

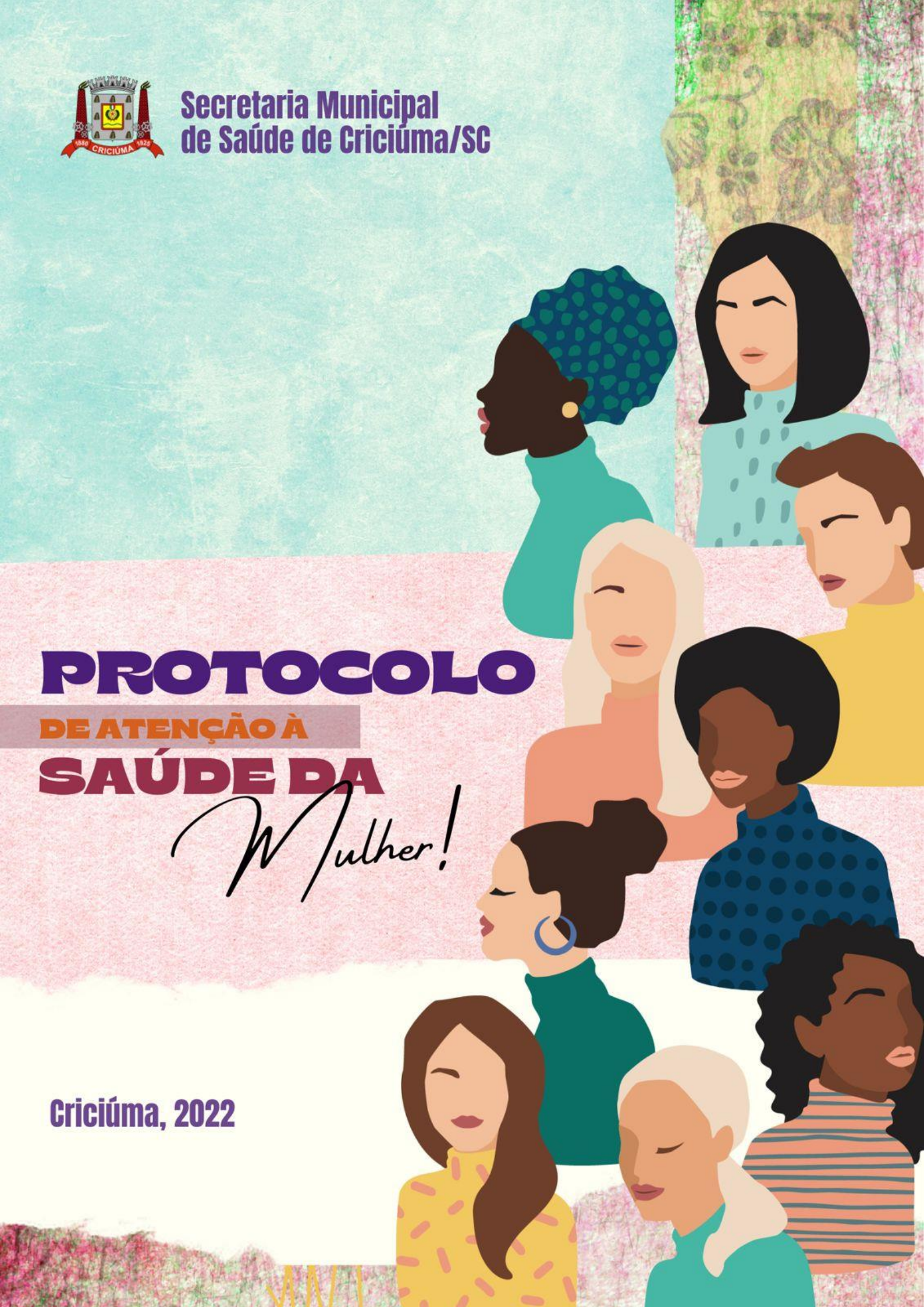


Secretaria Municipal
de Saúde de Criciúma/SC

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA

Mulher!

Criciúma, 2022





© 2022 Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Distribuição e informações:

Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma
Rua Domenico Sonogo, 542 CEP: 88804-050 – Criciúma – SC

Elaboração

Grupo Conductor Municipal da Rede Cegonha - GCMRC
Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente - CESMCA
E-mail: coordenacao.mulher@criciuma.sc.gov.br

Prefeito: Clésio Salvaro

Vice-prefeito: Ricardo Fabris

Secretário Municipal de Saúde de Criciúma: Acélio Casagrande

Organização

Cristini da Luz Moretti Borba

Evelyn Brognoli

Francieli Maragno

Lucimara Nunes Ferreira

Equipe Técnica

Andrea Vieira

Cristini da Luz Moretti Borba

Christiano Justiniano de Medeiros

Daiane Rocha

Eduardo Búrigo

Erik Paul Winnkow

Evelyn Brognoli

Flávio Antônio Giugno

Francieli Maragno

Gean Fernandes de Sá

Graziela Marques de Oliveira

Karina Franco Mattos

Leticia Costa Alves

Luciana Santos Pimentel

Lucimara Nunes Ferreira

Mikaela Manenti

Tulia Kleveston

Rozilda Lopes de Souza Rodolfo

Apoio Técnico

Gerências

Alimentação e Nutrição

Assistência Farmacêutica

Atenção Básica

Atenção Especializada

Complexo Multiprofissional

Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria

Educação Permanente em Saúde

Saúde Mental

Programas

PAMDHA - Programa de Atenção Municipal às IST/HIV/Aids

Programa de Hepatites Virais

Núcleos

NUPREVIPS - Núcleo de Prevenção à Violências e Promoção da Saúde

NEPSHU – Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização

Grupo de trabalho do NEPSHU

Ana Paula Milanez

Daiane Mendes de Assis Réus

Fabiane Ferraz

Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Jessica Comicioli

Juliana Nunes da Sousa Brogni

Larissa Alves

Larissa de Oliveira de Batista

Vanessa Candido

Design gráfico

Lucimara Nunes Ferreira

Maria Eduarda Oliveira Leal

Revisão e Aprovação final

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização –
NEPSHU

Enfª Ma Daiane Mendes de Assis Réus

Universidade do Extremo Sul Catarinense - Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva - PPGSCol

Profa. Dra. Fabiane Ferraz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C928p Criciúma (SC). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde.
Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher! / Prefeitura Municipal de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde ; Organização Cristini da Luz Moretti Borba ... [et al.]. - Criciúma, SC : Secretaria Municipal de Saúde, 2022.
195 p. : il. ; 30 cm.

1. Saúde da mulher - Criciúma (SC). 2. Serviços de saúde para mulheres - Criciúma (SC). 3. Neoplasias da mama - Prevenção. 4. Saúde sexual e reprodutiva. 5. Violência sexual. 6. Assistência integral à saúde da mulher. 7. Neoplasias do colo do útero - Prevenção. 8. Dor pélvica. 9. Menopausa.

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101

Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fatores de Risco para Câncer de Mama.....	16
Quadro 2: Recomendações Diante de Achados na Avaliação das Mamas. Fonte: Do autor baseado MS 2016.....	24
Quadro 3: Interpretação, Recomendações de Condutas Mediante o Resultado de Mamografia e Ultrassonografia de mama.....	24
Quadro 4: Avaliação e Condutas na Consulta Pré-concepcional.....	30
Quadro 5: Categorias e Recomendações da Roda e Critério de Elegibilidade para Uso de Contracepção.....	33
Quadro 6: Métodos Hormonais.....	35
Quadro 7: – Anticoncepcional Hormonal de Emergência – AE.....	42
Quadro 8: Intervenções Diante das Queixas Comuns no Uso de Contraceptivos Hormonais	43
Quadro 9: Intervenções Diante das Queixas Comuns no Uso de DIU	50
Quadro 10: Fatores de Infertilidade Femininos e suas Respectivas Porcentagens.	56
Quadro 11: Lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual	76
Quadro 12: Esquema alternativo para a profilaxia das IST não-virais.....	80
Quadro 13: Esquema para completar doses de Hepatite B	82
Quadro 14: Exames solicitados no atendimento a vítima de violência sexual...87	
Quadro 15: Síntese de Recomendação para Coleta de Citopatológico.	91
Quadro 16: Condutas para a APS frente a achados clínicos no exame físico ginecológico.	95
Quadro 17: Condutas para a APS diante dos resultados de exames citopatológicos.....	97
Quadro 18: Sangramento Uterino Aumentado: Ciclos Regulares, porém Prolongados ou Intensos.....	106
Quadro 19: Sangramento Uterino Irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável	108
Quadro 20: Sangramento Uterino Intermenstrual.....	111

Quadro 21: Manejo Clínico do Sangramento Uterino Agudo Intenso*	113
Quadro 22: Manejo Clínico do Sangramento Uterino Aumentado Crônico de Padrão Ovulatório.	114
Quadro 23: Avaliação e Manejo do Atraso Menstrual e Amenorreias	119
Quadro 24: Condições Clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia	122
Quadro 25: Tratamento para Corrimento Vaginal	127
Quadro 26: Tratamento de cervicite e outras infecções por gonococo e clamídia	129
Quadro 27: Tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	133
Quadro 28: Identificação e manejo das principais causas da dor pélvica aguda.	134
Quadro 29: - Identificação e manejo das principais causas de dor pélvica crônica	136
Quadro 30: Fatores causais, desencadeantes ou de agravamento da dor pélvica.	137
Quadro 31: Considerações e condutas referentes a dor pélvica.....	138
Quadro 32: Estadiamento dos prolapso dos órgãos pélvicos.....	142
Quadro 33: Situações que indicam encaminhamento para outro procedimento/profissional.....	143
Quadro 34: - Tratamento de infecções que causam úlcera genital	145
Quadro 35: Linfogranuloma Venéreo E Donovanose.....	147
Quadro 36: Tratamento de Verrugas Anogenitais (HPV	151
Quadro 37: Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas relacionadas ao período de climatério e menopausa .	154
Quadro 38: Recomendações para as manifestações associadas ao climatério	157
Quadro 39: Contraindicações relativas à terapia de reposição hormonal	160

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Escolha do método Anticoncepcional.....	36
Fluxograma 2: Atendimento a inserção do DIU de cobre.....	47
Fluxograma 3: Retirada do DIU na APS.....	49
Fluxograma 4: Retirada do DIU no Centro de Saúde da Mulher.....	50
Fluxograma 5: Atendimento para esterilização.....	54
Fluxograma 6: Interrupção Legal da Gestação.....	65
Fluxograma 7: Atendimento para violência sexual a mulher maior de 18 anos	70
Fluxograma 8: Atendimento clinico para violência sexual a mulher maior de 18 anos.....	74
Fluxograma 9: - Sangramento Uterino Anormal - SUA.....	105
Fluxograma 10: Atraso Menstrual e Amenorreias.....	116
Fluxograma 11: Ausência de Menstruação, Descartada Gestação.....	117
Fluxograma 12: Amenorreia Secundária Sem Causa Evidente na Avaliação Clínica Inicial.....	118
Fluxograma 13: Sintomas pré-menstrual.....	124
Fluxograma 14: Manejo Clínico do Corrimento Vaginal e Cervicite.....	126
Fluxograma 15: Dor Pélvica.....	131
Fluxograma 16: Doença Inflamatória Pélvica (DIP).....	132
Fluxograma 17: Manejo clinico de lesão anogenital.....	144
Fluxograma 18: Manejo clínico de verrugas anogenitais (HPV).....	150
Fluxograma 19: Imagens Miomas.....	164

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Prolapsos dos Órgãos Pélvicos.....	141
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitária de Saúde

AD: Atendimento Domiciliar

ADCT: Ata das Disposições Constitucionais Transitórias

AE: Anticoncepcional de Emergência

AFAP: Avaliação de Força do Assoalho Pélvico

AM: Aleitamento Materno

APS: Atenção Primária à Saúde

ART: Antirretroviral

AVD: Atividade de Vida Diária

BA: Bacteriúria Assintomática;

CESMCA: Centro Especializado em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

CV-HIV: Exame de quantificação de carga viral de HIV 1

CD4: Exame para contagem de linfócitos T

DIU – Dispositivo Intrauterino

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HBIG: Imunoglobulina Anti-Hepatite B

HMISC: Hospital Materno Infantil Santa Catarina

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

IGHAHB: Imunoglobulina Anti-Hepatite B

IMC: Índice de Massa Corporal

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITU: Infecção Trato Urinário

MAP: Músculos do Assoalho Pélvico

MS: Ministério da Saúde

NUPREVIPS: Núcleo de Prevenção à Violências e Promoção da Saúde

PAD: Pressão Arterial Diastólica

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAMDHA: Programa de Atenção Municipal às IST/HIV/Aids

PAS: Pressão Arterial Sistólica

PEC: Prontuário Eletrônico

PNA: Pielonefrite Aguda;

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PNI: Programa Nacional de Imunização

RAS: Rede de Atenção à Saúde

REMUME: Relação Municipal de Medicamentos

RN: Recém-Nascido

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISREG: Sistema Nacional de Regulação

SOP: Síndrome do Ovário Policístico

SUS: Sistema Único de Saúde

TARV: Terapia Antirretroviral

TFD: Tratamento Fora do Domicílio

TVP: Trombose Venosa Profunda

UBS: Unidade Básica de Saúde

UES: Unidade Especializada de Saúde

USG: Ultrassonografia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
Capítulo 1: ATENÇÃO EM MASTOLOGIA.....	15
1.1 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	15
1.2 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	16
1.3 A ALIMENTAÇÃO COMO FATOR DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	17
1.4 A AMAMENTAÇÃO COMO FATOR DE PROTEÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	19
1.5 RASTREAMENTO E DETECÇÃO PARA CÂNCER DE MAMA.....	19
1.6 RECOMENDAÇÕES DIANTE DE ACHADOS NA AVALIAÇÃO DAS MAMAS.....	21
1.7 INTERPRETAÇÃO, RECOMENDAÇÕES E CONDUTAS MEDIANTE O RESULTADO DE MAMOGRAFIA E ULTRASSONOGRRAFIA	24
1.8 RECOMENDAÇÕES PARA SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS.....	25
CAPÍTULO 2: ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	27
2.1 ASPECTOS GERAIS	27
2.1.1 Aspectos éticos e legais no atendimento à adolescentes.....	28
2.2 DIREITOS SEXUAIS.....	29
2.3 PRÉ-CONCEPÇÃO	30
2.4 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	31
2.5 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	32
2.6 MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE. 35	
2.6.1 Contraceptivos orais	37
2.6.3 Contraceptivos orais - quando e como começar.....	37
2.6.4 Orientações em caso de esquecimento do contraceptivo oral.....	38

2.6.5 Contraceptivos orais - Orientações a serem fornecidos aos usuários	39
2.7 ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL E MENSAL.....	39
2.7.1 Modo de uso do anticoncepcional oral.....	40
2.7.2 Orientações em caso de esquecimento do anticoncepcional injetável	40
2.7.3 Efeitos colaterais mais comuns do anticoncepcional injetável.....	41
2.8 ANTICONCEPCIONAL HORMONAL DE EMERGÊNCIA - AE.....	42
2.9 INTERVENÇÕES DIANTE DAS QUEIXAS COMUNS NO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS.....	43
2.10 DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU	46
2.10.1 Atendimento após inserção do DIU de cobre	48
2.10.2 Atendimento para retirada do DIU de cobre	49
2.11 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA - LEI 9.623/1996	52
2.12 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA - LEI 14.443/2022	53
2.12.1 Atendimento para esterilização voluntária feminina e masculina... 53	
2.13 INFERTILIDADE CONJUGAL.....	55
2.13.1 Infertilidade feminina.....	55
2.13.5 Investigação laboratorial do fator feminino	59
2.13.6 Orientações na APS e encaminhamento ao serviço especializado de infertilidade	60
2.14 INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO.....	61
2.14.1 Ética e Sigilo profissional	63
2.14.2 Encaminhamento ao serviço especializado para interrupção legal da gestação	63
CAPÍTULO 3: ASSISTÊNCIA À MULHER MAIOR DE 18 ANOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	66
3.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	67

3.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	69
3.3 ATENDIMENTO CLÍNICO	71
3.4 EXAME FÍSICO.....	75
3.5 SOLICITAÇÃO E COLETA DE EXAMES	77
3.6 PROFILAXIAS.....	78
3.6.2 Anticoncepcionais de Emergência (AE).....	78
3.6.4 Hepatites Virais.....	80
3.8 GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	88
CAPÍTULO 4: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	89
4.1 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	89
4.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	90
4.3 RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	91
4.4 CONDUTAS PARA APS FRENTE A ACHADOS CLÍNICOS NO EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO	95
4.5 CONDUTAS PARA APS DIANTE DOS RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS	97
CAPÍTULO 5: ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DA MULHER.....	104
5.1 PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUÇÃO	104
5.1.2 Padrões de Sangramento e Manejo das diferentes causas.....	106
5.2 ATRASO MENSTRUAL E AMENORREIAS	116
5.2.1 Ausência de menstruação quando descartada gestação	117
5.2.2 Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial	118
5.3 SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS	124
5.3.1 Síndrome Pré-Menstrual (SPM).....	125

5.4 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES	125
5.4.1 Corrimento Vaginal	126
CAPÍTULO 6: DOR PÉLVICA	131
6.1 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)	132
6.2 IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS CAUSADORES DE DOR PÉLVICA AGUDA	134
6.3 IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS CAUSADORES DE DOR PÉLVICA CRÔNICA	136
CAPÍTULO 7: QUEIXAS URINÁRIAS	140
7.1 PERDA URINÁRIA.....	140
CAPÍTULO 8: PROLAPSOS DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS	141
CAPÍTULO 9: AVALIAÇÃO DE LESÃO ANOGENITAL	144
CAPÍTULO 10: MENOPAUSA E TRANSIÇÃO MENOPAUSAL/CLIMATÉRIO	152
10.1 MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS AO CLIMATÉRIO	153
10.2 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA – TERAPIA HORMONAL (TH) POR MÉDICOS	159
10.3 AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL PARA O PROFISSIONAL QUE FEZ O PRIMEIRO ATENDIMENTO	161
10.3.2 Prescrição médica	162
10.3.3 Efeitos colaterais.....	163
CAPÍTULO 11: AVALIAÇÃO DE ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	164
11.1 MIOMAS	164
11.2 ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL NA PÓS-MENOPAUSA	165
11.3 CISTO DE NABOTH	165
11.4 LÍQUIDO LIVRE EM FUNDO DE SACO POSTERIOR	165
REFERÊNCIAS.....	166

APÊNDICES.....	170
ANEXOS	181

APRESENTAÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira, e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS, que prevê a equidade como base para o atendimento à população. As principais ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, envolvem a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, ações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama.

Acreditamos que, para o alcance dos objetivos do sistema de saúde em rede, estruturar as ações dentro do município é fundamental, necessitando de um trabalho conjunto e qualificado, que confira autonomia em suas ações, sendo que todos os níveis de atenção em saúde têm responsabilidades, rompendo as relações verticalizadas, dando ênfase aos arranjos organizativos que buscam a integralidade do cuidado.

O protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, em sua primeira versão aqui apresentada, é o resultado de extenso trabalho de pesquisa, realizado por grupos técnicos da rede de atenção à saúde, instituição de ensino, profissionais atuantes na assistência direta a mulheres e gestores, com o propósito de estabelecer um documento norteador objetivo, intersetorial e multidisciplinar, a fim de padronizar condutas, levando a Atenção Primária à Saúde proporcionar aos seus profissionais a oportunidade de expandir a atuação de forma segura, agora sob respaldo, participando da construção de uma saúde pública que atenda aos princípios do SUS. Essa dinâmica colaborou para um processo robusto com protagonismo dos agentes que vivenciam a rotina diária de atendimento a esta população, utilizando as últimas atualizações teóricas e a experiência profissional como base na contextualização.

Estamos exultantes por fazer parte de um processo democrático, subsidiados pela atuação de vários atores, com olhares e pensamentos críticos, na intenção de qualificar o atendimento em saúde, mantendo o foco das ações no usuário do SUS. É fundamental estimular dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando a oferta de cuidado, conforme a realidade local.

Estamos cientes que o presente documento será revisado constantemente, pois atualizações se farão necessárias. Contudo, neste momento ofertamos o este protocolo a todos/as os/as profissionais que atuam na assistência e cuidados às mulheres, com a sensação de dever cumprido e a certeza que será utilizado como documento regulamentar oficial, para condução do processo de trabalho não mais fragmentado, e sim, abrangente e resolutivo.

Ao coletivo que não mediu esforços para que este documento se tornasse uma realidade, gratidão!

Enfermeira Lucimara Nunes Ferreira

CAPÍTULO 1: ATENÇÃO EM MASTOLOGIA

1.1 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Segundo o INCA (2019), o câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, assim como no Brasil, e também a causa mais frequente de morte por câncer nessa população. No Brasil as taxas são mais elevadas nas regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) e em 2022, estima-se que ocorrerão 66.280 casos novos da doença.

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas.

O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos de mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos.

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são: edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INCA 2019).

1.2 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Estratégias de controle do câncer de mama correspondem a um conjunto de ações sistemáticas e integradas, com o objetivo de reduzir a incidência e a morbimortalidade contemplando: prevenção primária (redução ou eliminação dos fatores de risco); detecção precoce (identificação precoce do câncer ou de lesões precursoras), tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2016).

O câncer de mama não tem uma causa única. Mulheres com o avanço da idade, sobretudo a partir dos 50 anos, têm maior risco de desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas como o envelhecimento aumentam, de modo geral, esse risco. Na figura abaixo consta a relação dos principais fatores de risco:

Quadro 1: Fatores de Risco para Câncer de Mama

FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA	
ENDÓCRINOS E HISTÓRIA REPRODUTIVA	
Relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for a exposição.	<ul style="list-style-type: none">• História de menarca precoce (menor que 12 anos);• Nuliparidade;• Primeira gravidez após os 30 anos;• Não ter amamentado;• Menopausa tardia (após os 55 anos);• Uso de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona) por tempo prolongado e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona) principalmente se por mais de cinco anos.
COMPORTAMENTAIS E AMBIENTAIS	
<ul style="list-style-type: none">• Ingestão de bebida alcoólica;• Sobrepeso e obesidade;• Inatividade física;	
(continua) (continuação)	

<ul style="list-style-type: none"> Exposição frequente e em doses altas ou moderadas de radiação ionizante (raios X, mamografia e tomografia). O tabagismo, é atualmente classificado pela Internacional Agency for Research on Câncer (IARC) como agente carcinogênico com limitada evidência para câncer de mama em humanos. 	
A EXPOSIÇÃO A DETERMINADAS SUBSTÂNCIAS E AMBIENTES	
<p>A exposição a determinadas substâncias e ambientes, como agrotóxicos, benzeno, campos eletromagnéticos de baixa frequência, campos magnéticos, compostos orgânicos voláteis (componentes químicos presentes em diversos tipos de materiais sintéticos ou naturais, pode também estar associada ao desenvolvimento do câncer de mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais que apresentam risco aumentado de desenvolvimento da doença são os cabeleireiros, operadores de rádio e telefone, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, comissários de bordo e trabalhadores noturnos. As atividades econômicas que mais se relacionam ao desenvolvimento da doença são as da indústria da borracha e plástico, química e refinação de petróleo.
FATORES GENÉTICOS E HEREDITÁRIOS	
<p>Foram relacionados à presença de mutações em determinados genes. Essas mutações são mais comumente encontradas nos genes BRCA1 e BRCA2, mas também são frequentes em outros genes como: PALB2, CHEK2, BARD1, ATM, RAD51C, RAD51D e TP53*</p>	<ul style="list-style-type: none"> História familiar de: » Câncer de ovário. » Câncer de mama em homens. » Câncer de mama em mulheres, principalmente antes dos 50 anos. A mulher que possui alterações genéticas herdadas na família, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2, têm risco elevado de câncer de mama.
<p>* O câncer de mama de caráter hereditário corresponde a apenas 5% a 10% do total de casos.</p>	

Fonte: INCA, 2022.

1.3 A ALIMENTAÇÃO COMO FATOR DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

De maneira geral, alguns nutrientes são especialmente importantes para a mulher e sua ingestão regular pode ser essencial para evitar além do câncer de mama, outras doenças como a osteoporose, enxaqueca, endometriose, câncer de mama e de útero. Problemas como ansiedade, alterações de humor e depressão podem ser evitados com uma dieta adequada, conforme orienta o Guia Alimentar da população Brasileira, ou seja, baseada em alimentos “in natura” e minimamente processados e evitando ultraprocessados. Hábitos saudáveis de vida como a prática regular de atividades físicas e manutenção do peso complementam essas orientações.

Segundo estudos, a obesidade tem uma íntima relação com o câncer de mama. Mulheres obesas têm três vezes mais chances de adquirir a neoplasia (JERÔNIMO et al., 2017). O excesso de gordura estabelecido como Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30kg/m², pode causar um estado inflamatório crônico e afetar os níveis de hormônios circulantes, como a insulina e os hormônios sexuais, associando a maior morbimortalidade em pacientes com o câncer de mama, sobretudo na pós-menopausa, já que os níveis de estrógeno estão elevados (INCA, 2019).

Então, umas das importantes formas de evitar o carcinoma é um estilo de vida mais saudável, sendo fisicamente ativo e mantendo a massa corporal adequada (INCA, 2019).

Nenhum alimento isolado possui efeito protetor contra o câncer, porém o seu desenvolvimento pode estar relacionado com a alimentação inadequada. Os estudos evidenciam que uma alimentação adequada e saudável, ou seja, baseada no Guia Alimentar Brasileiro, consegue colaborar para prevenir o câncer de mama em mulheres, independente da fase da vida; e a adoção de uma alimentação que priorize alimentos in natura e minimamente processados, aliada ao estilo de vida, pode garantir um melhor prognóstico (BRASIL, 2007; BRASIL, 2014)

Os alimentos processados podem aumentar diretamente o risco de câncer de mama. O nível de processamento dos alimentos afeta a composição química dos mesmos, bem como seu valor nutricional e potencial carcinogênico (FIOLET et al., 2018).

O profissional de saúde assistente pode orientar a mulher na escolha de alimentos mais saudáveis com o objetivo de prevenir o Câncer de Mama, conforme APÊNDICE A.

1.4 A AMAMENTAÇÃO COMO FATOR DE PROTEÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Outro fator importante na prevenção do CA de mama na mulher é a amamentação. A prática é um fator comportamental que ajuda as mães a diminuir o risco de câncer de mama. Durante o período de amamentação, as taxas de hormônios que favorecem o câncer caem na mulher (Victoria et al., 2016). Os mecanismos biológicos envolvidos nesse fator estão associados à esfoliação do tecido mamário, a alterações na mama, à intensa morte celular programada no fim da amamentação e à redução do tempo de exposição da mãe ao estrogênio e outros hormônios durante a ausência de menstruação. Portanto, o processo de amamentação promove a eliminação e renovação de células com mutações, diminuindo as chances de câncer de mama na mulher. Quanto maior for o tempo de aleitamento, maior será o benefício para a mãe e o bebê (INCA, 2019; VICTORA et al., 2016).

1.5 RASTREAMENTO E DETECÇÃO PARA CÂNCER DE MAMA

Em Criciúma, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a realização de mamografia bianual para mulheres com 50 a 69 anos, seguindo a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença, devem iniciar o rastreamento através da realização da mamografia anual a partir dos 35 anos, sendo classificadas conforme os seguintes critérios:

- Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de: câncer de mama antes dos 50 anos de idade e/ou câncer de mama bilateral ou ovário em qualquer faixa etária;
- 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 autoexame das mamas não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões. O autoexame pode 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 exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento, devendo ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação (INCA, 2015).

As ações de rastreamento e de avaliação clínica referentes ao câncer de mama são realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiros da RAS.

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

A APS realiza prioritariamente ações de prevenção e detecção precoce e atua, em relação ao câncer de mama, nos seguintes níveis de prevenção:

- **Prevenção Primária:** intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, ou seja, estimula a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselha a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo. Orienta individualmente e/ou coletivamente sobre a detecção precoce do câncer de mama: possíveis alterações nas mamas (breast awareness), principais sinais e sintomas do câncer de mama e ações de rastreamento.
- **Prevenção Secundária:** Monitorar a população feminina na faixa etária para rastreamento no território; realiza rastreamento conforme indicação, faz busca ativa das faltosas. Monitora o cuidado dos casos positivos, encaminhando para confirmação diagnóstica e tratamento, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário e apoiando a família de forma integral; dá atenção às queixas de alterações reportadas e realiza a investigação necessária visando à detecção precoce, encaminhando para a atenção especializada quando indicado.
- **Prevenção Terciária:** Auxilia a reabilitação, o retorno às atividades e a reinserção na comunidade; orienta cuidados; mantém o acompanhamento

clínico e o controle da doença; orienta quanto aos direitos dos portadores de câncer e facilita o acesso a eles, quando necessário.

- **Prevenção Quaternária:** Evita ações com benefícios incertos para a paciente e a protege de ações potencialmente danosas.

1.6 RECOMENDAÇÕES DIANTE DE ACHADOS NA AVALIAÇÃO DAS MAMAS

As situações encontradas em mamas de mulheres nutrizes estão descritas no Protocolo Mãe Coruja. A figura abaixo apresenta as situações comuns encontradas em mamas de mulheres não gestantes ou nutrizes que procuram atendimentos nas unidades básicas de saúde.

Quadro 2: Recomendações Diante de Achados na Avaliação das Mamas.

RECOMENDAÇÕES DIANTE DE ACHADOS NA AVALIAÇÃO DAS MAMAS		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	CONDUTAS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
<p>MASTALGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar dor: unilateral/bilateral, relação com a menstruação, tempo de dor, progressão; mudanças no aspecto da mama, nódulos, linfonodomegalia axilar ou supraclavicular; idade, história de amamentação corrente ou passada, uso de medicação, história de trauma, febre e história ginecológica. • Realizar o exame clínico das mamas (ECM). <p>Investigar gestação;</p>	<p>ECM normal associado a mastalgia cíclica à menstruação e bilateral: Tranquilizar a mulher: apenas 2% dos casos de câncer de mama apresentaram-se como mastalgia. A maioria dos casos têm remissão espontânea. Exames de imagem são desnecessários. Recomendado o uso de sutiãs adequados. Reavaliação médica em um mês ou antes, se necessário.</p> <p>Analgesia simples ou AINE tópico: Paracetamol 500mg ou Ibuprofeno 600 mg 1cp 8/8h.</p> <p>ECM normal associado a dor na mama de localização específica/pontual com história de trauma: recomendação de observação, suporte adequado, calor local, medicação analgésica: Ibuprofeno 600mg VO 3x/dia por 5 dias.</p>	<p>Enfermeiro e Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>(continua)</p>

	<p>OBS: Se houver ausência de melhora em uma semana, a reavaliação médica se fará necessária. Investigar com ultrassonografia (< 30 anos) e mamografia se necessário (>30 anos).</p> <p>ECM normal associado a dor na mama de localização específica/<u>pontual</u> e sem história de trauma: investigar com ultrassonografia mulheres com idade inferior a 30 anos. Solicitar mamografia + USG para mulheres com idade igual ou superior a 30 anos.</p> <p>ECM normal sem associar a mastalgia cíclica: Buscar causas hormonais: tumores ovarianos ou gestação. Uso de medicação: terapia hormonal, avaliar suspensão de ACO, reduzir dose de estrogênio ou avaliar outro método contraceptivo.</p> <p>Se não houver melhora do caso após as condutas orientadas e realizadas: Prescrever ACO de baixa dosagem. Médico encaminha à mastologia- geral via regulação, descrevendo na solicitação tratamento e exames anteriores.</p> <p>ECM ALTERADO, todos deverão ser avaliados por médicos.</p>	<p>(continuação)</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p>
<p>FLUXO PAPILAR:</p> <p>ENTREVISTA/AVALIAÇÃO: Secreção bilateral ou unilateral, multi ou uniductal, aparência, persistência espontânea, mancha a roupa; idade, alterações na mama ou na axila, uso de medicação, gestação corrente e passada e lactação; sintomas visuais, dores de cabeça,</p>	<p>Presença de descarga espontânea amarelada, esverdeada, amarronzada ou acinzentada com ECM normal (exceto por descarga): Provavelmente benigna. Orientar não estimular a descarga.</p> <p>Reavaliar em 2 a 3 meses. Se muito incômodo: solicitar MMG e USG bilateral e encaminhar à mastologia VIA SISREG.</p>	<p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>(continua)</p>

<p>irregularidade menstrual ou amenorréia, alteração no apetite ou tolerância à temperatura; história de trauma ou cirurgia; história ginecológica. Sexo (A descarga papilar em homens deve ser sempre considerada um achado suspeito, dado que a incidência de carcinoma, que é de cerca de 23%</p> <p>ECM.</p> <p>Se atentar para caso de doença de Paget;</p>	<p>Presença de descarga espontânea com demais aspectos, principalmente serosa, água de rocha; sanguinolenta; Serossanguinolenta; com ECM normal ou alterado:</p> <p>Solicitar MMG e USG bilateral e encaminhar à mastologia VIA SISREG.</p>	<p>(continuação)</p>
<p>RETRAÇÃO DE PELE OU MAMILAR:</p> <p>As causas da retração podem ser congênicas ou adquiridas (processos inflamatórios, infecciosos, trauma, lesões malignas da mama);</p> <p>ECM.</p>	<p>Todos os pacientes com ECM alterados devem ser avaliadas pelo médico.</p>	<p>Médico</p>
<p>MASSA PALPÁVEL:</p> <p>Na anamnese deve-se avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso;</p> <p>Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama;</p> <p>ECM.</p>	<p>Se apresentar massa palpável: Solicitar USG BILATERAL DAS MAMAS para mulheres com idade inferior a 40 anos. Para as mulheres com idade igual ou superior a 40 anos solicitar USG + MMG diagnóstica.</p> <p>Encaminhar a Mastologia - Geral via regulação.</p>	<p>Médico</p>
<p>ASSIMETRIA MAMÁRIA:</p> <p>Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas:</p>	<p>Todas as alterações em ECM devem ser encaminhadas para avaliação do médico.</p>	<p>Médico</p> <p>(continua)</p>

tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem ocorrer como resultado de postura distorcida, rotações de ombros, escolioses entre outras causas.	Médico da APS deve solicitar exame de imagem (MMG ou USG de Mamas) de acordo com o que julgar necessário.	(continuação)
<p>Todos os pacientes encaminhados para o mastologista deverão ser solicitados via sistema de regulação com resultado de MMG e/ou USG mamária.</p> <p>** A solicitação de USG de mamas é ação exclusiva do médico, assim como as mamografias com ECM alterados e ou/ para controle (diagnósticas).</p>		

Fonte: Grupo Conductor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022, baseado no Ministério da Saúde, 2016.

1.7 INTERPRETAÇÃO, RECOMENDAÇÕES E CONDUTAS MEDIANTE O RESULTADO DE MAMOGRAFIA E ULTRASSONOGRAFIA

Quadro 3: Interpretação, Recomendações de Condutas Mediante o Resultado de Mamografia e Ultrassonografia de mama

INTERPRETAÇÃO, RECOMENDAÇÕES E CONDUTAS MEDIANTE O RESULTADO DE MAMOGRAFIA e ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS					
CATEGORIA BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA			
0	Exame Inconclusivo	MICROCALCIFICAÇÕES AGRUPADAS	Solicitar MMG MAGNIFICAÇÃO	*a Encaminhar a Mastologia - Geral via regulação.	Médico
		NÓDULOS E OU ASSIMETRIA FOCAL	Solicitar USG de mamas		
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária na Atenção Primária à Saúde.			Enfermeiro e Médico
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária na Atenção Primária à Saúde.			Enfermeiro e Médico

(continua)

3	Exame com achado provavelmente benigno	Encaminhar a Mastologia - Geral via regulação. Acompanhamento compartilhado entre APS e Atenção Especializada. Fazer controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes.	(continuação) Médico
4	Exame com achado suspeito MASSA PALPÁVEL	Encaminhar a Mastologia - Geral via regulação.	Médico
5	Exame com achado altamente suspeito	Encaminhar a Mastologia - Geral via regulação.	Médico
Positiva	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada por biópsia, mesmo realizado no particular.	*b Exames confirmatórios de câncer de mama realizados fora do Saúde da Mulher de Criciúma, a APS deverá encaminhar a paciente para consulta de enfermagem no Saúde da Mulher, com a enfermeira responsável pela vigilância do câncer, com agendamento prévio via e-mail saudedamulher@criciuma.sc.gov.br e confirmar o recebimento via telefone.	Enfermeiro e Médico
<p>a Conforme solicitação dos profissionais médicos da APS: Se necessário, encaminhar ao mastologista após a avaliação do segundo exame solicitado.</p> <p>b somente o mastologista do Centro de Saúde da Mulher realiza encaminhamento para Mastologia Oncológica no UNACON HSJ.</p> <p>TODAS AS ALTERAÇÕES EM EXAMES DE IMAGEM ANTERIORES É CONSIDERADO SEGUIMENTO, SENDO AÇÃO EXCLUSIVA DE MÉDICO A SOLICITAÇÃO DE UM NOVO EXAME.</p>			

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

1.8 RECOMENDAÇÕES PARA SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) recomenda que sejam referenciados para os serviços de diagnóstico mamário pacientes com os seguintes sinais e sintomas:

- 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 fixa ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.
- Descarga papilar unilateral sanguinolenta.
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral.
- Presença de linfadenopatia axilar.
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.
- Retração na pele da mama.
- Mudança no formato do mamilo.

