste de outro laboratório. O Ministério da Saúde preconiza atualmente o treinamento para a realização dos testes rápido através do TELELAB, disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv>.

O resultado do teste rápido deve ser fornecido ao paciente em laudo padronizado, assinado pelo profissional que realizou o exame. O fluxograma a seguir resume o processo do diagnóstico do HIV por meio do teste rápido.



**Fluxograma 2.6 - TR1 + TR2: sequencial. TR-1 e TR-2 de fabricantes diferentes**

<sup>1</sup> Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

<sup>2</sup> Encaminhar o paciente para Serviço de Assistência Especializada (SAE) - Infectologista.

<sup>3</sup> Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra

**2.7.4 - Comunicação com o paciente a respeito do exame do HIV**

A realização do exame do HIV deve ser acompanhada de uma comunicação adequada com o paciente, que precisa autorizar verbalmente sua realização. Esse processo é dividido em aconselhamento pré-teste e aconselhamento pós-teste. Mesmo que o aconselhamento seja mais breve na APS, ele requer tempo adequado para ser realizado e, inclusive, para repetir o teste rápido em caso de resultado positivo. Para tanto, pode ser necessário resolver antecipadamente demandas que requerem atenção mais imediata.





## Aconselhamento pré-teste

O aconselhamento pré-teste tem como função discutir com o paciente os motivos para a realização do teste, explicar os procedimentos envolvidos, esclarecer dúvidas e obter o consentimento. O conteúdo da discussão depende muito da necessidade de informações expressas pelo paciente. Por exemplo, quando o exame é realizado como parte da rotina do acompanhamento pré-natal, pode ser suficiente informar que o exame faz parte da rotina, com o objetivo de detectar precocemente uma infecção tratável, já quando o exame é solicitado devido à presença de comportamentos de risco ou o paciente apresenta grande ansiedade em relação ao exame, pode ser necessário um aconselhamento mais extenso.

Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma individualizada, a leitura do resultado pode ser feita pelo profissional na frente do paciente. Entretanto, se o paciente aguardar na sala de espera durante o intervalo entre o término do aconselhamento pré-teste e o momento em que é feita a leitura do resultado, pode ser mais fácil para o profissional de saúde se preparar emocionalmente para informar o resultado caso ele seja positivo. Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma coletiva, os pacientes devem obrigatoriamente aguardar o resultado na sala de espera.

O quadro abaixo apresenta uma proposta de aconselhamento pré-teste adequada à consulta em atenção primária.

### Quadro 2.6 - Proposta de aconselhamento pré-teste

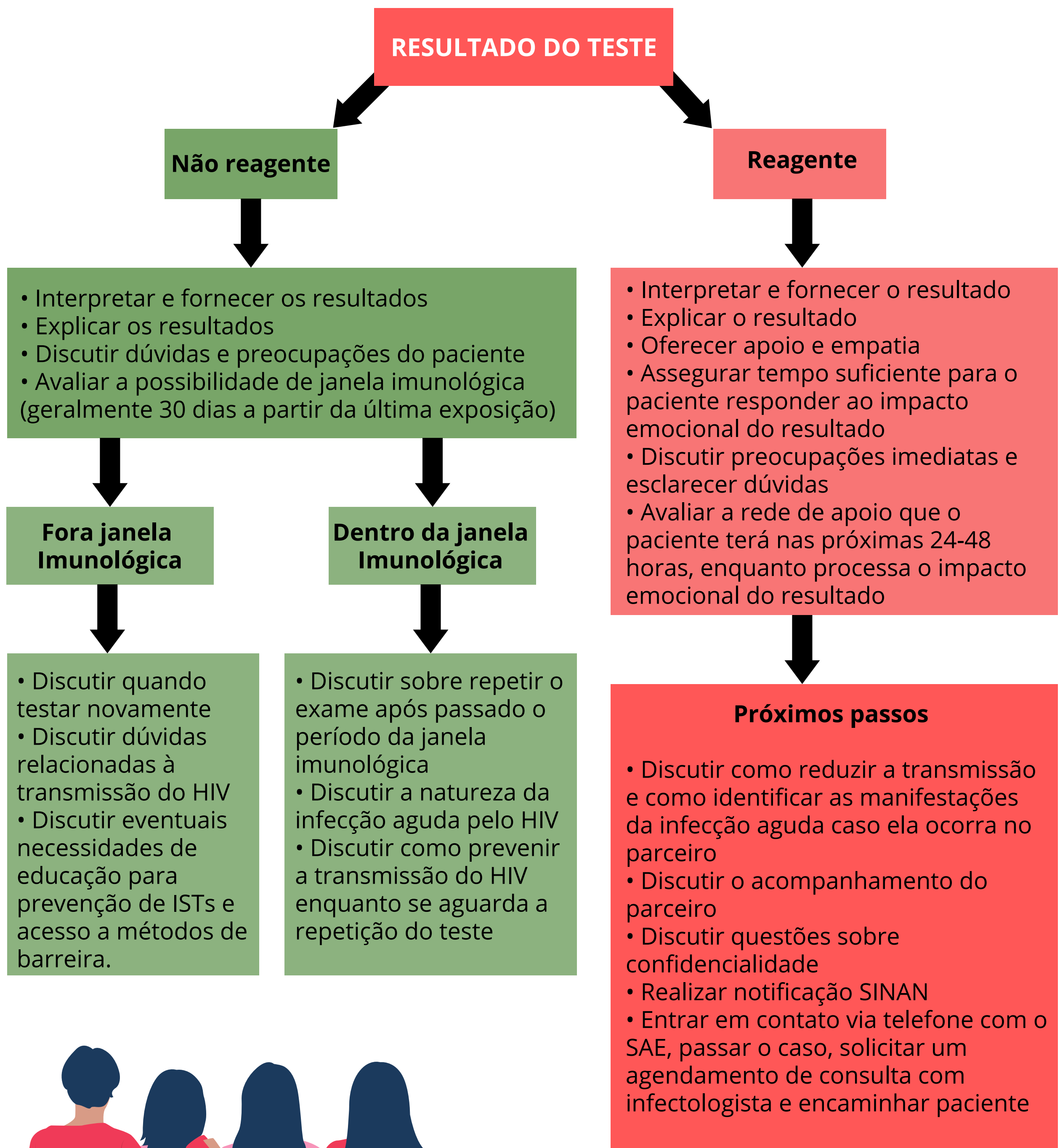
Elementos que podem ser incluídos na discussão	Ação
<p><b>Benefícios da realização do teste se resultado negativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– O paciente se tranquiliza de que não tem HIV</li> <li>– O paciente pode continuar tomando medidas para evitar a infecção</li> <li>– Suas eventuais doenças atuais poderão ser tratadas sem serem afetadas pelo HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter consentimento para o teste</li> <li>- Garantir a confidencialidade sobre o resultado do exame</li> <li>- Definir se o paciente estará sozinho ou acompanhado no momento do resultado</li> <li>- Assegurar-se de que o cadastro do paciente está atualizado com as informações corretas para contato posterior, se necessário.</li> </ul>
<p><b>Benefícios da realização do teste se resultado positivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Existem tratamentos eficazes que previnem complicações associadas ao HIV</li> <li>– É possível tomar medidas para evitar a transmissão da doença para seus parceiros sexuais</li> <li>– O tratamento para outras doenças pode ser ajustado, se necessário, para acomodar o tratamento do HIV</li> <li>– Pessoas com HIV podem ter filhos saudáveis se souberem da infecção já no início da gestação</li> <li>– É possível ter maior controle sobre para quem contar e quando contar, do que se a doença for descoberta mais tardiamente, quando há manifestações clínicas da infecção.</li> </ul>	

## Aconselhamento pós-teste

O aconselhamento pós-teste também deve ser focado nas necessidades expressas pelo paciente. Ele obviamente terá duração maior se o resultado for positivo. O fluxograma a seguir apresenta uma proposta de aconselhamento pós-teste adequada à consulta em atenção primária.



## Fluxograma 2.7 - Aconselhamento pós-teste rápido para HIV





## 2.4.5 - DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS - PrEP E PEP

Como o próprio nome sugere, a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) é indicada e utilizada antes da exposição sexual, enquanto a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) é utilizada após uma exposição sexual com indicação de prevenção do HIV. É claro que a PrEP não é exclusiva para esses grupos e os graus de vulnerabilidade individuais devem ser levados em conta na hora da indicação do método.

A PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – é o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com o vírus. A presente atualização traz mudanças nos critérios de indicação da PrEP no Brasil, com a inclusão da indicação para todos os adultos e adolescentes sexualmente ativos sob risco aumentado para infecção pelo HIV; mudança na posologia inicial do medicamento, com a inclusão da dose de ataque de 2 comprimidos de fumarato de tenofovir desoproxila/entricitabina (TDF/FTC) no primeiro dia de uso, seguido de um comprimido diário e mudanças no seguimento laboratorial da PrEP.

A PEP – Profilaxia Pós-Exposição – é o uso de medicamentos antiretrovirais por pessoas após terem tido um possível contato com o vírus HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). Para funcionar, a PEP deve ser iniciada logo após a exposição de risco, em até 72 horas; e deve ser tomada por 28 dias. Deve-se encaminhar imediatamente a paciente a um serviço de saúde que realize atendimento de PEP assim que julgar esta ter estado em uma situação de contato com o HIV. É importante observar que a PEP não serve como substituta à camisinha.

### OBS: Preencher formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

PREP (Tenofovir 300mg + Entricitabina 200mg)

Apresentação: Comprimido composto (combinado de dois medicamentos)

Via de Administração: Oral

Indicações: 1x ao dia, todos os dias ininterruptos.