CAPÍTULO 2: ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

2.1 ASPECTOS GERAIS

A saúde sexual hoje é amplamente compreendida e conceituada com base em evidências em saúde pública, no progresso científico e social e em um crescente conjunto de padrões internacionais. É compreendida como bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade de indivíduos, casais, famílias e, em última instância, ao desenvolvimento social e econômico de comunidades e países. No entanto, a capacidade de indivíduos alcançarem o bem-estar e a saúde sexual depende de: acesso a informações abrangentes sobre sexualidade; conhecimento sobre riscos enfrentados e vulnerabilidade a consequências adversas da atividade sexual; acesso a cuidados de saúde sexual de qualidade; e um ambiente que defenda e promova a saúde sexual (OMS, 2020).

A saúde sexual engloba os aspectos específicos da saúde reprodutiva, como gravidez indesejada, infertilidade ou controle sobre a fertilidade individual por meio do acesso à contracepção e ao aborto. Os problemas de HIV e ISTs, câncer resultante de IST, disfunção sexual e sequelas relacionadas à violência sexual ou à mutilação genital feminina, como também a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência (BRASIL 2015).

Abordar a saúde sexual no nível individual, familiar, comunitário ou do sistema de saúde requer compreensão e valorização da sexualidade, papéis de gênero e poder na concepção e prestação de serviços.

Para esse tipo de assistência há necessidade de profissionais de saúde treinados e um sistema de referência funcional, um ambiente legal, político e regulatório onde os direitos sexuais de todas as pessoas sejam respeitados, protegidos e cumpridos (OMS, 2020).

2.1.1 Aspectos éticos e legais no atendimento à adolescentes

Considera-se adolescente pessoas com idade entre doze e quatorze anos de idade, os quais possuem o direito ao respeito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL,1990). O atendimento ao adolescente, por vezes, é polêmico no que diz respeito à forma como o mesmo deve ser realizado.

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.

Outras legislações, como Código de Ética Médico, prezam pelo sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Já o Código Civil, ressalta a capacidade relativa dos menores de 18 anos, para autonomia às decisões que afetem seu corpo.

A equipe de saúde, ao atender o adolescente, e entender que o mesmo 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 a 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 uma pessoa maior de idade 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 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.

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.

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.

2.2 DIREITOS SEXUAIS

Segundo Brasil (2009), os direitos sexuais abrangem os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações de consenso. Incluem o direito sexual:

- Para todas as pessoas, livres de coerção, discriminação e violência, a expressar livremente e plenamente a sexualidade com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a);
- Escolher o(a) parceiro(a) sexual, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- De ter relação sexual independente da reprodução.
- Ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST.
- A serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- À informação e à educação sexual e reprodutiva.

2.3 PRÉ-CONCEPÇÃO

As recomendações da figura abaixo devem ser observadas na avaliação de preconcepção visando identificar problemas, avaliar riscos e prevenir doenças e malformações congênicas.

Quadro 4: Avaliação e Condutas na Consulta Pré-concepcional

AVALIAÇÃO E CONDUTAS NA CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL		
AVALIAÇÃO PRÉ CONCEPCIONAL	ABORDAR E REALIZAR	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
CONSULTA PRÉ CONCEPÇÃO	<p>Realizar anamnese abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa.</p> <p>Realizar exame físico e se necessário, realizar o exame citopatológico.</p> <p>Realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B e C e Sífilis.</p> <p>Solicitar Toxoplasmose (IgG/IgM).</p> <p>Solicitar exame de Rubéola IgG (se não tiver registro de vacinação para Rubéola, ou seja, VTV – Tríplice Viral).</p> <p>Avaliar o histórico vacinal (hepatite B e dupla adulto) e, em caso de atraso ou ausência, vacinar conforme manual de normas e procedimentos para a vacinação.</p> <p>Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;</p> <p>Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;</p> <p>Prescrever suplementação ácido fólico 5 mg/dia no mínimo 30 dias antes da concepção;</p>	Enfermeiro e Médico
AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL	Abordar a investigação dos problemas de saúde atuais e prévios, bem como a história obstétrica.	Enfermeiro e Médico
HISTÓRIA CLÍNICA	Identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes Pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, nefropatias, hepatopatias, distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (IST).	Enfermeiro e Médico (continua)

		(continuação)
HISTÓRIA FAMILIAR	Avaliar doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes.	Enfermeiro e Médico
HISTÓRIA OBSTÉTRICA	Registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores: Abortamento, perdas fetais, hemorragias e malformações congênitas.	Enfermeiro e Médico

Fonte: Protocolo Mãe Coruja de Criciúma, 2021 – Com adaptações.

2.4 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O planejamento reprodutivo é um conjunto de ações garantidas às mulheres, aos homens e aos casais usuários do SUS que desejam planejar quando terão ou se terão filhos. Atualmente temos a Lei 14.443/2022 e a Lei nº 9.263/1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para as pessoas que desejam prevenir ou planejar uma gravidez com saúde e segurança (Lei 9.623/1996, art. 3º). Através da Unidade Básica de Saúde de referência ao local de domicílio, a pessoa tem acesso aos serviços de: Assistência à concepção para quem deseja engravidar; Assistência à contracepção para quem deseja prevenir gravidez; Atendimento pré-natal; Assistência ao puerpério e ao neonato; O controle das doenças sexualmente transmissíveis; Encaminhamento à maternidade de referência para o parto; O controle e prevenção do câncer de colo do útero, do câncer de mama, do câncer de próstata e pênis.

O planejamento reprodutivo orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário. É dever do Estado, através do SUS, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos para que todos tenham o direito de decidir de forma informada, livre e

responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas (Lei 9.623/1996, art. 4º e 5º).

Para o exercício do direito ao planejamento reprodutivo, devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. A prescrição só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia (Lei 9.623/1996, art. 9º).

2.5 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A equipe da APS (profissionais médicos e enfermeiros) deve ser o acesso preferencial para a realização do atendimento individual na prescrição de métodos contraceptivos, subsidiando a mulher/casal na escolha do melhor método de contracepção. Considerar:

- Em primeiro lugar, as intenções reprodutivas e as escolhas, através de abordagem humanizada da mulher ou do casal que planeja a gravidez;
- Auxílio à decisão contraceptiva de cada paciente, respeitando as contraindicações relativas e absolutas de cada método, os critérios clínicos de elegibilidade estipuladas pela OMS.
- Procedimentos que abrangem a triagem e o tratamento de câncer cervical, anemia e infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- A promoção do aleitamento materno e o abandono do tabagismo devem ser vigorosamente encorajados se houver recursos humanos e materiais disponíveis para a sua execução. Mas esses procedimentos não devem ser vistos como pré-requisitos para a aceitação e o uso de métodos de planejamento familiar quando não são necessários para se estabelecer os critérios médicos de elegibilidade para a adoção ou a continuidade de um método particular.

Os contraceptivos disponíveis na RAS do município são:

- Métodos contraceptivos injetáveis,
- Métodos contraceptivos via oral,
- Dispositivo intrauterino de cobre (DIU),

- Pílula de emergência oral e
- Preservativos femininos e masculinos.

2.5.1 Roda com os critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais

A roda de critério de elegibilidade para uso de contracepção utilizada pelo Município de Criciúma (ANEXO 7), baseia-se em evidência científica descrita nas diretrizes da OMS dos critérios de elegibilidade para uso de contraceptivos da 5ª edição (2015).

A roda combina 09 métodos contraceptivos contidos no disco interno, com as características ou condições médicas específicas mostradas ao redor da borda externa. Os números que aparecem no campo de visualização indicam se a mulher que apresenta essa característica ou condição médica conhecida pode iniciar a utilização do método contraceptivo.

O quadro abaixo apresenta as categorias e suas respectivas recomendações, sendo priorizado a categoria 1 e posteriormente a categoria 2. Com exceção e análise criteriosa, deve-se prescrever os métodos pertencentes à categoria 3. Já aqueles classificados como categoria 4 não são recomendados.

Quadro 5: Categorias e Recomendações da Roda e Critério de Elegibilidade para uso de Contracepção

CATEGORIAS E RECOMENDAÇÕES DA RODA E CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE CONTRACEPÇÃO			
CATEGORIA	CRITÉRIO CLÍNICO	COM JUÍZO CLÍNICO LIMITADO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
1	Use o método em qualquer circunstância. Uma condição para a qual não há restrição quanto ao uso do método anticoncepcional.	SIM (Utilize o método)	Prescrição realizada pelo enfermeiro e médico.
2	Utilizar de modo geral o método.		

	Uma condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados.		(continuação)
3	<p>Não se recomenda geralmente o método a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.</p> <p>Uma condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método.</p>	NÃO (NÃO UTILIZE O MÉTODO)	Prescrição realizada somente pelo médico
4	<p>O método não deve ser utilizado.</p> <p>Uma condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja utilizado.</p>		

Fonte: Adaptado OMS, 2015.

A RAS Criciúma, disponibiliza os seguintes métodos de contracepção contidos na roda:

- DIU-Cu (DIU de cobre),
- levonorgestrel 0,75mg,
- levonorgestrel+etinilestradiol 0,15+0,03mg,
- medroxiprogesterona 150mg/ml,
- noretisterona 0,35mg,
- noretisterona+estradiol 50+5mg/ml.

2.6 MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.

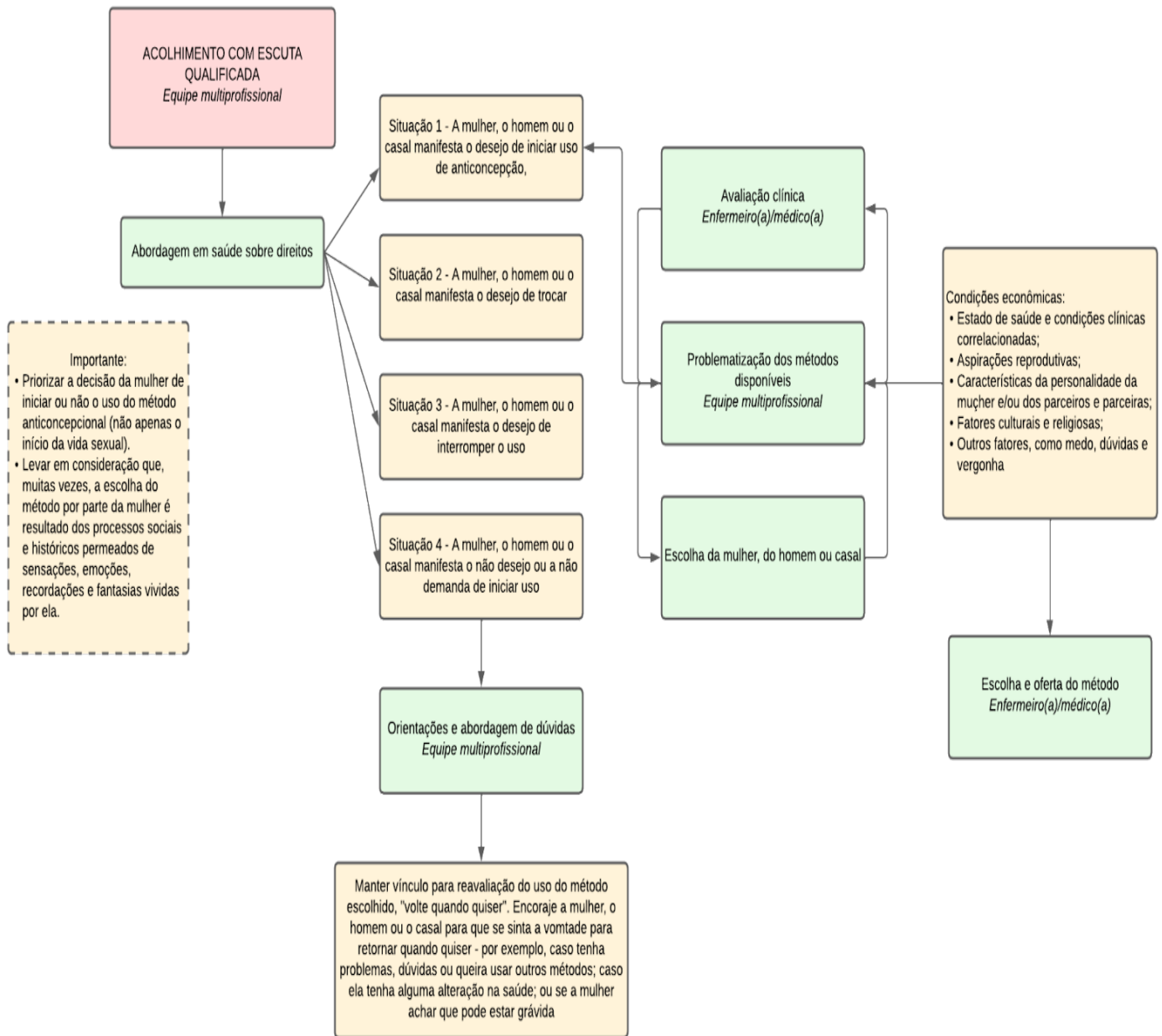
Quadro 6: Métodos Hormonais

MÉTODOS HORMONAIIS		
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	TIPOS	APRESENTAÇÃO
Hormonais Orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais Injetáveis (Aplicação via IM)	Trimestrais (progestágeno)	Medroxiprogesterona 150 mg/1 ml
	Mensais	Noretisterona+estradiol 50+5mg/ml.

Fonte: Grupo Conductor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

A prescrição dos contraceptivos hormonais contidos na Rede de Atenção à Saúde - RAS deverá ser realizada em receituário simples, **por médicos ou enfermeiros**, contendo o nome completo da paciente, o nome do anticoncepcional e a posologia. A receita tem validade de 12 meses, porém se a paciente não se adaptar com método, uma nova consulta deverá ser realizada para a análise do novo método a ser adotado. A pílula anticoncepcional de emergência (AE), poderá ser prescrita também por **farmacêuticos**.

Fluxograma 1: Escolha do método Anticoncepcional



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2016.

2.6.1 Contraceptivos orais

Para toda e qualquer mulher que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com AOC ou minipílula. A anticoncepção oral pode ser fornecida à mulher em qualquer momento para que inicie a ingestão posteriormente. Não há motivo para que isso não seja feito. Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso. Aquelas infectadas com o HIV, que tenham aids ou estejam em terapia antirretroviral (TARV) podem utilizar os AOC com segurança. Incentivar a também utilizarem preservativos (dupla proteção).

2.6.2 Modo de uso de contraceptivos orais

AOC: Iniciar preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual. Manter o intervalo de 7 dias entre as cartelas, no caso do AOC monofásico.

Minipílula: Ingerir 1 comprimido ao dia sem intervalo entre as cartelas.

2.6.3 Contraceptivos orais - quando e como começar

Se está mudando de método não hormonal: A qualquer momento do mês. Se em uso do DIU, iniciar imediatamente após retirada. Utilizar método de apoio por sete dias;

Mudança de método hormonal: Imediatamente. Se estiver mudando de injetáveis, poderá iniciar quando a injeção de repetição já tiver sido dada;

Ausência de menstruação (não relacionada ao parto): Se não grávida, a qualquer momento. Uso de método de apoio por sete dias;

Após uso de ACE (anticoncepção de emergência): Tomar ou iniciar uso no dia em que parar de tomar a ACE. Uso de método de apoio por sete dias.

2.6.4 Orientações em caso de esquecimento do contraceptivo oral

Esqueceu a pílula em um dia: Passado até 12 horas de esquecimento em relação ao horário habitual da ingestão do anticoncepcional, tomar a pílula. Caso tenha se passado 12 horas, tomar a pílula e orientar a utilizar outro método contraceptivo de apoio por dez dias.

Esqueceu uma ou duas pílulas ou atrasou o início da nova cartela em um ou dois dias: Tomar uma pílula de imediato e tomar a pílula seguinte no horário regular. Orientar a utilizar outro método contraceptivo de apoio por dez dias.

Esqueceu de tomar três ou mais pílulas: Tomar uma pílula de imediato e utilizar outro método contraceptivo de apoio por dez dias. Caso a usuária tenha feito sexo nos últimos cinco dias, avaliar necessidade de uso do anticoncepcional de emergência. Se o esquecimento tiver ocorrido na 3ª semana da cartela, iniciar nova cartela após sete dias.

Em caso de vômito ou diarreia: Se vomitar nas primeiras duas horas após tomar o AOC, pode tomar outra pílula assim que possível. Continuar tomando as pílulas normalmente.

Se após gestação:

Amamentando de forma exclusiva ou não, com mais de seis semanas do parto: Iniciar a minipílula a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por sete dias. Em geral, os AOCs não são usados em mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto que estejam amamentando.

Após aborto (espontâneo ou não): Imediatamente. Se iniciar nos sete dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida;

Não amamentando: 1- Para início de AOC: Pode iniciar o uso de AOC em qualquer momento após o 21º dia do pós-parto, desde que com certeza razoável de que não está grávida. 2- Para início de minipílula: Se a menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento (sem necessidade de

método de apoio) – não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.

*As orientações podem mudar conforme combinação hormonal e fabricante. Verificar informações em bula.

2.6.5 Contraceptivos orais - Orientações a serem fornecidos aos usuários

É imprescindível ressaltar que a eficácia do método contraceptivo depende de a paciente seguir corretamente as orientações referentes ao modo de uso. Além disso, deve-se informar que os contraceptivos orais não protegem contra IST.

AOC: Tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário. Iniciar uma nova cartela no dia certo. Iniciar o AOC no meio do ciclo menstrual não é contraindicado, mas pode provocar alterações menstruais naquele ciclo.

Minipílula: Tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário, sem interrupções. É um método com boa eficácia associado à amamentação exclusiva.

Combinar com a usuária sobre consulta de retorno para a avaliação da aceitação do método e/ou para orientações sobre dúvidas que poderão surgir.

2.7 ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL E MENSAL

Para toda e qualquer mulher que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com o anticoncepcional injetável (AI) de escolha. Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso. Aquelas infectadas com o HIV, que tenham aids ou estejam em terapia antirretroviral (TARV) podem utilizar os anticoncepcionais injetáveis com segurança. Incentivar a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis.

2.7.1 Modo de uso do anticoncepcional oral

Se trimestral, a cada três meses (13 semanas). Se mensal, a cada quatro semanas (30 dias). O AI trimestral pode ser adiantado ou atrasado em até duas semanas; o AI mensal pode ser adiantado ou atrasado em até 7 dias.

Pode começar o uso a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida. Utilizar métodos contraceptivos de apoio por 10 dias, como por exemplo, o uso do preservativo masculino.

Se após a gestação: Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI trimestral: se não houver retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por 7 dias. Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI mensal: atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê – o que ocorrer primeiro.

Após aborto (espontâneo ou não): Imediatamente. Se mais de sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias).

Não amamentando: 1- Para AI trimestral, se menos de quatro semanas, iniciar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio). 2- Para AI mensal, se a menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do vigésimo primeiro dia do parto. 3- Para ambos AI, se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida. Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

2.7.2 Orientações em caso de esquecimento do anticoncepcional injetável

No caso do anticoncepcional injetável trimestral: Independentemente do atraso, ela deve retornar para a próxima injeção. Se o atraso foi maior do que

duas semanas, ela deve abster-se de fazer sexo ou utilizar método de apoio até que receba uma injeção. Poderá tomar pílulas de AHE se o atraso foi maior do que duas semanas e ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos cinco dias. Se o atraso for de mais de duas semanas, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que ela deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção); ou se ela estiver em amamentação de forma exclusiva ou quase e deu à luz há menos de seis meses. Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção. Se a usuária estiver mais de duas semanas atrasada e não atender aos critérios citados, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

No caso do anticoncepcional injetável mensal: Se houver menos de sete dias em atraso, realizar a próxima aplicação sem necessidade de testes, avaliação ou método de apoio. Se atrasar mais de sete dias, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção). Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção. Se a usuária estiver mais de sete dias atrasada e não atender aos critérios acima, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

2.7.3 Efeitos colaterais mais comuns do anticoncepcional injetável

Alterações da menstruação, alterações do peso (AI mensal), alterações de humor ou no desejo sexual (AI trimestral), cefaleia, dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios (AI mensal) etc. Ver item 2.9 desse protocolo, o qual traz o quadro de intervenções diante das queixas comuns no uso de contraceptivos hormonais.

Para maior eficácia, é importante seguir as orientações referentes ao modo de uso e aplicar no intervalo correto. No caso do AI trimestral, o retorno à fertilidade é gradual, mas pode apresentar alguma demora. Além disso, deve-se informar que os contraceptivos orais não protegem contra IST.

Combinar com a usuária sobre consulta de retorno para a avaliação do método e/ou para orientações sobre dúvidas que poderão surgir.

2.8 ANTICONCEPCIONAL HORMONAL DE EMERGÊNCIA - AE

Tem por objetivo prevenir gravidez indesejada ou inoportuna após relação sexual que, por alguma razão, aconteceu de forma desprotegida. A contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo e familiar: não deve ser um método rotineiro.

É extremamente importante a contracepção de emergência ser utilizada em até 72 horas após o coito, já que após isso o método perde muito a sua eficácia. No entanto, a administração da contracepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida ainda oferece efeito contraceptivo. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente da anticoncepção de emergência compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição.

Quadro 7: – Anticoncepcional Hormonal de Emergência – AE

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL DE EMERGÊNCIA – AE			
MÉTODO	POSOLOGIA	INFORMAÇÕES E PRAZO DE INÍCIO DA ANTICONCEPÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
LEVONORGESTREL (COMPRIMIDOS DE 0,75 MG)	02 comprimidos de 0,75 mg, dose única.	Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar.	Enfermeiro, farmacêutico e médico
Na indisponibilidade dos comprimidos de Levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.			

Fonte: Adaptado OMS, 2015.

O AE pode ser usado por via vaginal caso a mulher esteja desacordada, como em casos em que ela tenha sido vítima de violência, ou em caso de vômito frequente. Observação: a eficácia (índice de Pearl) é, em média, de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações.

Salvo raras exceções, todas as mulheres podem usar a contracepção de emergência.

2.9 INTERVENÇÕES DIANTE DAS QUEIXAS COMUNS NO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS

Quadro 8: Intervenções Diante das Queixas Comuns no Uso de Contraceptivos Hormonais

INTERVENÇÕES DIANTE DAS QUEIXAS COMUNS NO USO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS		
QUEIXA	INTERVENÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
ACNE	A acne em geral melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. No caso do AOC, se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC contendo acetato de ciproterona e drospirenona, se possível e para que tome as pílulas por três meses. Considerar as soluções localmente disponíveis.	Enfermeiro e Médico
AUSÊNCIA OU SANGRAMENTO IRREGULAR	Ausência ou sangramento irregular (aquele que vem em momentos inesperados e incomodam a usuária): é comum sangramento irregular ou a ausência de sangramento em mulheres em uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando; no uso de injetáveis trimestrais, é comum que surja a amenorreia com o tempo). Não são prejudiciais e o sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Garantir que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Se há ausência de sangramento, garantir que ela não está grávida. Se há suspeita de gravidez, instruir a interromper o método caso se confirme. No sangramento irregular em uso de AOC , orientar	Enfermeiro e Médico

	o uso correto e de preferência sempre no mesmo horário. Pode-se tentar o uso de AINE para alívio em curto prazo. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol ou, se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Caso se suspeite de que algo esteja errado, considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.	
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL	<p>Sangramento vaginal inexplicável (que sugere problema médico não relacionado ao método) ou sangramento intenso ou prolongado: encaminhar ou avaliar de acordo com o histórico e exame pélvico. Diagnosticar e tratar da maneira apropriada. Ela poderá continuar tomando o anticoncepcional enquanto seu problema estiver sendo avaliado. Se o sangramento é causado por IST ou inflamação pélvica, ela poderá continuar tomando o anticoncepcional durante o tratamento.</p>	<p>Médico</p> <p>(continua) (continuação)</p>
ALTERAÇÕES DA MENSTRUAÇÃO	<p>Menstruação intensa ou prolongada (o dobro do normal ou duração maior que oito dias): de modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde a intensidade ou cessa após alguns meses. Para obter um modesto alívio de curto prazo, siga as recomendações para sangramento irregular. Para evitar que ocorra anemia, sugerir suplementação de ferro e dizer que é importante que ela coma alimentos que contenham ferro. Se o sintoma persistir ou começar após vários meses de menstruação normal ou ausência dela, ou caso se suspeite que haja algo errado por outros motivos, deve-se considerar as condições subjacentes que não estejam relacionadas ao uso do método. Se em uso de injetável de progestágeno, para obter alívio em curto prazo, avaliar uma das alternativas: 1) AOC, tomando uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar; e 2) 50 µg de etinilestradiol diariamente por 21 dias, iniciando quando sua menstruação começar.</p>	<p>Enfermeiro e Médico</p>
ALTERAÇÕES DE HUMOR OU NO DESEJO SEXUAL	<p>Se há alteração do humor na semana em que a mulher não toma o hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar sobre mudanças em sua vida que pudessem afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de</p>	<p>Enfermeiro e Médico</p> <p>(continua)</p>

	atendimento. Considerar as soluções localmente disponíveis.	(continuação)
ALTERAÇÕES DE PESO	Análise a dieta e aconselhe conforme necessidade. Se achar necessário, encaminhar o paciente para consulta/avaliação com nutricionista. Encaminhamentos a esta especialidade seguem normas vigentes.	Enfermeiro e Médico
CEFALEIA COMUM	Sugerir um analgésico. Se a cefaléia ocorre na semana em que ficam sem hormônios, considerar uso estendido e contínuo do hormônio. Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que se agravam ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo, e neste caso solicitar reavaliação médica.	Enfermeiro e Médico
DORES DE CABEÇA COM ENXAQUECA	Com o aparecimento da enxaqueca, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc.). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).	Enfermeiro e Médico
DOR AGUDA NA PARTE INFERIOR DO ABDOME	Ficar atento a sinais de gravidez ectópica. Ficar atento a sinais de doença inflamatória pélvica (DIP) e iniciar o tratamento imediatamente se confirmada a hipótese. Realizar exames abdominais e pélvicos. Iniciar o tratamento rapidamente (VER CAPÍTULO DE DOR PÉLVICA).	Médico
NÁUSEAS OU TONTURAS	No caso da náusea, sugerir ingerir os comprimidos na hora de dormir ou junto do alimento. Na persistência: considerar soluções localmente disponíveis (analgésicos e hábitos alimentar). Considerar uso estendido e contínuo caso a náusea ocorra após iniciar nova cartela de AOC.	Enfermeiro e Médico
SENSIBILIDADE DOS SEIOS	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Prescrever analgésico se paciente desejar: Paracetamol 500mg, Dipirona 500mg 1cp 8/8h, se dor; ou Ibuprofeno 600mg -1cp 8/8h. Considerar soluções localmente disponíveis. Ação de enfermeiro e médico.	Enfermeiro e Médico

Fonte: Ministério da Saúde / Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

2.10 DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU

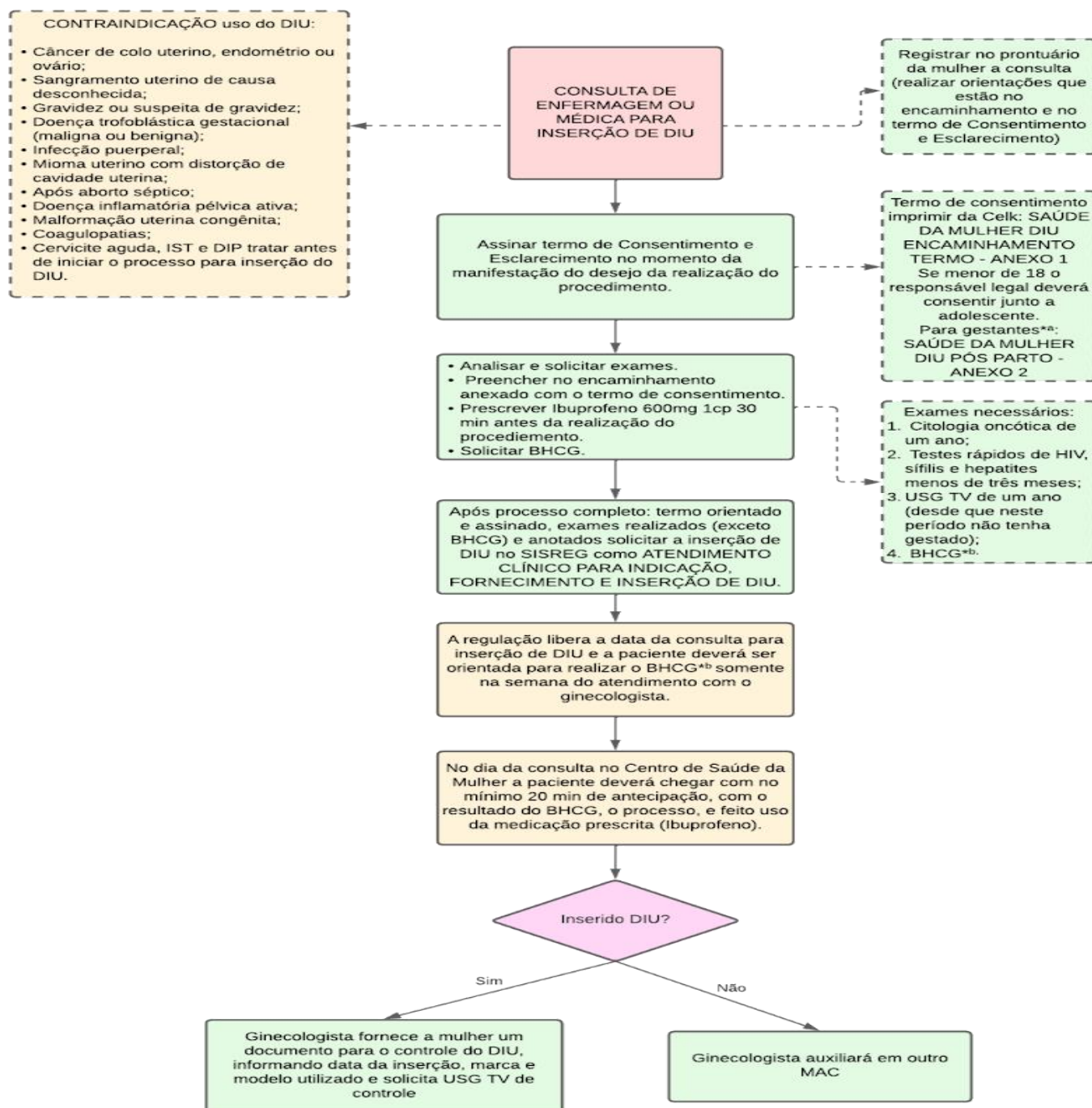
O Centro de Saúde da Mulher fornece e insere o **DIU de cobre**, atualmente o único disponibilizado pela RAS.

Trata-se de um método de barreira não hormonal de longa duração, age através da liberação contínua de íons de cobre na cavidade uterina, e tem validade de até 10 anos, a depender de cada caso individualmente analisado.

O DIU pode ser inserido após a mulher ter iniciado a vida sexual, não havendo idade mínima estipulada para que seja realizada a inserção. Importante acrescentar que para menores de 16 anos, se faz necessário a autorização/consentimento do responsável legal. Além disso, a adolescente e/ou mulher deve ser orientada quanto aos efeitos colaterais e segurança do método.

Orientações a respeito de anexos e apêndices estão inseridos no fluxograma 2.

Fluxograma 2: Atendimento a inserção do DIU de cobre



^{*a} Solicitar a gestante que no momento do parto leve o consentimento e solicite a inserção do DIU ao profissional de saúde (médico de preferência) que estará acompanhando o parto.

^{*b} realizar BHCG somente na semana do atendimento com o ginecologista.

No caso de a maternidade não inserir o DIU e a puérpera manter o desejo de inserção nova consulta ser realizada e com um novo termo de consentimento (a inserção deverá ser realizada somente após 6 semanas de puerpério ou aborto).

2.10.1 Atendimento após inserção do DIU de cobre

A paciente quando insere o DIU no Saúde da Mulher ou pós parto no HMISC leva consigo para a UBS a solicitação de USG TV PARA CONTROLE DO DIU (aba na Celk: documentos SAÚDE DA MULHER USG PÓS DIU-ANEXO 3). Na APS: inserir no sistema de regulação a solicitação da USG e adicionar no campo justificativa:

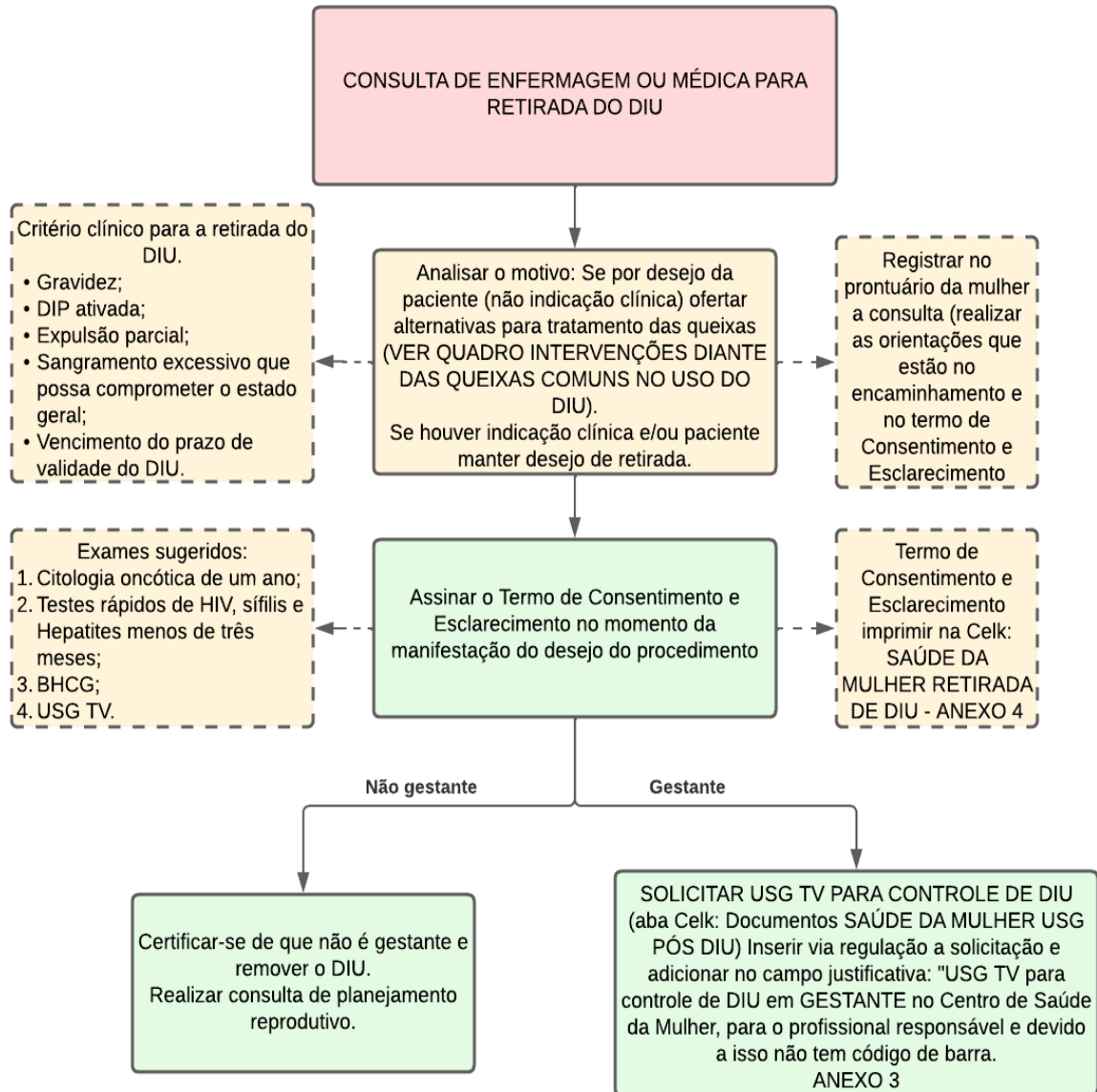
“US TV para controle do DIU, devendo ser realizado no Saúde da Mulher, com o profissional responsável, portanto a requisição não necessita de código de barras.