**NÃO É TRATAMENTO.** É o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV.

Observações: A PrEP não previne a gravidez e não garante 100% de proteção contra o HIV

PEP (Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg + Dolutegravir (DTG) 50mg)

Apresentação: Comprimido composto (dose fixa combinada TDF +3TC) + comprimido de DTG que devem ser usados em conjunto)

Tratamento: Iniciado o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição e tendo como limite 72 horas subsequentes à exposição.

**O esquema preferencial para PEP em adultos é:** Tenofovir (TDF)/Lamivudina (3TC): + Dolutegravir (DTG): 1 comprimido de (TDF+3TC) + 1 comprimido de DTG, via oral, uma vez ao dia, por 28 dias.

Indicações: é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento);
- Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).



Observações: É importante que o tratamento seja feito até o fim, pois caso tenha havido de fato exposição do HIV, é possível garantir a neutralização de todas as partículas virais e, assim, evitar o desenvolvimento da doença.

- Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, NÃO está indicada a PEP. No entanto, se o material biológico e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico conforme o fluxograma 2.4, além de orientações sobre prevenção combinada.
- Existe a recomendação de que toda pessoa com exposição sexual de risco ao HIV seja avaliada para um eventual episódio de infecção aguda pelos vírus das hepatites A, B e C.

### Situações especiais:

As mesmas contraindicações aos antirretrovirais (ARV) devem ser observadas ao se iniciar PEP:

- gestantes no primeiro trimestre (até 12<sup>a</sup> semana de gestação);
- suspeita de gestação (pessoa que está tentando engravidar, atraso menstrual e presença de sinais e sintomas de gravidez, com risco de já ter concebido);
- insuficiência renal crônica\*;
- crianças menores de 12 anos;
- uso de medicações anticonvulsivantes com interação medicamentosa, dofetilida e pilsicainida.
- TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco), quando a taxa de filtração glomerular for menor que 50 mL/min, ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. Nestes casos a indicação deve ser avaliada, já que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e provavelmente reversível com a suspensão do medicamento.

**ATENÇÃO: o uso concomitante de rifampicina, fenitoína, fenobarbital e carbamazepina requer ajuste da dose do DTG para 50mg 12/12h.**

- Pessoa-fonte que já utilize terapia antirretroviral (TARV) em esquemas alternativos ou tenha carga viral detectável. Nesses casos, é importante que a pessoa exposta inicie a PEP e seja reavaliada o mais brevemente possível em serviço especializado para adequação do esquema de PEP.
- Pessoa exposta seja portadora de hepatite B concomitante.
- Necessidade de utilizar esquemas alternativos.

**A prescrição de medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PREP) conforme protocolo Ministério da Saúde é detinada a enfermeiros atuantes no SAE e SAVS.**



## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatitis e outras DST/** Ministério da Saúde, Secretarira de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
5. British Medical Journal (BMJ), Best Practice. Tópicos: **Doença Inflamatória Pélvica; Cervicite; Corrimento Vaginal; Corrimento Uretral.**
6. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022.** Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
7. CHESTER SEXUAL HEALTH. (em 18 de agosto de 2012). Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>
8. COFEN. **Parecer Técnico sobre a Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros.** BRASÍLIA, 6 maio 2020.
9. Workowski KA, Berman SM; Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010** [published correction appears in MMWR Recomm Rep. 2011;60(1):18]. MMWR Recomm Rep. 2010;59 (RR-12):1-110
10. World Health Organizatin (WHO). **Global Incidence and Prevalence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections – 2008.** Genebra: World Health Organization, 2012.





### **3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO**

Em 12 de janeiro de 1996 foi sancionada a Lei no 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, visando assegurar os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva. É nesse contexto que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar, tanto para pré- concepção quanto para a contracepção.

#### **3.1 – Preconcepção**

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 ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina.

#### **Condutas 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 no mínimo 30 dias 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); 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 ausente, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação MS/2014 14 . 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 o MFC 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.

#### **3.2 – Métodos Contraceptivos**

O enfermeiro deverá auxiliar a paciente na escolha do método anticoncepcional considerando suas particularidades, tais como idade, doenças associadas, tabagismo, estilo de vida e perfil sociocultural, uma vez que há contraindicações relativas e absolutas para cada método.

Na consulta de enfermagem é importante levantar o histórico gineco-obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, etc.

É fundamental elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário.

No Anexo I deste documento, há uma tabela com a taxa de falha dos métodos de contracepção.

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS (o quadro 3.2 foi adaptado da fonte para melhor definir as possibilidades de prescrição pelos (as) enfermeiros):

**Quadro 3.1 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos**

<b>Categoria</b>	<b>Definições</b>
<b>Categoria 1</b>	A condição não restringe o uso do método contraceptivo = <b>Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.</b>
<b>Categoria 2</b>	As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado = <b>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.</b>
<b>Categoria 3</b>	Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição = <b>Prescrição médica somente.</b>
<b>Categoria 4</b>	O risco do uso do método é inaceitável nesta condição = <b>não prescreva.</b>







**Quadro 3.2– Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro (adaptado)**

Condição atual	Pílula combinada	Pílula somente com progestágeno (exceto minipílula de noretisterona)	Injetável combinado (mensal)	Injetável com progestágeno (trimestral)	DIU de cobre	Minipílula de noretisterona
Idade inferior a 40 anos	1	1	1	1	1 2 se <20 anos	NÃO UTILIZAR
Idade igual ou superior a 40 anos	2	1	2	2	1	NÃO UTILIZAR
Amamentação - menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	1=prescrever a partir de 4 semanas após o parto	NÃO UTILIZAR
Amamentação - entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	1	3	1	1	1
Amamentação - mais de 6 meses após o parto	1/2*	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
Obesidade	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
IST atual (exceto Hepatite e HIV)	1	1	1	1	4 para inserção se DIP/ cervicite atual** 2 para continuação se DIU e com cervicite/ DIP atual 2 se outras ISTs	NÃO UTILIZAR
Tabagismo em mulheres <35 anos	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
Tabagismo em mulheres >35 anos	3/4	1	3/4	1	1	NÃO UTILIZAR
HAS controlada	3	2	3	2	1	NÃO UTILIZAR
HAS com PAS >160 e PAD > 100 mmHg	4	2	4	3	1	NÃO UTILIZAR
HAS + Doença cardiovascular	4	2	4	3	1	NÃO UTILIZAR
TEP / TVP atual ou recente	4	3	4	3	1	NÃO UTILIZAR
Histórico de TEP/TVP no passado, com ou sem uso de anticoagulante oral	4	2	4	2	1	NÃO UTILIZAR
Infarto ou AVC	4	2/3	4	3	1	NÃO UTILIZAR
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1	NÃO UTILIZAR
DM e complicações vasculares	3/4	3	3/4	2	1	NÃO UTILIZAR
Enxaqueca sem aura	2*** 3/4	2	2/3	2	1	NÃO UTILIZAR
Enxaqueca com aura	4	2/3	3/4	2/3	1	NÃO UTILIZAR
CA de mama atual ou passado	4	4	4	4	1	NÃO UTILIZAR
Uso de anticonvulsivantes	3	3	2	3	1	NÃO UTILIZAR
Uso de TARV/ HIV	2****	2****	2****	2****	1	NÃO UTILIZAR
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	NÃO UTILIZAR



\* A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilizar outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

\*\* Pode ser inserido após tratamento completo e sem sintomas de cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia. Para DIP: inserir após 12 semanas do término do tratamento. Demais ISTs: categoria 2

\*\*\* Se Maior de 35 anos: Categoria OMS 2 na introdução do método e categoria OMS 3 na manutenção.

\*\*\*\* 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.

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede estão divididos em hormonais, de barreira e os irreversíveis ou cirúrgicos, os quais são explicados no quadro abaixo.

**Quadro 3.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)**

Método/ responsável	Tipo disponível na rede municipal e classificação	Como usar/ Condutas do enfermeiro	Efeitos colaterais mais comuns
<b>Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal, do tipo monofásico) (Médico e/ou Enfermeiro)</b>	<b>Etinilestradiol/ levonogestrel 0,03/ 0,15 mg</b>  <i>Classificação: método hormonal combinado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• iniciar a administração no primeiro dia do ciclo menstrual ou no oitavo dia após a última dose do ciclo anterior. O comprimido deve ser tomado diariamente sempre no mesmo horário.</li> <li>• Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método;</li> <li>• Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, sempre no mesmo horário, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela.</li> </ul> <p><b>Em caso de esquecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar;</li> <li>• Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias;</li> <li>• Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganho de peso;</li> <li>• Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;</li> <li>• Alteração de humor: geralmente é melhora espontânea;</li> <li>• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*;</li> <li>• Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica;</li> </ul> <p><b>Em caso de vômitos:</b> Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela.</p>
<b>Injeção de estrogênio mensal Progestágeno (Médico e/ou Enfermeiro)</b>	<b>Enantato de norestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg</b>  <i>Classificação: método hormonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias);</li> <li>• Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual);</li> <li>• Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método;</li> </ul> <p><b>Em caso de atraso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Até 7 dias: aplique nova injeção;</li> <li>• Mais que 7 dias: descarte a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganho de peso;</li> <li>• Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea;</li> <li>• Alteração de humor: geralmente melhora espontânea;</li> <li>• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*;</li> <li>• Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.</li> </ul>



<p><b>Injeção de progestágeno (trimestral) (Médico e/ou Enfermeiro)</b></p>	<p><b>Acetato de medroxiprogesterona 150mg</b></p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias);</li> <li>• Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia);</li> <li>• Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação. Em caso de atraso:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Até 2 semanas: aplique nova injeção;</li> <li>• Mais de 2 semanas: descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenorreia (comum);</li> <li>• Ganho de peso;</li> <li>• Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*;</li> <li>• Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*.</li> </ul> <p>Não deve ser utilizado em menores de 16 anos devido a diminuição da densidade óssea.</p>
<p><b>Dispositivo intrauterino (DIU)</b></p>	<p><b>Encaminhamento para inserção de DIU de Cobre (DIU-Cu)</b></p> <p><i>Classificação: método de barreira</i></p>	<p><b>• Orientações:</b> Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o ciclo menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar preventivo antes da inserção, caso esteja com rastreamento em atraso (abordagem oportunística);</li> <li>• No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta;</li> <li>• Seguimento da mulher após inserção: em 1 semana com quem realizou a inserção e após primeiro ciclo menstrual. Caso não haja intercorrências, o seguimento ocorre anualmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer;</li> <li>• Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe;</li> <li>• Para manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU, verifique o <b>Anexo II</b></li> <li>• A taxa de falha do método fica em 0,8% (para uso típico) a 0,6% (uso correto), sendo um dos mais seguros quando comparado com outros métodos;</li> </ul>
<p><b>Minipílula de progestágeno isolado (Médico e/ou Enfermeiro)</b></p>	<p><b>Norestisterona 0,35 mg</b></p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolher este método se a mulher estiver amamentando e iniciar após 6 semanas do parto;</li> <li>• Tomar na mesma hora, todos os dias (uso contínuo) e manter aleitamento materno exclusivo;</li> <li>• Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses*;</li> <li>• Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica.</li> </ul>
<p><b>Métodos cirúrgicos (irreversíveis) (Enfermeiro e Médico)</b></p>	<p><b>Encaminhamento para:</b></p> <p><b>Laqueadura tubária</b></p> <p><b>Vasectomia</b></p> <p><b>Homens e mulheres com plena capacidade civil, com mais de 25 anos ou 2 filhos vivos são candidatos a esterilização cirúrgica;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;</li> <li>• Entregar termo de consentimento livre e esclarecimento, lendo em conjunto com o mesmo a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhando, lembrando sempre ao usuário sobre o risco de uma cirurgia e, que ambos os métodos são considerados na prática</li> <li>• Preencher formulários;</li> <li>• Médico da equipe deve assinar;</li> </ul> <p><b>IRREVERSÍVEIS;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar exames pré-operatórios: Glicose, Hemograma, TAP, TTPa, Parcial de urina, Beta HCG e ECG para maiores de 40 anos (somente após marcação da consulta para avaliação com o especialista);</li> <li>• Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar sucesso do procedimento cirúrgico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica;</li> <li>• Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.</li> </ul>



<p><b>Anticoncepção de emergência (Enfermeiro ou Médico)</b></p>	<p><b>Levonorgestrel 0,75 mg - comprimido cartela vem com 2 comprimidos</b></p>	<p>Contracepção de emergência/pílula do dia seguinte. Indicado em caso de: - violência sexual, - relação sexual desprotegida, - ruptura do preservativo, - deslocamento ou expulsão do DIU, - esquecimento prolongado do método contraceptivo.</p> <p>Prescrever 1 comprimido VO de 12/12 horas, iniciar a primeira dose no máximo até 72 horas após relação desprotegida ou 2 comprimidos em dose única.</p>	<p><b>Se houver vômitos até 1 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se.</b> Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única; • Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.</p>
--	---	---	--

\* Se sangramento intenso e regular e interferindo com a qualidade de vida, questionar se há sangramento em outras partes do corpo (gengiva, arranhões leves, lesões de pele):

- Sangramento presente em outras partes do corpo: se sinais de gravidade presentes (hipotensão, palidez, fraqueza, nível de consciência alterado), encaminhar para avaliação médica. Sem sinais de gravidade, solicitar hemograma, TAP e TTPA e encaminhar para consulta médica após resultado dos exames;
- Sangramento ausente em outras partes do corpo: solicitar hemograma. Se  $Hb \leq 12$ , prescreve sulfato ferroso 160mg ao dia (4 comprimidos) por 3 meses. Repetir hemograma em 2 meses. Troque o método. Maneje cólica/sangramento menstrual conforme fluxograma 1.3.

Além dos métodos anticoncepcionais hormonais, os não farmacológicos de abordagem comportamental também podem ser orientados à mulher conforme quadro 2.5 abaixo, visto que a escolha final de qual deles usar é da própria pessoa. Importante orientar sobre as taxas de falha de cada um deles, que pode ser visto no **Anexo I** deste documento.

**ORIENTAR E REFORÇAR SEMPRE NA CONSULTA QUE NAO EXISTE METODO 100% SEGURO;**

- **Orientar paciente sobre auto cuidado e auto observação**

**Quadro 3.4 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental**

Método/ responsável	Descrição	Como explicar	Observações
<p><b>Calendário (tabelinha, Ogino-Knauss)</b></p>	<p>Os dias férteis são calculados na base da história menstrual dos últimos seis meses. Em mulheres com ciclos mais ou menos regulares, com duração entre 26 e 32 dias, o período fértil vai do dia 8 ao dia 19 do ciclo.</p>	<p>Orientar a mulher que o 1º dia de sangramento menstrual deverá ser assinalado no calendário com um "M" e os 06 dias seguintes com um círculo. Depois deverá assinalar os 12 dias seguintes com um X A chance de uma gestação ocorrer é pequena entre o dia marcado com M e os 06 dias seguintes marcados com círculo. A ocorrência de relações nos 12 dias marcados com X aumenta a probabilidade de concepção. Terminados os dias com X, as chances de uma nova gestação voltam a cair</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira;</li> <li>• Pode ser utilizado como método próconcepcional, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil;</li> <li>• É importante atentar para a regularidade dos ciclos.</li> </ul>



<p><b>Muco cervical (Billings)</b></p>	<p>Os dias férteis são os chamados dias úmidos, quando há muco cervical em quantidade mais abundante no canal vaginal, com extravasamento de secreção que forma fio.</p>	<p>Orientar a mulher a observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso mediante sensação de seca ou umidade da vulva e analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira;</li> <li>• Pode ser utilizado como método próconcepcional, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil.</li> </ul>
<p><b>Temperatura corporal basal</b></p>	<p>Os dias férteis se calculam pela variação da temperatura corporal, que se eleva depois da ovulação.</p>	<p>Orientar a mulher a aferir sua temperatura corporal da mesma maneira (oral, vaginal, retal), no mesmo horário, todas as manhãs, antes de se levantar, registrando os valores. Nos dias em que for observada elevação entre 0,2° a 0,5°C, é provável que esteja no período fértil (aproximadamente no meio do ciclo menstrual, para muitas mulheres). Atingido o pico máximo de temperatura, ela deverá permanecer nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira;</li> <li>• Pode ser utilizado como método próconcepcional, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil;</li> <li>• É importante atentar para outros fatores que possam interferir com variações da temperatura corporal, como a ocorrência de infecções, por exemplo;</li> <li>• O termômetro deve ser sempre o mesmo</li> </ul>
<p><b>Sintotérmicos</b></p>	<p>Os dias férteis se calculam por um conjunto de sinais físicos, incluindo o muco cervical e a temperatura.</p>		
<p><b>Coito interrompido</b></p>	<p>Consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos.</p>	<p>Orientar a mulher a conversar sobre o método com o(s) parceiro(s), instruindo-o(s) a realizar a ejaculação fora de sua vagina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É necessário autocontrole do(s) homem(s) e confiança entre os envolvidos;</li> <li>• Importante orientar que o líquido pré-seminal pode conter espermatozoides e, mesmo não ocorrendo a ejaculação no interior da vagina, pode ocorrer a gravidez.</li> </ul>
<p><b>Camisinha feminina</b></p>	<p>Consiste num tubo de poliuretano ou látex com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a um anel ou esponja (dependendo do modelo) flexível. O primeiro anel ou esponja, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente</p>	<p>Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O preservativo feminino pode ser colocado em qualquer momento, desde que seja antes da penetração, e retirado com tranquilidade após o término da relação;</li> <li>• Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada). O anel móvel/esponjinha deve ser apertado e introduzido na vagina;</li> <li>• Com o dedo indicador, ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;</li> <li>• O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser usados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex);</li> </ul>



### Camisinha feminina

colocado, cobre parte da vulva. O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. O poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes. Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.

- O anel (externo) deve ficar aproximadamente 3cm para fora da vagina. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. O preservativo não deve ficar retorcido;
- Deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação. Para retirá-lo, segure as bordas do anel externo fazendo um movimento de torção para manter o esperma dentro do preservativo. Puxe-o delicadamente para fora da vagina, jogando-o no lixo.

- O anel externo do preservativo feminino pode deslizar dentro da vagina. Se isso acontecer basta o homem retirar o pênis, colocar o mesmo preservativo de maneira correta e reintroduzir o pênis. Não é necessário usar novo preservativo. Durante a penetração, o preservativo também pode provocar um pequeno ruído durante a relação sexual. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos;
- Não deve ser usado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.

### Camisinha masculina

Consiste em um envoltório de látex ou silicone (não disponível no SUS) que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.

Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação, para que ela mesma coloque no(s) parceiro(s) ou instrua(o)s a fazê-lo:

- O preservativo deverá ser colocado antes de qualquer penetração, com o pênis em ereção. O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior;
- Ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis;
- Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto;
- Retirar o preservativo segurando-o pela base para que não haja vazamento de esperma;
- O preservativo não deve ser reutilizado, devendo ser descartado no lixo após o uso.