Ação de enfermeiros e médicos

A manutenção do DIU poderá ser realizada anualmente (após já ter passado o período de adaptação com o DIU e em paciente sem queixas) com exame especular casado com a citologia oncótica. Nos casos em que o fio do DIU estiver ausente, solicitar USG TV (avaliar fluxograma de retirada do DIU e o quadro de intervenções diante das queixas comuns no uso do DIU). Pacientes com queixas ginecológicas devem ser avaliadas no momento das queixas na APS. Ver quadro de intervenções diante das queixas comuns no uso do DIU. Deve ficar claro que a mulher tem o direito de solicitar e obter a extração do DIU em qualquer momento, seja por causas médicas ou pessoais.

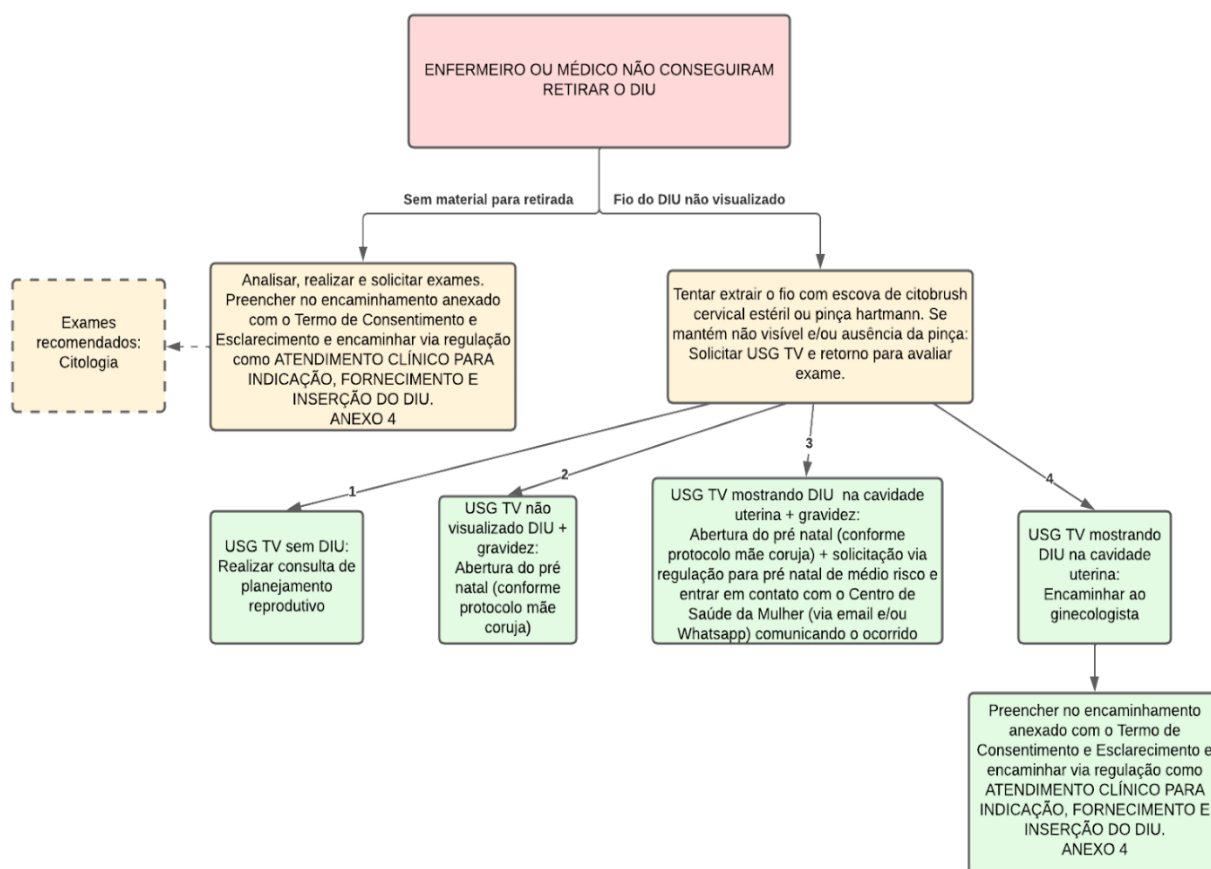
2.10.2 Atendimento para retirada do DIU de cobre

Fluxograma 3: Retirada do DIU na APS



Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Fluxograma 4: Retirada do DIU no Centro de Saúde da Mulher



Fonte: Grupo Conductor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

2.10.3 Intervenções diante das queixas comuns no uso do DIU

Quadro 9: Intervenções Diante das Queixas Comuns no Uso de DIU

INTERVENÇÕES DIANTE DAS QUEIXAS COMUNS NO USO DO DIU		
QUEIXA	INTERVENÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
CÓLICAS E DOR	É comum que a mulher sinta um pouco de cólica e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é algo prejudicial e	Enfermeiros e Médicos (continua)

	<p>normalmente diminui com o tempo. Sugerir/prescrever Ibuprofeno 600mg 8/8h no período menstrual. Se associado com menstruação intensa ou prolongada, não deverá ser utilizado aspirina, pois pode aumentar o sangramento. Ação de enfermeiro e médico.</p> <p>Se as cólicas continuam e ocorrerem fora da menstruação: Avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhar; se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, avaliar a possibilidade de retirar o DIU; se o DIU removido tiver aparência distorcida ou se houver dificuldades durante a remoção, sugerir que o DIU estivesse fora da posição correta, explicar à usuária que ela poderá colocar novo DIU, o qual possivelmente lhe causará menos cólicas. VER FLUXO INSERÇÃO DE DIU.</p>	(continuação)
DOR AGUDA NA PARTE INFERIOR DO ABDOME	Descartar a possibilidade expulsão do DIU e de perfuração uterina. Ficar atento a sinais de gravidez ectópica. Ficar atento a sinais de doença inflamatória pélvica (DIP). Ver também o capítulo de dor pélvica.	Enfermeiros e Médicos
EXPULSÃO DO DIU OU AUSÊNCIA DO FIO DO DIU	<p>Se o DIU sair parcialmente, remover. Se a usuária relatou que o DIU saiu completamente ou parcialmente, avaliar canal vaginal e colo uterino: Se saiu parcialmente retirar.</p> <p>Fio do DIU não visualizado solicitar USG TV, descartar gravidez e encaminhar para retirada do DIU (VER FLUXO DE RETIRADA DO DIU). Conversar com a usuária e se deseja outro DIU ou método diferente (ajude na escolha de novo método se ela preferir).</p> <p>Caso ela queira outro DIU (VER FLUXO INSERÇÃO/RETIRADA DO DIU).</p> <p>Fornece a ela um método de apoio para ser usado durante este período.</p>	Enfermeiros e Médicos
MENSTRUÇÃO INTENSA OU PROLONGADA (o dobro do normal ou duração maior que 08 dias)	De modo geral, não é algo prejudicial e normalmente perde a intensidade ou cessa após alguns meses. VER QUADRO MANEJO CLÍNICO DO SANGRAMENTO UTERINO AUMENTADO - CAPÍTULO ATENÇÃO A PROBLEMAS MAIS COMUM EM SAÚDE DAS MULHERES.	Enfermeiros e Médicos (continua)

	Para evitar anemia, sugerir suplementação de ferro e orientar dieta rica em ferro e vitamina C para auxiliar na absorção do ferro.	(continuação)
PARCEIRO SENTE O FIO DO DIU NA RELAÇÃO SEXUAL	Encaminhar para o ginecologista no Centro Saúde da Mulher, via regulação: ATENDIMENTO CLINICO P/INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DIU.	Enfermeiros e Médicos
SUSPEITA DE PERFURAÇÃO UTERINA	Se DIU inserido na RAS, entrar em contato com a equipe que o inseriu.	Enfermeiros e Médicos

Fonte: Ministério da Saúde / Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

2.11 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA - LEI 9.623/1996

A esterilização cirúrgica é um método definitivo, atualmente é executada através da laqueadura tubária ou vasectomia. É permitida nas seguintes situações, conforme lei descrita acima:

- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou que tenham pelo menos dois filhos vivos;
- É preciso aguardar o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
- Em caso de risco à vida da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Assim como qualquer procedimento cirúrgico, para realizar a laqueadura tubária é necessária avaliação clínica com ênfase aos riscos e benefícios do procedimento junto à equipe de saúde.

Em pessoas absolutamente incapazes, a esterilização cirúrgica depende de ordem judicial. Além disso, é proibida a indução ou o incitamento individual ou coletivo à esterilização cirúrgica.

O artigo 13 informa que é vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

2.12 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA - LEI 14.443/2022

- A idade mínima para esterilização cirúrgica passou a ser 21 anos, em vez de 25;
- A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias;
- A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
- A pessoa que deseja fazer a esterilização NÃO depende mais do consentimento expresso de seu cônjuge ou companheiro(a) para realizar o procedimento.

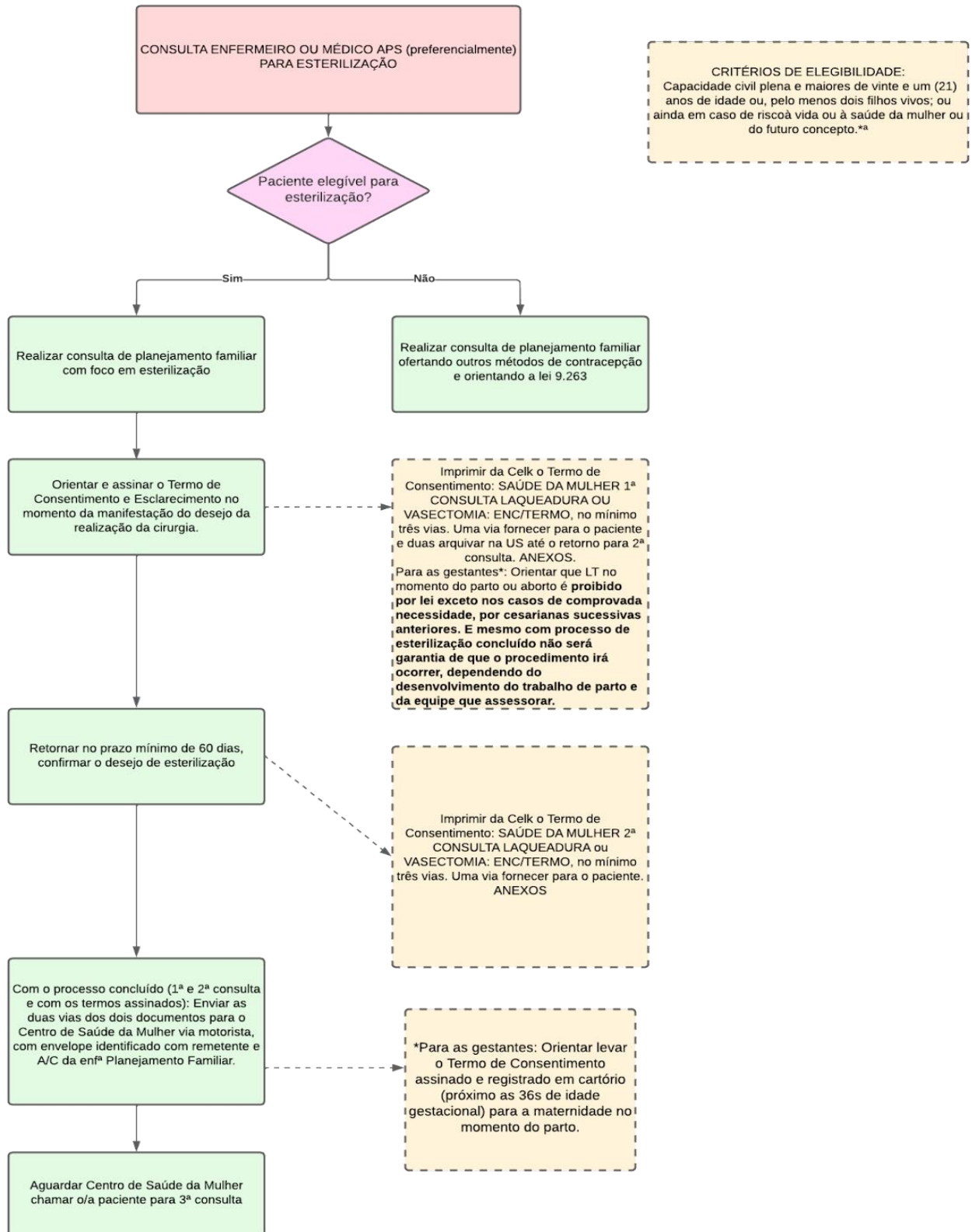
A Lei 14.443/2022 entra em vigor em março de 2023.

2.12.1 Atendimento para esterilização voluntária feminina e masculina

O atendimento para a realização da esterilização voluntária feminina ou masculina inicia na APS através da consulta de planejamento familiar, realizado pelo profissional médico ou enfermeiro.

No momento em que o paciente manifesta o desejo da esterilização, o profissional deve ter a certeza que o mesmo está dentro dos critérios, conforme a lei em vigor.

Fluxograma 5: Atendimento para esterilização



*Saúde da Mulher – 1 Consulta laqueadura: ENC/ TERMO: ANEXO 4

2.13 INFERTILIDADE CONJUGAL

A infertilidade conjugal constitui um problema de saúde pública crescente devido ao desejo tardio das mulheres pela gestação e, pelo fato de a população jovem priorizar outras áreas em suas vidas. A abordagem da infertilidade na APS visa promover assistência integral ao casal e minimizar sentimentos negativos relacionados à demanda e regulação para tratamento.

Entende-se por infertilidade conjugal a não ocorrência de gravidez em casal que mantenha relações sexuais frequentes pelo período de 12 meses (01 ano), sem uso de métodos contraceptivos, ou após 06 meses quando a mulher apresentar idade igual ou superior a 35 anos. Segundo estudos, a infertilidade está presente em 15% a 20% dos casais.

Alguns termos se tornam necessários serem esclarecidos em infertilidade, tais como a **Fecundabilidade**, que é a probabilidade de alcançar uma gestação em um ciclo menstrual (em torno de 20%). A Fecundidade, que trata da capacidade de alcançar uma gestação a termo em um ciclo menstrual (em torno de 15%). A **Esterilidade**, que é a incapacidade de conceber (azoospermia, ausência de útero, entre outros) e a **Subfertilidade**, que são os casos em que há possibilidade de reversão do quadro (oligoastenozoospermia, anovulação, entre outros).

As causas de infertilidade podem ser divididas em causas femininas e masculinas, porém a abordagem deve sempre levar em conta o casal. Estudos apontam que 35% das causas de infertilidade se devem ao fator feminino e 30% ao fator masculino; em ambos os parceiros (20%) e infertilidade sem causa aparente – ISCA (15%).

2.13.1 Infertilidade feminina

Sabe-se que a mulher após os 30 anos apresenta uma queda de aproximadamente 11% da sua fertilidade, para cada ano passado. Perante isso,

orienta-se iniciar a investigação do casal infértil após, pelo menos, um ano de exposição sexual sem ocorrência de gravidez. A investigação antes de um ano está justificada nas seguintes situações:

- Mulheres com mais de 35 anos;
- Ciclos menstruais irregulares;
- História de doença inflamatória pélvica (DIP);
- Diagnóstico ou suspeita de endometriose;
- Cirurgias abdominais anteriores;
- Problemas masculinos conhecidos.

A figura abaixo apresenta os fatores de infertilidade femininos e suas respectivas porcentagens:

Quadro 10: Fatores de Infertilidade Femininos e suas Respectivas Porcentagens.

FATORES DE INFERTILIDADE FEMININOS E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS	
FATOR FEMININO	PORCENTAGEM
TUBÁRIO	14%
OVULATÓRIO	6%
DIMINUIÇÃO DA RESERVA OVARIANA (RO) OU FATOR OVARIANO	6%
ENDOMETRIOSE	7%
UTERINO	1%
MÚLTIPLAS CAUSAS	13%

Fonte: Protocolo de Infertilidade Conjugal de Belo Horizonte - 2022.

A história clínica define a infertilidade como: Primária da paciente para os casos em que a paciente nunca engravidou; primária do casal, quando a

paciente nunca engravidou daquele parceiro e secundária nas situações onde a paciente engravidou uma vez, mesmo com outro parceiro.

A abordagem adequada para a investigação da infertilidade inclui a anamnese detalhada, exame físico geral e ginecológico minucioso.

2.13.2 Abordagem do casal infértil

Na anamnese, é preciso avaliar a idade, o tempo de infertilidade e se a infertilidade é primária ou secundária. Estes três primeiros aspectos estão relacionados ao prognóstico do tratamento. Além destes, também têm importância:

- História menstrual (menarca, duração do ciclo, fluxo menstrual, dismenorreia, tensão pré-menstrual, muco);
- História de contracepção prévia;
- História obstétrica (gestações anteriores, abortamentos, curetagens);
- História sexual (disfunções sexuais);
- Frequência de coito (ideal: 2 a 3 vezes por semana);
- Comorbidades (obesidade, hirsutismo, diabetes, alterações de tireoide, patologias autoimunes, hipertensão arterial, outras);
- Cirurgias anteriores (principalmente pélvicas);
- História de internações com dor pélvica, DIP e uso regular de medicamentos;
- Tabagismo, etilismo, uso de maconha e cocaína (promovem distúrbios na pulsatilidade, liberação dos hormônios e queda da espermatogênese).

Além das questões já elencadas, o índice da massa corporal (IMC) é um importante parâmetro que deve ser avaliado na mulher que deseja gestar, reduzindo o risco de complicações obstétricas e fetais, associadas ao peso.

Deve ser realizado o exame pélvico em todas as pacientes com a finalidade de FG avaliar a presença de alterações inflamatórias, vulvovaginites,

sinais de virilização, hímen íntegro ou ainda, sinais de doença inflamatória pélvica - DIP.

2.13.3 Avaliação do parceiro

Na consulta para investigação de infertilidade conjugal, o parceiro deve ser indagado sobre:

Desenvolvimento puberal;

Presença de alguma disfunção sexual;

Passado de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e/ou infecções geniturinárias;

Histórico de doenças que poderiam cursar com quadros de infertilidade masculina como: Criptorquidia, caxumba, hidrocele, varicocele, torções testiculares e traumas na região genital, cirurgias pregressas como hernioplastias e vasectomia, presença de infertilidade masculina na família;

Perguntar sobre o uso de anabolizantes e hormônios masculinos, em algum período da vida, devido à frequente associação com alterações seminais;

Perguntar sobre uso de drogas, álcool e tabagismo;

Perguntar se possui filhos e qual a idade do último filho.

2.13.4 Investigação laboratorial do fator masculino- Espermograma

O espermograma é a forma inicial de avaliação da causa masculina e é um exame essencial na investigação do casal infértil. Os parâmetros de referência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são:

- Volume: 1,5 ml;
- pH: 7,2;
- Concentração espermática (número de espermatozoides/ml): > 15 milhões;
- Total espermatozoides no ejaculado: > 40 milhões;
- Motilidade progressiva (A + B): 32%;
- Vitalidade: 58%;

- Leucócitos: < 1 milhão/ml;
- Morfologia ou formas normais: > 4% (critério estrito de Kruger).

O espermograma deve ser solicitado como parte da investigação inicial na APS, orientar a coleta do espermograma no período de 2 a 7 dias de abstinência sexual.

Se o resultado da primeira análise do sêmen é anormal, um teste de confirmação deve ser oferecido e deve ser repetido, idealmente, em 3 meses após o diagnóstico de base para completar o ciclo de formação dos espermatozoides. No entanto, se tiver sido detectada uma importante alteração seminal, como azoospermia ou oligozoospermia severa, a repetição do teste deve ser realizada imediatamente, ou o mais rapidamente possível.

Outros testes solicitados na atenção secundária, ou seja, por médicos especialistas, como o exame de anticorpos espermáticos e fragmentação do DNA não possuem nenhuma evidência de que sejam eficazes para melhorar a fertilidade e modificar o tratamento oferecido.

2.13.5 Investigação laboratorial do fator feminino

Os fatores femininos relacionados à infertilidade conjugal são diversos, o que envolve um número maior de exames. Diante disso, os exames básicos necessários para a avaliação compreendem:

- Colpocitologia oncótica (Preventivo) - Validade de 12 meses.
- Espermograma do parceiro;
- Ultrassonografia transvaginal;
- Exames hormonais: FSH, LH, PRL e TSH. A coleta do sangue deve ser realizada no 3º dia do ciclo menstrual, preferencialmente;
- Exames laboratoriais: sorologia para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, anti-HIV, HBsAg, ANTI-HCV e VDRL.

2.13.6 Orientações na APS e encaminhamento ao serviço especializado de infertilidade

Algumas orientações são necessárias, e devem ser realizadas pelos profissionais da APS em relação a infertilidade Conjugal:

1. Orientações sobre os hábitos de vida saudáveis;
2. Orientar sobre período fértil e atividade sexual;
3. Avaliar o estado nutricional e caso seja diagnosticada obesidade, orientar perda de peso, alimentação saudável e realização de atividade física;
4. Incentivar abandono do tabagismo e no caso de comorbidades descompensadas ou paciente sem acompanhamento, encaminhar a mulher ou o homem para o médico assistente de acordo com a patologia apresentada (clínico, cardiologista, endocrinologista, etc.).

No caso de infertilidade detectada por fator masculino, ou seja, alterações no exame espermograma ou relacionados a anatomia/fisiologia masculina, o homem (previamente avaliado/investigado pela equipe da atenção primária) deverá ser encaminhado ao UROLOGISTA via regulação.

Para os casos de infertilidade relacionados a fatores femininos, a mulher (previamente avaliada/investigada pela equipe da atenção primária) poderá ser encaminhada de duas formas:

1. **Ao serviço de Ginecologia - Infertilidade**, solicitado através do e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br, enviado para a equipe do Centro de Saúde da Mulher, contendo os seguintes dados: **Nome, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, número de telefone para contato, dados clínicos pertinentes e resultados de exames prévios, como assunto: INFERTILIDADE**. Esta solicitação será para a regulação estadual, sendo que a paciente será atendida em clínica indicada pelo HMISC, e autorização SISREG entregue à paciente pelo Centro de Saúde da Mulher, que fará as orientações pertinentes.

2. **A Ginecologia - geral, via regulação municipal**, após investigação inicial, onde a paciente será atendida pela Equipe do Centro de Saúde da Mulher.

Encaminhamento para o HMISC segue regulação estadual, sem cota física de vagas, as consultas são liberadas conforme prioridade, dentro da Cer Marcrosul. e após consulta, a paciente volta para o Saúde da Mulher para autorizar os exames, quando solicitados. Critério de escolha para qual setor especializado enviar a paciente é da APS.

2.14 INTERRUPTÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas consequências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso a:

- Informação e orientação humana e solidária;
- Ao abortamento previsto em lei;
- À atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos;
- E ao planejamento reprodutivo pós abortamento para, inclusive,

evitar abortamentos repetidos.

A legislação brasileira incorpora os direitos humanos internacionais e prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gestação indesejada e ao abortamento (interrupção legal da gestação).

Segundo o código penal brasileiro o abortamento não é crime caso tenha sido praticado por profissional médico se:

- Não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I) e/ou se a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II).

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção da gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com o consentimento da mulher.

Aborto é permitido no Brasil também em casos anencefalia fetal – conforme o Supremo Tribunal Federal decidiu em 2022.

Nas situações apresentadas acima, a interrupção da gestação (abortamento) é um direito da mulher.

O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que contempla a organização da atenção e um guia geral para este atendimento. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

Profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (Código Penal, art. 20, § 1ª).

O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de iminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com os artigos número 3, 4, 5, 1631, 1690, 1728 e 1767 do Código Civil, e artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, recentemente alterado pela Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016, referente ao consentimento da mulher e ou adolescente

A partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha.

A partir dos 12 e antes dos 18 anos: a adolescente pode ser assistida sem responsável, ou por qualquer adulto que a acompanhe.

Antes de completar 12 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (responsável, curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher ou adolescente que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade.

De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

2.14.1 Ética e Sigilo profissional

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o profissional médico ou qualquer outro profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

Segundo o art. 154 do Código Penal é crime: “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (Código Penal, art. 154).

2.14.2 Encaminhamento ao serviço especializado para interrupção legal da gestação

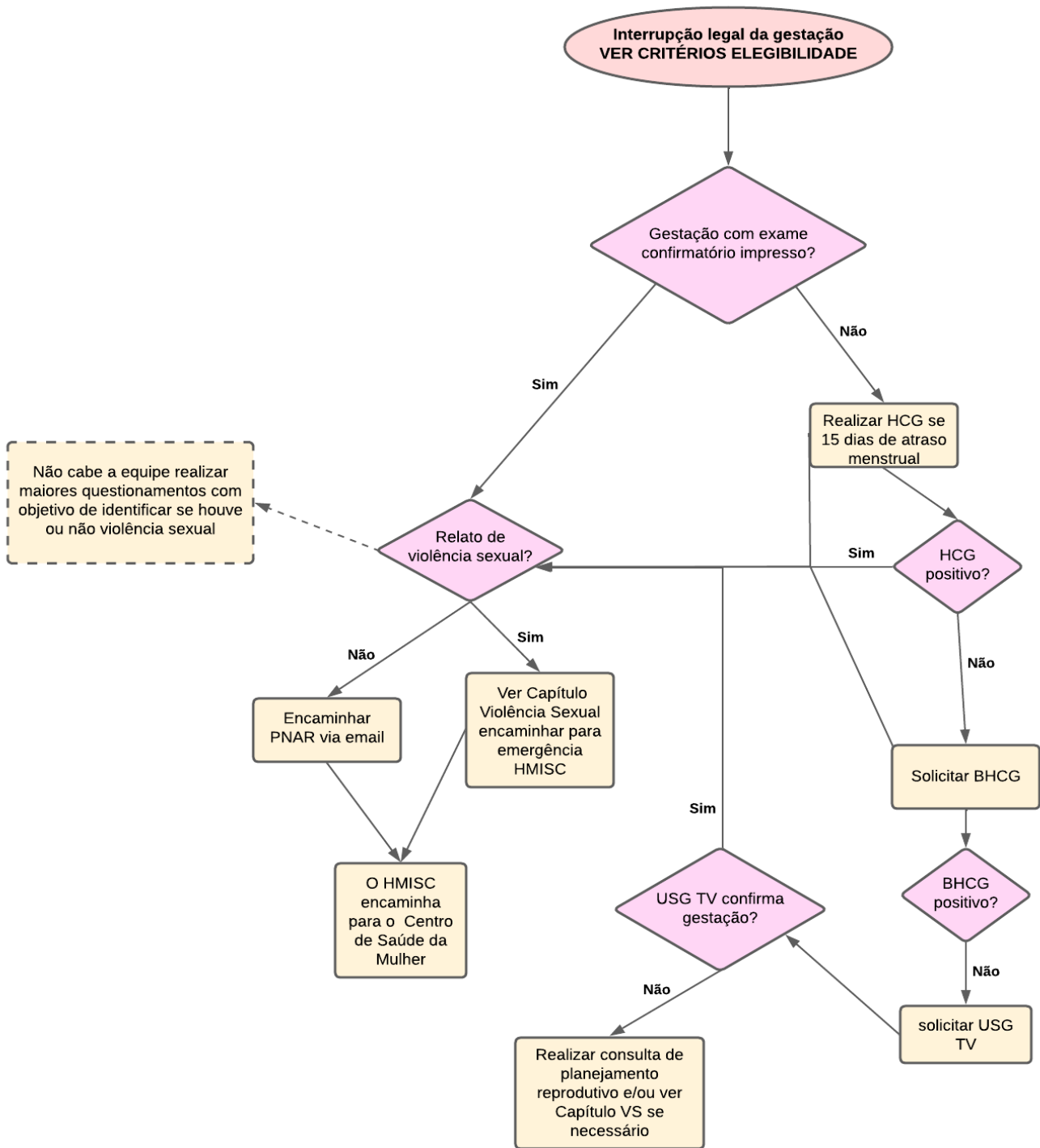
As vítimas de violência sexual não são obrigadas a registrar ou apresentar o Boletim de Ocorrência ou a postular autorização judicial para a realização do procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS, segundo o código penal nº 2848 de 07/12/1940, artigo 128, incisos I e II.

A APS deverá fazer o acolhimento inicial as pacientes vítimas de violência, efetuando a notificação epidemiológica, encaminhando em seguida o documento para a VE e informando o Nuprevips para ser realizada a investigação e disponibilizado apoio a essa mulher, devendo sempre ser resguardado o sigilo.

A gestante deve ter o laudo confirmatório de gravidez, caso não o tenha, a UBS deverá realizar teste rápido de gravidez, se houver atraso menstrual maior que 15 dias ou solicitar BHCG. Na ausência da confirmação da gestação realizar exame físico e se necessário solicitar USG TV, realizado após 15 dias de atraso menstrual. Se não confirmada a gravidez, deverá ser solicitado o exame laboratorial BHCG. Caso o resultado do BHCG seja negativo, deverá ser solicitado USG TV.

Confirmada a gestação, a mesma deverá ser encaminhada para a emergência obstétrica do Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, na qual a mulher passará por avaliação multidisciplinar, prosseguindo ou não com a conduta de interrupção legal da gestação. Após a avaliação, a paciente será orientada a procurar o Centro de Saúde da Mulher, que solicita o agendamento para PNAR via regulação. O médico do PNAR vai avaliar se prossegue com a conduta de abortamento legal e autoriza nova consulta com obstetra. O Centro de Saúde da Mulher solicita a vaga via regulação, contato telefônico e por e-mail aos serviços hospitalares credenciados (HU de Florianópolis, Hospital Regional de São José, etc.). Liberada a vaga no hospital credenciado, a paciente será encaminhada. Necessitando de transporte, orientada a procurar o setor de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, com acompanhamento da enfermeira responsável pelo Pré Natal, do Centro de Saúde da Mulher.

Fluxograma 6: Interrupção Legal da Gestação



Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

CAPÍTULO 3: ASSISTÊNCIA À MULHER MAIOR DE 18 ANOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência contra a mulher pode ser definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher. No Brasil, todos os indicadores relativos à violência contra mulheres apresentaram crescimento no último ano, mesmo com aumento desses dados, ainda há subnotificações em relação à vulnerabilidade social, vergonha, medo, culpa e falta de apoio. Estima-se que 70 % dos feminicídios não passaram pela rede de atendimento (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2022).

Dentre as violências à mulher, destaca se aqui a Violência Sexual. Está compreendida como qualquer forma de atividade sexual não consentida, ou qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força (BRASIL, 2006).

A **violência sexual** é entendida como uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esta demanda. Pode acometer qualquer pessoa de qualquer idade em diferentes espaços (privados e públicos). Mulheres que passaram por tal situação, podem ter consequências comportamentais, sociais e de saúde mental que repercutem em traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e em algumas situações levar à morte.

Com esse protocolo temos o objetivo de nortear a RAS ao atendimento à mulher em situação de violência, sobre o prisma da lei Maria da Penha (11.340/2006) e assistir a mulher maior de 18 anos no enfrentamento à violência sexual.

A saúde é um dos pontos de atendimento da rede de proteção multiprofissional à mulher, juntamente com sistema de justiça, segurança pública e assistência social. Entende-se que a APS, é fortemente contribuidora e muitas vezes a porta de entrada para conduzir e incentivar o fortalecimento de

atendimentos intersetoriais à mulher, por ser um serviço de capilaridade territorial, e estar no cotidiano das famílias, garantindo acessibilidade à saúde.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça trabalham em conjunto no desenvolvimento de ações que possibilitem estratégias de prevenção, acolhimento, atendimento e proteção às pessoas em situação de violência. Ao mesmo tempo, criam estratégias para garantir a responsabilização e o combate à impunidade de autores de agressão a serem implantadas e implementadas nas unidades da federação e possibilitar à pessoa em situação de violência sexual um atendimento digno, humanizado e resolutivo, buscando evitar revitimizações e torná-lo mais ágil e com menos exposição da pessoa que sofreu a violência (BRASIL, 2015)

Atualmente há configurações sistemáticas sendo organizadas em níveis estaduais para atender de forma efetiva a integração das diversas instituições envolvidas no atendimento às pessoas em situação de violência. Sendo assim, este protocolo aguarda orientações de reestruturação da rede como um todo e apresenta ações pontuais com objetivo de estabelecer uma padronização no atendimento de forma organizada e humanizada.

Os atendimentos visam ao controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual oferecendo uma atenção integral e multiprofissional, sendo que qualquer unidade de saúde no território do município de Criciúma será acolhedora da mulher vítima da violência sexual e oferecerá a atenção integral, multiprofissional e multissetorial a estas pacientes com encaminhamentos que possam minimizar as revitimizações.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A partir da Lei no 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha), a violência doméstica contra as mulheres é tipificada e passa a ser tratada como crime.

Em 2009 a Lei nº 12.015, alterou a definição de estupro, passando a designá-lo como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça

(psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (exemplo: penetração anal ou oral).

A nova lei criou também um capítulo com a seguinte denominação: “Dos crimes contra vulnerável” que define “Estupro de vulnerável”: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”. Desta forma, mesmo que consentida, a relação sexual com menor de 14 anos é considerada **estupro**.

Contudo o atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde **DISPENSA A APRESENTAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA - BO**. A exigência de apresentação do BO para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Entretanto, cabe às instituições de saúde, estimular o registro da ocorrência para que haja investigação e responsabilização do agressor/violador (BRASIL, 2013b).

Cabe também, orientar o acesso a rede de proteção à mulher, como sistema de justiça, segurança pública e assistência social bem como notificar compulsoriamente ao NUPREVIPS (Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde), do município de Criciúma, para demais trâmites legais ver (Lei nº 12.845/2013, Art.3º, III). (BRASIL, 2011).

Quando do atendimento de crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei no 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente). Seguir protocolo municipal vigente de Ações Intersetoriais para Atendimento Integral às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, contendo o fluxograma de ações intersetoriais para atendimento integral às crianças e adolescentes em situação de violência sexual, no município de Criciúma.

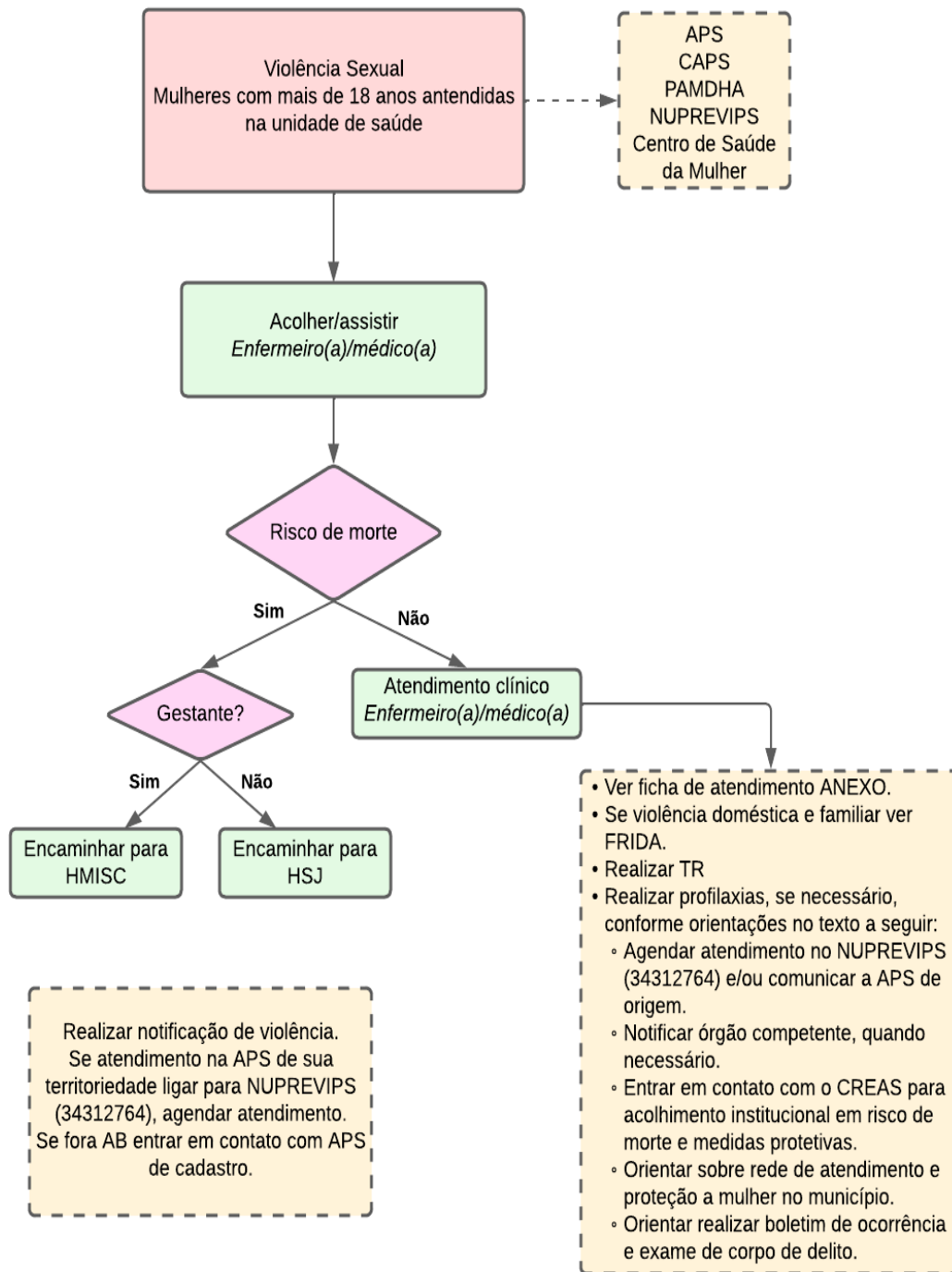
Nos casos de violência contra pessoas idosas é obrigatório comunicar aos órgãos competentes, Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMPI), e notificação compulsória ao NUPREVIPS (BRASIL, 2003).