- É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;
- Devem ser usados apenas lubrificantes a base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, aumentando o risco de ruptura; a maioria dos preservativos são fabricados com lubrificantes;
- No caso de ruptura durante o ato sexual, o preservativo deve ser substituído imediatamente.

### Método da amenorria lactacional (LAM)

Impede a ovulação por meio ação dos hormônios envolvidos na amamentação que atuam sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovário. A sucção frequente por parte do lactente envia impulsos nervosos ao hipotálamo materno, alterando a produção hormonal, o que leva à anovulação; como consequência da não ovulação ocorre a "amenorria". Geralmente as condições ideais para a adoção da LAM se encerram por volta dos 6 meses de vida do lactente

Orientar a mulher a amamentar de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança, 10 a 12 vezes por dia durante as primeiras semanas após o parto e 8 a 10 vezes por dia, mais uma vez durante a noite, nos primeiros meses. Observar, adicionalmente, qualquer sinal de ovulação e/ou menstruação e rever suas escolhas contraceptivas

## Diafragma

Consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.

- Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto-toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação;
- Urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma;
- Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos;
- Em caso de uso com geléia espermaticida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá);
- Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geleia dentro), pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar;
- Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível;
- Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que esta se apóie na face posterior do púbis;
- Verificar a correta colocação do diafragma por meio do auto-toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha;
- Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira);
- O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 06 nem maior que 24 horas após a última relação sexual, e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período;
- Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora;
- Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio.

- Requer utilização de técnica de medida por parte do profissional de saúde para indicar o melhor tamanho (VER TÉCNICA PARA MEDICAÇÃO ABAIXO)\*;
- A vida média útil do diafragma é em torno de 3 anos, se observadas as recomendações do produto;
- O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o banho, desde que este ocorra pelo menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando, assim, a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital;
- O uso frequente de espermaticida associado aos diafragmas causa irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção pelo HIV e outras DST;
- A detecção de IST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso, ficará condicionado a cura da infecção e reavaliação de risco de nova DST e infecção pelo HIV.

### \*TÉCNICA PARA MEDIÇÃO DO DIAFRAGMA:

O tamanho adequado do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior. A medição deve ser feita por profissional de saúde treinado, por meio da seguinte técnica:

- 1 - Introduzir os dedos indicador e média na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior;
- 2 - Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica;
- 3 - Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado;
- 4 - A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina corresponde ao diâmetro aproximado;
- 5 - Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5mm, por meio dos anéis de prova ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina;
- 6 - O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior;
- 7 - O diâmetro correto do diafragma é determinado ao se encontrar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido com desconforto pela mulher.



## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília-DF, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed., 2. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos**; n. 40. Brasília. 2002. 4ª Edição.
4. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
5. DUNCAN et all. Medicina Ambulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.
6. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Florianópolis, 2010.





#### 4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos). Ambos são causados por uma infecção persistente por tipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano (HPV). Com exceção do câncer de pele, esses tumores são os que apresentam maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Assim, é possível pensarmos e planejarmos em alguns serviços e estratégias que a Atenção Primária deve oferecer às mulheres de seu território, como a prevenção primária que intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer, ou seja, estimular a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselhar a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo. E a vacinação para crianças contra o HPV entre as idades de 09 a 14 anos 11 meses e 29 dias, em 02 doses com intervalo mínimo de 06 meses entre as mesmas. Caso a jovem tenha 15 anos ou mais por ocasião de receber a segunda dose, a mesma pode ser feita em qualquer momento da vida. A vacina contra o HPV também está disponível para as mulheres e homens de 09 a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

Oferta de serviços para garantir a prevenção secundária que realiza rastreamento conforme indicação e o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quando necessário, apoiando a família de forma integral.

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea/oportunística. A citologia oncótica (Papanicolaou, colpocitopatológico, Paptest, entre outros) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada para todas as mulheres entre 25 e 64 anos, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres que já tenham tido penetração (grupo que menos se submete ao exame) e homens trans. O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.

Se alterações suspeitas no colo forem detectadas no exame especular, independentemente da idade/aprazamento, é permitido realizar a coleta. O mesmo vale em casos de relato de sangramento vaginal depois das relações sexuais, no intervalo entre as menstruações ou após a menopausa.

Como medidas preventivas, o enfermeiro deve informar à paciente que alguns fatores aumentam a predisposição para a doença: sexo desprotegido, multiplicidade de parcerias sexuais, tabagismo, sexarca precoce, multiparidade.



Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas sobre a coleta da citologia oncológica.

**O quadro 4.1 procura explicitar as situações referentes à coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.**

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
<b>Mulheres que não iniciaram a vida sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.</li></ul>
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos);</li><li>• Ainda que não haja evidência contra indicado a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas.</li></ul>
<b>Climatério e pós-menopausa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres;</li><li>• Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpite atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), realizar interconsulta com o médico para avaliar possibilidade de estrogenização tópica;</li><li>• Caso a vaginite/colpite atrófica gera queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento.</li><li>• Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes</li></ul>
<b>Histerectomizadas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento;</li><li>• Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Exceção: 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, realizando a coleta na porção final da vagina:</li><li>• lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais;</li><li>• câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.</li></ul>
<b>Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima);</li><li>• Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses;</li><li>• Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.</li></ul>
<b>Mulheres que buscam o CS para realização da citologia oncótica em função de corrimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento;</li><li>• Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.</li></ul>

No caso de os resultados não se apresentarem normais ou com amostra insatisfatória, é sugerida uma rotina de aprazamento e encaminhamentos conforme recomendações do INCA e Ministério da Saúde, descrita abaixo no quadro 4.2, considerando outros achados clínicos descritos no quadro 4.3.





### Quadro 4.2 - Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino 1

Resultado	Especificações	Recomendações
Atipias de significado indeterminado.	Em células escamosas; Provavelmente não neoplásica.	Repetição da citologia em 06 meses (no caso de mulheres com 30 anos ou mais). Repetição da citologia em 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos). Se dois exames citológicos subseqüentes negativos a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para ginecologista.
	Não se pode afastar lesão de alto grau.	<b>Encaminhar para a ginecologista.</b>
	Em células glandulares; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	<b>Encaminhar para a ginecologista.</b>
	De origem indefinida; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	<b>Encaminhar para a ginecologista.</b>
Lesão intraepitelial de baixo grau	--	Repetição da citologia em 06 meses: Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; se lesão igual ou mais grave, encaminhar para ginecologista.
Lesão intraepitelial de alto grau.	--	<b>Encaminhar com urgência para clínica da mulher.</b>
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor	--	<b>Encaminhar com urgência para clínica da mulher.</b>
Adenocarcinoma in situ ou invasor.	--	<b>Encaminhar para com urgência para clínica da mulher.</b>
Amostra insatisfatória.	--	Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória, porém com presença de células escamosas, apenas.	--	Repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

**Quadro 4.3 – Achados clínicos comuns no colo uterino**

Achado clínico	Explicação	Conduta do Enfermeiro
<b>Ectopia</b>	Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos hormonais.	Não há indicação de intervenção na maioria dos casos. É fundamental reforçar a importância do uso de preservativo tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais susceptível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia. Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas do usuário (sangramento após as relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.
<b>Cisto de Naboth</b>	São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais	Não há necessidade de encaminhamento para outro profissional já que não há intervenção necessária.
<b>Pólipos cervicais</b>	Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical.	As condutas do enfermeiro são as mesmas adotadas no caso das ectopias

Abaixo encontram-se imagens dos achados mais frequentes no exame especular, divididos em normais e alterados.

**Exame especular normal**

Nulípara: Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorréia fisiológica.



Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorréia fisiológica.



Colo róseo, ectopia discreta periorifical, óstio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio externo, cistos de Naboth em lábio anterior, leucorréia fisiológica.



Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.



Multípara: Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorréia fisiológica



Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável.

### Exame especular alterado



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpíte por *Candida Albicans*.



Colo com lesão macroscópica em lábio posterior, provável lesão condilomatosa saliente

Realizar coleta de CP e encaminhar para colposcopia.



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por *Trichomonas vaginalis*.

Tratar conforme quadro 2.2 do segundo capítulo deste protocolo e coletar CP (se uso de creme vaginal, realizar coleta 48h após término do tratamento).



Colo com presença de pólipo exteriorizado através do óstio externo.

Encaminhar para ginecologia, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispaurenia.



Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Tratar mulher e parceiro conforme quadro 2.2 do segundo capítulo desde protocolo.



## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 29: rastreamento**. Brasília-DF, 2010. Disponível em acesso em 4 nov 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
4. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
5. FREBASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica**. Hospital A.C. Camargo, Departamento de Ginecologia. 1 ed.- São Paulo: FAP; 2010.68p.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002 59 p.





## 5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

### 5.1 – Ações de Rastreamento

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina.

Trata-se de uma condição muitas vezes relacionadas a fatores de risco que aumentam as possibilidades do surgimento da doença, tais como: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é realizado por meio da mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com exame clínico das mamas (ECM) e mamografia anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas como tal conforme os seguintes critérios (<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>):

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama ou ovário, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

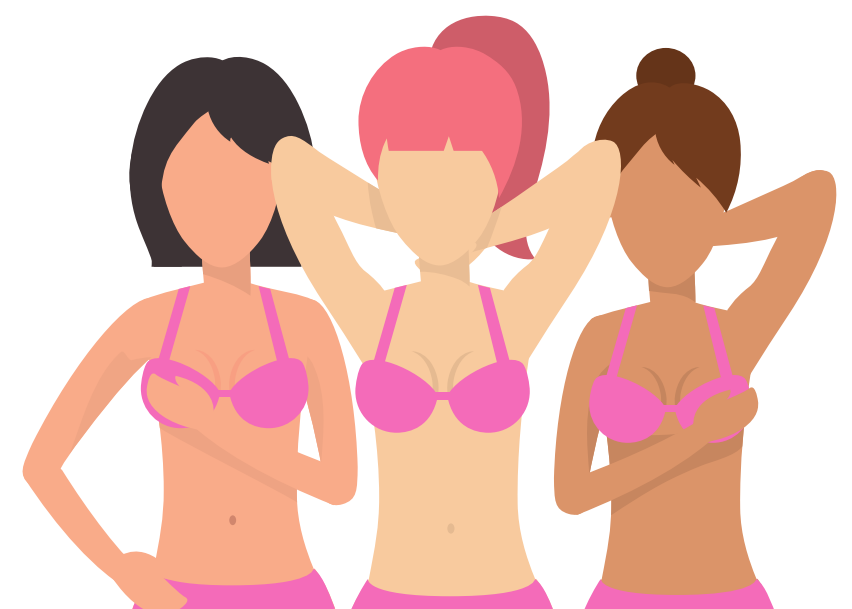
O aprazamento das mamografias de rastreamento deverá seguir a rotina sugerida pelo MS, conforme quadro abaixo

#### Quadro 5.1 Aprazamento das mamografias de rastreamento

População alvo	Periodicidade do rastreamento com mamografia
Mulheres de 40 – 49 anos	ECM sob demanda e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 – 69 anos	ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia de 2 em 2 anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia anual

\*ECM = exame clínico das mamas

Abaixo, no quadro 5.2, encontram-se os resultados da mamografia e as condutas a serem tomadas pelo enfermeiro.





**Quadro 5.2– Resultados da Mamografia e Conduas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama**

<b>Resultado da mamografia (BIRARDS)</b>	<b>Conduta Enfermeiro</b>
<b>0 – Inconclusivo</b>	Avaliação adicional - interconsulta com MFC para pactuação da conduta sobre solicitação de exame de imagem adicional (USG de mamas ou mamografia adicional – compressão focal ou magnificação), sendo de solicitação médica.
<b>1 – Sem achados</b>	Rotina de rastreamento.
<b>2 – Achado benigno</b>	Rotina de rastreamento.
<b>3 – Achado provavelmente benigno</b>	Controle radiológico em 6 meses. Se persistência do achado, encaminhar ao MFC ou interconsulta com o mesmo para segmento/encaminhamento.
<b>4 – Achado suspeito</b>	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos.
<b>5 – Achado altamente suspeito</b>	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos.
<b>6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado</b>	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos.

Sobre o exame clínico das mamas (ECM), trata-se de um método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. O rastreamento por meio do exame clínico é alvo de grande controvérsia na literatura científica, pois não há dados suficientes que o recomendem por melhorias na eficácia do diagnóstico, bem como o isentem de sobrediagnóstico. O INCA lançou em 2015 as “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil”, em que não há sugerida nem a recomendação nem a contrarecomendação deste procedimento, uma vez que o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto. Dessa forma, fica facultada ao enfermeiro a realização do exame conforme sua habilidade para a execução do procedimento enquanto método de rastreamento.

Sobre a solicitação de ultrassonografias de mamas como método de rastreamento, o Ministério da Saúde contra recomenda o procedimento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.

**5.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas**

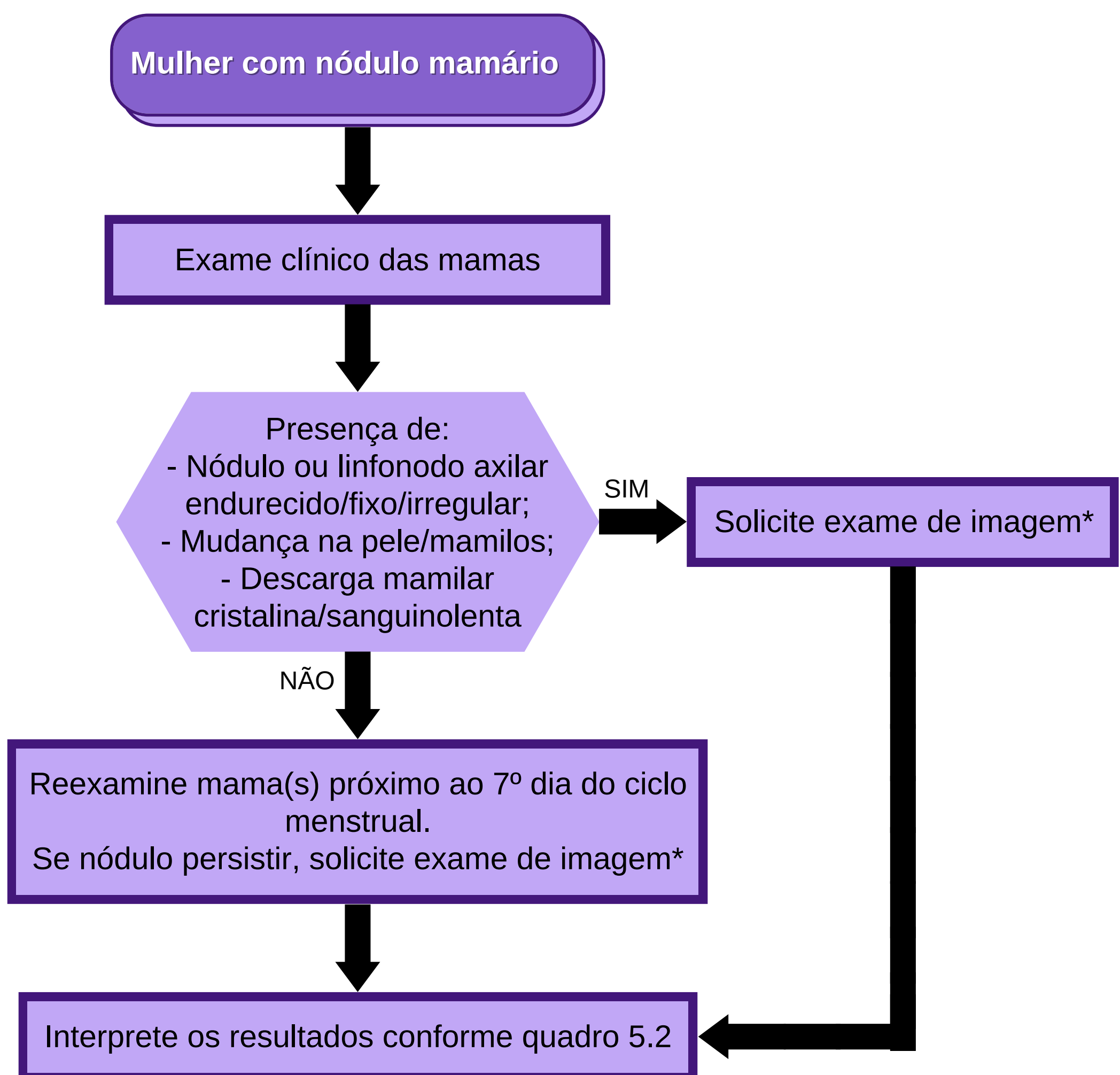
Diante dos seguintes sinais e sintomas, o enfermeiro deverá realizar interconsulta com MFC para pactuação da condutaouencaminhar a paciente imediatamente para a consulta médica:

- 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
- 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.

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação, conforme fluxograma 5.1 abaixo:

### Fluxograma 5.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários



\* Se < 30 anos, USG de mama(s)  
Se entre 30-40 anos, USG de mama(s) e mamografia;  
Se ≥ 40 anos, mamografia



### 5.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários

A mastalgia é uma queixa muito comum nos atendimentos de rotina. Pode estar relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino modulados pelo sistema endócrino ou até mesmo como sintoma de gestação.

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de mastalgia mais acentuada.

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula mamária nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher. Como entidade clínica, essas alterações podem ser definidas como uma síndrome caracterizada por dor mamária e nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, em uma ou em ambas as mamas. Diante da queixa de mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante apurar a presença de alterações mamárias por meio do ECM e seguir as orientações conforme preconizado pelo MS.

Abaixo, quadro de atendimento para esta demanda (adaptado 11 ).

#### Quadro 5.3 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

Situação	Condutado Enfermeiro
<b>Mastalgia com febre (Tax&gt;38°C)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconfiar de mastite e encaminhar ao MFC para avaliação imediata. Na ausência deste, encaminhe ao serviço de referência;</li> <li>• Em caso de nutrízes, além da conduta acima, avaliar ingurgitamento mamário e orientar medidas sobre amamentação</li> </ul>
<b>Mastalgia sem febre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar gestação;</li> <li>• Tranquilizar a paciente sobre o fato do câncer raramente causar dor;</li> <li>• Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário;</li> <li>• Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação;</li> <li>• Prescrever paracetamol 500 mg a cada 6 horas por até 3-5 dias ou ibuprofeno* 300-600mg por até 3-5 dias. Se persistência do quadro, encaminhar para o MFC. Solicitar retorno para reavaliação;</li> <li>• Se Método Anticoncepcional (MAC) hormonal, discutir possibilidade de troca para método não hormonal no caso de já haver passado os 3 primeiros meses de uso e mantido este efeito colateral.</li> </ul>
<b>Descarga papilar espontânea em não nutrízes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar gestação;</li> <li>• Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina;</li> <li>• Apurar características da descarga:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis;</li><li>- Láctea ou Serosa: tranquilizar a paciente;</li><li>- Sanguinolenta ou Purulenta: solicitar exame de análise de descarga papilar<ul style="list-style-type: none"><li>• Importante, sempre compartilhe o caso com MFC para melhores condutas</li></ul></li></ul>
<b>Retração mamilar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação com MFC.</li></ul>
<b>Descamação e erosão do mamilo/ aréola ou pele com aspecto de laranja</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhar para o MFC, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget.</li></ul>

\* Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação  $\geq 30$  semanas. Cuidado se  $\geq 65$  anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

### **Evidências: Você sabia?**

- O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões, embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente.
- O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva. Apresenta taxa significativa de falsos positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não alterando desfecho de mortalidade por câncer de mama.
- Há estudos que sugerem que a eficácia do rastreamento do câncer de mama é questionável quanto ao desfecho da prevenção de mortes por essa doença. Um deles chega a afirmar que o malefício causado pelo sobrediagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce.
- Também há estudos que demonstram a indução de cânceres de mama em função da exposição inadvertida à radiação ionizante (como nas mulheres com menos de 50 anos que se submetem periodicamente ao exame de mamografia).