3.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O atendimento à vítima de violência sexual é considerado uma emergência, devendo assim, ser prioritário. Na identificação do caso realizado por qualquer atendente/profissional em unidade de saúde do município de Criciúma a paciente deverá ser encaminhada para acolhimento com o enfermeiro e/ou médico da própria unidade. No entanto, os fluxos para este tipo de atendimento devem ser de conhecimento de todos da RAS, de modo a acolher e atender as pessoas que acessarem o serviço de forma ágil, humanizada e respeitosa.

O acolhimento é elemento fundamental para a qualidade e humanização da atenção e é compreendido neste contexto como conjunto de medidas, posturas e atitudes dos envolvidos no atendimento a esta mulher que garantam credibilidade, confidencialidade e consideração à situação de violência já no primeiro contato com a rede de assistência.

Fluxograma 7: Atendimento para violência sexual a mulher maior de 18 anos



Fonte: Ministério da Saúde, 2016

3.3 ATENDIMENTO CLÍNICO

O atendimento clínico deve garantir a necessária privacidade e intimidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e livres de quaisquer julgamentos morais. Assegurar que a paciente compreende sobre o que será realizado e oferecido em cada etapa do atendimento sempre respeitando sua autonomia sobre a realizar ou não qualquer procedimento.

Além de ouvir atentamente o relato da situação, deverá ser averiguado se houve trauma físico severo, reconhecendo precocemente situações de emergência que ofereçam risco para vida do paciente, realizando o tratamento cabível e encaminhando para UPAS ou aos hospitais, se necessário. Além disso, atentar-se a situações em que há repetição da violência sofrida e que traz risco à vida da paciente.

A referência de atendimento emergencial para violência sexual a mulheres maiores de 18 anos em Criciúma; Hospital São José- HSJ que acolherá as vítimas com alterações nos sinais vitais, sangramento e lacerações importantes decorrente da agressão física.

Todas as gestantes vítimas da violência sexual deverão ser encaminhadas a emergência do Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC para avaliação obstétrica após atendimento clínico realizado, com todos os procedimentos devidos, incluindo profilaxia (de acordo com as normativas contidas neste protocolo) com os devidos encaminhamentos (exceto se risco de vida).

Os hospitais referência para emergência a violência sexual só serão a porta de entrada em situações em que as unidades de saúde não estiverem em atendimento (finais de semana, feriado ou fora do horário de funcionamento) ou se a vítima procurou primeiramente o hospital ou se terceiros a conduziram ao local. Estando em ambiente hospitalar fará todos os procedimentos cabíveis ao abuso sexual. Ressaltamos, que o local de atendimento a vítima de violência sexual, ao qual acolheu a situação de violência, deve prestar todo atendimento e orientações necessárias, além de acionar a rede, para melhor acolhida e acompanhamento à mulher em situação de violência. **Todos os casos de violência sexual, terão atendimento psicológico prioritário, ofertado pelo**

NUPREVIPS, sendo que o agendamento será concomitante ao atendimento na RAS.

Todas as informações obtidas no atendimento devem ser cuidadosamente registradas no prontuário em evolução específica “VIOLÊNCIA SEXUAL À MULHER MAIOR DE 18 ANOS, conforme o APÊNDICE B, com história completa e exame físico - se autorizado (podendo as informações serem fonte oficial para processos jurídicos).

Nos atendimentos que exigem transferência ao hospital a evolução deverá ser baseada no atendimento/encaminhamento emergencial. No entanto a violência sexual é um agravo de notificação compulsória imediata em todo território nacional e todo caso **SUSPEITO** ou confirmado deverá ser registrado através ficha própria do SINAN também disponível no site: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf

A evolução específica para atendimento de violência sexual a mulher com idade maior de 18 anos estará acessível no prontuário eletrônico, na aba evolução: acessar descrição da evolução. Neste registro deverá ter informações como: local, dia e hora aproximada da violência sexual; tipo de violência sexual sofrida; forma de constrangimento utilizada; tipificação e número de autores da violência.

É importante realizar uma anamnese completa, com perguntas abertas evitando conduzir as respostas. Desta forma todos os registros decorrentes deste atendimento poderão ser feitos (evolução em prontuário, Sinan e FRIDA), prevenindo a revitimização da paciente em atendimentos posteriores.

Nos atendimentos de violência doméstica e familiar e feminicídios (Lei nº 11.340/2006 e Lei nº 13.140/201), a avaliação de risco de vida (ANEXO 6) deverá ser aplicada (FRIDA) com o objetivo de prevenir a ocorrência ou o agravamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres, e agir de imediato para salvaguardar a vida da mulher.

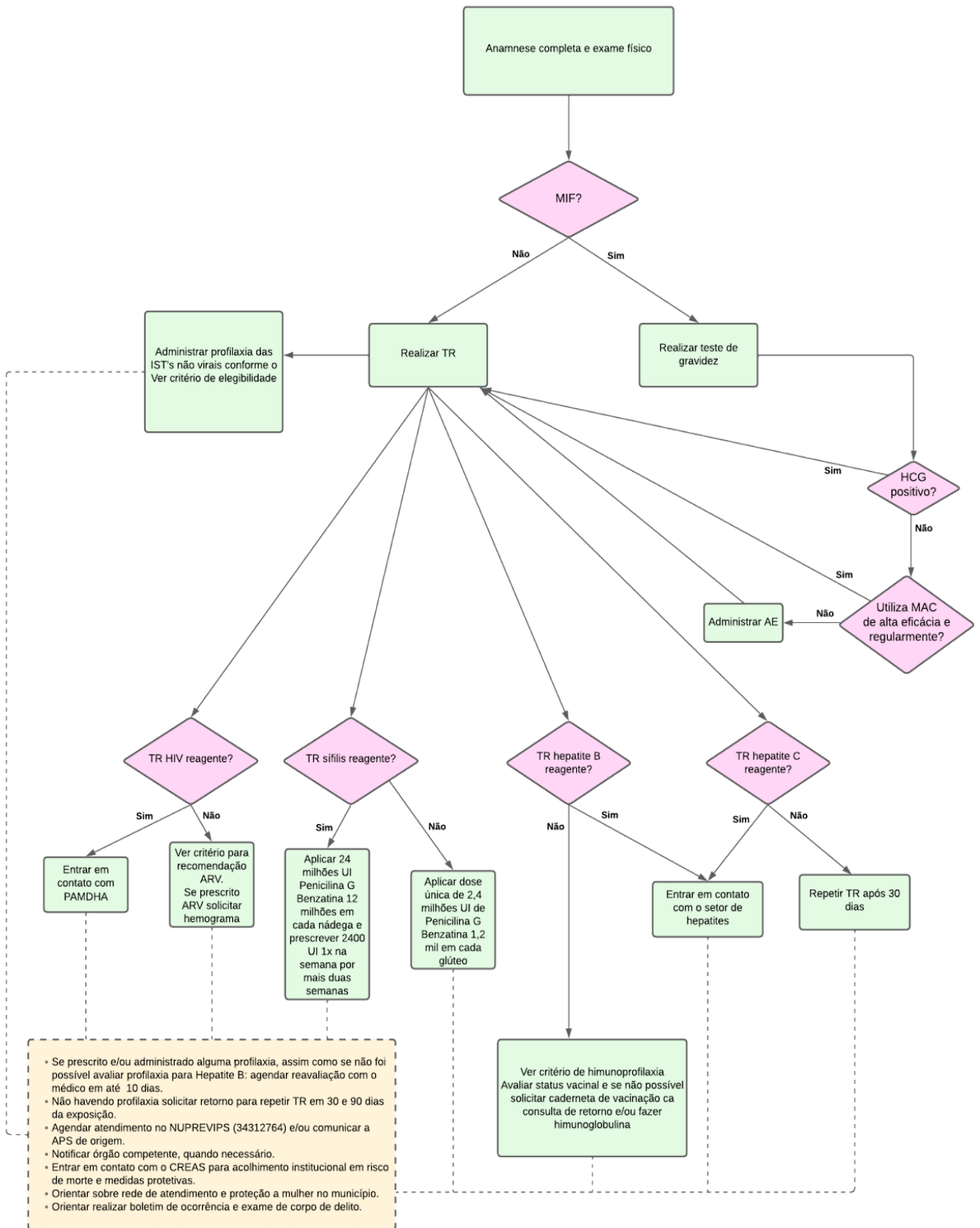
O formulário contém 19 perguntas sobre a situação de violência, com uma escala de gravidade de risco, Baixo, Médio e Elevado. Para os riscos baixo a moderado se oferta os dispositivos da rede de proteção social (segurança pública, Sistema de Justiça. Saúde e Assistência social), ou quais a mulher

poderá buscar por atendimento e requisitar suporte a fim de mitigar e enfrentar situações vivenciadas de violência doméstica. Para acesso a medidas protetivas a vítima poderá acionar um dos serviços; Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso - DPCAMI, CREAS ou MPSC.

Para a escala de risco com gravidade elevada, significa que a vítima corre risco de vida, precisa de um local seguro para ficar, longe do agressor, podendo ser familiares de confiança ou abrigo municipal. Nesses casos poderá ser contatado o CREAS do município para viabilizar o acompanhamento à mulher em risco de vida. Segue o Link FRIDA: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/noticias/2019/novembro/Frida_1.pdf.

A coleta sistematizada e padronizada dessas informações irá organizar os encaminhamentos e o acompanhamento das mulheres por meio da rede de serviços de atenção à vítima de violência, facilitando a comunicação entre os profissionais com vistas a ampliar a proteção para as mulheres.

Fluxograma 8: Atendimento clínico para violência sexual a mulher maior de 18 anos



Fonte: Ministério da Saúde, 2021

Os Anticoncepcionais de Emergência - AE deverão ser solicitados ao almoxarifado da Saúde, seguindo normas e rotinas do município.

As profilaxias com ARV estarão disponíveis nos casos de violência sexual, em que se faz necessário o uso, nas unidades básicas que possuem atendimentos em horários prolongados como: **Boa Vista, Centro, Pinheirinho, Próspera, Quarta Linha, Rio Maina e Santa Luzia**. As demais unidades de saúde que atenderem situações de violência sexual e demandarem o uso de ARV deverão entrar em contato direto pelo telefone com o PAMDHA, para receberem as medicações, seguindo normas e rotinas deste setor. O mesmo procedimento deve ser realizado nos casos de profilaxia para ISTs não virais.

As HBIG deverão ser solicitadas no setor de imunização, contato direto por telefone, seguindo as normas e rotinas deste setor.

3.4 EXAME FÍSICO

Antes de iniciar o exame físico ele deverá ser explicado, sendo que poderá ser realizada coleta de material, havendo a recusa, à decisão e autonomia da pessoa devem ser respeitadas.

O registro do exame físico deve ser completo, descrevendo as lesões em sua localização, tamanho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais, assinalando-as na evolução específica "VIOLÊNCIA SEXUAL À MULHER MAIOR DE 18 ANOS, conforme o APÊNDICE B.

Quadro 11: Lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual

LESÕES CORPORAIS MAIS FREQUENTEMENTE OBSERVADAS EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL		
REGIÃO		POSSÍVEL LESÃO
Craniana	<i>couro cabeludo</i>	Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa
	<i>face</i>	Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático
	<i>olhos</i>	Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia em esclera) e edema traumático
	<i>orelhas</i>	Equimose, escoriação e edema traumático.
	<i>boca</i>	Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário.
Cervical	<i>externa</i>	Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação.
	<i>interna</i>	Trauma laríngeo, alteração na voz (rouquidão, disфонia) e dificuldade de deglutição.
Torácica e Abdominal		Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto, etc.
Mamária		Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriações e lacerações nos mamilos.
Membros Superiores		Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas.
Mãos		Equimose, escoriação, edema traumático e fratura.
Membros Inferiores		Equimose (especialmente nas faces mediais das coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático

(continua)

		(continuação)
Genital		Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal.
Anal		Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação.
A existência dessas lesões não caracteriza por si a violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual. Assim como a ausência de lesão física poderá descredibilizar.		

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

3.5 SOLICITAÇÃO E COLETA DE EXAMES

Deverá ser providenciada por enfermeiro e ou médico a amostra de urina para todas as pacientes em idade fértil e realizado o teste de HCG assim como os testes rápidos (TR) Anti-HIV; Hepatite B; Hepatite C e Sífilis. O teste de HCG e TRs, deverão seguir o POP do município. Solicitar exame Anti-HBs e se tratamento profilático com ARV solicitar também o hemograma. A avaliação dos exames deverá ser no retorno **com o profissional médico** assim como a solicitação dos demais exames, se necessários.

As condutas e profilaxias a serem realizadas deverão estar baseadas também nos resultados dos testes rápidos e serão descritas a seguir. As coletas dos exames não devem retardar o início da profilaxia.

Os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições de segurança pública, mas é importante salientar que o exame físico poderá ser realizado com a descrição das lesões e o registro destas informações posteriormente serem utilizados, quando requisitados, por autoridade policial.

3.6 PROFILAXIAS

3.6.1 Limpeza e Remoção de Corpo Estranho

Na presença de corpo estranho e secreções, realizar a limpeza e desinfecção da cavidade vaginal com clorexidina aquosa ou soro fisiológico 0,9%.

Observação: Não realizar este procedimento para pacientes que ainda irão realizar exame médico legal/avaliação pericial com legista. Orientar não trocar de roupa e não tomar banho antes desta avaliação e retornar para completar o procedimento com tratamento local. No caso de realizar a coleta de vestígios na instituição, realizar a limpeza da cavidade vaginal após a realização da coleta de vestígios.

3.6.2 Anticoncepcionais de Emergência (AE)

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação (ou que já apresentem sinais de puberdade) e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, implante de levonorgestrel, esterilização cirúrgica ou DIU. Porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso. Também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE.

Os efeitos secundários mais frequentes do uso da AE são as náuseas e os vômitos. Se o vômito ocorrer nas primeiras 2 horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso. Porém entre o 4º e 5º dia da violência sexual a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha maiores. Sendo assim, a AE pode ser administrada até o 5º dia após a violência sexual.

3.6.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais

O tratamento preventivo para profilaxia das IST somente é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual, uma vez que muitas perdem o seguimento, e o tratamento baseado no diagnóstico etiológico nem sempre é possível (RAMBOW et al., 1992; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Considerando a ampla gama de IST, a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância e está indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões. Algumas IST virais como as infecções por herpes simples e pelo papiloma vírus humano (HPV) ainda não possuem profilaxias para situações de violência.

Nos casos de abuso crônico ou quando houver uso de preservativo durante todo o crime sexual, a profilaxia de ISTs não virais não está recomendada, porém, a avaliação deverá ser individualizada.

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por Penicilina G. Benzatina, ceftriaxona e azitromicina, conforme posologia indicada no quadro abaixo:

Quadro 12 : Esquema alternativo para a profilaxia das IST não-virais

ESQUEMA ALTERNATIVO PARA A PROFILAXIA DAS IST NÃO-VIRAIS		
MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	Enfermeiro e médico
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Enfermeiro e médico
**contra indicada em grávidas.		

Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

3.6.4 Hepatites Virais

3.6.4.1 Hepatite A

Recomenda-se avaliar todo paciente com exposição sexual de risco ao HIV para um eventual episódio de infecção aguda pelo vírus da hepatite A.

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral. A transmissão sexual desse vírus é infrequente. No entanto, recentemente, diversos casos de transmissão sexual do vírus da hepatite A foram confirmados em vários países da Europa. A maioria dos casos parece ocorrer entre homens que fazem sexo com homens, embora essa forma de transmissão também tenha sido observada entre mulheres. A magnitude da transmissão por via sexual é provavelmente subestimada (WERBER et al., 2017; FREIDL et al., 2017; CHEN et al., 2017; BEEBEEJAUN et al., 2017).

A hepatite A é uma infecção aguda do fígado, autolimitada, clinicamente indistinguível de outras formas de hepatite viral aguda. O risco de sintomas e de

apresentação mais grave aumenta com a idade. Enquanto a maioria dos casos em menores de cinco anos é assintomática e <10% apresentam icterícia, a proporção de casos icterícios pode passar de 70% em adolescentes e adultos. O quadro sintomático caracteriza-se pela presença de astenia, tonturas, náusea e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados (icterícia), urina escurecida e fezes claras. A sintomatologia costuma aparecer em aproximadamente quatro semanas (variando de 15 a 50 dias) após a exposição ao HAV.

Caso seja possível, no atendimento de retorno, dentro dos 07 a 10 dias, com o médico, deve-se verificar a susceptibilidade do paciente exposto por meio da pesquisa de exame sorológico específico (anti-HAV IgG ou total). A presença de anti-HAV IgG (ou total) reagente demonstra imunidade da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária. Dúvidas, entrar em contato com o Programa de Hepatites Virais do Município de Criciúma.

Por outro lado, caso a pesquisa dos anticorpos seja não reagente, deve-se observar a indicação de vacinação da pessoa exposta, obedecendo-se aos critérios de vacinação para essa infecção dispostos no Manual do Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) vigente. A vacina para hepatite A é eficaz (97,6% em menores de 40 anos) como PEP quando administrada dentro de duas semanas da exposição. Já a presença de anti-HAV IgM reagente é indicativo de episódio agudo de infecção por esse vírus.

3.6.4.2 Hepatite B e C

Nos casos de resultados TR para hepatite B e/ou C estarem reagentes, o Programa de Hepatites deverá ser contatado, averiguar se há o acompanhamento da paciente nesta especialidade e, se necessário, agendar consulta. Nestes casos não há necessidade de realizar profilaxia.

A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor.

Nos casos em que não haja contato com fluidos ou o uso de preservativo durante todo o ato de violência sexual e/ou ainda nos casos de violência crônica,

a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada. Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo também não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

A informação sobre o esquema vacinal contra hepatite B das vítimas de violência sexual também é determinante nas condutas de profilaxia. Se não houver o registro acessível no momento do primeiro atendimento a imunização contra hepatite B poderá ser avaliada no próximo atendimento, o qual deverá ser realizado de 7 a 10 dias após a violência sexual, por médico (período em que se poderá administrar a IGHAHB é até 14 dias, porém recomenda-se aplicação nas primeiras 48 horas).

Atentar-se nos casos em que não há possibilidade de confirmação do esquema vacinal (paciente não tem registros do status vacinal no domicílio e a unidade de saúde não encontrou registro destes atendimentos). Nestes casos a mulher vítima da violência sexual ocorrida antes de 14 dias deve receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses (conforme PNI) e receber dose única de IGHAHB, NA DOSE DE 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina.

Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas, conforme (Quadro 15). A dose da vacina, varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional. Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses.

Quadro 13: Esquema para completar doses de Hepatite B

ESQUEMA PARA COMPLETAR DOSES DE HEPATITE B		
História Vacinal	VACINA	IGHAHB *
Completa (3 doses) Anti-HBs positivo	Não	Não (continua)

Completa (3 doses) Anti-HBs negativo	Reforço	(continuação) Não
Incompleta ou desconhecida Anti-HBs negativo	Completar vacinação (0, 1 e 6 meses)	Sim (solicitação médica)
* Dose única IM (0,06 ml/Kg). Se ultrapassar 5ml dividir em dois locais simultaneamente.		

Fonte: Ministério da Saúde, 2022

3.6.4.3 HIV

A Profilaxia Pós Exposição - PEP é uma estratégia de prevenção da infecção pelo HIV que consiste em administrar medicamentos antirretrovirais imediatamente após a exposição ao HIV, podendo ser feita em até 72hs, sendo considerada uma urgência.

A violência sexual pode ser aguda ou crônica:

- **Violência Sexual Aguda:** Ato com penetração vaginal, anal e/ou em cavidade oral desprotegido sem uso do preservativo.
- **Violência Sexual Crônica:** São as agressões de forma repetitivas, podendo prolongar por um período indeterminado, até que a vítima consiga falar a respeito do fato ou alguém reconhecer o que está ocorrendo com a pessoa e denunciar.

Em mulheres em que o TR de HIV for reagente a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV). Importante entrar em contato por telefone com o enfermeiro ou farmacêutico do PAMDHA para formalizar encaminhamento. O esquema de administração da PEP para o HIV, consiste em:

- 1 comprimido Co formulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg +1 comprimido de Dolutegravir (DTG) 50mg ao dia. A duração da profilaxia é de 28 dias, mas **ATENÇÃO:**

Apesar de sua melhor tolerabilidade, o 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. 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. Recomenda-se que mulheres infectadas pelo HBV iniciem a PEP com o esquema preferencial e sejam encaminhadas para acompanhamento em serviços de referência (PAMDHA). **Esquema preferencial para pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital:**

- Tenofovir/lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC), 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50mg (DTG), 1 comprimido de 12/12h.

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o RAL é a medicação alternativa. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos. Exposições envolvendo fonte sabidamente infectada pelo HIV, recomenda-se que a pessoa exposta inicie a PEP e seja reavaliada o mais brevemente possível em um serviço de referência (PAMDHA) para adequação do esquema. As pessoas expostas que iniciam a PEP devem ser orientadas a procurar atendimento caso surjam quaisquer sinais ou sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa grave. Os esquemas atuais apresentam baixa toxicidade e menos efeitos adversos. Quando presentes, os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrintestinais, cefaleia e fadiga. As alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Na presença de intolerância medicamentosa, a pessoa exposta deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, resolvendo-se a intolerância com a utilização de medicações sintomáticas.

3.6.5 Prevenção durante o uso de PEP

Durante o acompanhamento, a pessoa exposta deve ser orientada a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais e o não compartilhamento de seringas e agulhas

nos casos de uso de drogas injetáveis, além da contraindicação de doação de sangue, órgãos, tecidos ou espermatozoides e da importância da prevenção da gravidez.

Pessoas que estejam amamentando e que tenham exposição de risco ao HIV devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão vertical do HIV pelo leite materno. Em tais situações, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação até a definição diagnóstica. Durante o período de janela imunológica, deve-se realizar orientação quanto ao cuidado das mamas e extração e descarte do leite ordenhado, além de garantir o fornecimento de leite para a criança pelo Banco de Leite ou por fórmula láctea. O exame de controle com resultado HIV Não Reagente (12 semanas após a exposição) autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

3.6.6 Finalizando o primeiro atendimento

A pessoa vítima de violência sexual, após ser atendida na unidade de saúde deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em seguimento multiprofissional. Se foi atendida na APS, a equipe de saúde deverá entrar em contato com o NUPREVIPS pelo telefone 34312764 e agendar um atendimento. Caso a vítima não faça parte da área de abrangência do atendimento e/ou foi atendida em uma especialidade, a equipe de saúde que a atendeu deverá entrar em contato com a enfermeira e ou o médico da unidade de saúde onde a paciente está cadastrada, para que esses façam o contato com o NUPREVIPS, e façam o monitoramento. Além disso, a paciente deve retornar entre 7 a 10 dias para atendimento médico, de preferência na unidade de saúde cadastrada (caso a paciente não deseje ser atendida na unidade de saúde adstrita, deverá retornar na unidade de origem do atendimento para o primeiro seguimento ambulatorial, com os resultados dos exames solicitados e com a caderneta de vacinação. Entregar para a paciente os encaminhamentos com a data, horário e local do atendimento, às solicitações de exame e a caderneta de vacinação. Registrar todas as condutas em prontuário, inclusive de orientação para realizar BO, a perícia corporal e demais encaminhamentos que possam ter gerado um escore elevado do FRIDA. Encaminhar a notificação de violência para a Vigilância Epidemiológica, via motorista específico.

3.6.7 Continuidade do Cuidado - Seguimento

No primeiro retorno médico entre 7 a 10 dias deve-se avaliar a necessidade de exames de bioquímica, avaliar efeitos colaterais das medicações fornecidas, toxicidade e a adesão às profilaxias prescritas. Avaliar ainda os esquemas vacinais e prescrever condutas relacionadas - conforme este protocolo orienta.

Neste primeiro atendimento de seguimento não há necessidade de novo exame físico ginecológico, somente se houver queixas ou suspeita de uma possível IST. Avaliar a necessidade de novo exame de HCG e/ou B-HCG.

Na presença de intolerância à TARV, podem ser utilizados medicamentos (antieméticos e antidiarreicos), prescritos por médico, não necessitando, na maioria das vezes, a interrupção da profilaxia. Para esquemas alternativos de antirretrovirais é necessário entrar em contato com o PAMDHA e agendar um atendimento.

A solicitação de hemograma e dosagem de transaminases é necessária somente para mulheres que iniciaram a profilaxia com antirretrovirais, devendo ser solicitados no primeiro atendimento do segmento e repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério médico. Em mulheres diabéticas em uso de PEP a glicemia em jejum também é indicada e a creatinina para as que possuem alto risco ou com história prévia de problema renal.

Após o término da profilaxia, a vítima de violência deve retornar para repetir os testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Esses testes devem ser realizados para monitoramento por um período de pelo menos 90 dias após o início da profilaxia. Seguir os exames conforme o quadro a seguir.

Quadro 14 : Exames solicitados no atendimento a vítima de violência sexual

EXAMES SOLICITADOS NO ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL					
Exames	Admissão	7-10 dias	Para investigação de efeitos adversos	4- 6 semanas da exposição	90 dias da exposição
HCG se MIF		Se necessário		Se necessário	Se necessário
TR -Sífilis					
TR -Anti-HIV					
TR- Hepatite B				*	
HBsAg				*	
TR -Hepatite C					
Hemograma se TTo com ARV					
Glicemia em jejum em pacientes diabéticas					
Creatinina para pessoas com alto risco ou com história prévia					(continua)

de doença renal					(continuação)
ALT, AST					
Amilase					
*Conforme as condutas relacionadas ao esquema vacinal, testar para HBsAg (TR e Anti-HBs 1 a 2 meses (até 6 meses) da última dose da vacina contra a hepatite B e, pelo menos, 6 meses da última dose de IGHAHB, se indicadas e utilizadas.					

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

3.8 GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidas sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez. **Ver capítulo Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva: Interrupção legal da gestação.**

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação.

CAPÍTULO 4: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

4.1 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados 16.590 novos casos de câncer de colo do útero no Brasil, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

O câncer de colo uterino está associado à infecção persistente pelo HPV oncogênico, especialmente o do tipo 16 e 18. Tem a evolução lenta, que se estende por um período de 10 a 15 anos em indivíduos imunocompetentes. No entanto, a presença do HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV regride espontaneamente (em média entre seis meses a dois anos) e nos casos nos quais a infecção persiste pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras cujas identificação e tratamento adequados possibilitam a prevenção da progressão para o câncer cervical invasivo

Tendo em vista que o câncer cervical é uma doença previsível e, em muitos casos, insidiosa, as ações de rastreamento são primordiais para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero. Cabe às equipes de saúde da APS o cuidado integral, conduzindo ações de promoção e educação em saúde, rastreamento e detecção precoce e acompanhamento por seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológico de colo do útero alterado.

4.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame citopatológico e sua importância.

- Monitorar população feminina na faixa etária para rastreamento no território;

- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre os fatores de risco para o câncer de colo do útero: infecção por HPV, tabagismo, HIV e idade.

- Oferta de vacinação contra HPV para a população entre 9 e 13 anos e mulheres vivendo com HIV com idade 13 a 45 anos. A solicitação deve ser realizada por médico, com inclusão do CID. Paciente deve ser orientada a procurar sua UBS, que seguirá as normas do PNI – Programa Nacional de Imunizações (Vacinação) para solicitação de imunobiológicos especiais. Atualmente o esquema vacinal é de duas doses (0 e 6 meses) e um reforço após cinco anos da segunda dose.

- Monitorar as coberturas de vacinação contra o HPV na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde;

- Estimular ações de prevenção dos fatores de risco, encorajando a prática de sexo seguro por meio de abordagem da prevenção combinada (múltiplos parceiros aumentam o risco da doença);

- Incentivar hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, abandono do uso de álcool, tabagismo e outras drogas, e prática de exercícios físicos regulares. Ofertar atendimentos em grupos de apoio para parar de fumar (o tabagismo é fortemente associado ao desenvolvimento do câncer). Incentivar e fortalecer a adesão ao tratamento das IST/HIV.

- Contribuir, realizar e participar das atividades e eventos de educação permanente e educação em saúde para todos os membros da equipe e comunidade, durante todos os meses do ano, através de informação e oferta de exames preventivos.

4.3 RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico (CP). As recomendações para o rastreio encontram-se abaixo:

Quadro 15: Síntese de Recomendação para Coleta de Citopatológico.

SÍNTESE DE RECOMENDAÇÃO PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO			
Ação de enfermeiros e médicos			
SITUAÇÕES	RECOMENDAÇÕES	SITUAÇÃO ESPECIAIS	Recomendações
IDADE	<p>O início da coleta, conforme protocolo do MS, é recomendado a partir dos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual e os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade.</p> <p>Mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, a partir dos 64 anos não precisam mais realizar coletas, quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.</p> <p>Para mulheres com mais 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.</p>	SEM HISTÓRIA DE ATIVIDADE SEXUAL	<p>Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.</p> <p>(continua)</p>

PERIODICIDADE	No município de Criciúma, os exames de rotina (rastreamento) devem ser realizados anualmente, dentro da idade recomendada.	GESTANTES	(continuação) Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, podendo, portanto, ser completa. Em ambos os casos, realizar a inspeção visual do colo uterino estando atento para alterações.
OBS: Não deve ser negado o exame para mulheres que estão fora da idade recomendada, porém é necessário já ter iniciado a atividade sexual.	TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA	Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.	
HISTERECTOMIZADAS		Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. Em caso de histerectomia total: não há necessidade de rastreamento. (continua)	

	<p>(continuação)</p> <p>Caso a paciente já esteja posicionada para coleta, manter a mesma, mesmo sem a presença de colo uterino, e informar no SISCAN.</p> <p>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 (lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes)</p> <p>OBS: Coletas de citologia destes segmentos deverão ser realizadas no Centro de Saúde da Mulher.</p>
<p>IMUNOSSUPRIMIDAS</p>	<p>Intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão (não há idade máxima).</p> <p>A coleta poderá ser realizada por enfermeiros e médicos, na APS.</p> <p>Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³,</p> <p>(continua)</p>

	<p>(continuação)</p> <p>deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses no Centro de Saúde da Mulher. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.</p> <p>A coleta poderá ser realizada por enfermeiros e médicos do Centro de Saúde da Mulher.</p>
<p style="text-align: center;">MULHERES QUE BUSCAM O SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DA CITOLOGIA ONCÓTICA EM FUNÇÃO DE CORRIMENTOS.</p>	<p>Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada. Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação.</p> <p>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.</p> <p>Mulheres aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser rastreadas após a queixa ser avaliada e se demandar tratamento este concluído.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>


	(continuação)
	<p>Para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, deve-se realizar a coleta independente da infecção exigir tratamento medicamentoso.</p> <p>Mulheres que não necessitam de tratamento medicamentoso, independente de aderência ao programa de rastreamento e que faz mais de um ano da última coleta de citologia poderão realizar a coleta.</p> <p>Essas ações são realizadas por enfermeiros e médicos.</p>

Fonte: INCA, 2022.

4.4 CONDUTAS PARA APS FRENTE A ACHADOS CLÍNICOS NO EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO

Quadro 16 :Condutas para a APS frente a achados clínicos no exame físico ginecológico.

CONDUTAS PARA A APS FRENTE A ACHADOS CLÍNICOS NO EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO		
ACHADO	CONDUTA	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
ECTOPIA	No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão.	Enfermeiro ou médico (continua)

	<p>Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções.</p> <p>O tratamento deverá ser a critério do ginecologista que receberá a mulher encaminhada por enfermeiro ou médico, quando a ectopia estiver associada à sinusorragia e/ou quando sintomas infecciosos, tratados previamente persistem no quadro.</p>	(continuação)
<p>CISTO DE NABOTH</p> 	<p>São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais e na grande maioria, não demandando intervenções.</p>	Enfermeiro ou médico
<p>PÓLIPO CERVICAL</p> 	<p>São projeções da mucosa do canal do colo uterino, benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos.</p> <p>Encaminhar ao ginecologista para retirada, via SISREG, com resultado da citologia e mesmo paciente estando sem queixas.</p>	Enfermeiro ou médico
<p>CISTO DE BARTHOLIN E BARTOLINITE</p>	<p>Cisto de Bartolin ocorre quando a abertura da glândula de Bartolin fica obstruída, devido a uma infecção ou lesão, ocasionando acúmulo de líquido. Geralmente é indolor, não necessita de encaminhamentos e na maioria dos casos desaparece espontaneamente.</p> <p>Encaminhar ao ginecologista: Mulheres sintomáticas, nos casos em que houver crescimento do cisto (mesmo sem sintomatologia), todas as mulheres com mais 45 anos (independente do quadro clínico) e todas as mulheres que tenham Bartolinite de repetição.</p> <p><u>Nos casos de Bartolinite:</u> prescrever cuidados com a higiene, mantendo a região limpa e banhos de assento com água morna 3-4x/dia por 2 a 5 minutos (quando tolerado pela paciente), e drenagem realizada por médico, quando indicado.</p> <p>Tratamento: Cefalexina 500 mg de 6/6h por 14 dias.</p>	Enfermeiro ou médico

Fonte: INCA, 2022.

4.5 CONDUTAS PARA APS DIANTE DOS RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS

Quadro 17: Condutas para a APS diante dos resultados de exames citopatológicos.