## Referência

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. BRASIL. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. CARDOSO, F. et al. ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). *Ann Oncol*, v. 25, n. 10, p.1871–1888, 2014.
4. SACKET, D. L. et al. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.



## 6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. 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. Mulheres que se apresentem menopausadas antes dos 40 anos deverão ser referenciadas para o MFC para investigações adicionais.

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida trata-se de momento oportunístico para o rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV), de cânceres de colo/mama e oferta de Check-up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos.

É importante lembrar que a avaliação de RCV deve ser realizada em todas as pessoas com HAS, DM, DCV. Mulheres sem estas comorbidades, maiores de 65 anos, com IMC  $\geq 25$  e circunferência abdominal  $> 88\text{cm}$  merecem atenção especial. Deverá ser solicitada a dosagem sérica (sangue) de:

-Triglicerídeos, colesterol total, HDL e calculado o LDL [LDL colesterol mg/dL = Colesterol Total - HDL Colesterol - (Triglicerídeos/5)]<sup>3</sup>.

Não se deve deixar de realizar exame físico, perguntar sobre sintomas, DUM e uso de método contraceptivo no momento e comorbidades.

### 6.1 - Terapia de Reposição Hormonal(TRH)

Muitas mulheres nessa fase da vida buscam no serviço de saúde a prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), no entanto cabe ao enfermeiro orientá-la sobre indicações, contraindicações e limitações no tempo de uso (máximo de 4 anos) e idade (até no máximo 60 anos). O uso prolongado de TRH pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares. Encaminhar ao médico de família para avaliação e prescrição de TRH.

Quadro 6.1 – Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Contraindicações absolutas à TRH	Contraindicações relativas à TRH
<ul style="list-style-type: none"><li>• História de e/ou câncer de mama;</li><li>• História de e/ou câncer de endométrio;</li><li>• História de e/ou doença hepática grave;</li><li>• Sangramento genital não esclarecido;</li><li>• História de tromboembolismo agudo e recorrente;</li><li>• Porfiria.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensão Arterial não controlada;</li><li>• Diabetes Mellitus não controlada;</li><li>• Endometriose;</li><li>• Sangramento genital não esclarecido;</li><li>• Miomatose uterina;</li></ul>

3 Para calculadora do risco cardiovascular: <http://www.cvriskcalculator.com/>.

Para calculadora do LDL: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=10>

**Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo**

<b>Queixa</b>	<b>Conduta</b>
<b>Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital</b>	<p>Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhar paciente para o médico de família avaliar e ver se poderá iniciar reposição hormonal (considerar quadro 6.1)</li><li>• Sempre investigar outras possíveis causas.</li></ul>
<b>Fogachos</b>	<p>Orientar a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dormir em ambiente bem ventilado;</li><li>• Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas;</li><li>• Usar tecidos que deixem a pele “respirar”;</li><li>• Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles;</li><li>• Não fumar;</li><li>• Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína;</li><li>• Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las;</li><li>• Praticar atividade física;</li><li>• Perder peso, caso haja excesso de peso;</li><li>• Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;</li></ul>
<b>Alterações emocionais/do sono</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina;</li><li>• Estimular a participação em atividades sociais;</li><li>• Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir;</li><li>• Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana;</li><li>• Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde;</li><li>• Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno;</li><li>• Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis;</li><li>• Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde;</li><li>• Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer;</li><li>• Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;</li><li>• Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo MFC quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia.</li></ul>



**Diminuição da libido**

- Estimular o autocuidado;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.);
- Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica;
- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares;
- Estimular a prática de sexo seguro;
- Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual;
- TRH: considerar a terapia hormonal local

**6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa**

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas;
- Orientar dieta rica em cálcio e vitamina D, incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h;
- Orientar a prática de 150 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período;
- Orientar a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível;
- Orientar exercícios da musculatura perineal.

**6.3 – Contracepção no Climatério**

- Se em uso de ACO ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágenos quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Se em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 02 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de progestágeno, continue até os 55 anos ou se ainda menstruando, até 1 ano após o último ciclo.





## Refências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. p.192.
2. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. ARAÚJO, Natacha Machado; SILVA, Jean Carl; MOREIRA, Larissa Maria; MONFREDINI, Nayme Hechem. **Impacto da estrogenização vaginal no seguimento de citologia oncótica de significado indeterminado na pós-menopausa**. Saúde e Pesqui. n.12, v.4, p.879-887. 2020.

## 7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

A adolescência é marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. O crescimento físico é acompanhado de perto pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem na juventude, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento. Na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, concomitante à reestruturação do seu psiquismo. Ocorre ainda a incorporação de novos valores éticos e morais à personalidade que se delineia, bem como a incorporação de novos comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais, fortemente influenciados pelas relações de gênero, estabelecidos social e culturalmente.

Nessa etapa, são importantes as ações educativas e de redução da vulnerabilidade das adolescentes aos agravos à saúde sexual e reprodutiva. Assim, cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. Deve, ainda, buscar a integração das ações com outros setores, para que a resposta social dê conta de apoiar as adolescentes em suas decisões de autocuidado.

A consulta de enfermagem poderá ser realizada quando a adolescente é levada pelos pais/responsáveis/adulto da sua confiança, bem como pode ocorrer quando ela mesma resolve buscar sozinha e espontaneamente pelo atendimento. É seu direito consentir ou recusar o atendimento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que assegurem os direitos desta população.

É importante avaliar a maturidade da adolescente e encorajar a presença familiar, no entanto o acesso à consulta não poderá ser negado caso a adolescente deseje ser atendida sozinha.

O Ministério da Saúde preconiza que a consulta do adolescente deve ser considerada uma oportunidade de esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das ISTs/aids, enfatizando a dupla proteção. O momento também é propício ao esclarecimento sobre os efeitos adversos do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Alguns aspectos clínicos têm sua avaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, devendo ser investigados e registrados pelo enfermeiro:

### 7.1 - Anamnese:

- Perguntar o motivo da consulta;
- Verificar histórico de comorbidades e história familiar;
- Orientar sobre ciclo menstrual;
- Atentar para queixas e dúvidas;
- Questionar o humor e aspectos emocionais;



- Avaliação antropométrica
  - Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% do seu peso final. Estes parâmetros são alcançados, em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade;
  - Atentar para casos em que o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano, ou menor que 6 cm/ ano em adolescentes na fase puberal;
  - As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca;

Alterações abruptas no peso, para mais ou para menos, deverão ser avaliadas pelo MFC para investigação. Não se esqueça de atentar para distúrbios emocionais e alimentares.



## 7.2 - Avaliação do estagiamento puberal pelos critérios de Tanner:

- O início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário. O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também. Caso isso não ocorra, o enfermeiro deverá encaminhar para consulta médica.
- Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente. É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro entre 6 a 12 meses antes da primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina.
- Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e que se deve apenas cuidar mais da higiene corporal. Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.
- Encaminhar ao MFC se:
  - O aparecimento de pelos pubianos for anterior ao do broto mamário, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário-gonadal;
  - Puberdade precoce (antes dos 8 anos de idade);
  - Puberdade tardia (meninas com ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade).



### 7.3 – Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente

O atendimento à adolescente é, por vezes, polêmico no que diz respeito à forma como o mesmo deve ser realizado. Surgem questionamentos tais como:

- “Precisa estar acompanhada por um responsável legal maior de 18 anos?”
- “Posso realizar avaliação ginecológica sem nenhum outro colega no consultório?”
- “Posso ofertar sorologias e fornecer seus resultados para adolescentes desacompanhadas por um responsável legal maior de 18 anos?”

O Ministério da Saúde recomenda que qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. Havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, pode ser aceita pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, mesmo que este não seja parente direto.

O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, recentemente alterado pela Lei no 13.257 de 08 de março de 2016, estabelece na nova redação que: “É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”.

Ainda nesse sentido, a Lei no 9.263 de 12 de janeiro de 1996 regula um conjunto de ações para o planejamento familiar, saúde sexual e saúde reprodutiva, mas não estabelece diretrizes ou restrições específicas para adolescentes, devendo, pois, ser interpretada conjuntamente com a Lei orgânica do SUS e o ECA.

De maneira geral, o atendimento da adolescente pode ser prestado sem a necessidade de um responsável legal presente, bem como lhe é assegurado o sigilo das informações. Assim, deve ser ofertado livre acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Haverá exceções a esta regra que deverão ser analisadas caso-a-caso, como em se tratando de risco de morte (própria e de terceiros) e na suspeita de maus tratos, por exemplo. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Recomenda-se a discussão junto à equipe e registro em prontuário de todo o processo.

**Atenção:**

Se durante o atendimento à adolescente, for identificada violência ou suspeita, deverá ser preenchida a ficha de notificação e aplicado fluxo de atendimento às vítimas de violência do município.

Ainda, em se tratando de crianças/adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA. XII.b.



#### 7.4 – Testagem sorológica para menores de 18 anos

“Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito”. 3 Assim como nos demais casos, deverá ser estimulado o acompanhamento por um adulto da confiança da adolescente.





## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.





## 8 – INFERTILIDADE

Quando houver demanda sobre dificuldade para engravidar, é necessário questionar quanto tempo o casal está tentando. De maneira geral, investigar casais que não atingiram a concepção dentro de 12 meses de atividade sexual regular desprotegida.

As etiologias femininas são detectadas em 13% (fator tubário), 15% (disfunção ovulatória), 31% (reserva ovariana diminuída), 8% (endometriose), 6% (fator uterino) e 12% (vários fatores) dos casos de infertilidade. A avaliação do parceiro é necessária, com pelo menos uma análise do sêmen, enquanto se avalia a mulher.

- **Questionar/Examinar na mulher:**

- idade (se >35 anos, pode haver alguma diminuição da fertilidade);
- menstruação irregular ou ausente (ciclo menstrual normal varia de 24 a 35 dias de duração e o sangramento menstrual ocorre por 3 a 7 dias);
- história de infecção sexualmente transmissível ou outro processo pélvico inflamatório;
- cirurgia prévia (associada à disfunção tubária);
- dispareunia (associada à endometriose);
- problemas endócrinos;
- exposição a substâncias químicas;
- doenças autoimunes;
- uso de medicamentos dopaminérgicos;
- galactorréia;
- hirsutismo e/ou acne;
- exame pélvico alterado.

- **Exames a serem solicitados**

Para a investigação da infertilidade da mulher, o(a) enfermeiro(a) deverá realizar interconsulta com o MFC para discussão do caso e se necessário o médico irá solicitar:

- Hormônio luteinizante (LH);
- Hormônio folículo estir
- Estrogênio;
- Testosterona livre;
- TSH.





O fator masculino contribui isoladamente em 20% dos casos de casais inférteis e em 30% a 40% adicionais em combinação com outros fatores. Deve-se suspeitar de infertilidade por fator masculino na presença de ovulação normal e tubas patentes na parceira do sexo feminino de um casal infértil.

O principal objetivo da avaliação da infertilidade por fator masculino é encontrar uma causa que possa ser corrigida.

• **Questionar/Examinar nos homens:**

- ISTs, varicocele, criptorquidia, trauma local, quimioterapia ou radioterapia prévia;
- medicamentos em uso;
- fibrose cística e ausência congênita bilateral do canal deferente, anomalias do cromossomo Y, síndrome de Klinefelter (47,XXY), endocrinopatia;
- tabagismo (cigarro e maconha);
- uso de banheira de hidromassagem ou sauna.

- **Exame a ser solicitado:**

Para a investigação da infertilidade no homem, o(a) enfermeiro(a) deverá realizar interconsulta e discutir o caso com o MFC que se necessário o médico deverá solicitar:

- Espermograma.

Após os resultados dos exames para investigação de infertilidade o médico encaminhará ao especialista para seguimento.





## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.





## 9- VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A violência contra a mulher é definida como aquela que lhe causa sofrimento e abuso pela condição de ser mulher. Essa caracterização direciona o problema para uma construção de gênero, porque as situações vivenciadas pelas mulheres são próprias da classe feminina, construídas nas relações entre homens e mulheres na sociedade em que estão inseridas.<sup>1</sup> Em termos de prevalência, estudo realizado com populações de baixa renda no mundo revela que uma em cada três mulheres irá experimentar violência física ou sexual por parceiro íntimo ou não íntimo.<sup>2</sup>

A violência contra a mulher é uma questão de saúde pública, devido sua magnitude e impactos na saúde destas e suas famílias. O que requer a organização dos serviços de saúde sob as dimensões da prevenção, promoção e assistência. A atenção em saúde nesses serviços está pautada na Legislação vigente e nos protocolos do Ministério da Saúde que são:

- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, constituído pela Lei nº 8.069/1990;
- Lei nº 10.778/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher;
- Portaria n. 936/GM/MS de 18 de maio de 2004, dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de
- Núcleos de Prevenção à Violência em Estado e Municípios;
- Política Nacional de Promoção da Saúde/2010;
- Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual
- Contra Mulheres e Adolescentes;
- Lei Nº 12.845, de 1º/08/2013;
- Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, dentre outros.

### 9.1 - Acolhimento

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Acolher envolve o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito às diversidades, livre de qualquer julgamento moral. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres (adolescentes, adultas e idosas) com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas.

Profissionais de saúde capacitados podem e devem acolher as mulheres em situação de violência, sejam eles: médicos, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde, dentre outros. Para a realização de um acolhimento adequado dessas mulheres é fundamental que os profissionais de saúde, sigam as seguintes diretrizes:

- receber de forma empática e respeitosa, sem preconceitos ou julgamentos;
- adotar atitudes positivas e de proteção às mulheres;
- escutar procurando conhecer o contexto da violência, os riscos envolvidos, as necessidades e iniciativas já desenvolvidas por esta mulher, sempre estimulando o seu protagonismo;
- assegurar o sigilo profissional;
- acompanhar a situação desde sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção;
- atuar de forma conjunta com toda a equipe;
- Orientar sobre recursos da rede de atendimento de cuidado e de proteção. Nos casos de violência sexual é importante que a paciente participe de todo processo e que esteja ciente da profilaxia DST/HIV e do direito ao aborto legal desde o primeiro atendimento;
- Ouvir e encaminhar para a rede de serviços especializados de atendimento à mulher em situação de violência (Savs ou CREAS)



## 9.2 - Atendimento

O atendimento à mulher na rede de serviços de saúde deve ocorrer na perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade, possibilitando a identificação daquelas que vivem em situação de violência doméstica e/ou sexual.

O conhecimento pelo profissional da situação de violência vivida pela mulher pode ocorrer no primeiro contato entre ambos ou no decorrer de atendimentos subsequentes ou mesmo em situações agudas ou de emergência. Este atendimento requer dos serviços de saúde profissionais capacitados para:

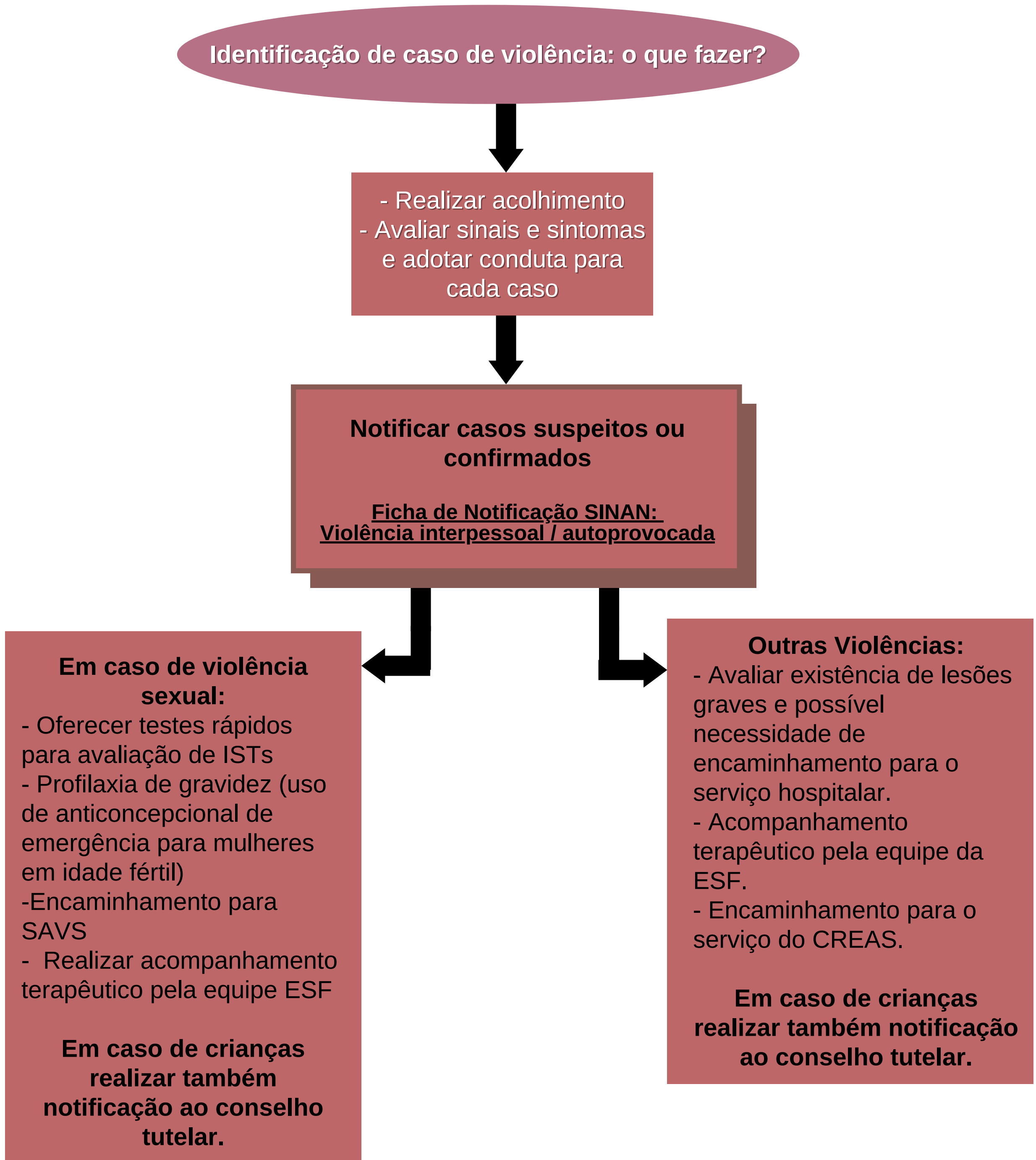
- Identificar as mulheres em situação de violência doméstica e sexual durante os contatos realizados no serviço e nas visitas domiciliares,
- Prestar a adequada assistência, como preconizada nos protocolos;
- Ter uma escuta qualificada e ativa da história da mulher e da violência sofrida, assim como, de suas expectativas em relação à assistência;
- Mapear o conjunto da rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar como: trabalho, amigos, família, recursos materiais, associado à discussão dos potenciais riscos que ela pode correr, tais como a presença de armas e ameaças, dentre outras.