CONDUTAS PARA APS DIANTE DOS RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS			
ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA			
SITUAÇÃO		CONDUTA	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
AMOSTRA INSATISFATÓRIA PARA AVALIAÇÃO	É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos (fungos) ou intensa superposição celular.	Repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.	Enfermeiros e Médicos
EXAMES CITOPATOLÓGICOS NORMAIS			
SITUAÇÃO		CONDUTA	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO	Diagnóstico completamente normal.	Seguir a rotina de rastreamento citológico.	Enfermeiros e Médicos
ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS (REATIVAS OU REPARATIVAS)	Inflamação sem identificação de agente.		
METAPLASIA ESCAMOSA IMATURA	A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos buscando caracterizar que esta apresentação é		

(continua)

		<p>semana, sempre nos mesmos dias.</p> <p>Atenção: Não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama (mesmo que a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima).</p> <p>* medicamentos não fornecidos pela RAS.</p>	(continuação)
<p>ACHADOS MICROBIOLÓGICOS:</p> <p>- <i>Lactobacillus sp.</i>- Cocos.</p> <p>- Outros bacilos.</p>		<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p>	Enfermeiros e médicos
<p>ACHADOS MICROBIOLÓGICOS:</p> <p>- Bacilos supra citoplasmáticos</p> <p>(Sugestivos de <i>Gardnerella/ Mobiluncus</i>)</p> <p>- <i>Cândida sp.</i></p>		<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p> <p>Sintomáticos: Tratar queixa clínica de corrimento vaginal conforme o capítulo sobre corrimentos vaginais.</p>	Enfermeiros e médicos
<p>ACHADOS MICROBIOLÓGICOS:</p> <p>- <i>Actinomyces sp.</i></p>	<p>Fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento</p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p> <p>Sintomáticos: Tratar com Amoxicilina 500mg 1cp 8/8h por 7 dias, mantendo os sintomas encaminhar para</p>	<p>Enfermeiros e médicos</p> <p>(continua)</p>

		avaliação ginecológica. Observar o uso do DIU e sinais de alerta (DIP). Critérios de gravidade devem ser encaminhados diretamente à emergência hospitalar.	(continuação)
<p>ACHADOS MICROBIOLÓGICOS:</p> <p>- <i>Clamídia sp.</i></p> <p>- Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes</p> <p>- <i>Trichomonas Vaginalis</i></p>	<p>A colpocitologia oncótica não é um método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por IST's. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microrganismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados</p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p> <p><u>Chlamydia, Gonococo e Trichomonas:</u> Mesmo que assintomático, seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme quadro síntese sobre corrimentos do capítulo sobre corrimento Vaginal e cervicite</p> <p><u>Herpes vírus:</u> Recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital, conforme o capítulo sobre Lesão Anogenital.</p>	Enfermeiros e médicos
EXAMES CITOPATOLÓGICOS ALTERADOS			
DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO	CONDUTA		
	(continua)		

CÉLULAS ESCAMOSAS	PRIMEIRO ASC-US ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO POSSIVELMENTE NÃO NEOPLÁSICAS	GESTANTE	(continuação) Repetir exame três meses após o parto
		POPULAÇÃO EM GERAL	Encaminhar para repetir CITOLOGIA EM 6 MESES no Centro de Saúde da Mulher, com agendamento direto com enfermeiro.
IMUNOSSUPRIMIDAS			Encaminhar para o Centro de Saúde da Mulher, via e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br , solicitando COLPOSCOPIA
CÉLULAS ESCAMOSAS	ASC-H ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO NÃO SE PODE AFASTAR LESÃO DE ALTO GRAU	GESTANTE	Encaminhar para Ginecologista via regulação
		POPULAÇÃO EM GERAL	Encaminhar para o Centro de Saúde da Mulher, via e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br , solicitando COLPOSCOPIA .
	HSIL/LIEAG LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU HSIL/LIEAG NÃO PODENDO EXCLUIR MICROINVASÃO CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR	IMUNOSSUPRIMIDAS	
			(continua)

CÉLULAS ESCAMOSAS	PRIMEIRO LSIL/LIEBG LESÃO INTRAEPITELIAL DE BAIXO GRAU	GESTANTE	(continuação) Encaminhar para Ginecologista via regulação
		IMUNOSSUPRIMIDAS	Encaminhar para o Centro de Saúde da Mulher, via e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br , solicitando COLPOSCOPIA
		POPULAÇÃO EM GERAL	Encaminhar para repetir CITOLOGIA EM 6 MESES no Centro de Saúde da Mulher, com agendamento direto com enfermeiro.
	CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO DE ALTO GRAU	GESTANTE	Encaminhar para Ginecologista via regulação.
	ADENOCARCINOMA IN SITU OU INVASOR		Encaminhar para o Centro de Saúde da Mulher, via e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br , solicitando COLPOSCOPIA .
CÉLULAS GLANDULARES	AGC CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO POSSIVELMENTE NÃO NEOPLÁSICAS	GESTANTE	Encaminhar para Ginecologista via regulação (continua)

		(continuação)
		Encaminhar para o Centro de Saúde da Mulher, via e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br , solicitando COLPOSCOPIA

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022 adaptado das diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer (2016).

Ao realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência, de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, deve-se manter o acompanhamento na APS, após devolutiva do serviço de referência, com diagnóstico ou tratamento, mantendo contato contínuo para estimular a adesão às recomendações e detectar os faltosos.

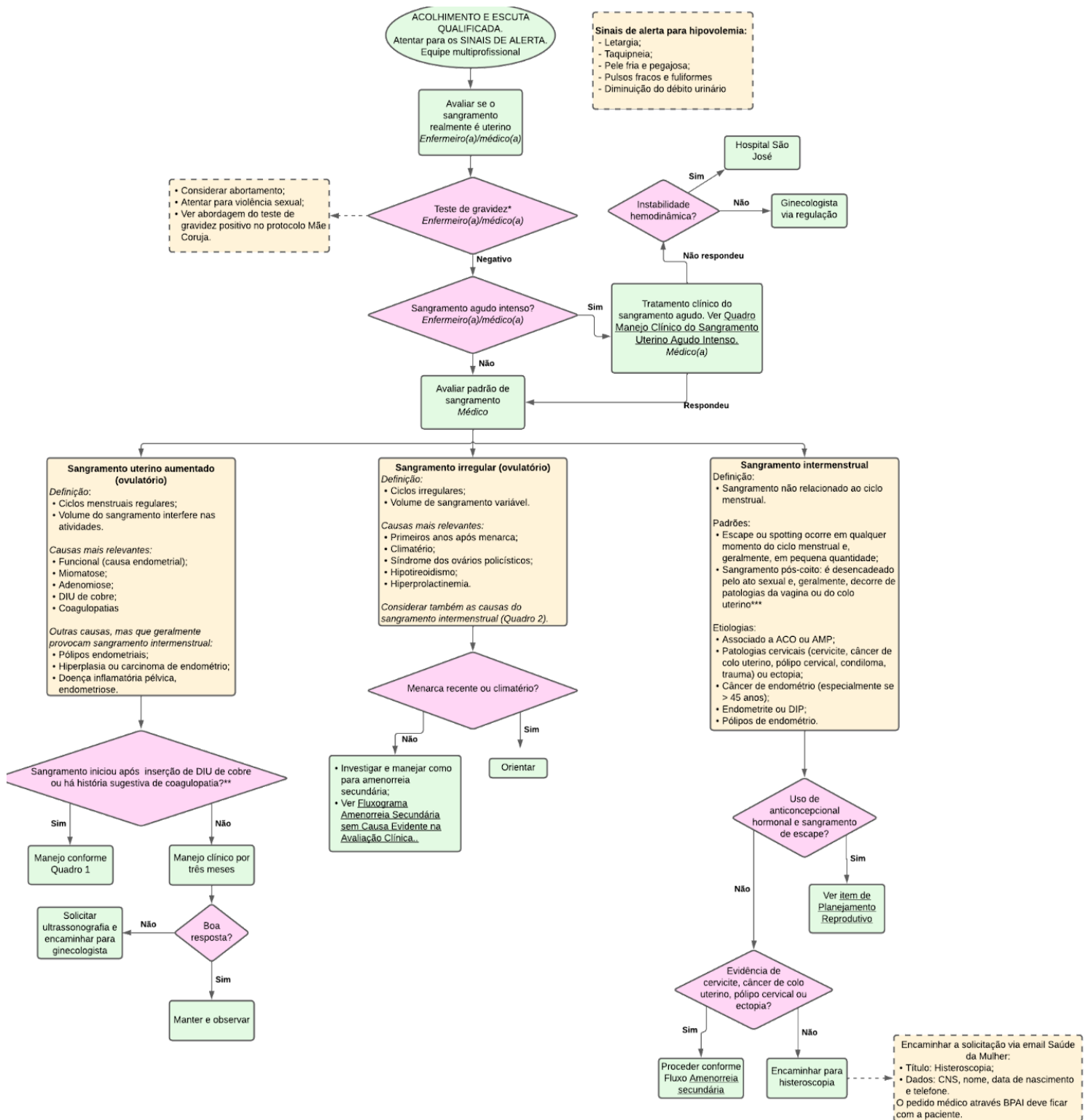
CAPÍTULO 5: ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DA MULHER

5.1 PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUACÃO

5.1.1 Sangramento Uterino Anormal (SUA)

Nos casos de Sangramento Uterino Anormal sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal. Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/emergência (Encaminhar para emergência do Hospital São José).

Fluxograma 9: - Sangramento Uterino Anormal - SUA



*Para mais informações sobre o teste de gravidez, ver fluxograma Atraso menstrual e amenorrias

**Sangramento uterino aumentado desde a menarca OU história familiar de coagulopatia OU múltiplas manifestações hemorrágicas

***Patologias da vagina não foram incluídas no fluxograma, por não serem de origem uterina. Incluem trauma, vaginose, vaginite atrófica e carcinoma.

5.1.2 Padrões de Sangramento e Manejo das diferentes causas

A seguir encontram-se os quadros contendo as informações referentes aos padrões de sangramento e o manejo das diferentes causas.

Quadro 18: Sangramento Uterino Aumentado: Ciclos Regulares, porém Prolongados ou Intensos

SANGRAMENTO UTERINO AUMENTADO: CICLOS REGULARES, PORÉM PROLONGADOS E INTENSOS*			
Obs.: Podem Estar Presentes Sintomas Relacionados à Menstruação			
CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
<p>FUNCIONAL (causa endometrial, anteriormente e denominado sangramento uterino disfuncional)</p>	<p>Decorre de alterações na hemostasia endometrial, não estando associado à lesão orgânica. Podem também estar presentes miomas ou outras alterações anatômicas como achado casual, sem estes serem a causa do sangramento. Por esse motivo, o sangramento uterino aumentado geralmente é tratado clinicamente como sendo de causa funcional antes de proceder à investigação de lesões orgânicas.</p>	<p>AINEs, que reduzem o sangramento em 25 a 35% e aliviam a dismenorreia diminuindo os níveis de prostaglandina</p> <p>Ácido tranexâmico, que inibe o ativador de plasminogênio, reduzindo a perda de sangue menstrual em 40 a 60%</p> <p>Em mulheres que querem a contracepção ou estão na perimenopausa, frequentemente tenta-se primeiro a terapia hormonal ex., contraceptivos orais, progestágenos ou dispositivo intrauterino (DIU) liberador de progesterona de ação prolongada.</p> <p>Permanecendo os sintomas, encaminhar para ginecologista.</p>	<p>Médicos</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

<p>MIOMATOSE UTERINA**</p>	<p>Os miomas que estão associados a sangramento uterino geralmente são submucosos.</p> <p>Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação.</p> <p>Diagnóstico pela ultrassonografia.</p>	<p>Inicialmente e manejo clínico para sangramento funcional e tratar anemia, se houver.</p> <p>Se refratário, encaminhar para avaliação ginecológica a quanto à indicação de cirurgia.</p> <p>Para a decisão sobre tratamento cirúrgico, considerar tempo esperado até a menopausa, quando os sintomas regredem.</p>	<p>(continuação)</p> <p>Médicos</p>
<p>ADENOMIOSE**</p>	<p>Frequentemente acompanhada de dismenorria ou dor pélvica crônica.</p> <p>Suspeitado pelo padrão de sangramento e pelo volume uterino aumentado na palpação.</p> <p>Diagnóstico suspeito pela ultrassonografia, porém apenas confirmado no anatomopatológico.</p>		<p>Médicos</p>
<p>DIU DE COBRE</p>	<p>Mais intenso nos primeiros três meses após a inserção, acompanhado de dismenorria.</p>	<p>Orientar</p> <p>Se necessário associar AINE nos primeiros meses durante o sangramento</p>	<p>Enfermeiros e Médicos</p> <p>(continua)</p>

		menstrual. Ibuprofeno 600 mg, 1cp VO 8/8h. Se persistente, considere remover o DIU.	(continuação)
COAGULOPATIAS	Suspeitar em mulheres com sangramento uterino aumentado desde a adolescência, com história familiar de coagulopatias ou com história de hemorragia pós-parto ou sangramentos frequentes (epistaxe, equimoses, sangramento gengival etc.). Testes iniciais: hemograma, plaquetas, TP e TTPa.	Se exames alterados, encaminhar ao hematologista para investigação adicional.	Médicos
<p>*Outras causas possíveis, mas que geralmente se manifestam como sangramento intermenstrual, são: pólipos endometriais, hiperplasia ou carcinoma de endométrio, endometrite e doença inflamatória pélvica.</p> <p>** Se boa resposta ao tratamento farmacológico, não há relevância clínica em diferenciar entre miomatose e adenomiose.</p>			

Fonte: INCA, 2022.

Quadro 19 : Sangramento Uterino Irregular: ciclos irregulares, geralmente sem sintomas relacionados à menstruação, volume do sangramento variável

SANGRAMENTO UTERINO AUMENTADO: CICLOS IRREGULARES, GERLAMENTE SEM SINTOMAS, RELACIONADOS À MESNTRUAÇÃO, VOLUME DO SANGRAMENTO VARIÁVEL.			
CAUSA	COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	O QUE FAZER	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
PRIMEIROS ANOS APÓS MENARCA	Padrão menstrual muito frequente em adolescentes nos primeiros anos após a menarca, frequentemente acompanhado de dismenorria.	Muitas vezes, apenas orientar já é suficiente. Se dismenorria muito intensa, considerar associar AINE durante a menstruação. Oferecer	(continua)

		contraceptivo oral combinado, respeitando os critérios de elegibilidade, para regularização da menstruação, especialmente se a adolescente já tiver iniciado vida sexual. Se não houver vida sexual, considerar oferecer contraceptivo oral combinado por 3-6 meses para regularização dos ciclos.	(continuação) Médicos
TRANSIÇÃO MENOPAUSAL/ CLIMATÉRIO	Padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Avaliar probabilidade de climatério. Ver protocolo de Transição Menopausa / Climatério.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério. Ver Protocolo de Climatério. Se o sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade.	Enfermeiros e Médicos
TRANSIÇÃO MENOPAUSAL/ CLIMATÉRIO	Padrão menstrual dos anos que antecedem a menopausa. Avaliar probabilidade de climatério. Ver protocolo de Transição Menopausa / Climatério.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados ao climatério. Ver Protocolo de Climatério. Se o sangramento aumentado, considerar iniciar contraceptivo oral na pré-menopausa, respeitando os critérios de elegibilidade.	Enfermeiros e Médicos continua)

			(continuação)
SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)	<p>Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar micro cistos no ovário.</p>	<p>Orientar atividade física regular e reeducação alimentar*, estimulando a perda de peso. Mesmo não havendo perda de peso, pode já haver benefícios. Se houver plano de engravidar, veja capítulo sobre Planejamento Reprodutivo. Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p. ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento destas.</p> <p>Orientações Alimentares para SOP disponível no APÊNDICE C.</p>	Enfermeiros e Médicos
HIPOTIREOIDISMO	<p>Pesquisar outros sintomas de hipotireoidismo. TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considera-se hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.</p>	<p>Reposição de Levotiroxina.</p>	Médicos
HIPERPROLACTINEMIA	<p>Suspeitar se história de amenorreia ou de ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à</p>	<p>Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas,</p>	(continua)

	galactorréia. Considerar aumentada, se > 40 mg/ml. Considerar hiper estimulação das mamas e fármacos que podem aumentar a prolactina (p.ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). VER CONDUTAS PARA DESCARGA PAPILAR-Atenção em Mastologia.	encaminhar para endocrinologista ou ginecologista.	(continuação) Médicos
--	---	--	-------------------------------------

Fonte: INCA, 2022.

Quadro 20: Sangramento Uterino Intermenstrual

SANGRAMENTO UTERINO INTERMENSTRUAL: SANGRAMENTO UTERINO NÃO ASSOCIADO À MENSTRUACÃO Padrões Mais Frequentes São Escape e Sangramento Pós-Coito			
CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
ASSOCIADO A ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO	Sangramento no padrão escape (spotting), caracterizado por pequenos sangramentos sem relação com o ciclo menstrual. É mais frequente nos primeiros três meses de uso e quando utilizados anticoncepcionais orais com doses mais baixas de estrogênio.	Ver capítulo sobre Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva. Se ocorrer após uso prolongado do anticoncepcional, avaliar adesão e considerar outras possíveis causas de sangramento de escape.	Enfermeiros e Médicos
ASSOCIADO À MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO	No início do uso do acetato de medroxiprogesterona de depósito, pode haver sangramento. Além disso, frequentemente há sangramento de escape, especialmente nos primeiros anos de uso.	Ver capítulo sobre Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.	Enfermeiros e Médicos (continua)
PATOLOGIAS CERVICAIS E ECTOPIA	Geralmente, o padrão de sangramento é pós-coito. O câncer de	Se identificada cervicite, deve-se manejar conforme descrito no capítulo deste protocolo Corrimento vaginal e cervicite.	(continuação)

	colo uterino, em alguns casos, também pode se manifestar como sangramento de escape. A inspeção do colo uterino a olho nu durante o exame especular geralmente é suficiente para identificar patologias cervicais que resultam em sangramento.	Se identificada ectopia, orientar que se trata de causa fisiológica. Se identificado pólipos ou alteração sugestiva de câncer de colo uterino, encaminhar para ginecologista.	Enfermeiros e Médicos
PATOLOGIAS ENDOMETRIAIS (Pólipo, Hiperplasia, Câncer).	Geralmente, o padrão de sangramento é spotting, mas pode se manifestar como sangramento pós-coito. O diagnóstico, muitas vezes, é feito pela ultrassonografia, mas, geralmente, a mulher deve ser encaminhada para histeroscopia diagnóstica.	Encaminhar para histeroscopia, através do e-mail: saudedamulher@criciuma.sc.gov.br Identificar o e-mail com título de histeroscopia , nome completo da paciente, data de nascimento, CNS, telefone para contato e a justificativa para solicitação. solicitar via BPAI (CELK), e entregar formulário para a paciente.	Médico
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA - DIP	Geralmente, mas nem sempre, está associada à dor pélvica, febre e/ou sangramento pós-coito, intermenstrual ou do padrão de sangramento uterino aumentado ovulatório. Ao exame, o colo uterino frequentemente está friável, com secreção sugestiva de cervicite e dor à mobilização do colo.	Ver capítulo de Dor Pélvica.	Médico

Fonte: INCA, 2022.

Quadro 21 : Manejo Clínico do Sangramento Uterino Agudo Intenso*

MANEJO CLÍNICO DO SANGRAMENTO UTERINO AGUDO INTENSO*			
AGENTE	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÕES	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
ESTRADIOL OU ESTROGÊNIO CONJUGADO	Estradiol, 1 mg, 4 a 8 comprimidos por dia, podendo ser tomados em dose única diária ou fracionados. Estrogênio conjugado 0,625 mg, 4 a 8 cápsulas por dia, podendo tomar em dosagem única diária ou fracionados.	Doença ativa ou histórico de doença tromboembólica arterial ou tromboembolismo venoso, disfunção ou doença hepática ativa ou crônica, distúrbios trombofílicos conhecidos.	Médico
ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (30 a 50 ug de etinilestradiol)	Uma pílula, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. A partir de então, uma por dia.	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, diabetes mellitus com alterações vasculares, doença hepática grave.	Médico
AINE	Prescrever 600 mg de ibuprofeno ou 50 mg de diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.	Médico
ÁCIDO TRANEXÂMICO	Prescrever 500 mg, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. Máximo de 7 dias.	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula.	Médico
* Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino.			

Fonte: INCA, 2022.

Quadro 22 : Manejo Clínico do Sangramento Uterino Aumentado Crônico de Padrão Ovulatório.

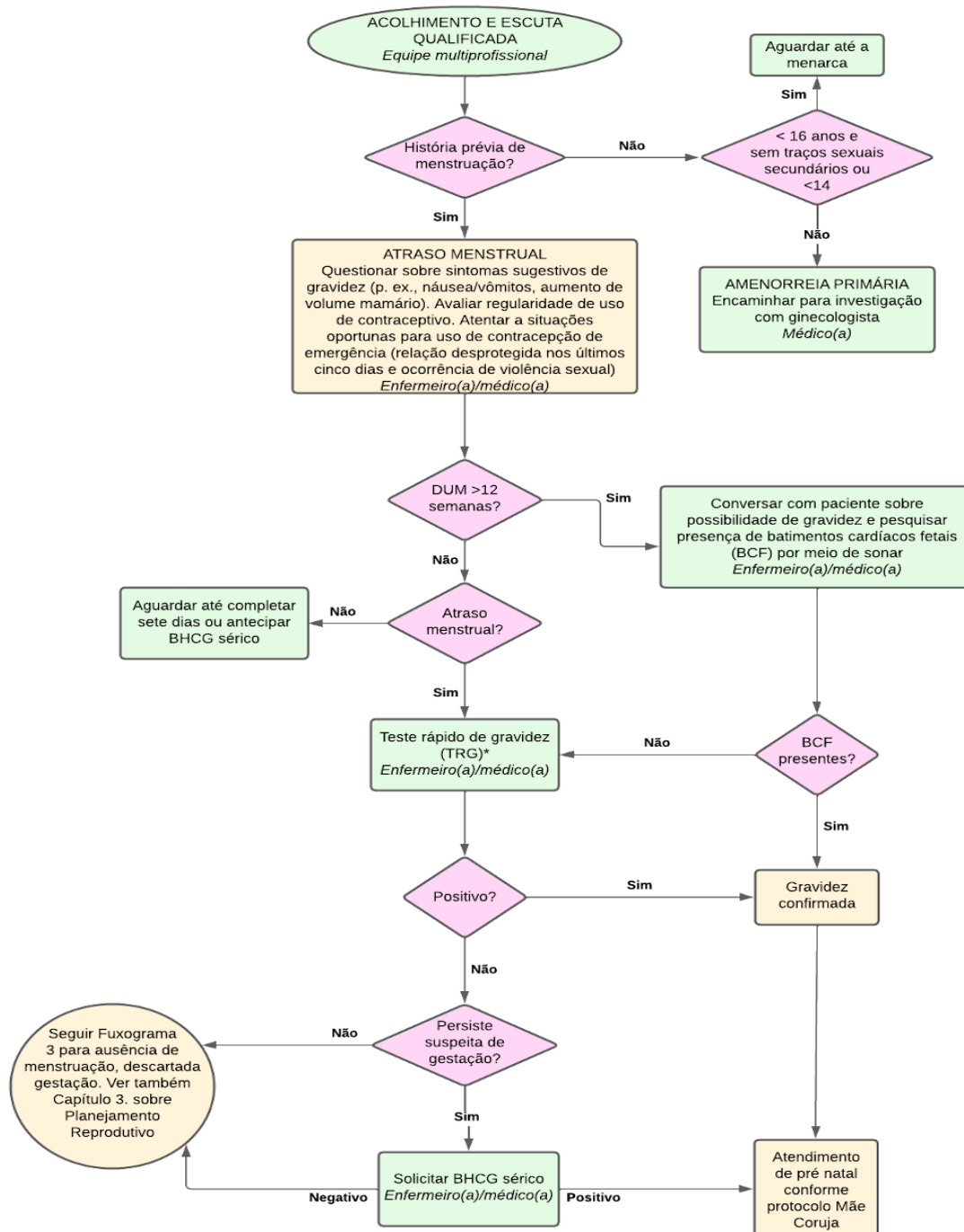
MANEJO CLÍNICO DO SANGRAMENTO UTERINO AUMENTADO CRÔNICO DE PADRÃO OVULATÓRIO*^a				
AGENTE	POSOLOGIA	REDUÇÃO ESPERADA NO SANGRAMENTO	CONTRA INDICAÇÕES	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTERÓIDE (Exemplo Ibuprofeno ou Diclofenaco)	Prescrever 600 mg de Ibuprofeno ou 50 mg de Diclofenaco, de 8/8 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	49%	História de úlcera péptica ativa, uso concomitante de anticoagulantes, distúrbios da coagulação, doença renal.	Médico (continua) (continuação)
ÁCIDO TRANEXÂMICO	Prescrever 250 mg a 1 g, de 6/6 a 12/12 horas, por 4 dias, a partir do primeiro dia da menstruação.	58%	Coagulação intravascular ativa, vasculopatia oclusiva aguda e em pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula	Médico
ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (30 a 50 ug de etinilestradiol)	Uma cápsula ao dia, por 21 dias.	43%	História de trombose arterial ou venosa, migrânea com aura, diabetes mellitus com alterações vasculares, doença hepática grave.	Médico (continua)

ACETATO DE MEDROXIPROG ESTERONA ORAL	Prescrever 10 mg/dia do 5º ao 26 dia.	83%	Presença ou histórico de tromboflebite, distúrbios tromboembólicos e cerebrovasculares. Insuficiência hepática grave. Presença ou suspeita de neoplasia mamária ou de órgãos genitais.	(continuação) Médico
DIU com liberação de levonorgestrel^{a,b}	Intrauterino.	95%		Médico
<p>^a Embora não estudado adequadamente, podem-se associar diferentes opções farmacológicas para o controle do sangramento uterino. ^b A equipe do Centro de Saúde da Mulher do Município de Criciúma não insere e não fornece DIU de liberação de levonorgestrel.</p>				

Fonte: INCA, 2022.

5.2 ATRASO MENSTRUAL E AMENORREIAS

Fluxograma 10: Atraso Menstrual e Amenorreias

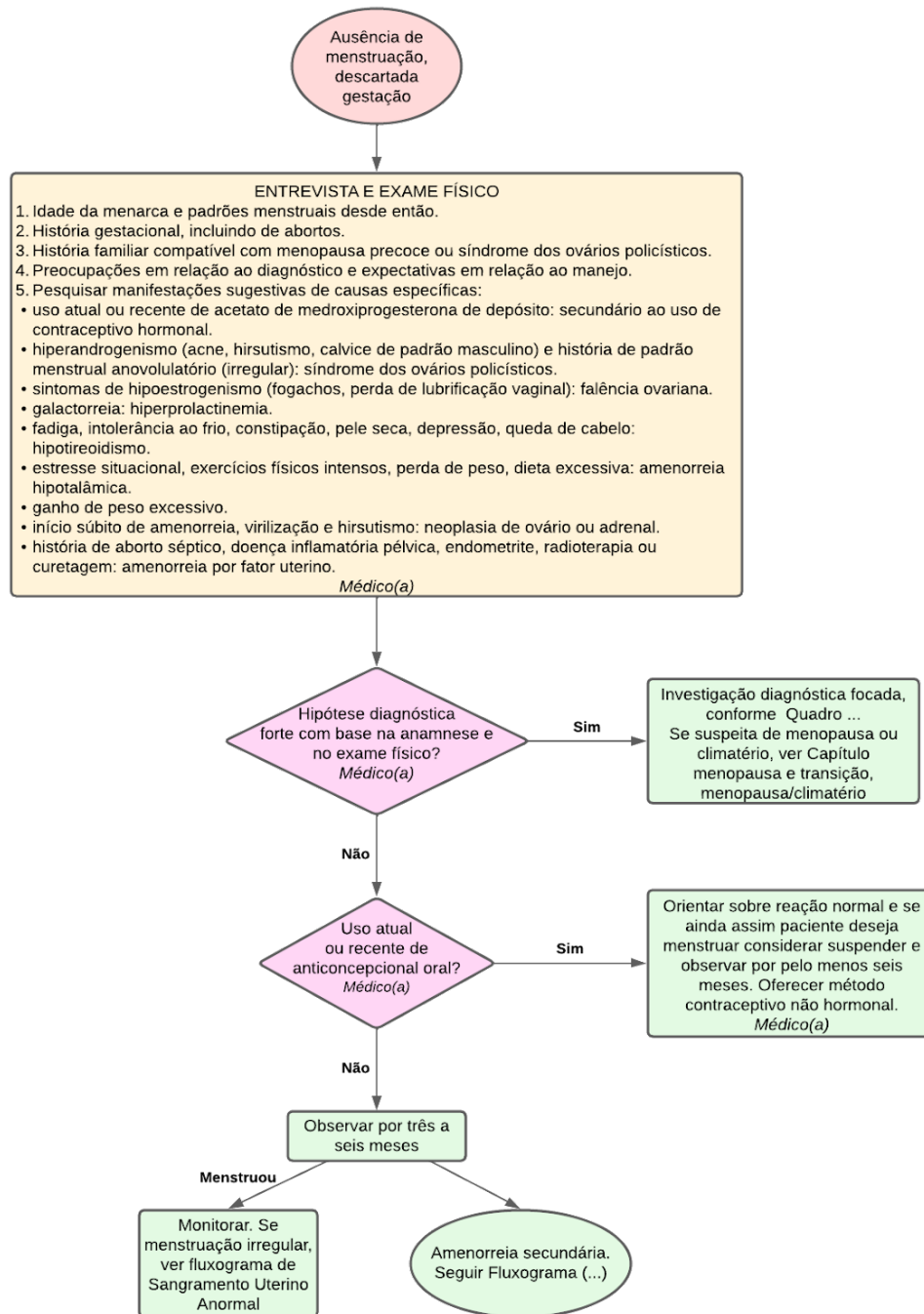


*O teste rápido pode ser realizado dentro ou fora da unidade de saúde. O acesso é livre, e a entregue insumo pode ser feita à mulher adulta, jovem, adolescente ou à parceria sexual. Deve-se realizar aconselhamento pré e pós-teste.

FONTE: Ministério da Saúde, 2016.

5.2.1 Ausência de menstruação quando descartada gestação

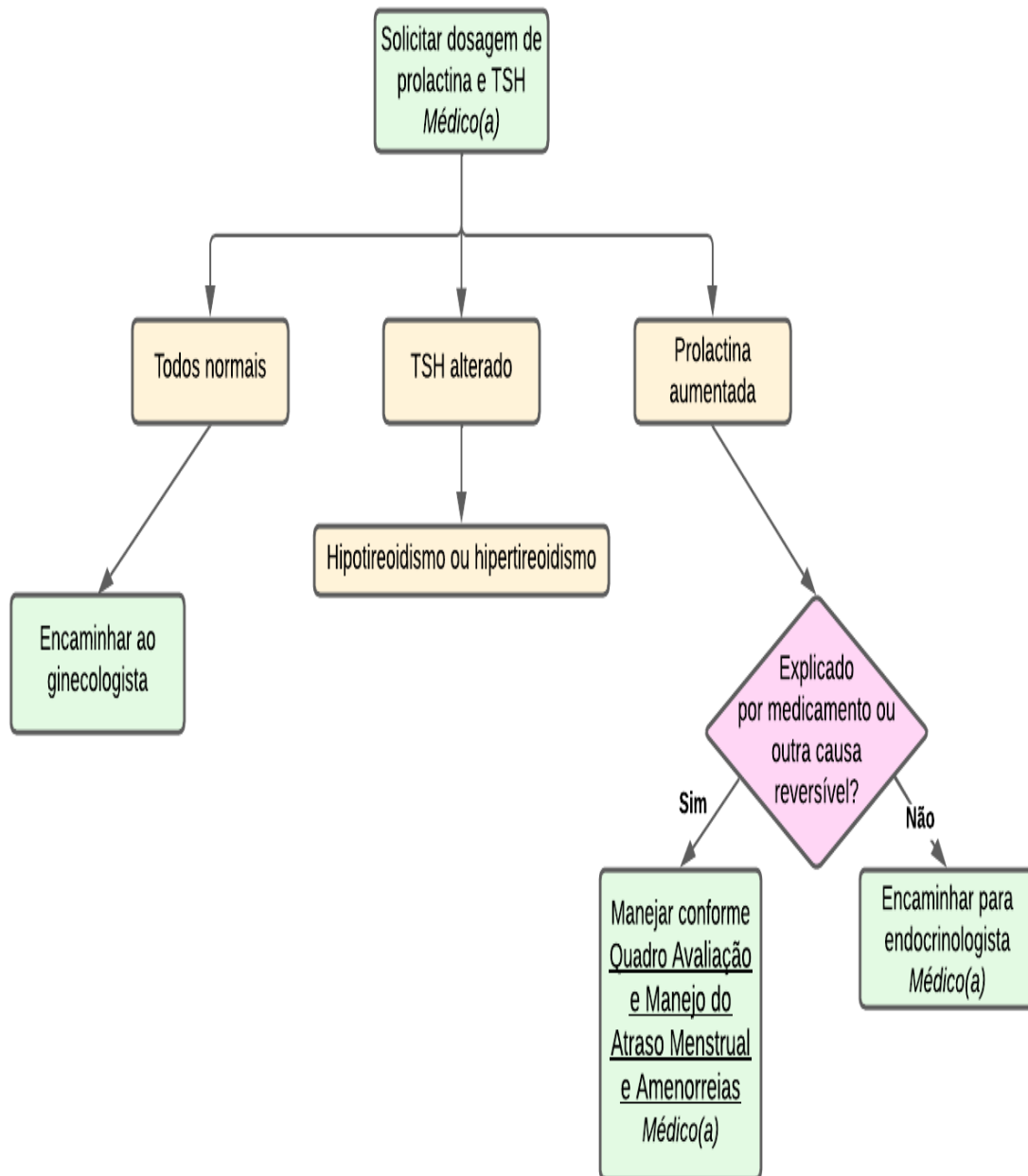
Fluxograma 11: Ausência de Menstruação, Descartada Gestação



Fonte: Ministério da Saúde, 2016

5.2.2 Amenorreia secundária sem causa evidente na avaliação clínica inicial

Fluxograma 12: Amenorreia Secundária Sem Causa Evidente na Avaliação Clínica Inicial



Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

	exame de imagem antes de fazer o diagnóstico de amenorreia hipotalâmica.		(continuação)
SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO	Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar micro cistos no ovário.	<p>Orientar perda de peso e encaminhar para o nutricionista. O exercício físico é especialmente importante, trazendo benefícios mesmo se não houver perda de peso. Se houver plano de engravidar, veja o capítulo sobre Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.</p> <p>Para regularizar o ciclo sem tratamento SOP avaliar o uso de metformina 1g/dia. Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado de acordo com critérios de elegibilidade. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (p.ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento delas.</p>	Médico
FALÊNCIA OVARIANA	Correlacionar com outros sintomas compatíveis com hipoestrogenismo, como fogachos e perda da lubrificação vaginal. O FSH costuma estar aumentado e o estradiol, diminuído; entretanto a dosagem desses hormônios nem sempre é adequada para avaliar falência ovariana, pois pode haver variação nos níveis hormonais de um mês para o outro.	Orientar. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados à falência ovariana. Se idade < 40 anos, encaminhar para ginecologista ou endocrinologista para avaliar menopausa precoce. Caso contrário, ver o capítulo de Climatério.	Médico
HIPERPROLACTINEMIA	Suspeitar se história de amenorreia ou ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorréia. Considerar aumentada se > 40 mg/ml. Considerar fármacos que podem aumentar a	Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para endocrinologista.	Médico (continua)

	prolactina (p. ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver Descarga Papilar em capítulo Atenção em Mastologia.		(continuação)
HIPOTIREOIDISMO	<p>Pesquisar sintomas de hipotireoidismo.</p> <p>Diagnosticado por TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considera-se hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém o T4 livre for normal.</p>	Reposição de Levotiroxina.	Médico
NEOPLASIA DE OVÁRIO OU ADRENAL	<p>Início súbito de amenorreia, virilização e hirsutismo. Atentar para sinais sistêmicos como perda ponderal, aumento de volume abdominal, entre outros</p>	Encaminhar com urgência para o ginecologista em caso de suspeita de câncer de ovário via regulação e entrar em contato com o Saúde da Mulher.	Médico
TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<p>O mais comum é o prolactinoma, que pode ser suspeitado pela elevação da prolactina. Outras causas são tumores hipofisários secretores de hormônios, craniofaringioma, germinoma, hamartoma, teratomas e carcinomas metastáticos. Pode levar a sinais de hipertensão intracraniana como cefaléia, alterações visuais e olfativas e paresia do V nervo craniano.</p>	Encaminhar para Oncologista Clínico.	Médico
FATOR UTERINO (OBSTRUÇÃO DO TRATO GÊNITAL)	<p>A causa mais comum é a síndrome de Asherman, caracterizada por sinéquias decorrentes de curetagem, cirurgia ou infecção uterina. Pode também ser causada por estenose cervical. Uma forma de</p>	Encaminhar para ginecologista via sistema de regulação.	Médico (continua)

	confirmar a obstrução do trato genital é realizando o teste do estrogênio + progesterona	(continuação)
--	--	---------------

Fonte: INCA, 2022.

Quadro 24: Condições Clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA GINECOLOGIA		
CONDIÇÃO DA MULHER	SINAL / SINTOMA	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
MULHER NA MENACME	<p>Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);</p> <p>Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;</p> <p>Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual);</p> <p>Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de Tamoxifeno).</p>	Enfermeiro e Médico
MULHER NA MENOPAUSA	<p>Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ultrassonografia pélvica transvaginal;</p> <p>Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.</p>	Enfermeiro e Médico
AMENORREIA PRIMÁRIA	<p>Maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários;</p> <p>Maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.</p>	<p>Enfermeiro e Médico</p> <p>(continua)</p>

		(continuação)
AMENORREIA SECUNDÁRIA	Resposta negativa ao teste do progestogênio ou falência ovariana precoce; ou história de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado.	Enfermeiro e Médico

Fonte: Do autor

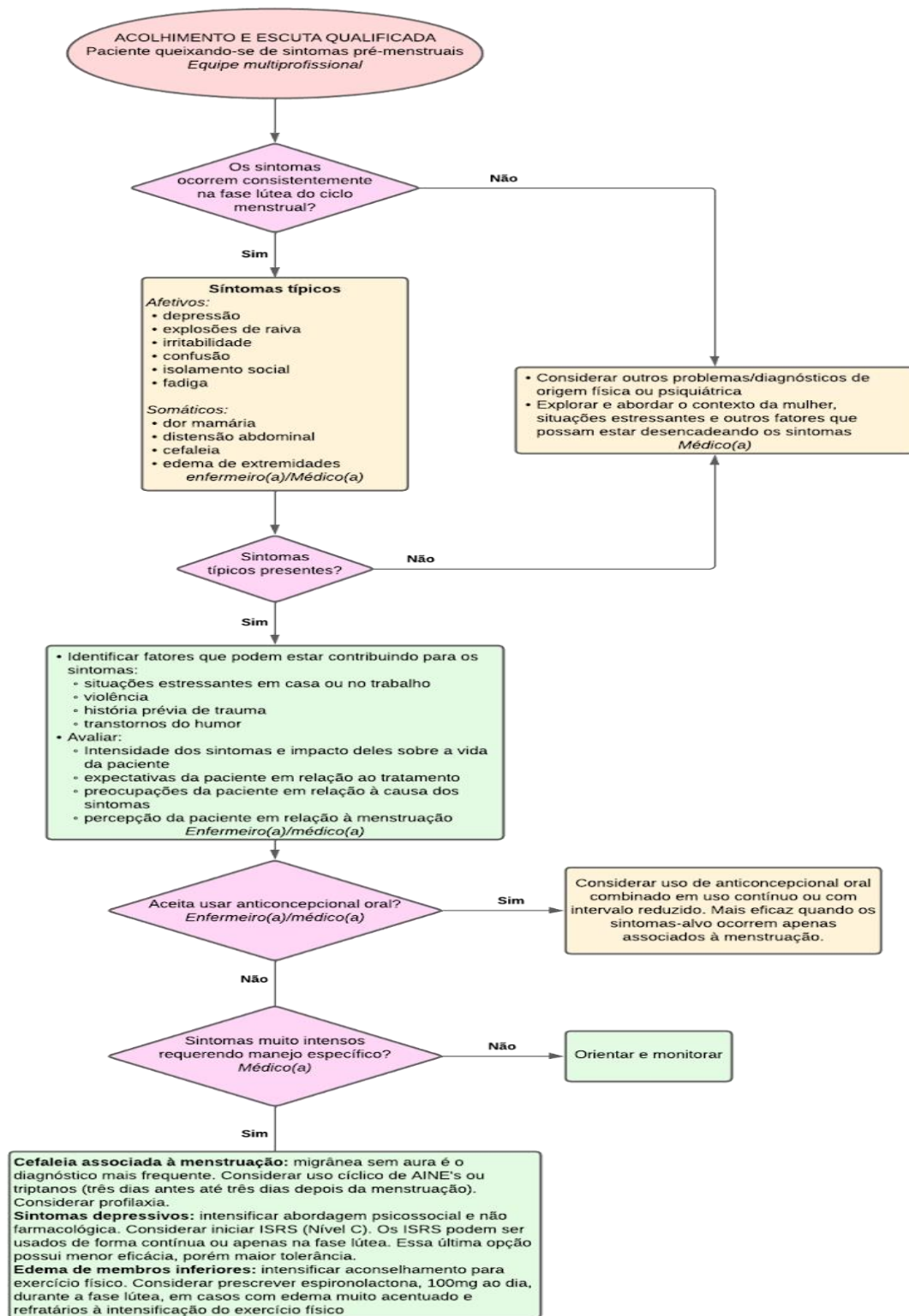
5.2.3 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento para o ginecologista via SISREG deve apresentar:

- Sinais e sintomas;
- Exame físico ginecológico (exame especular e/ou toque vaginal);
- Resultado de hemograma, com data (SUA);
- Descrição da ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
- Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia).

No dia da consulta com especialista a paciente deverá trazer exames realizados (citologia oncológica realizada dentro de um ano, USG TV e/ou pélvica, mamografia e exames de laboratório recentes), trazer lista de remédios em uso e chegar com 15 minutos de antecedência.

5.3 SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS

Fluxograma 13: Sintomas pré-menstrual



5.3.1 Síndrome Pré-Menstrual (SPM)

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) é uma síndrome com a presença de sintomas físicos e emocionais que interferem ou não no comportamento alimentar do indivíduo, além disso a literatura aponta para uma possível amenização dos sintomas guiada por uma adequação alimentar e nutricional com ênfase em determinados nutrientes. (VAZQUEZ; PINHEIRO, 2016).

Mulheres com alto consumo diário de café, cigarros e frequente consumo de bebidas alcólicas, estão mais propensas a desenvolver os sintomas de SPM. Esses produtos atuam no sistema nervoso central e são capazes de aumentar a tensão, irritabilidade e labilidade emocional (BASTANI, HASHEMI, 2012).

5.3.1.1 SPM X Alimentação

Até 90% das mulheres experimentam alguma forma de TPM ao longo dos seus anos reprodutivos. Essa etiologia não é clara ainda, mas um dos fatores que pode estar relacionado é a baixa concentração de **vitamina B, vitamina D, cálcio e magnésio**, visto que são vitaminas essenciais para a síntese de neurotransmissores e para garantir um equilíbrio hormonal. A incidência de TPM é baixa entre mulheres que se alimentam com dietas ricas em vitaminas e minerais (KAEWRUDEE, 2018).

No APÊNDICE D encontram-se as orientações alimentares para mitigar os efeitos da SPM.

5.4 CORRIMENTO VAGINAL 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.

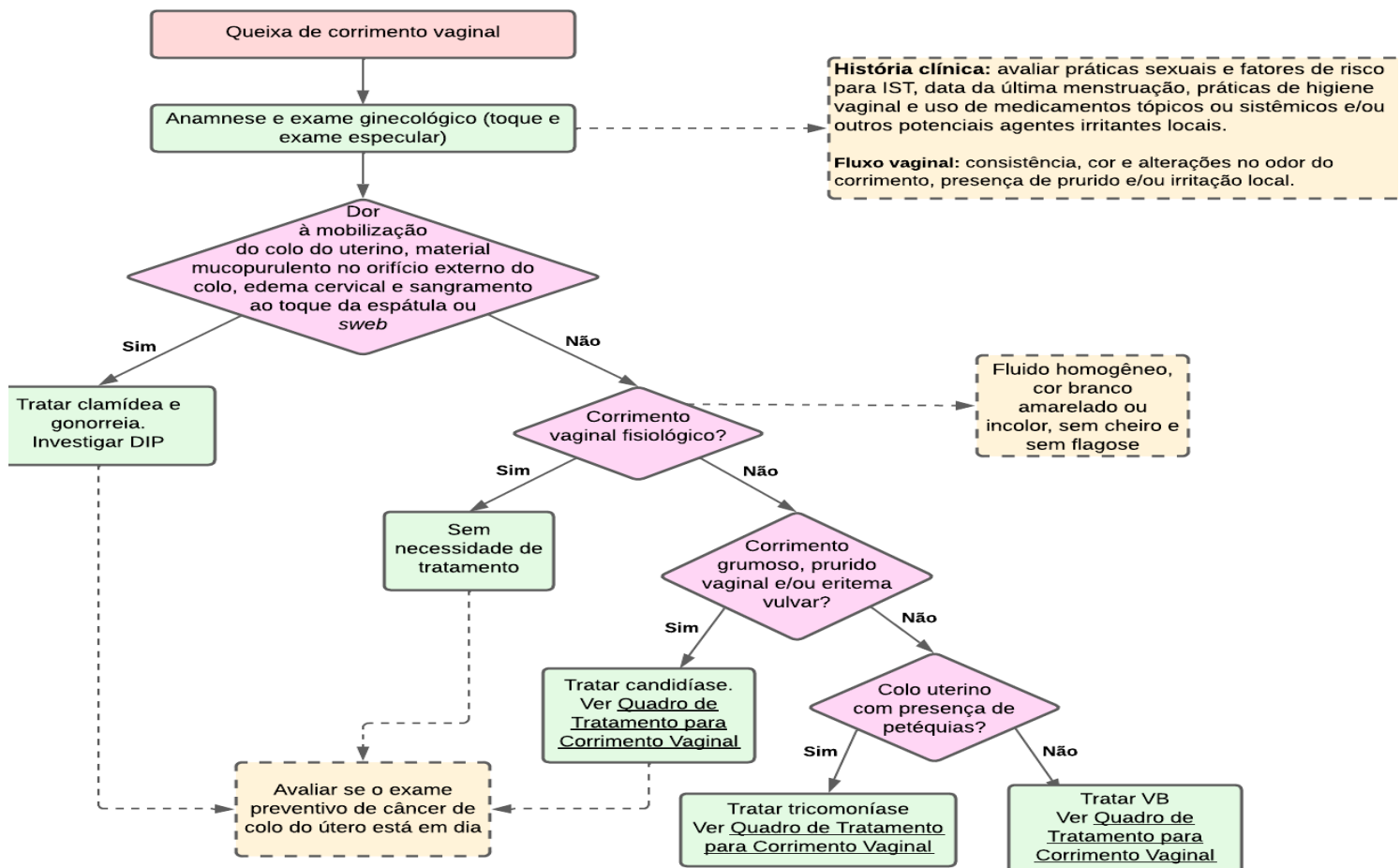
As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos,

condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

De modo geral, os quadros de colpites e cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterino que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal. Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta que podem indicar condições mais graves como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e processos neoplásicos.


5.4.1 Corrimento Vaginal


Fluxograma 14: Manejo Clínico do Corrimento Vaginal e Cervicite



Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Quadro 25 : Tratamento para Corrimento Vaginal

QUADRO DE TRATAMENTO PARA O CORRIMENTO VAGINAL				
CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO		INFORMAÇÕES ADICIONAIS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
<p>CANDIDÍASE VULVOVAGINAL (CVV)</p>  <p>Corrimento branco, com grumos. Podendo apresentar eritema vulvar e prurido vulvovaginal.</p>	<p>PRIMEIRA OPÇÃO:</p> <p>Miconazol creme a 2% via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias, ou Nistatina</p> <p>100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.</p> <p>SEGUNDA OPÇÃO:</p> <p>Fluconazol 150mg, VO, dose única, OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO de 12/12h por 01 dia.</p>	<p>ORIENTAR:</p> <p>Promover melhor ventilação local e diminuir a umidade vaginal diminuindo ou</p> <p>abolindo vestimentas apertadas, sintéticas, molhadas permanentemente, cosméticos genitais, abuso de substâncias cítricas, laticínios e açúcares, além dos cuidados com as roupas e higiene íntimas.</p> <p>Banho de assento com bicarbonato de sódio: 01 colher de sopa para cada 500ml de água.</p> <p>VER PROTOCOLO MÃE CORUJA</p>	<p>As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</p> <p>Tratamento em gestantes e lactantes:</p> <p>somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado. Ver Protocolo Mãe Coruja.</p> <p>CVV recorrente: paciente reporta quatro ou mais episódios sintomáticos em um ano*(avaliar fatores de risco como DM, imunossupressão por medicamento ou doença de base, gravidez assim como hábitos alimentares e de vestimenta).</p>	<p>Enfermeiros e Médicos</p>
<p>VAGINOSE BACTERIANA (VB):</p> <p>Corrimento branco/cinza, homogêneo, bolhoso e muitas vezes odor fétido lembrando peixe</p>	<p>PRIMEIRA OPÇÃO:</p> <p>Metronidazol 250mg, 2 cp VO, 2x/dia, por 7 dias, ou Metronidazol Gel Vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via</p>	<p>ORIENTAR:</p> <p>Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água)</p>	<p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.</p> <p>Para as gestantes, lactantes e puérperas, recomenda-se o</p>	<p>Enfermeiros e Médicos</p> <p>(continua)</p>

<p>(acentuado após coito e menstruação) sem sinais flogísticos.</p> 	<p>vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias.</p> <p>SEGUNDA OPÇÃO:</p> <p>Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias</p>		<p>mesmo tratamento da primeira opção.</p> <p>A recorrência de VB após o tratamento é comum**</p>	<p>(continuação)</p>
<p>TRICOMONÍASE</p> <p>Corrimento homogêneo, amarelado, bolhoso, com odor, podendo apresentar prurido e colo uterino em aspecto de framboesa (petéquias).</p>	<p>Metronidazol 400mg, 5 cp, VO, dose única (dose total 2g), ou Metronidazol 250mg, 2 cp, VO, 2x/dia, por 7 dias.</p>	<p>AÇÃO:</p> <p>Oferecer informações sobre IST's;</p> <p>Ofertar testagem para HIV, sífilis e hepatites;</p> <p>Ofertar camisinhas;</p> <p>Convocar parcerias sexuais.</p>	<p>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>As gestantes, lactentes e puérperas devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>Muitos pacientes (em torno de 50%) são assintomáticos.</p>	<p>Enfermeiros e Médicos</p>
<p>Durante o tratamento com Metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse).</p> <p>*Tratamento de CVV complicada e CVV recorrente – Indução: Fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia ou Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: Fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Miconazol óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses.</p> <p>**Tratamento de VB recorrente – Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias ou Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e Metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses.</p>				

Fonte: Grupo Conductor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Quadro 26 : Tratamento de cervicite e outras infecções por gonococo e clamídia

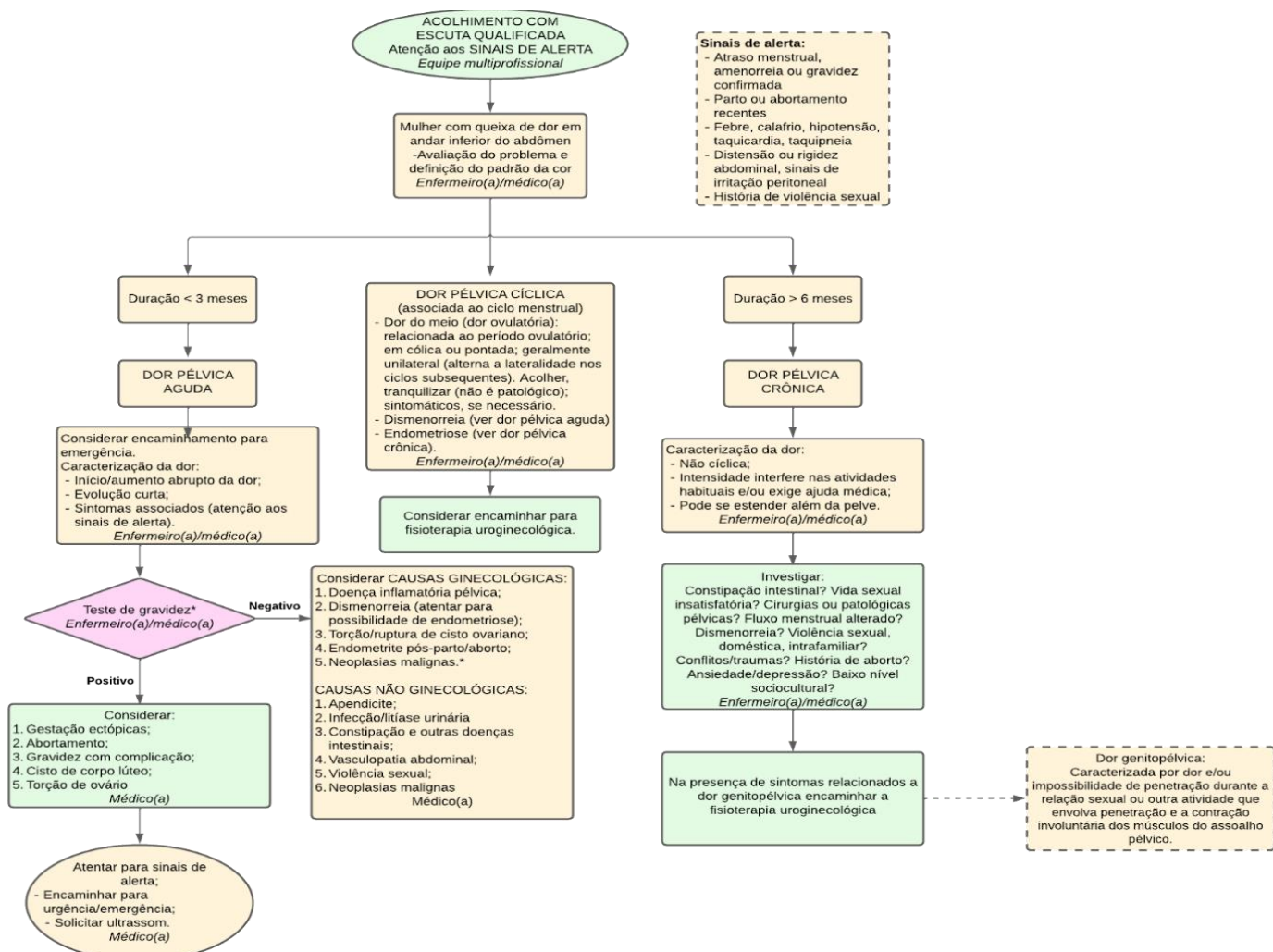
TRATAMENTO DE CERVICITE E OUTRAS INFECÇÕES POR GONOCOCO E CLAMÍDIA		
CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
CERVICITE SEM IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE ETIOLÓGICO	CERVICITE	Enfermeiros e Médicos
	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.	
CERVICITE GONOCÓCICA	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.	Enfermeiros e Médicos
CERVICITE POR CLAMÍDIA	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou Doxiciclina* 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	Enfermeiros e Médicos (continua) (continuação)
CERVICITE POR MYCOPLASMA GENITALIUM	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias	Enfermeiros e Médicos
<p>A (s) parceria(s) sexual(is) devem receber o mesmo tratamento indicado à paciente. Paciente e parceria(s) sexual(is) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).</p> <p>*A Doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.</p>		
OUTRAS INFECÇÕES POR GONOCOCO E CLAMÍDIA		
INFECÇÃO GONOCÓCICA NÃO COMPLICADA (URETRA, COLO DO ÚTERO, RETO E FARINGE)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Médicos
INFECÇÃO GONOCÓCICA DISSEMINADA (EXCETO MENINGITE E ENDOCARDITE)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento, mais Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Médicos (continua)

<p>CONJUNTIVITE GONOCÓCICA NO ADULTO</p>	<p>Ceftriaxona 1g, IM, dose única</p>	<p>(continuação)</p> <p>Médicos</p>
<p>INFECÇÃO POR CLAMÍDIA</p>	<p>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes).</p>	<p>Médicos</p>

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde 2021.

CAPÍTULO 6: DOR PÉLVICA

Fluxograma 15: Dor Pélvica

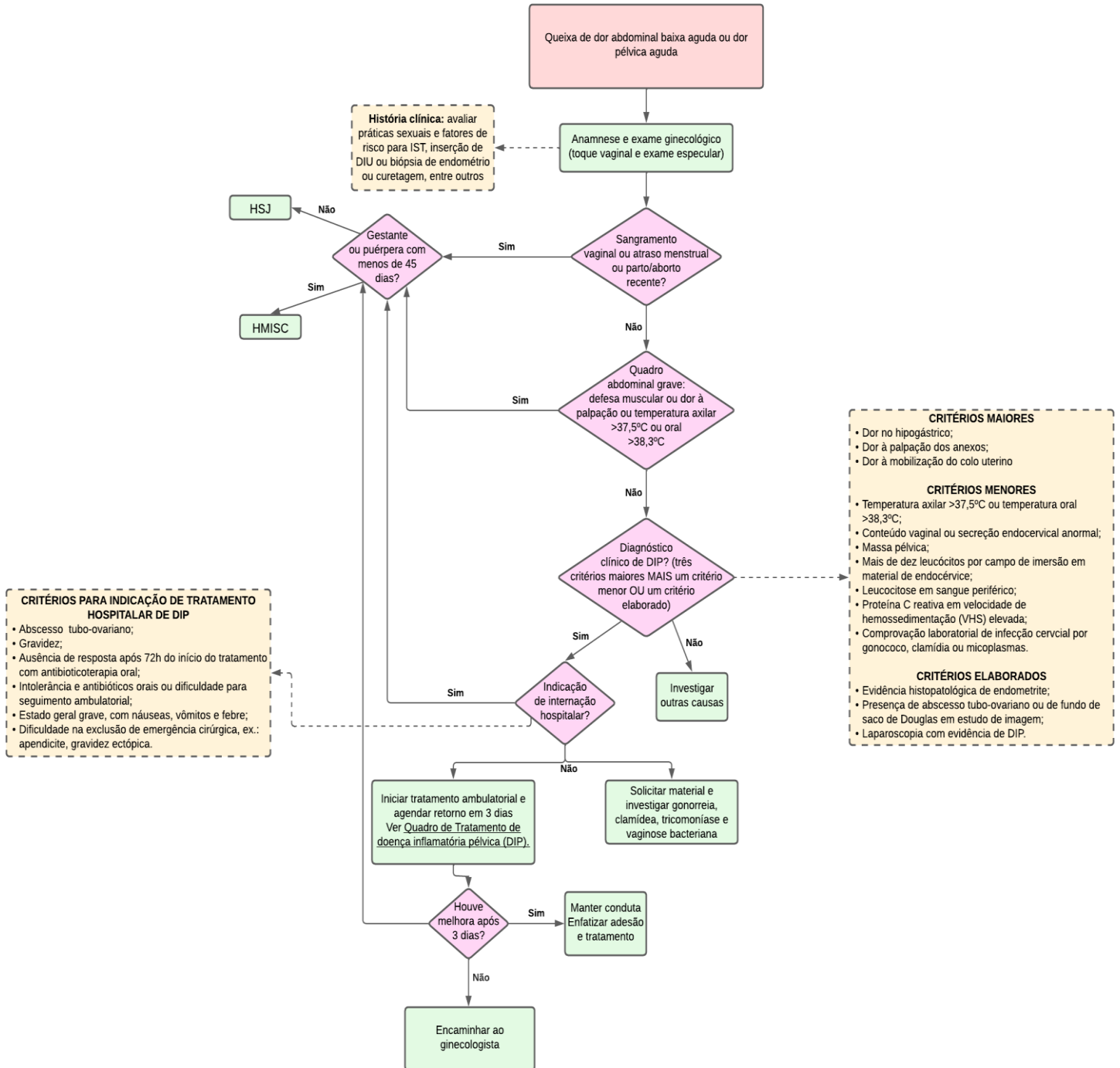


*Perda ponderal, comprometimento do estado geral, sangramento urogenital ou gastrointestinal

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022 adaptado do BRASIL, 2016

6.1 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Fluxograma 16: Doença Inflamatória Pélvica (DIP)



Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Quadro 27 : Tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)			
TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
AMBULATORIAL	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais Doxiciclina a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias, mais Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias.	Cefotaxima 500mg, IM, dose única, mais Doxiciclina a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias, mais Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias.	Médico
HOSPITALAR Encaminhar ao Hospital São José.			
<p>INFORMAÇÕES ADICIONAIS:</p> <p>Enfatizar a adesão ao tratamento, convocar e tratar parcerias sexuais e agendar retorno.</p> <p>As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis. Recomenda-se Ceftriaxona 500mg IM, associada a Azitromicina 1g VO, ambas em dose única.</p> <p>DIU não precisa ser removido (caso exista indicação: a remoção somente após 2 primeiras doses do esquema terapêutico).</p> <p>Exames necessários:</p> <p>Teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites (B e C). Averiguar se é necessário ofertar vacina da Hepatite B;</p> <p>Hemograma, Proteína C reativa e VHS.</p> <p>Teste de gravidez;</p> <p>Bacterioscopia;</p> <p>Ultrassonografia Transvaginal (averiguar abscesso tubo-ovariano).</p>			
<p>DIP em pessoas imunocomprometidas: Comportamento similar às pacientes com imunidade normal, apenas com a ressalva de que desenvolvem mais facilmente abscesso tubo-ovariano, merecendo, portanto, maior cuidado, sem necessidade de internação.</p> <p>*Mulheres grávidas com suspeita de DIP: Alto risco de abortamento e corioamnionite. Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciar imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro no HMISC.</p>			

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2016.

6.2 IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS CAUSADORES DE DOR PÉLVICA AGUDA

Quadro 28 : Identificação e manejo das principais causas da dor pélvica aguda.

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
<p>DISMENORRÉIA</p> <p>Cólica menstrual (em alguns casos intensa e com repercussão gastrointestinal).</p>	<p>Orientar a paciente a ter ou manter um estilo de vida saudável e realizar atividade física regular.</p> <p>Anti-inflamatório não hormonal pode ser iniciado 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantido durante a menstruação (evitar o uso superior a 7 dias). *¹</p> <p>Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário. *²</p>	<p>Enfermeiros</p> <p>e</p> <p>Médicos</p>
<p>TORÇÃO OU RUPTURA DE CISTO OVARIANO</p> <p>Quadro de abdome agudo, com irritação peritoneal;</p> <p>Atentar para os sinais de alerta.</p>	<p>Encaminhar para o Hospital São José</p>	<p>Médicos</p>
<p>APENDICITE</p> <p>Quadro de abdome agudo com irritação peritoneal;</p> <p>Dor iniciada em região epigástrica/periumbilical e evolui para dor localizada em fossa ilíaca direita;</p> <p>Alterações do ritmo intestinal, náuseas/vômito;</p> <p>Comprometimento do estado geral, febre.</p>		
<p>VASCULOPATIA ABDOMINAL</p> <p>Quadros agudos de dor intensa e grande comprometimento do estado geral (ex: aneurisma de aorta abdominal, trombose/isquemia mesentérica).</p>		

(continua)

		(continuação)
INFECÇÕES / LITÍASE URINÁRIA Disúria, polaciúria e poliúria; Hematúria; Dor lombar associada; Comprometimento do estado geral.	Orientar boa ingesta hídrica e prescrever sintomáticos. Antibioticoterapia (Ver também quadro de queixas urinárias).	Médicos
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E OUTRAS DOENÇAS INTESTINAIS Ritmo intestinal não diário, fezes ressecadas; Presença de muco ou sangue nas fezes; Diarreia, náuseas, vômito; Febre, desidratação.	Constipação: dieta rica em fibra, aumentar a ingesta hídrica e realizar exercícios físicos regularmente; Diarreia aguda: hidratação e sintomáticos; Encaminhar se houver suspeita de doença inflamatória intestinal para o gastroenterologista, via regulação, com critérios mínimos exigidos pela regulação desta especialidade); Considerar avaliação clínica para exames pertinentes.	
ENDOMETRITE PÓS-PARTO/ABORTO Sangramento ou corrimento com odor fétido; Comprometimento do estado geral; Atentar para os sinais de alerta.	Encaminhar para o Hospital Materno Infantil Santa Catarina, até 60 dias após o parto.	Médicos
* ₁ Ibuprofeno 600mg 1cp 8/8h ou Nimesulida 100mg ou Piroxican 20mg 12/12h. * ₂ Escopolamina 10mg ou Paracetamol ou Dipirona 500mg 6/6h.		

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2016.

6.3 IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS CAUSADORES DE DOR PÉLVICA CRÔNICA

Quadro 29: Identificação e manejo das principais causas de dor pélvica crônica

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
<p>ENDOMETRIOSE</p> <p>Piora cíclica da dor principalmente no período perimenstrual;</p> <p>Histórico de infertilidade;</p> <p>Histórico familiar de endometriose;</p> <p>Dor que irradia para região lombossacral ou ânus;</p> <p>Alteração intestinal cíclica (constipação e/ou diarreia, com consistência fecal no período perimenstrual).</p> <p>Sangramento cíclico nas fezes e na urina.</p>	<p>Anti-inflamatório não hormonal (crise de dor) Piroxican 20-40mg/dia, Nimesulida 100 mg 12/12 h, Ibuprofeno 600 mg 8/8h. Iniciar de 3 a 2 dias antes da menstruação.</p> <p>Supressão da menstruação: Anticoncepcional combinado oral (etinilestradiol 30 mcg levonorgestrel 150 mcg) uso contínuo, sem pausa entre as cartelas; Anticoncepcional injetável com progestágeno isolado mensal ou trimestral, ou Noretisterona (progestágeno) oral 10mg/dia contínuo</p> <p>Ultrassom transvaginal.</p> <p>Ver quadro considerações gerais de tratamento de dor pélvica crônica.</p> <p>Encaminhar para o ginecologista e para fisioterapia uroginecológica via regulação.</p>	Médicos
<p>ADERÊNCIA PÉLVICA</p> <p>Dor a palpção e distensão dos anexos, agravada por atividade física e obstipação;</p> <p>Ao toque vaginal há redução da mobilidade uterina;</p> <p>Antecedente de infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura).</p>	<p>Ver quadro considerações gerais de tratamento de dor pélvica crônica.</p> <p>Não há exames de imagem que fechem o diagnóstico.</p> <p>Encaminhar para o ginecologista e para fisioterapia uroginecológica via SISREG.</p>	
<p>CONSTIPAÇÃO INTESTINAL</p>	<p>VER QUADRO DE DOR PÉLVICA AGUDA.</p> <p>Orientar consumo de fibras e ingesta hídrica (APÊNDICE E)</p>	Médico
<p>SÍNDROME DE BEXIGA DOLOROSA</p> <p>Dor, pressão ou desconforto pélvico associados com urgência e a frequência diurna e noturna,</p>	<p>Analgésicos: Paracetamol ou Dipirona 500mg até 6/6h;</p> <p>De acordo com o quadro clínico global, excluir outras causas de dor pélvica</p>	<p>Médico</p> <p>(continua)</p>

na ausência de infecção urinária comprovada ou alguma outra doença vesical óbvia.	Considerar encaminhamento ao urologista (via SISREG, com conteúdo descritivo mínimo exigido pela regulação desta especialidade).	(continuação)
LOMBALGIA/SÍNDROME MIOFASCIAL Dor muscular com caráter motor; Identificação de pontos-gatilhos.	Anti-inflamatório não hormonal de 5 a 7 dias (crise de dor) Piroxicam 20-40mg/dia, Nimesulida 100mg 12/12h, Ibuprofeno 600 mg 8/8h. Analgésicos: Paracetamol ou Dipirona 500mg até 6/6h; Encaminhar para fisioterapia, com conteúdo descritivo mínimo exigido pela regulação desta especialidade. Encaminhar para acupuntura.	Enfermeiros e Médicos
DOR GENITO PÉLVICA Dor e/ou impossibilidade de penetração durante a relação sexual ou outra atividade que envolva penetração e a contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico.	Encaminhar para o ginecologista e para fisioterapia uroginecológica via SISREG.	Enfermeiros e Médicos
VIOLÊNCIA SEXUAL	VER CAPÍTULO ASSISTENCIA A MULHER MAIOR DE 18 ANOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2016.

Quadro 30 : Fatores causais, desencadeantes ou de agravamento da dor pélvica.

FATORES CAUSAIS, DESENCADEANTES OU DE AGRAVAMENTO DE DOR PÉLVICA
<p>Atenção para possíveis fatores causais, desencadeantes ou de agravamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situação de violência doméstica, intrafamiliar, sexual (que podem ser crônicas e camufladas). Ver capítulo de violência; • Vida sexual insatisfatória, anorgasmia (inclusive relação sexual consentidas por convenções sociais, tabus, crenças); • Relações conflituosas com familiares e/ou parceiros; • Situações de vulnerabilidade social e emocional (Ex: Dependência econômica e /ou afetiva); • Traumas familiares (mortes precoces, tragédias ou difícil elaboração de luto).

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2016.

Quadro 31 : Considerações e condutas referentes a dor pélvica

CONSIDERAÇÕES E CONDUTAS REFERENTES A DOR PÉLVICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular atividades físicas e de lazer. • Orientar sobre dieta com fibras; • Orientar quanto a ingesta hídrica; 	
PSICOTERAPIA	<p>Indicada em função de questões familiares, existenciais, ansiedade e depressão presente em grande número de mulheres com DPC, terapia cognitivo-comportamental, constelação familiar, terapia comunitária, terapia breve focal (a melhor psicoterapia é aquela à qual a paciente está disposta a participar).</p> <p>Ação de médico ou enfermeiro.</p>
Práticas integrativas e complementares:	<p>Tratamento não farmacológico com fitoterapia, homeopatia, acupuntura e eletroestimulação transcutânea pode ser útil para algumas mulheres poderão ser encaminhadas para avaliação via sistema de regulação (SISREG).</p> <p>Conduta de profissional de nível superior.</p>
Encaminhamento para o Ginecologista:	<p>Se paciente apresentar dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada à gestação. Ou se paciente apresentar alteração em exame de imagem ou exame físico sugestivo de endometriose. O encaminhamento deve conter as seguintes informações: Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo); Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia); História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não); Descrição do exame de imagem, com data (se disponível).</p> <p>Ação de médico.</p>

(continua)

	(continuação)
Encaminhamento para Fisioterapia Uroginecológica:	Se paciente apresentar dismenorreia frequente, endometriose, aderências pélvicas, constipação intestinal e dor gênito-pélvica. Ação de médico ou enfermeiro.
Antidepressivos:	Indicado para pacientes com falha terapêutica após medidas de primeira linha. <u>Tricíclicos:</u> Amitriptilina 25-50mg/noite, quando se identifica com componentes emocionais e/ou conflituosos com parceiros ou familiares ou quando não tem causa aparente (evitar em pacientes com sobrepeso e/ou com obstipação crônica relevante). Ação de médico. <u>Inibidores de recaptção de serotonina:</u> Fluoxetina 20mg/dia, para mulheres com tendência depressiva, ansiosa, com conflitos familiares. Indicados em pacientes com sobrepeso e obstipadas crônicas. Ação de médico.
Em casos refratários a outras condutas, utilizar:	<u>Anticonvulsivantes:</u> (Gabapentina 300 mg, 2-3x/dia; carbamazepina 20 mg, 2-3x/dia, pregabalina -75 - 150mg/dia). Utilizados quando se suspeita de dor neuropática ou sem dor aparente. Ação de Médico. <u>Opioides:</u> Codeína 15-30mg/dose a cada 4-6h, Tramadol 50mg a cada 4-6h ou 10 mg a cada 8-12h. Uso eventual e com cautela em mulheres com dor agudizada. Ação de Médico.

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2016.

CAPÍTULO 7: QUEIXAS URINÁRIAS

As queixas urinárias são situações comumente referidas nas consultas na APS, sendo em sua maioria, relatadas questões referentes à perda urinária involuntária ou aos esforços ou ainda, relacionadas a frequência urinária associada ou não a outros sinais e sintomas como disúria, piúria e etc. Diante disso, a seguir teremos a abordagem dessas situações.

7.1 PERDA URINÁRIA

Pacientes com queixas de perda urinárias devem ser acolhidas com escuta qualificada pela equipe multiprofissional na APS e avaliadas/examinadas pelo médico.

Ficar atento a sinais de alerta: hematúria, dor, ITU recorrentes, prolapso uterino sintomático, massa pélvica e/ou suspeita de fístula.

No exame físico:

- Excluir comprometimento neurológico;
- Avaliar o suporte pélvico e excluir outras anormalidades pélvicas;
- Avaliar abdome, dorso e pelve na busca por massas pélvicas, com atenção à integridade do períneo e à força muscular;
- Avaliar as paredes vaginais e o colo do útero, em busca de sinais de deprivação estrogênica, fístula, cicatrizes e distopias pélvicas e

Deve-se investigar possíveis causas da perda urinária como: infecções do trato urinário, neoplasia vesical, litíase urinária vesical, obstrução infravesical, fatores emocionais e sinais que possam sugerir doenças neurológicas. Quando identificado patologia que levou à perda urinária: tratar e/ou encaminhar para serviço e referência.