**"O profissional procura deixar bem claro que a violência é uma situação de alta ocorrência, tem caráter social e está associada às desigualdades nas relações de gênero"**

É fundamental que, desde o primeiro atendimento, essa avaliação seja realizada, a fim de encaminhar aos órgãos competentes, caso seja necessário e de interesse da mulher, a aplicação de medidas protetivas;

- Envolver na conversa com a usuária a temática dos projetos futuros para sua vida, buscando encontrar alternativas à situação atual;
- Disponibilizar a contracepção de emergência, teste rápidos para avaliação de ISTs, assim como o seu acompanhamento e monitoramento.
- Encaminhar a mulher para o serviço especializado (Savs) nos casos de violência sexual para a prescrição dos medicamentos que são utilizados na profilaxia do HIV/DSTs
- Notificar os casos de suspeita ou confirmação da violência, através da ficha SINAN, e encaminhar para Vigilância Epidemiológica.
- Nos casos de crianças e adolescentes deverá também ser feito um comunicado/relatório ao Conselho Tutelar.

## Fluxograma 9.1 - Atendimento a mulher vítima de violência



- É responsabilidade da Equipe de saúde acompanhamento dos casos de violência do seu território.
- Para o atendimento integral às pessoas em situação de violência é importante que as usuárias sejam encaminhadas aos serviços especializados de acordo com a necessidade.



## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Programa Mulher Viver sem Violência. Brasília, 2014.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF, 2015.
5. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Atendimento as Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Brusque, 2018.



**ANEXO I – TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO**

<b>Eficácia por grupo</b>	<b>Método</b>	<b>Uso Típico* (%)</b>	<b>Uso Perfeito/consistente(%)</b>
<b>Alta eficácia</b>	Vasectomia	0,15	0,10
	Laqueadura	0,5	0,5
	DIU hormonal	0,2	0,2
	DIU de cobre	0,8	0,3
	Implante	0,05	0,05
	Implante com progestágeno	3	0,3
	Injetável combinado	3	0,05
	LAM (por 6 meses)	2	0,5
	Pílula de progestágeno puro oral + lactação	1	0,5
<b>Média eficácia em uso típico, mas alta eficácia em uso consistente</b>	<b>Pílula combinada oral</b>	<b>6-8</b>	<b>0,1</b>
	<b>Pílula de progestágeno oral puro</b>	<b>8</b>	<b>0,3</b>
	<b>Adesivo combinado</b>	<b>8</b>	<b>0,3</b>
	<b>Anel hormonal combinado</b>	<b>8</b>	<b>0,3</b>
<b>Baixa eficácia quando uso é típico e média eficácia quando uso perfeito/consistente</b>	Condom masculino	15	2
	Condom feminino	21	5
	Diafragma	20	6
	Diafragma/espermicida	16	6
	Espermicida	26	6
	Billings	20	3
	Tabela (OginoKnaus)	20	9
	Coito interrompido	27	4

Adaptado de: Ministério da Saúde, 2002; 2016. OMS 2010.

\*Uso típico – é a forma costumeira, corriqueira, habitual do uso do método e que está sujeita a esquecimento, vômitos, diarreia etc.

Observação: método contraceptivo é considerado método de apoio quando é associado àquele que já em uso para se potencializar a efetividade da anticoncepção. Exemplos: métodos comportamentais como a abstenção sexual, preservativo masculino e feminino.





## ANEXO II – MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU

Situação	Descrição	Conduta	Observações
<b>Sangramento genital/aumento do fluxo menstrual</b>	Efeito adverso mais comum	Prescrever ibuprofeno 600mg 8/8h por até 5 dias ou nimesulida 100mg 12/12h por até 5 dias	Atentar para a possibilidade de deslocamento do DIU, gravidez, infecção (endometrite ou salpingite), pólipos, leiomioma ou câncer endometrial.
<b>Dor</b>	Queixa comum.	Avaliar quanto a presença de DIP, gravidez ectópica, aborto, perfuração uterina ou expulsão do DIU. Prescrever ibuprofeno 600mg 8/8h por até 5 dias ou nimesulida 100mg 12/12h por até 5 dias	Apesar de não haver evidência científica, o uso de auriculoterapia e acupuntura tem auxiliado as mulheres sentirem menos dor, durante e após a inserção do DIU. O bloqueio anestésico local também pode ser usado para a inserção (procedimento médico) Uso de AINE antes da inserção não diminui a dor.
<b>Transfixação uterina</b>	Evento raro, ocorrendo 1/1000 inserções. Não há sintomas específicos, mas podem estar presentes dor abdominal leve/moderada e sangramento uterino.	Realizar exame físico observando presença de sinais de alerta – encaminhar para avaliação médica se presentes Solicitar radiografia de abdômen total. Encaminhar para avaliação médica para interpretação do exame.	Se confirmada a transfixação, médico(a) deverá encaminhar para retirada Não há contraindicação para uso de outro DIU posteriormente
<b>Fio não identificado</b>	O fio do DIU pode não estar visível devido expulsão, perfuração, mau posicionamento e gravidez	Introduzir escovinha da coleta do preventivo no canal endocervical e puxar rotacionando Solicitar USG TV	DIU normoinserido com fio não aparente pode ser mantido até o momento previsto para a sua troca (10 anos após a inserção), quando a mulher deve ser encaminhada para retirada por meio de histeroscopia
<b>DIU não identificado na cavidade uterina</b>	Pode ocorrer por expulsão ou perfuração com penetração do DIU na cavidade peritoneal.	Solicitar radiografia de abdômen total. Encaminhar para MFC para interpretação.	



Situação	Descrição	Conduta	Observações
<b>Infecção pélvica</b>	Quando relacionado ao DIU, ocorre no primeiro mês de uso. As ISTs estão relacionados à DIP, e não o DIU isoladamente	Tratamento para vaginose é o mesmo para mulheres que não usam o DIU	Não é necessário a retirada do DIU para o tratamento de DIP/vaginose. Iniciar tratamento para DIP conforme descrito no volume 2 (prescrição médica).
<b>Expulsão</b>	Mais comum no primeiro ano de uso. Fatores de risco: inserção no pós-parto imediato, expulsão prévia de DIU, aumento do fluxo menstrual e dismenorria severa. Suspeita de expulsão parcial: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, sinusiorragia ou dispareunia	Se DIU identificado na cavidade vaginal, retirar e descartá-lo. Descartar gravidez (solicitar BHCG ou realizar teste rápido). Solicitar USG transvaginal	Se exames de imagem (USG e RX de abdômen) não mostram DIU na cavidade uterina e peritoneal, considerar que DIU foi expulso.
<b>Falha contraceptiva com uso do DIU</b>	Risco de gravidez é maior no primeiro ano de uso. Risco maior de parto prematuro.	Se gravidez em uso de DIU, encaminhar para MFC para investigar gravidez tubária. Encaminhar para alto risco para retirada do DIU	Uso do DIU não aumenta risco de gravidez ectópica. Risco de aborto pode chegar a 50% (se removido precocemente, as taxas equivalem às de não usuárias de DIU).
<b>DIU deslocado</b>	O posicionamento ideal do DIU é no fundo uterino. Considera-se mal posicionado se algum segmento esteja inserido no miométrio, no canal cervical (abaixo do orifício interno) ou distante do fundo uterino (no istmo), o que pode ocorrer em 10% dos casos	DIU localizado no istmo e que não descende ao canal cervical (localizado acima do orifício interno), em mulheres assintomáticas, não carecem de reposicionamento, uma vez que a probabilidade de expulsão é pequena. Posicionado abaixo do orifício interno, pode ser retirado e inserido novo DIU ou reposicioná-lo por videohisteroscopia	



Situação	Descrição	Conduta	Observações
<b>Actinomicose em colpocitologia</b>	Actinomyces é um organismo comensal da vagina, mas pode associar-se a infecção quando há proliferação exagerada. Em mulheres que usam DIU de cobre, há maior prevalência deste organismo	Não é necessário a retirada do DIU ou tratamento em mulheres assintomáticas. Quando há doença infecciosa pélvica por Actinomyces, remover o DIU e encaminhar para MFC para iniciar antibioticoterapia (penicilina ou derivados)	
<b>Ressonância magnética</b>	Mulheres que utilizam DIU de cobre podem realizar ressonância magnética da pelve com segurança.		Orientar à mulher que relate no local do exame que utiliza DIU pela possibilidade de afetar as sequências utilizadas e os artefatos do exame
<b>Colpocitologia oncótica alterada</b>	O uso do DIU não aumenta o risco de neoplasia intraepitelial cervical ou câncer de colútero.		

Adaptado de: Giordano MV. Giordano LA. Panisset KS. Dispositivo intrauterino de cobre. FEMINA: 2015, vol 43, supl.1 Disponível em:<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsupl1/a4850.pdf>