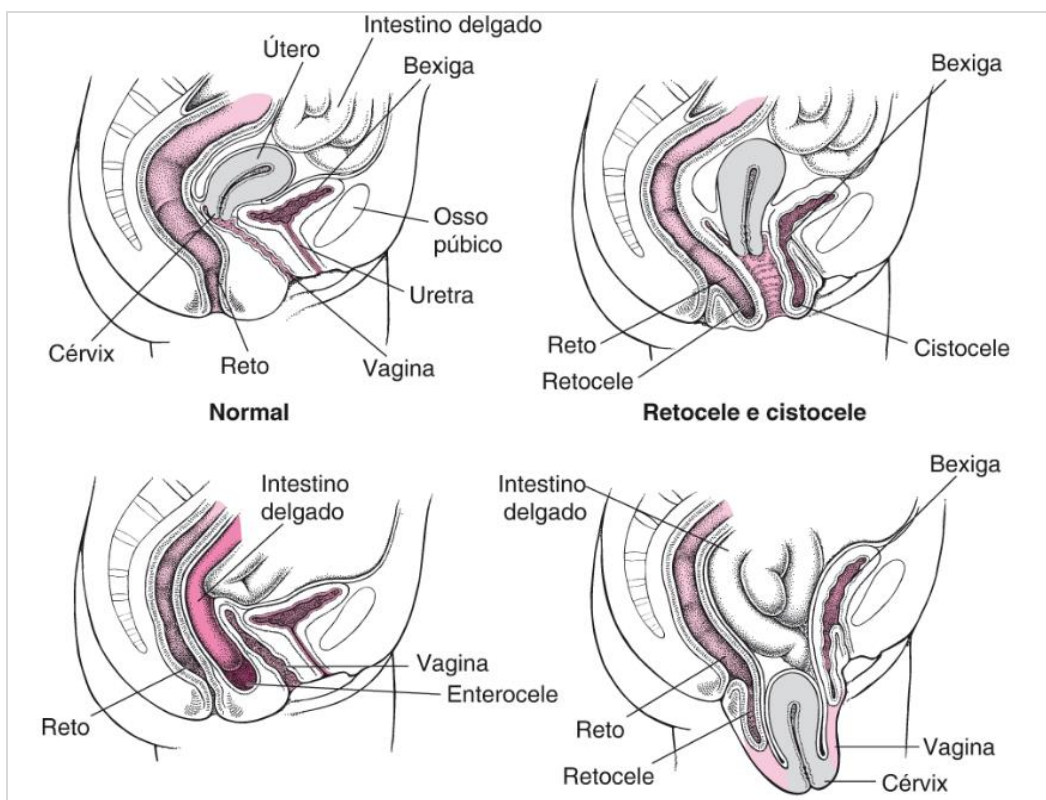
CAPÍTULO 8: PROLAPSOS DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

O prolapso de órgãos pélvicos é, essencialmente, uma hérnia na qual os órgãos se projetam de forma anômala, visto que o tecido de sustentação está enfraquecido.

Os diferentes tipos de prolapso de órgãos pélvicos são denominados de acordo com o órgão afetado.

- A parede posterior da vagina: Prolapso de reto (retoccele) ou de intestino delgado (enteroccele);
- A parede frontal da vagina: Prolapso da bexiga (cistocele) ou da uretra (ureteroccele);
- A parte superior da vagina: Prolapso vaginal (apical);
- O útero: Prolapso de útero (prolapso uterino).




Figura 1 : Prolapsos dos Órgãos Pélvicos



Fonte: Manual MSD - Versão para Saúde da Família, 20

Com frequência, a mulher tem mais de um tipo de prolapso. Em todos os tipos, o sintoma mais comum é uma sensação de peso, plenitude ou pressão na região da vagina. A mulher pode ter a sensação de que está sentada em uma bola ou que o útero, bexiga ou reto estão se projetando para fora da vagina.

Quadro 32: Estadiamento dos prolapso dos órgãos pélvicos

ESTADIAMENTO DOS PROLAPSOS DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS	
ESTÁGIO	DESCRIÇÃO
GRAU 0	Ausência de prolapso
GRAU 1	O ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm para dentro do hímen (-1 cm), até metade da distância da vagina.
 GRAU 2	O ponto de maior prolapso está localizado entre -1 cm e +1 cm, (até ao nível do hímen).
 GRAU 3	O ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total, (ultrapassa hímen).
 GRAU 4	Eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica, no mínimo, no comprimento vaginal menos 2 cm.

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

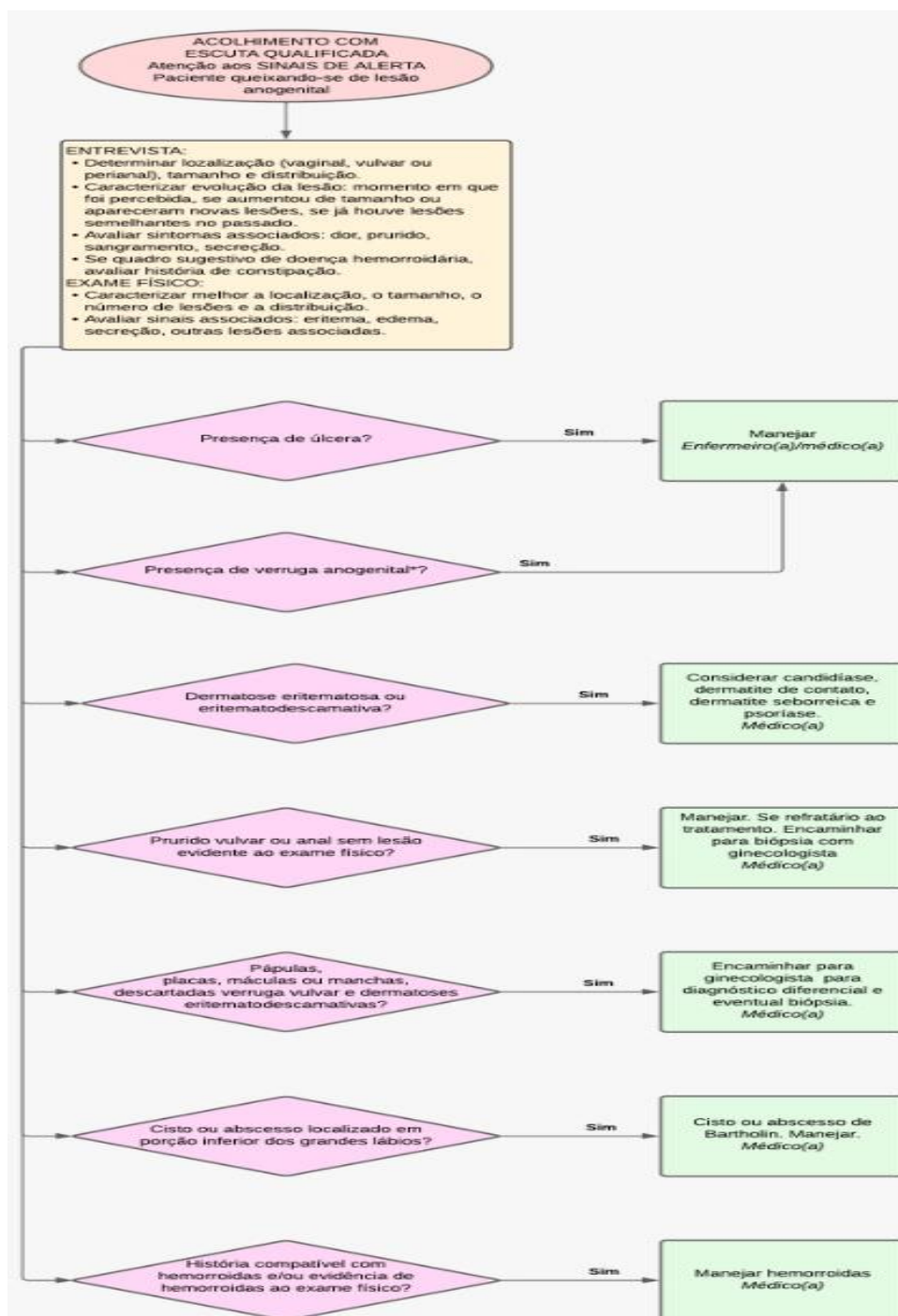
Quadro 33: Situações que indicam encaminhamento para outro procedimento/profissional

SITUAÇÕES QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO PARA OUTRO PROCEDIMENTO/PROFISSIONAL		
SERVIÇOS	CONDIÇÕES	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA	Incontinência e prolapso de órgão pélvico em qualquer grau.	Enfermeiro e Médico
GINECOLOGIA	Prolapso de órgão pélvico G3 e G4; outras doenças ginecológicas associadas (miomatose, endometriose, cisto de ovário).	Médico
NUPICS	Pacientes com dor de difícil manejo	Enfermeiro e Médico
NUTRICIONISTA	Prolapso de órgão pélvico associado a sobrepeso e/ou obesidade.	Enfermeiro e Médico
ONCOLOGIA	Neoplasias.	Médico
UROLOGIA	Hematúria persistente (na ausência de infecção ou dismorfismo eritrocitário); alteração anatômica de vias urinárias; incontinência urinária explicada por cálculo renal. Neurologia: suspeita de doença do sistema nervoso central.	Médico

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

CAPÍTULO 9: AVALIAÇÃO DE LESÃO ANOGENITAL

Fluxograma 17: Manejo clínico de lesão anogenital



*O diagnóstico de corrimento necessita da avaliação do conteúdo vaginal (teste de pH, teste de aminas e microscópicas) e, se não houver disponibilidade destes recursos, o tratamento terá de se basear nas características do corrimento, mas ressalta-se que a predição é baixa e as chances de erro aumentam.

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Quadro 34: - Tratamento de infecções que causam úlcera genital

TRATAMENTO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL			
CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
<p>Sífilis (cancro duro):</p> <p>Úlcera genital, indolor, geralmente única com fundo limpo, infiltrada, aumento de linfonodos inguinais.</p>  <p><small>Sífilis primária: cancro duro. Fonte: AVELLEIRA, ACR, BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Rio de Janeiro: An Bras Dermatol, 2006, v. 81, n. 2, p. 111-26.</small></p>	<p>Realizar TR.</p> <p>Na presença do cancro e TR para sífilis NR:</p> <p>Prescrever/Aplicar Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo</p> <p>Na presença do cancro e TR para sífilis reagente:</p> <p>Averiguar histórico de sífilis conforme orientação do PAMDHA, solicitar VDRL e na necessidade de TTO prescrever/Aplicar Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI.</p> <p>Alternativa: Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias (exceto gestantes)*, e para pessoas comprovadamente alérgicas à Benzilpenicilina benzatina.</p> <p>Tratamento de gestante seguir PROTOCOLO MÃE CORUJA</p>	<p>O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas, com dose única de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).</p> <p>Seguimento com teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal).</p> <p>Se o caso for considerado sífilis tardia (sífilis latente tardia – com mais de um ano de evolução, ou latente com duração ignorada e sífilis terciária): tratar com Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas (dose total: 7,2 milhões UI, IM).</p> <p>Alternativa: Doxiciclina a 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.</p>	<p>Médico</p> <p>(continua)</p>
<p>Cancroide (Cancro mole):</p>	<p>Azitromicina 500 mg, 2 CP, VO, dose única.</p> <p>Alternativa:</p>	<p>O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.</p>	<p>(continuação)</p>

<p>Úlceras múltiplas, com uma borda irregular, de fundo sujo, doloroso e de base amolecida.</p>	<p>Ceftriaxona 250mg, IM, dose única, ou Ciprofloxacino**</p> <p>500mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 3 dias.</p>	<p>O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas, com azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.</p>	<p>Médico</p>
--	--	--	----------------------

Doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

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

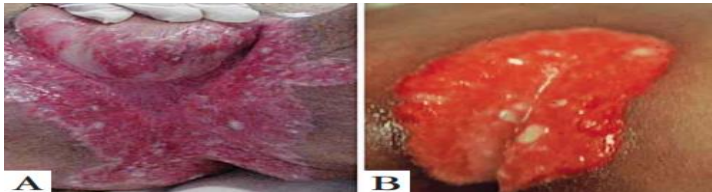
****O Ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.**

<p>HERPES GENITAL</p>  <p>Vesículas dolorosas e/ou visualização de parede rota de vesícula. Após ruptura das vesículas lesões ulceradas dolorosas</p>	<p>Primeiro episódio: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias, ou aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias</p> <p>CASO Recidiva: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias, ou aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias</p> <p>Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano): Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica</p> <p>Gestação: Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio.</p> <p>Se a primeira infecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36a semana, com</p>	<p>Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.</p> <p>O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.</p> <p>O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade e local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).</p> <p>Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.</p>	<p>Médico</p> <p>(continua)</p>
---	--	--	--

	aciclovir 3x/dia.	400mg,	(continuação)
<p>O tratamento com antivirais é eficaz para a redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões. - Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário. - É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões. - A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados. - É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer. 			

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Quadro 35 : Linfogranuloma Venéreo E Donovanose

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV) E DONOVANOSE			
			
<p>FIGURA A. Forma ulcerosa: São de maior dimensão, apresentam abundante secreção e crescem por expansão, através de auto inoculação, notadamente quando localizadas em dobras cutâneas;</p> <p>FIGURA B. Forma ulcero-vegetante: Existe um abundante tecido de granulação no fundo da lesão, o qual ultrapassa o contorno lesional e sangra com facilidade. Esta parece ser a forma clínica mais frequentemente encontrada</p>			
CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
Linfogranuloma venéreo (LGV)	Primeira opção: Doxiciclina *100mg, VO, 1 cp, 2x/dia, por 21 dias. Alternativa: Azitromicina 500mg, 2 cp, VO,	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a	(continua)

	1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo:	(continuação)
		<p>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou Doxiciclina a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias.</p> <p>O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.</p> <p>Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com Ciprofloxacino b, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.</p> <p>Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.</p> <p>O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática</p>	<p>Médico</p> <p>(continua)</p>

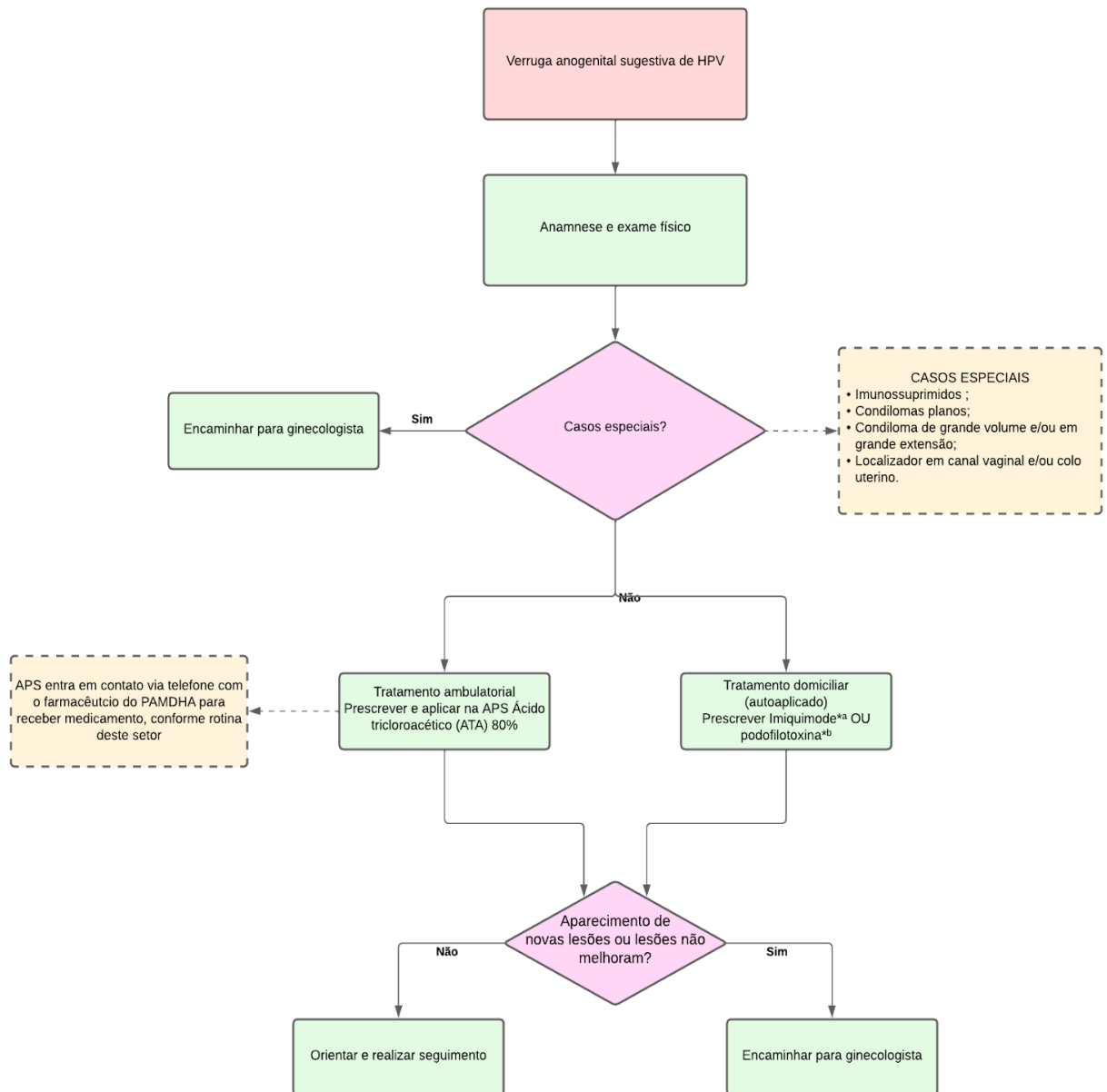
		podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.	(continuação)
Donovanose	<p>Primeira opção: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões</p> <p>Alternativa: Doxiciclina* 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões, ou Ciprofloxacino** 500mg, 1 e 1/2 comprimido, VO, 2x/ dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750 mg), ou sulfametoxazol-trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões</p>		

PVHIV com LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados.

***A Doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes. **O Ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.**

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Fluxograma 18: Manejo clínico de verrugas anogenitais (HPV)



*a medicamento não fornecido RAS.

**b não indicado para gestante.

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

Quadro 36: Tratamento de Verrugas Anogenitais (HPV)

NÍVEL	TRATAMENTO (prescrição médica)	COMENTÁRIOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
Ambulatorial	Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução: aplicações a cada 7 dias	Apenas para uso externo, não devendo ser usado na uretra, vagina, colo do útero ou na parte interna do ânus. A exposição da pele à luz solar durante o tratamento deve ser evitada.	Aplicação por Enfermeiro e Médico
Domiciliar	Imiquimode* 50mg/g creme: aplicações em dias alternados (3x/semana). Uso até o desaparecimento das verrugas ou até 16 semanas a cada episódio de verrugas. Podofilotoxina* 1,5 mg/g creme: aplicações 2x/dia, pela manhã e à noite, por 3 dias consecutivos, seguida por um período de 4 dias sem aplicação (um ciclo de tratamento). Não indicado para gestantes Podofilina*^a 10%-25% (solução): aplicações semanais. Não indicado para gestantes		Paciente
<p>Referenciar ao ginecologista: Todas as mulheres: imunossuprimidas, com verrugas planas, com verruga em grande volume e/ou em grande extensão, verrugas em canal cervical e/ou em colo uterino.</p> <p>A citologia oncológica deverá ser realizada e se estiver alterada seguir as recomendações descritas neste protocolo.</p> <p>* Medicamento não fornecido RAS em Criciúma.</p> <p>^a Fornecido pela farmácia do PAMDHA.</p>			

Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

CAPÍTULO 10: MENOPAUSA E TRANSIÇÃO MENOPAUSAL/CLIMATÉRIO

Transição menopausa/climatério é definido como uma fase biológica da vida da mulher que compreende o período de transição em que a mulher passa da fase reprodutiva para a fase de pós-menopausa - não reprodutivo. Nesta transição há uma diminuição das funções ovarianas, fazendo com que os ciclos menstruais se tornem irregulares, até cessarem por completo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após doze meses consecutivos de amenorreia, sendo desnecessárias dosagens hormonais. O climatério tem início por volta dos 40 anos e se estende até os 65 anos, sendo que a menopausa ocorre, em média, aos 50 anos. Quando a menopausa ocorre antes dos 40 anos é considerada precoce (falência ovariana precoce). Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na APS (como a gravidez) e as mulheres devem ser encaminhadas para investigação no serviço de referência com o ginecologista via regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Estima-se que cerca de 80% das mulheres apresentam sintomas relacionados a estes períodos. As queixas relacionadas ao climatério são diversificadas e com intensidades diferentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde estão descritas abaixo, algumas sendo transitórias e outras permanentes.

A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. Porém é importante enfatizar que é uma fase que vai além de mudanças biológicas. É um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma de viver o climatério e responder a estas mudanças. Todas estas alterações devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde, a fim de que estejam aptos a fornecer orientações visando a diminuição da ansiedade e

o estímulo à reflexão de como a mulher lida com este processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

10.1 MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS AO CLIMATÉRIO

As manifestações associadas ao climatério podem ser transitórias ou não e estão ligadas principalmente ao hipoestrogenismo, no entanto, o aparecimento de sintomas dependerá também de fatores hereditários, culturais e socioeconômicos (FEBRASGO, 2022).

Alterações Hormonais: Diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias.

Menstruais: o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.

Neurogênicas: ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.

Psicogênicas: diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.

Urogenitais: mucosa mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.

Alterações sexuais: Diminuição da libido, dispareunia, diminuição da lubrificação do canal vaginal.

OBS: queixas psicogênicas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério, Deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.

Metabolismo ósseo: A perda óssea é mais considerável e as fraturas osteoporóticas são bastante comuns nas mulheres. Há mudanças no

metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.

Metabolismo lipídico: níveis aumentados de LDL e diminuídos de HDL.
GANHO DE PESO E MODIFICAÇÃO NO PADRÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA CORPORAL: tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão andróide = circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso altura/2 2) maior que 25).

OBS: A adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.

Manifestações Tegumentares: ressecamento da pele, perda de elasticidade, enfraquecimento da musculatura, perda do coxim subcutâneo. Podem aparecer manchas hipocrômicas na pele ou formação de lentigos e melanose nas áreas expostas ao sol.

Alterações mamárias: as mamas tendem a apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pêndulas.

Alterações dentárias: Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.

Alterações visuais: presbiopia em virtude de modificações na acomodação visual.

Quadro 37 : Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas relacionadas ao período de climatério e menopausa

Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas		
Alterações dos ciclos menstruais	No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos (importante ser investigado Sangramento Uterino Anormal).	Enfermeiros e Médicos (continua)

	<p>O uso de contraceptivos hormonais (ACO ou progestágenos isolados) para planejamento reprodutivo dificulta a identificação da menopausa, nestes casos, para avaliação do status hormonal, deve-se realizar pausa de sete dias do AOC para a realização da dosagem do FSH.</p>	(continuação)
<p>Fogachos e suores noturnos</p>	<p>Atentar para:</p> <p>Enfermidades/condições que possam cursar sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar.</p> <p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir em ambiente bem ventilado; • Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; • Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; • Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; • Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; • Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; • Praticar atividade física; • Perder peso, caso haja excesso de peso; • Respirar lenta e profundamente por alguns minutos. 	<p>Enfermeiros e Médicos</p>
<p>Problemas com o sono</p>	<p>Orientar:</p> <p>Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se houver necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos. • Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde. 	<p>Enfermeiros e Médicos</p> <p>(continua)</p>

		(continuação)
Sexualidade	<p>A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus:</p> <p>a) identificação da função reprodutora com a função sexual;</p> <p>b) ideia de que a atração se deve apenas da beleza física associada à jovialidade;</p> <p>c) associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos.</p> <p>Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia.</p> <p>Conduta: a) estimular o autocuidado; b) estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas, etc.); c) avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal; d) apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; e) estimular a prática de sexo seguro; f) orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; g) considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital.</p>	Enfermeiros e Médicos

Fonte: Ministério da Saúde, 2016

Quadro 38 : Recomendações para as manifestações associadas ao climatério

Recomendação	Justificativa	Profissional responsável
Ioga	A ioga é efetiva na redução da insônia e fogachos.	Enfermeiros e Médicos
Acupuntura	A acupuntura é comumente utilizada no tratamento de sintomas climatéricos e outras condições ginecológicas e pode ser entendida	Médicos (continua)

	como uma forma de estimulação neurológica. NUPICS.	(continuação)
Exercícios de Kegel	São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual.	Enfermeiros e Médicos
Fitoterápicos	Fitoterapia é o uso de plantas medicinais como matérias-primas. Para as mulheres com intolerância ou contraindicação aos estrogênios como terapia medicamentosa, pode-se fazer uso de fito estrogênios.	Enfermeiros e Médicos
Banhos de assento	No período do climatério são frequentes as alterações na flora vaginal ocasionadas pela mudança hormonal. O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas, tentando-se, para tal, restaurar o equilíbrio vaginal através da redução do número de lactobacilos e, conseqüentemente, aumento do pH vaginal.	Enfermeiros e Médicos
Homeopatia	A homeopatia tem sido utilizada para tratamento dos sintomas da menopausa	Enfermeiros e Médicos
Terapia de reposição hormonal* (estrogênio tópico vulvovaginal)	Diminuição de libido, disúria, noctúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dispareunia, corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital.	Médicos
Lubrificação vaginal	A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão.	Enfermeiros e Médicos
Cosmético Hidratação da pele Filtro solar com FPS 15 ou superior	Uso diário de um filtro solar com FPS 15 ou superior (preferencialmente acima de 30) - permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserva a umidade necessária às células cutâneas.	Enfermeiros e Médicos
Exercícios físicos	A Prática regular de atividade física melhora a capacidade cardiovascular e respiratória,	(continua)

		(continuação)
	promove o ganho de massa óssea, diminui a pressão arterial em hipertensas, melhora a tolerância à glicose e a ação da insulina (BRASIL,2008).	Enfermeiros e Médicos
Alimentação saudável	O consumo inadequado de alimentos pode contribuir para a osteoporose e o consumo excessivo pode causar obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e outras enfermidades.	Enfermeiros e Médicos

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde 2016

O Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NUPICS) de Criciúma, oferece atendimento em Reiki, barras de access (bioenergética), massoterapia, ventosaterapia, auriculoterapia, acupuntura, aromaterapia e dança circular. O encaminhamento é inserido na Celk. No atendimento da paciente o profissional responsável na consulta avalia e sugere a terapia.

10.2 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA – TERAPIA HORMONAL (TH) POR MÉDICOS

A abordagem farmacológica para terapia hormonal (TH) no período de transição menopausa e na menopausa **é uma atribuição médica** onde os riscos associados ao uso da TH devem ser criteriosamente avaliados.

O enfermeiro poderá prescrever apenas a TH tópica por via intravaginal e realizar a reavaliação semestral, respeitando os limites de tempo e idade máximos de uso, desde que a mulher não apresenta contraindicações absolutas e/ou relativas ao método (PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, COREN Módulo 1: Saúde da Mulher).

A mulher em uso de TH deve ser acompanhada sistematicamente na APS, mesmo que a prescrição tenha sido realizada por médico especialista. Devem

estar atentos às contraindicações e aos riscos a curto, médio e longo prazo da TH, evitando o uso por período prolongado (manter pelo menor tempo possível) e interrompendo a TH assim que os benefícios esperados tenham sido alcançados, ou que os riscos e danos superam os benefícios.

A administração de estrogênio, deve ser indicada em situações particulares, de forma individualizada e com decisão compartilhada com a mulher, quando os sintomas transitórios do climatério não alcançarem controle adequado com terapias não medicamentosas ou não hormonais e houver prejuízo importante da qualidade de vida dela devido a tais sintomas.

Pode ser considerado o uso de TH nas seguintes situações:

- No tratamento dos sintomas vasomotores moderados a severos;
- No tratamento da atrofia urogenital moderada a severa e na prevenção das alterações da massa óssea associadas à menopausa em mulheres de alto risco para fraturas e em que os benefícios sejam maiores do que os riscos do uso da terapia hormonal (PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES, 2016).

O início de terapia estrogênica após 10 anos da menopausa e/ou em mulheres com idade superior a 59 anos deve ser evitado devido à associação com aumento do risco de doenças cardiovasculares nesses grupos de mulheres.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia chama a atenção quanto à evidência científica forte de que “está contraindicada a prescrição de terapia de reposição de hormônios como terapêutica anti envelhecimento com os objetivos de prevenir, retardar, modular e/ou reverter o processo de envelhecimento; prevenir a perda funcional da velhice; e prevenir doenças crônicas e promover o envelhecimento e/ou longevidade saudável” (PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES, 2016).

Quadro 39 : Contraindicações relativas à terapia de reposição hormonal

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Câncer de mama; Câncer de endométrio;	Hipertensão arterial não controlada; (continua)

<p>Doença hepática grave; Sangramento genital não esclarecido; História de tromboembolismo agudo e recorrente; Porfíria.</p>	<p>(continuação)</p> <p>Diabetes mellitus não controlado; Endometriose; Miomatose uterina.</p>
--	--

Fonte: Grupo Conductor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

10.3 AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL PARA O PROFISSIONAL QUE FEZ O PRIMEIRO ATENDIMENTO

10.3.1 Avaliação inicial a ser realizada por médico

- História clínica e exame físico detalhados, com especial atenção às comorbidades, à pressão arterial e ao exame da mama.
- Exames laboratoriais não são obrigatórios, embora possam ser importantes para a escolha da via de administração e para a avaliação do risco cardiovascular, especialmente em mulheres com comorbidades.
- Considerar a solicitação de: hemograma, glicemia, perfil lipídico, função hepática e renal.
- **Outros:** mamografia bilateral (solicitar se o último exame tenha sido há mais de um ano), ultrassonografia transvaginal (recomendado para mulheres com sangramento uterino anormal), citopatológico do colo do útero.
- **Controle em dois ou três meses:** reavaliar aderência e efeitos adversos; observar o padrão de sangramento menstrual, aferição de pressão arterial e peso.
- **Controle aos seis meses:** reavaliar aderência e efeitos adversos; observar o padrão de sangramento menstrual, aferição de pressão arterial e peso; repetir exames laboratoriais (conforme avaliação do profissional médico responsável).

- **Controles anuais:** observar padrão de sangramento menstrual (se anormal, referenciar à ginecologia); exame físico com especial atenção à pressão arterial, ao peso e ao exame da mama; repetir exames laboratoriais (a critério médico); mamografia (repetir anualmente enquanto a mulher estiver em uso de terapia hormonal).

10.3.2 Prescrição médica

O estrogênio pode ser administrado por via oral (estrogênio conjugado estradiol), parenteral (estradiol) trans dérmico, sob a forma de adesivo percutâneo, sob a forma de gel. É importante orientar a escolha da via administração de acordo com as preferências da mulher, com a indicação TH e também com as comorbidades.

Em caso de queixas vulvovaginais e urinárias e sem demais indicações de terapia estrogênica sistêmica, pode-se utilizar estrogênio tópico vaginal: estrogênio conjugado, estriol ou promestrieno, sendo que o primeiro apresenta absorção sistêmica significativa e os dois últimos absorção sistêmica desprezível.

Opções de prescrição:

- Estrogênio conjugado 0,3-0,625 mg OU estradiol oral 1-2 mg OU estradiol transdérmico 25-50 mcg OU estradiol percutâneo 0,5-1,5 mg. Em mulheres com útero, é mandatória a associação com progestágeno (medroxiprogesterona 2,5 mg/dia OU noretindrona 0,1 mg/dia OU noretisterona 0,1 mg/dia OU drospirenona 0,25 mg/dia OU progesterona micronizada 100- 200 mg/dia), que pode ser realizado de forma cíclica (12 a 14 dias por ciclo, esquema em que a mulher tem sangramentos vaginais) ou contínua por via oral (esquema em que há ausência de sangramentos vaginais).

- Tibolona (1,25-2,5 mg/dia) é um esteróide sintético que se comporta em nível uterino como uma TH combinada contínua, porém sem efeito estimulante no tecido mamário (menos risco de câncer de mama), efeito protetor ósseo com redução do risco de fraturas, associado a efeito androgênico; reduz os níveis de triglicérides e de HDL.

10.3.3 Efeitos colaterais

Há risco aumentado de tromboembolismo venoso com uso de estrogênio isolado ou associado à progesterona, sendo esse evento raro em mulheres entre 50 e 59 anos.

O uso de estrogênio associado à progesterona por 3 a 5 anos aumenta o risco de câncer de mama, sendo o risco mais elevado com o uso de medroxiprogesterona (PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES, 2016).

Estrogênio: náuseas, distúrbios gastrointestinais (quando utilizados por via oral), sensibilidade mamária, dor de cabeça, retenção de líquido, edema, provável estímulo a leiomiomas e endometriose.

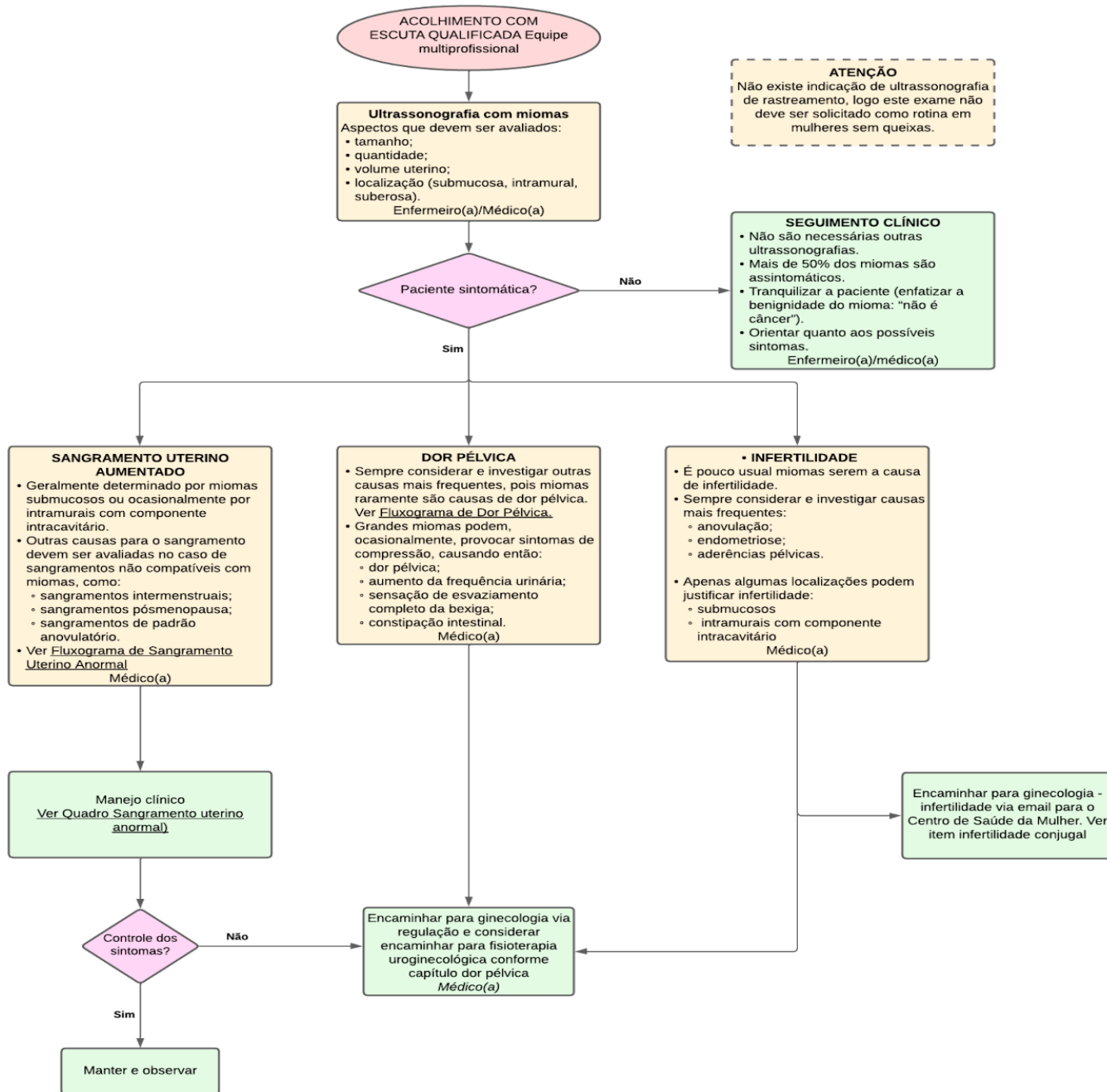
No que se refere aos efeitos colaterais, há variações individuais e até mesmo entre os diferentes compostos estrogênicos.

Progestágenos: dor nas mamas, cólicas abdominais, alterações de humor, fadiga, depressão, irritabilidade, alterações na pele, ganho de peso, ansiedade e dores generalizadas. Efeitos dependentes da dose e do tipo de progestágeno utilizado (PROTÓCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES, 2016).

CAPÍTULO 11: AVALIAÇÃO DE ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA

11.1 MIOMAS

Fluxograma 19: Imagens Miomas



Fonte: Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha – GCMRC – SMS/Criciúma, 2022.

11.2 ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL NA PÓS-MENOPAUSA

Na pós-menopausa, consideram-se espessuras endometriais ≥ 5 mm aumentadas e devem ser encaminhadas à GINECOLOGIA para investigação de patologias endometriais, como câncer de endométrio e hiperplasia endometrial (PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES, 2016).

Essas ações são realizadas por enfermeiros e médicos.

11.3 CISTO DE NABOTH

Imagem cística adjacente ao canal endometrial. Representa o bloqueio da drenagem de uma glândula endocervical e o conseqüente acúmulo de secreção mucoide. Não tem significado clínico. Tranquilizar a paciente.

Essas ações são realizadas por enfermeiros e médicos.

11.4 LÍQUIDO LIVRE EM FUNDO DE SACO POSTERIOR

Este achado é normal em mulheres assintomáticas e pode ser observado em todas as fases do ciclo menstrual, ocorrendo mais frequentemente no período perimenstrual e periovulatório. Sua ocorrência de forma isolada não apresenta significado clínico. Necessita de avaliação médica.

REFERÊNCIAS

BASTANI, F.; HASHEMI, S. Effects of a web based lifestyle education on general health and severity of the symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) among female students: a randomized controlled trial. **Procedia - Social and Behavioral Sciences.**, v. 46, p. 3356-3362, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812018022>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxograma para Manejo Clínico das ISTs.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022).

BRASIL. **Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

BRASIL. **Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009.** A terá o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

2013a. Disponível em; https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm

BRASIL. **Lei n.º 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013b. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Orientações para o uso do formulário de avaliação de risco: FRIDA.** Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2019. 24 p. il. https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/LIVRO_FRIDA_WEB.pdf

BRASIL. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres. **Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.** Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.** Ministério da Saúde, dez., 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infecao_hiv.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar da População Brasileira**, 2 ed, Brasília - DF: 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Climaterio.** 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5195884/mod_resource/content/1/Manual_Climaterio.pdf

FIOLET, Thibault et al. **Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort.** BMJ, v. 360, p. 1-10. 2018. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k322.long>

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública: Femicídios caem, mas outras formas de violência contra meninas e mulheres crescem em 2021**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022.

GELESKI, A. C.; BENINCÁ, S. C.; VIEIRA, D. G.; FREITAS, S. P.; MAZUR, C. E. Sintomas envolvidos, consumo alimentar e estado nutricional de universitárias durante o período menstrual. **Rev. Aten. Saúde**, v. 16, n. 56, p. 2018, São Caetano do Sul. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4591#:~:text=Os%20alimentos%20consumidos%20diariamente%20no,altera%C3%A7%C3%B5es%20no%20seu%20consumo%20alimentar.

INSTITUTO ANA PAULA PUJOL. Nutrição da Saúde da Mulher. Camboriú, SC. Disponível em: <https://institutoapp.com.br/> ,

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas**. Brasília - DF, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Resumo. Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global**. Brasília - DF, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dieta-nutricao-atividade-fisica-e-cancer-uma-perspectiva-global-um-resumo-do>

JERÔNIMO, Aline Ferreira de Araújo; FREITAS, Ângela Gabrielly Quirino; WELLER, Mathias. Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 135-149, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/135-149/>

KAEWRUDEE, Srinaree et al. Vitamin or mineral supplements for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, jan., 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012933/full>

Nogueira, Clarissa Waldige Mendes e Pinto e Silva, João Luiz. Prevalência dos Sintomas da Síndrome Pré-Menstrual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2000, v. 22, n. 6, pp. 347-351. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/MmvkQNS9wfnMT5YDrkPyFjR/?lang=pt#>

SECRETARIA DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Protocolo Para O Atendimento Às Pessoas Em Situação De Violência Sexual**. Curitiba, Paraná. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2017.

VAZQUEZ, F.; PINHEIRO, N. M. **Alimentação e síndrome de Tensão pré-menstrual**, 2016

VICOTORA, C. G., et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 2, p. 1-24. Brasília, 2016. Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS E ALIMENTARES PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Nenhum alimento isolado possui efeito protetor contra o câncer, porém o seu desenvolvimento pode estar relacionado com a ALIMENTAÇÃO INADEQUADA.

Os alimentos ultraprocessados podem aumentar diretamente o risco de câncer de mama. O processamento dos alimentos afeta a composição química dos mesmos, bem como seu valor nutricional e potencial carcinogênico (FIOLET et al., 2018). Os estudos evidenciam que uma alimentação adequada e saudável consegue colaborar para prevenir o câncer de mama em mulheres, independente da fase da vida; e a adoção de uma alimentação que priorize alimentos in natura e minimamente processados, aliada ao estilo de vida, pode garantir um melhor prognóstico (BRASIL, 2007).

Orientações Nutricionais E Alimentares Para Prevenção Do Câncer De Mama:

- Manter o peso corporal dentro dos limites normais, OU SEJA, MANTER-SE EUTRÓFICA, em todas as fases da vida;
- Amamente, a amamentação diminui as chances de câncer de mama na mulher! Quanto maior for o tempo de aleitamento, maior será o benefício para a mãe e bebê;
- Evitar o aumento da circunferência da cintura na fase adulta;
- Ter como base da alimentação alimentos “in natura” ou minimamente processados, pois são mais equilibrados nutricionalmente;
- Consumir todos os dias e, se possível em todas as refeições, Frutas ou Verduras e Legumes, principalmente as de época (no mínimo 400g ao dia seria o ideal);

• Incluir na alimentação diária cereais integrais como: arroz integral, farinhas integrais, farelo de aveia, por exemplo, e leguminosas como Feijões/Ervilha/Grão de bico.

- Utilizar com moderação nas preparações gorduras, óleos, sal e açúcar;

- Evitar bebidas açucaradas como: sucos e/ou água de côco de caixinha, refrigerantes (inclusive diets e lights), sucos de pacote, etc;

- Consumir raramente, ou nunca, alimentos do tipo fast food;

- Variar as proteínas ingeridas ao longo da semana entre carnes vermelhas (até duas vezes por semana), ovos, aves e peixes. Evite ao máximo fazer a troca por carnes processadas como: hambúrgueres e snacks de frango/peixe congelados, salsichas, mortadela, presunto, pois são alimentos considerados ultraprocessados;

- Não consumir mais que um drink por dia de bebidas alcoólicas;

- Evitar os alimentos salgados ou conservados com sal;

- Não consumir alimentos ou grãos mofados;

- Evitar os alimentos salgados ou conservados com sal;

**APÊNDICE B - Evolução específica “VIOLÊNCIA SEXUAL À MULHER
MAIOR QUE 18 ANOS.**

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

* Ver detalhamento no prontuário ou ficha de notificação de violência

Data do Atendimento: ___/___/___ Hora do Atendimento: ___:___

Cartão Nacional da Saúde (CNS)

Nome completo :

Data de Nascimento: Idade: ___ anos Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça/Cor (autodeclarada): branca () preta () amarela () parda () indígena ()

Orientação sexual (autodeclarada): Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()

Identidade de Gênero: Travesti () Homem Transexual () Mulher Transexual () Pessoa com deficiência ou transtorno? Não () Sim () Especifique:

Município de Residência: _____ Telefone: _____

Representante Legal (apenas para ocorrências com incapazes)

Vínculo: _____

Nome: _____ Telefone: _____

2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Data da Ocorrência: ___/___/___ Hora da Ocorrência: ___:___

Município da Ocorrência: _____

Local da Ocorrência: Violência de Repetição? Não () Sim () Se sim, início há _____

Houve ameaças? Não () Sim () Se sim especifique: _____

Houve violência física? Não () Sim () Qual o Tipo de Agressão? Informar tipo de agressão, uso de arma ou meio utilizado pelo agressor: _____

Relata ter sofrido violência sexual? Não () Sim ()

Se houve penetração, qual tipo? vaginal () anal () oral () outros () Especifique:

Houve ejaculação? Não () Sim () Não sabe () Local do corpo Especifique:

O agressor usou preservativo? Não () Sim () Não sabe ()

Houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais? Não () Sim ()

Local do corpo: seios () Nádegas () Coxas () Pescoço () Outros () especificar:

Após a agressão e antes deste exame: Tomou Banho? Não Sim

Fez uso de ducha vaginal? Não Sim Trocou de roupa? Não Sim

Trouxe a roupa ou objeto? Não Sim Qual? _____

Utilizou ou foi forçada(o) a utilizar nas últimas 24 horas algum tipo de:

álcool, que tipo de bebida? _____

drogas, lembra qual substância? _____

medicamento que acha que pode afetar o comportamento, consciência ou sono - Qual (is)? _____

Durante a violência sexual estava: Consciente Inconsciente Sonolenta Em coma

Relação com a pessoa que cometeu a violência sexual:

Desconhecido Nº de envolvidos 1 2 ou mais: _____

Conhecido do ciclo de relacionamento: Não Sim Se sim identificar o agressor e se violência doméstica e familiar aplicar o FRIDA.

Conhecido, mas não do ciclo de relacionamento não Sim

Descrição da Ocorrência da violência sexual relatada pela pessoa agredida:

É importante que o registro da fala da pessoa que sofreu violência sexual seja anotado de forma completa e textual, com todos os dados referidos, em especial se ela recorda o que aconteceu antes, durante e depois da violência sexual, tendo cuidado para não prejudicar, interpretar ou substituir palavras.

3. HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA

Menarca: _____ anos. Data da última menstruação: _____

Nunca manteve relações sexuais antes da violência sexual

Gestante Não Sim Período Gestacional: _____

Usa algum método Contraceptivo? Não Sim Qual: _____

Teve relação sexual consentida (marido, noivo, namorado, amigo, outro) em data próxima da violência sexual? Não Sim

Data da última relação sexual consentida: _____ Hora: _____

4. EXAME FÍSICO

Anotar achados do exame físico geral, sinais vitais, situação vacinal. Descrever com detalhes as lesões encontradas (**tipo, aspecto, tamanho**, localização, etc.). Utilizar o mapa de lesões (anexo 8).

Peso: ____ Kg Pressão arterial: _____ mmHg Pulso: ____ Temp.: ____ °C

Estado clínico geral:

Situação Vacinal registrada: Tétano Não Sim Datas: Hepatite B (Não Sim
Datas: _____

Lesões na cabeça e pescoço: Não Sim :

Lesões na mama D: mama E

Lesões no tórax e abdome: Não Sim :

Lesões no tórax e abdome: Não Sim :

Lesões em membros superiores: Não Sim :

Lesões em membros inferiores: Não Sim :

Lesões genitais ou extragenitais: Não Sim :

Registrar outros achados do exame físico:

5. EXAMES REALIZADOS E SOLICITADOS

HCG TR: ANTI HIV SÍFILIS HEPATITE B ANTI HCV

6. EXAMES SOLICITADOS

Anti HBsAg Ag , HEMOGRAMA

7. FÁRMACOS/ IMUNOBIOLÓGICOS ADMINISTRADOS/PRESCRITOS

Contracepção de Emergência. Não Sim

Profilaxia HIV Não Sim

Imunoprofilaxia Hepatite B Não Sim

Profilaxia do Tétano: Não Sim

Profilaxia IST Não Sim

Detalhar a prescrição: _____

8 - COLETA DE MATERIAL/VESTÍGIOS

Coleta de material/vestígios de interesse pericial: Não Sim

Swab vaginal: Não Sim

Swab anal: Não Sim

Swab oral: Não Sim

Swab outros locais. Não Sim Especificar:

Armazenado em Papel Filtro: Não Sim

Outro suporte: Não Sim Especificar

9 - ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

Data do agendamento com o NUPREVIPS: _____

10 - ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

11- ATENDIMENTOS REALIZADOS EM OUTROS SERVIÇOS

Registrou o Boletim de Ocorrência? Não Sim Data: ___/___/___ Hora: ___:___

BO n° _____

Caso não, deseja realizar o registro? Não Sim

Realizado atendimento no IML? Não Sim Data: ___/___/___ Hora: ___:___

BO n° _____

Comunicação ao Conselho do Idoso / Ministério Público / Defensoria Pública / Delegacia: Não Sim Não se aplica

Oferecimento proteção/abrigo: Não Sim Não se aplica Especifique:

Atendimento em outro serviço: Não Sim Especifique:

ENCAMINHAMENTOS, CONDUTAS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

APÊNDICE C - ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO (SOP)

Em pacientes com diagnóstico de SOP é comum a ocorrência de anormalidades metabólicas e hormonais associadas à obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Uma condição que pode levar à SÍNDROME METABÓLICA.

O cuidado com o sistema cardiovascular deve ser redobrado pois pode evoluir à hipertensão arterial em mulheres que sofrem da síndrome.

Orientações nutricionais importantes na SOP:

1) Manter o peso adequado à estatura em todas as fases da vida;

2) Promover a substituição de gorduras ruins (frituras, margarina, queijos amarelos e processados, carnes gordas, embutidos, etc) por gorduras boas (azeite de oliva, abacate, nozes, castanhas, amêndoas, linhaça, chia, sementes de girassol ou abóbora, sardinhas e atum, entre outros)

3) Consumir fibras solúveis, tais como: Maçã com casca (e outras frutas como pera, uva, pêsego...), bagaço de laranja (pectina); farelo de aveia e cevada (betaglucana); farinha de casca de berinjela, farinha de casca de maracujá; Psyllium.

3) Consumir Frutas, Verduras e Legumes todos os dias;

4) Consumir carne vermelha 1 a 2 vezes por semana, variando com peixes, aves e ovos ao longo da semana;

5) Baixo consumo de bebidas alcoólicas;

6) A Biomassa de banana verde e vinagre de maçã podem ser incluídos nas preparações doces e/ou salgadas para promover menor absorção de carboidratos das refeições (açúcar). Uma colher de sopa ao dia já é suficiente.

APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA DIMINUIR EFEITOS DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E RETENÇÃO DE LÍQUIDOS

Até 90% das mulheres experimentam alguma forma de TPM ao longo dos seus anos reprodutivos. A baixa ingestão de vitamina B, vitamina D, cálcio e magnésio, pode estar relacionada a esses sintomas.

A incidência de TPM é baixa entre mulheres que se alimentam com dietas ricas em vitaminas e minerais. Por isso, seguem algumas orientações alimentares para evitar ou minimizar os efeitos da TPM.

Fique atenta ao consumo de:

1) Alimentos Fontes de Vitamina B6: farelo de arroz, alho, fígado de boi, semente de girassol, melado de cana, farinha de soja, atum fresco, banana, amendoim, abacate, castanha-de-caju

2) Alimentos Fontes de Magnésio: Folhas verdes*, nozes, legumes e feijões.

*Folhas verdes concentram mais magnésio biodisponível, quando comparado aos legumes e grãos, pois os oxalatos das folhas verdes escuras prejudicam menos a absorção do que os fitatos.

Dica: realizar o molho e remolho de leguminosas como feijão

3) Alimentos Fontes de Cálcio: Leite e derivados, Soja, Tofu, Sementes de gergelim, linhaça, sardinha, Folhas verdes escuras: espinafre refogado, couve refogada, agrião, rúcula. Brócolis, grão-de-bico.

4) Alimentos Fontes de Vitamina D: alimentos ricos em ômega-3, como peixes de águas profundas (salmão, atum, bagre), sucos cítricos, cereais, fígado, gema de ovo e alimentos fortificados como manteiga.

HUMOR x PRAZER x SPM

A produção de serotonina (responsável pela sensação de prazer e humor) é sensível à presença ou ausência de estrogênio, que aumenta e diminui ao longo do ciclo menstrual normalmente.

Alguns alimentos podem melhorar a produção de serotonina, auxiliando nas épocas de SPM. Veja quais são e aumente o consumo: **FAÇA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA DIMINUIR EFEITOS DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E RETENÇÃO DE LÍQUIDOS.**

Até 90% das mulheres experimentam alguma forma de TPM ao longo dos seus anos reprodutivos. A baixa ingestão de vitamina B, vitamina D, cálcio e magnésio, pode estar relacionada a esses sintomas.

A incidência de TPM é baixa entre mulheres que se alimentam com dietas ricas em vitaminas e minerais. Por isso, seguem algumas orientações alimentares para evitar ou minimizar os efeitos da TPM.

SEROTONINA (HUMOR)



DOPAMINA (PRAZER)



Retenção de Líquidos X TPM

A retenção de líquidos ocorre por conta da progesterona, que também diminui e aumenta ao longo do ciclo menstrual. Isso promove a retenção de líquidos nesses períodos. Por isso, devemos:

- Reduzir o consumo de sódio adicionado (sal de cozinha nas preparações);
- Reduzir o consumo de glutamato monossódico (encontrado principalmente na lista de ingredientes de muitos produtos ultra processados);
- Via de regra é importante reduzir o consumo de alimentos ultra processados. Uma dica para identificar esses produtos é observar a Lista de Ingredientes dos produtos comprados. Se o produto tiver 5 ou mais ingredientes e ainda, conter nomes estranhos muito provavelmente você está diante de um produto ULTRAPROCESSADO.

EVITE O CONSUMO!!!

APÊNDICE E - ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA AUMENTO DO CONSUMO DE FIBRAS

O que são as fibras???

As fibras alimentares são componentes dos alimentos de origem vegetal resistentes à digestão e absorção. Ou seja, de uma forma mais direta podemos dizer que a fibra é uma parte do alimento que não é absorvida e passa direto pelo intestino.

BENEFÍCIOS:

Além de não fornecer calorias, elas causam uma sensação de saciedade prolongada, afinal, permanecem no estômago por mais tempo; e também são capazes de diminuir a absorção de gorduras e açúcares. Dessa forma, são excelentes opções para auxiliar na perda de peso e na redução da glicemia e do colesterol.

Quer mais?

Elas também têm o poder de regular o trânsito intestinal, facilitando a evacuação.

Mas **ATENÇÃO**, para isso é necessária a ingestão suficiente de água.



Tipos de fibras:

Fibras solúveis: são assim chamadas, pois absorvem água durante o processo de digestão, formando assim um gel viscoso. Dentre seus benefícios, promovem saciedade, reduzem a absorção de gorduras e açúcares, e ainda fortalecem as bactérias benéficas em nosso intestino, que são essenciais para proteger esse órgão contra doenças.

Fontes alimentares: frutas, feijões, lentilha, grão de bico, aveia, cevada, etc.



Fibras insolúveis: estas não absorvem água durante o processo digestivo e dessa forma propiciam o aumento do volume do bolo fecal, tornando a eliminação mais fácil e rápida, e melhorando o trânsito intestinal.

Fontes alimentares: farelo de trigo, cereais integrais, verduras, etc.



Como aumentar o consumo de fibras?

- ✓ Substitua os alimentos refinados por integrais.
Exemplo: pão, arroz, biscoitos;
- ✓ Consuma diariamente leguminosas, como: feijão, lentilha, grão de bico, ervilha;
- ✓ Adicione em suas refeições cereais, como? Aveia, farelo de trigo, quinoa, linhaça, chia;
- ✓ Consuma diariamente frutas e verduras. Varie os tipos, formas de preparo e cores;
- ✓ Sempre que possível coma as frutas com a casca e bagaço. Exemplo: maçã, ameixa, pêssigo, laranja;
- ✓ Priorize em seu prato as saladas de folhas.
Exemplo: couve, rúcula, acelga, alface.



FONTE: Ministério da Saúde, Guia Alimentar, 2014.

ANEXOS

ANEXO 1 - (18670496) SAÚDE DA MULHER - DIU ENCAMINHAMENTO e TERMO

Nome:

Data de Nascimento:

CPF:

DIU- ENCAMINHAMENTO SOLICITAÇÃO DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO COBRE

Documentos necessários para realizar a inserção do Dispositivo Intrauterino - DIU de Cobre:

- Consulta de enfermagem (Registro em prontuário);
- Encaminhamento - Solicitação de Inserção de Dispositivo intrauterino Cobre - DIU (impresso);
- Termo de consentimento do DIU (impresso e assinado);
- Exame de colpocitologia de até 1 ano (preventivo impresso);

Data do exame: ___/___/___ Resultado: _____

- Exames de HIV, sífilis e hepatite de até 3 meses (laudo impresso);

Data do exame: ___/___/___ Resultados: _____

- A solicitação do procedimento tanto para inserção quanto para retirada deverá ser feita pelo SISREG na opção: **ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DIU**

- Puérperas DEVERÃO AGUARDAR 60 dias, no mínimo, pós parto ou aborto.



Prefeitura Municipal de Criciúma
UNIDADE BASICA DE SAUDE SANTA LUZIA
SUS - Sistema Unico de Saude
Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma



Nome:

Data de Nascimento:

CPF:

DIU- TERMO DE ESCLARECIMENTO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar a: Data de Nascimento: e CPF: quanto aos principais aspectos relacionados ao DISPOSITIVO INTRA UTERINO e autorizar, para todos os fins legais, a inserção do DIU de cobre.

O Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é um objeto pequeno de polietileno, normalmente no formato da letra T, revestido de cobre e com um fio de náilon fixado na parte terminal da armação. O Dispositivo Intrauterino (DIU) é colocado

por um profissional habilitado e funciona como uma barreira para que os espermatozoides não entrem em contato com o óvulo, tornando o útero um local hostil impedindo a gravidez.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Fui informada e estou ciente sobre o modo de atuação do método e dos possíveis riscos a ele associados tais como infecção pélvica, gravidez, e perfuração uterina.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo. Fui informada e estou ciente que posso apresentar alguns efeitos secundários tais como o aumento do sangramento menstrual; cólicas e irregularidade menstrual nos primeiros meses e deverei procurar a Unidade de Saúde para acompanhamento pela equipe de saúde.

Fui informada e estou ciente dos sinais de alerta em caso de complicações (febre, dor, hemorragia, atraso menstrual, corrimento vaginal fétido somado ou não à prurido, ardência ou desconforto na vagina e perda do fio) e que deverei procurar imediatamente a Unidade de Saúde para acompanhamento pela equipe de saúde.

Fui informada e estou ciente do prazo de validade de até 10 anos e após este prazo estarei sujeita a uma gestação indesejada, caso não substitua o método. Fui informada e estou ciente que posso solicitar a remoção do DIU em qualquer período e após a remoção deste, a recuperação da fertilidade é imediata e caso eu não queira engravidar preciso escolher qualquer outro método contraceptivo. Fui informada e estou ciente que este método não me protege do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV.

Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade”.

Assinatura da Requerente

Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações

ANEXO 2 - (120035180) SAUDE DA MULHER - TERMO DIU PÓS PARTO

DIU- ENCAMINHAMENTO SOLICITAÇÃO DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO COBRÉ PÓS PARTO/ABORTO

Documentos necessários para realizar de inserção do dispositivo intrauterino cobre pós parto:

- Consulta de enfermagem (Registro em prontuário)
- Termo de consentimento do DIU pós parto/aborto (impresso e assinado)
- Exame de citologia oncótica de até 1 ano
- Data do exame: ___/___/_____ Resultado: _____
- Exames de HIV, sífilis e hepatite (testes rápidos) de até 3 meses (laudo impresso).
- Data dos exames: ___/___/_____ Resultado: _____

A solicitação do procedimento para inserção do DIU deverá ser feita pela **GESTANTE NO MOMENTO DO ATENDIMENTO COM O PROFISSIONAL OBSTETRA NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA** portando todos os documentos listados acima (processo completo)

Puérperas com intervalo pós parto aguardar no mínimo 6 semanas (inclusive aborto) e a solicitação deverá ser realizada pelo **SISREG: ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DIU.**

DIU- TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar a:, Data de Nascimento: e CPF: quanto aos principais aspectos relacionados ao **DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)** e autorizar, para todos os fins legais, a inserção do DIU de cobre.

O DIU de cobre é um objeto pequeno de polietileno (plástico), normalmente no formato da letra T, revestido de cobre e com um fio de náilon fixado na parte terminal da armação.

O DIU é colocado por um profissional habilitado e funciona como uma barreira para que os espermatozoides não entrem em contato com o óvulo, tornando o útero um local hostil impedindo a gravidez.

O DIU de cobre tem sua ação anticoncepcional de até 10 anos, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

O DIU pode ser inserido no pós-parto imediato, com a intenção de evitar uma gravidez não planejada e garantir um intervalo adequado entre as gestações.

Comparado a outros métodos contraceptivos, a inserção precoce do DIU pós-parto tem várias vantagens: fornece contracepção imediata sem interferir com a amamentação, pode evitar o desconforto relacionado à inserção e garante a certeza de que a paciente não está gestante. O procedimento não foi associado com o aumento da infecção, perfuração uterina, hemorragia pós-parto, ou involução uterina. A taxa de expulsão é mais elevada (cerca de 12% no primeiro ano pós-parto) após a inserção do pós-parto em comparação com a inserção 6

semanas mais tarde (cerca de 6 a 8%). As taxas de continuidade são relativamente elevadas (87,6% e 76,3%, em 6 e 12 meses, respectivamente).



Prefeitura Municipal de Criciúma
UNIDADE BASICA DE SAUDE SANTA LUZIA
SUS - Sistema Unico de Saude
Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma



Nome:

Data de Nascimento:

CPF:

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e colocado, pode apresentar falhas, sendo que a taxa de gravidez (no útero ou fora deste) é de aproximadamente 5 mulheres em cada 1000 mulheres que colocaram o DIU nestas circunstâncias.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Fui informada e estou ciente sobre o modo de atuação do método e dos possíveis riscos a ele associados tais como: Expulsão espontânea, infecção pélvica, gravidez e perfuração uterina e hemorragia.

O índice de expulsão do DIU é em torno de 12% a 30% em até um ano depois da inserção, mas pode ser inserido novamente caso queira.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método é muito importante que seja seguida as informações fornecidas pelo profissional da saúde e contidas no cartão da paciente (entregue na alta hospitalar, com informações sobre o tipo do DIU e data da troca); bem como as revisões periódicas programadas.

Fui informada e estou ciente dos sinais de alerta em caso de complicações (febre, dor intensa, hemorragia, corrimento vaginal amarelado e/ou fétido, expulsão e/ou perda do fio) e que deverei procurar imediatamente a Unidade de Saúde para acompanhamento pela equipe de saúde (UBS entrará em contato com o Saúde da Mulher de Criciúma).

Fui informada e estou ciente do prazo de validade de até 10 anos e após este prazo estarei sujeita a uma gestação indesejada, caso não substitua o método.

Fui informada e estou ciente que posso solicitar a remoção do DIU em qualquer período e após a remoção deste, a recuperação da fertilidade é imediata e caso eu não queira engravidar preciso escolher qualquer outro método contraceptivo.

Fui informada e estou ciente que este método não me protege do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV.

Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

O atendimento após a inserção do DIU pós parto/aborto (REVISÃO) será realizada no Centro de Saúde da Mulher, onde o profissional de saúde fará exame físico e solicitará ultrassonografia transvaginal de controle para verificar o posicionamento do DIU ou sua expulsão.

A mulher não deve ter relações sexuais desprotegidas até a consulta de revisão.

A consulta de revisão será agendada pelo Centro de Saúde da Mulher.

Assinatura da Requerente

ANEXO 3 - (163115033) SAÚDE DA MULHER - USG PÓS DIU

SOLICITAÇÃO DE ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

CNS:

MOTIVO: AVALIAR POSICIONAMENTO DE DIU DE COBRE INSERIDO NO SAÚDE DA MULHER.

DATA: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL MÉDICO

ORIENTAÇÃO PARA A UNIDADE DE SAÚDE

Inserir no SISREG, nomenclatura: ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL.

Adicionar a seguinte informação no campo de justificativa do SISREG:

US TV para controle do DIU, devendo ser realizado no Saúde da Mulher, com o profissional responsável, portanto a requisição não necessita de código de barras.

***CASO A PACIENTE APRESENTAR QUEIXAS, FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM A EQUIPE DO SAÚDE DA MULHER.

**ANEXO 4 - (18897677) SAÚDE DA MULHER 1ª CONSULTA LAQUEADURA:
ENC/ TERMO**

**1ª CONSULTA - LAQUEADURA TUBÁRIA
ENCAMINHAMENTO**

Nome:

Data de Nascimento:

Telefone:

CNS:

ESF/UBS Procedência:

Número de Gestação(ões) :

Número e Tipo de Partos:

Número de Filhos:

Profissional responsável pelo encaminhamento (Assinatura Carimbo)

**DOCUMENTOS PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA
ENVIAR PARA A UNIDADE SAÚDE DA MULHER**

- Encaminhamento: Orientações - 2 vias impressas
- 1ª consulta: Termo de Esclarecimento e Consentimento- 2 vias impressas
- 2ª consulta: Intervalo mínimo 60 dias- 2 vias impressas
- Declaração que não possui nenhuma sociedade conjugal (se necessário) - 2 vias impressas

OBS. - Registrar as consultas no prontuário eletrônico.

A 3ª Consulta será realizada na Unidade Saúde da Mulher, quando for definida a data da cirurgia.

**1ª CONSULTA - TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA – LT**

O presente Termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar a: _____, Data de Nascimento _____, CPF: _____ quanto aos principais aspectos relacionados a Laqueadura Tubária -LT e declarar, para todos os fins legais, a autorização ao (à) médico a executar a Laqueadura Tubária –LT e demais procedimentos que possam ser necessários para que a Laqueadura Tubária ocorra.

SOBRE O PROCEDIMENTO

A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, impedindo a passagem do espermatozóide, com o objetivo de impedir gravidez. Podendo ser realizada por via abdominal ou vaginal e qualquer que venha a ser realizada necessitará de anestesia (o tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia).

A efetividade da laqueadura tubária não é de 100%, existindo uma porcentagem de falha de 0,41% que independe da mulher ou do médico. A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas é algo possível, mas com poucas chances de dar certo.

COMPLICAÇÕES

Intra-operatória: hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, dor. Pós-operatórias leves: seromas, hemorragias, cistites, anemia.

Pós-operatórias Graves e excepcionais: reações a medicações/anestésicos/drogas, eventração, parada cardiorespiratória, tromboembolia, hematomas, pelviperitonites, hemorragia, perfuração de órgão. A gravidez ectópica, embora ocorra remotamente, é uma possibilidade à ser considerada. Se no momento de o ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Lei 9.263/1996

Declaro ter ciência que a laqueadura tubária somente é permitida para as mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade (25) ou, pelo menos dois (02) filhos vivos; ou ainda em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto (testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos).

Estou orientada de que não é permitido a esterilização cirúrgica durante os períodos de parto, aborto ou até 42 dias do pós parto ou do aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição e segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois (2) médicos

Declaro que fui informada de que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico para laqueadura deverão se passar no mínimo 60 dias e que poderei revogar o consentimento que agora presto em qualquer momento.

Declaro ainda que estou orientada sobre a existência de outros métodos de contracepção com as vantagens e as desvantagens de cada um e, mesmo assim, optamos pela realização do procedimento cirúrgico de laqueadura tubária.

Nestas condições consinto que se realize a laqueadura tubária e caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Criciúma ____, _____, ____.

Assinatura da Paciente

Sociedade Conjugal (caso possua)

Assinatura/carimbo funcionário

**ANEXO 5 - (46203754) SAÚDE DA MULHER 1ª CONSULTA VASECTOMIA
ENC/ TERMO**

1ª CONSULTA - VASECTOMIA - ENCAMINHAMENTO

Nome:
Data de Nascimento:
Telefone:
CNS:
ESF/UBS Procedência:
Número de Filhos:
Histórico:
Profissional responsável pelo encaminhamento (Assinatura Carimbo):

**DOCUMENTOS PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA
ENVIAR PARA A UNIDADE SAÚDE DA MULHER**

- Encaminhamento: Orientações - 2 vias impressas
- 1ª consulta: Termo de Esclarecimento e Consentimento- 2 vias impressas
- 2ª consulta: Intervalo mínimo 60 dias- 2 vias impressas
- Declaração que não possui nenhuma sociedade conjugal (se necessário) - 2 vias impressas

OBS. - Registrar as consultas no prontuário eletrônico.

- A 3ª Consulta será realizada na Unidade Saúde da Mulher, quando for definida a data da cirurgia.

DATA DA CIRURGIA: ___/___/___ HORA: ___:___

LOCAL DA CIRURGIA: _____



Prefeitura Municipal de Criciúma
UNIDADE BASICA DE SAUDE SANTA LUZIA
SUS - Sistema Unico de Saude
Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma



Nome:
Data de Nascimento:
CPF:

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE
VASECTOMIA**

O presente Termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: _____, Data de Nascimento: _____ CPF: _____ quanto aos principais aspectos relacionados Vasectomia e declarar, para todos os fins legais, a autorização ao (à) médico a executar a Vasectomia e demais procedimentos que possam ser necessários para que a vasectomia ocorra.

Sobre o procedimento

A vasectomia consiste em um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada pela interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s) interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado. A efetividade da vasectomia não é de 100%, existindo uma porcentagem de falha (0,1 a 0,15%) que independe do médico. A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização dos ductos deferente é algo possível, mas com poucas chances de dar certo.

Complicações

Intra-operatórias: hemorragias que provocam elevação da pele no local operado, manchas escuras no escroto e ou no pênis e queimaduras por bisturi elétrico. Pós-operatórias: dor, seromas, hematomas, hemorragias e infecções. Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados. O método não interfere na função sexual, nem causa impotência sexual. O retorno da atividade sexual sem qualquer risco de gravidez somente deverá ocorrer quando o exame de espermograma mostrar ausência de espermatozóides em exame laboratorial.

Lei 9.263/1996

Declaro ter ciência que a vasectomia somente é permitida para homens com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade (25) ou, pelo menos dois (02) filhos vivos; ou ainda em caso de risco à vida ou à saúde da mulher (sua parceira) ou do futuro bebê (que deverá ser confirmado por meio de relatório escrito assinado por dois médicos. Declaro que fui informado de que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico para vasectomia deverão se passar no mínimo 60 dias e que poderei revogar o consentimento que agora presto em qualquer momento.

Declaro ainda que estou orientado sobre a existência de outros métodos de contracepção com as vantagens e as desvantagens de cada um e, mesmo assim, optamos pela realização do procedimento cirúrgico de vasectomia.

Nestas condições consinto que se realize a vasectomia e caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Criciúma, _____.

Assinatura do Requerente
do profissional

Sociedade Conjugal

Assinatura/Carimbo

ANEXO 6 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER (FRIDA)

Nome da usuária: _____ Data: _____

Perguntas	Sim	Não	Não sabe	Não se aplica
A violência vem aumentando de gravidade e/ou de frequência no último mês?				
A senhora/você está grávida ou teve bebê nos últimos 18 meses?				
A senhora/você tem filhos(as) com o(a) agressor(a)? (Caso não tenham filhos em comum, o registro não se aplica.) Em caso afirmativo, estão vivendo algum conflito com relação à guarda dos filhos, visitas ou pagamento de pensão pelo agressor?				
O(A) agressor(a) persegue a senhora/você, demonstra ciúme excessivo, tenta controlar sua vida e as coisas que você faz (aonde você vai, com quem conversa, o tipo de roupa que usa, etc.)?				
A senhora/você se separou recentemente do(a) agressor(a), tentou ou tem intenção de se separar? Especifique: Separou <input type="checkbox"/> Tentou <input type="checkbox"/> Manifestou intenção				
O(A) agressor(a) também é violento com outras pessoas (familiares, amigos, colegas etc.)? Especifique: Crianças <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Outras pessoas				

*1 Métodos contidos no disco: Anticoncepcionais orais combinados AOCs (anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem, com < 35 mg etinilestradiol); 2. Adesivo anticoncepcional combinado AC; 3. Anel vaginal combinado AVC; 4. Anticoncepcionais injetáveis combinados AICs; 5. Anticoncepcionais orais apenas de progestágeno AOP; 6. Anticoncepcionais injetáveis só de progestágeno; AMPD (IM, SC) / NET-EN (acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular ou subcutâneo, ou enantato de noretisterona intramuscular); 7. Implantes só de progestogênio, (levonorgestrel ou etonogestrel); 8. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, DIU-LNG; 9. Dispositivo intrauterino com cobre, DIU T-Cu. Apenas o uso correto e sistemático de preservativos masculinos ou femininos protege contra a transmissão de IST/HIV. Se existir risco de IST/HIV, recomenda-se o uso de preservativos.

*2 Diabetes, Tabagismo, Dores de cabeça, interações medicamentosas, HIV, ISTs, DIP, sepse, pós parto e aleitamento materno, nuliparidade, adolescentes, sangramento vaginal, miomas uterinos, NIC, câncer cervical, câncer de mama, doenças do fígado, trombose venosa profunda, doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade.

Fonte: Organização Mundial da Saúde - OMS, 2015.

ANEXO 8 - MAPA DE LESÕES E GRÁFICO FEMININO

