



PROCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

**SAÚDE DA MULHER**

PROCOLOS DE  
ENFERMAGEM  
**NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SAÚDE DA MULHER**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolos de enfermagem na atenção primária à  
saúde [livro eletrônico] : saúde da mulher /  
[Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande  
do Sul]. -- Porto Alegre, RS : Conselho Regional  
de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2022.  
PDF.

Vários autores.  
ISBN 978-65-88784-02-0

1. Cuidados primários de saúde 2. Diabetes  
3. Enfermagem 4. Enfermagem - Cuidados 5. Mulheres -  
Saúde 6. Saúde da mulher 7. Serviços de atenção  
primária I. Conselho Regional de Enfermagem do Rio  
Grande do Sul.

22-127463

CDD-610.733

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à  
saúde : Ciências médicas 610.733

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## GESTÃO 2021-2023

### DIRETORIA **Presidente**

Enf<sup>a</sup> Rosângela Gomes Schneider

### **Conselheiro Secretário**

Enf<sup>o</sup> Antônio Ricardo Tolla da Silva

### **Conselheira Tesoureira**

Técnica de Enfermagem Sandra Maria Gawlinski

**CONSELHEIROS(AS)** Antônio Ricardo Tolla da Silva - COREN-RS n.º 056.232 - ENF

**EFETIVOS(AS)** Cecília Maria Brondani - COREN-RS n.º 036.170 - ENF

Fernanda Luiza Borkhardt - COREN-RS n.º 449.637 - ENF

Fernando Brambila Mengue - COREN-RS n.º 320.424 - TE

Nilza Lourenço da Silva - COREN-RS n.º 122.365 - TE

Rosângela Gomes Schneider - COREN-RS n.º 042.185 - ENF

Sandra Maria Gawlinski - COREN-RS n.º 079.040 - TE

Sônia Regina Coradini - COREN-RS n.º 022.623 - ENF

Ursula Adriana Sander Stüker - COREN-RS n.º 032.284 - TE

**CONSELHEIROS(AS)** Isabel Cristina Gularte, Coren-RS n° 079.577-TE

**SUPLENTE** Luciane da Silva, Coren-RS n° 105.758-ENF

Luiz Carlos Moraes, Coren-RS n° 089.768-AE

Maria Lúcia Pereira de Oliveira, Coren-RS n° 055.178-ENF

Rodrigo Carollo Sulzbach, Coren-RS n° 089.085-ENF

Rosane Mortari Ciconet, Coren-RS n° 028.465-ENF

Vera Beatriz Rodrigues Soares, Coren-RS n° 085.042-TE

Paulo Ricardo Santos, Coren-RS n° 098.588-TE

Ana Amélia Antunes Lima, Coren-RS n° 0110.100-TE

PORTARIA COREN-RS **COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA**  
N.º 429/2021 **ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

**INTEGRANTES** Carlice Maria Scherer COREN-RS 100.967 - ENF  
Daiani Nara Lessa COREN-RS 178.023 – ENF  
Daniel Soares Tavares COREN-RS 436.129 - ENF  
Fábio Meller da Motta COREN-RS 129.510 - ENF  
Janilce Dorneles de Quadros COREN-RS 350.203 - ENF  
Pâmela Leites de Souza Steffen COREN-RS 285.667 - ENF  
Tainá Nicola COREN-RS 218.641 – ENF  
Thais Mirapalheta Longaray COREN-RS 152.625 - ENF  
Valdecir Zavarese da Costa COREN-RS 126.449 – ENF  
Vanessa Romeu Ribeiro COREN-RS 122.366 - ENF

**COORDENAÇÃO** Thais Mirapalheta Longaray  
Departamento de Fiscalização

**ORGANIZAÇÃO** Coren-RS  
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

**Formatação e revisão:**

Nicole Medeiros Leal

**Diagramação:**

Vanessa Lagemann Drehmer e Carlo Rubens Diniz Amoretti  
Setor de Comunicação e Eventos

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Exame clínico das mamas.....	147
<b>Figura 2</b> - Orientações para medição e inserção corretas do diafragma.....	151
<b>Figura 3</b> - Orientações para colocação correta do preservativo feminino.....	152
<b>Figura 4</b> - Orientações para colocação correta do preservativo masculino.....	153

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>Fluxograma 1</b> - Consulta de Enfermagem frente a alterações no Exame Clínico das Mamas.....	83
<b>Fluxograma 2</b> - Manejo da amenorreia ou queixa de atraso menstrual.....	108
<b>Fluxograma 3</b> - Manejo da queixa de sangramento uterino anormal.....	109
<b>Fluxograma 4</b> - Manejo dos corrimentos vaginais.....	117
<b>Fluxograma 5</b> - Manejo das queixas urinárias.....	119
<b>Fluxograma 6</b> - Atenção às mulheres em situação de violência.....	135

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Nível de Evidência segundo o Sistema Grade.....	14
<b>Quadro 2</b> - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores.....	15
<b>Quadro 3</b> - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP.....	27
<b>Quadro 4</b> - Manejo das disfunções sexuais mais comuns.....	32
<b>Quadro 5</b> - Roteiro assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo.....	39
<b>Quadro 6</b> - Definição das categorias para elegibilidade dos métodos contraceptivos.....	42
<b>Quadro 7</b> - Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher.....	43
<b>Quadro 8</b> - Síntese dos principais métodos comportamentais.....	47
<b>Quadro 9</b> - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais.....	49
<b>Quadro 10</b> - Síntese de Métodos de barreira.....	56
<b>Quadro 11</b> - Síntese de Dispositivo Intrauterino de cobre.....	59
<b>Quadro 12</b> - Técnica de inserção do DIU de cobre.....	62
<b>Quadro 13</b> - Manejo das intercorrências mais comuns na utilização do DIU de cobre.....	66
<b>Quadro 14</b> - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos.....	68
<b>Quadro 15</b> - Síntese de Métodos contraceptivos definitivos.....	72
<b>Quadro 16</b> - Orientações para atuação dos enfermeiros na atenção às pessoas que exercem o sexo como profissão.....	74
<b>Quadro 17</b> - Fatores de risco para o Câncer de mama.....	77
<b>Quadro 18</b> - Recomendações para rastreamento do câncer de mama.....	79
<b>Quadro 19</b> - Interpretação de resultados de Mamografia e cuidados/Intervenções de Enfermagem no acompanhamento do rastreamento de câncer de mama.....	80
<b>Quadro 20</b> - Manejo dos problemas mais comuns na mama.....	84
<b>Quadro 21</b> - População-alvo e periodicidade para realização do exame citopatológico de colo do útero.....	87

<b>Quadro 22</b> - Indicação da vacina contra o HPV.....	89
<b>Quadro 23</b> - Recomendação para coleta de citopatológico em mulheres com situações especiais.....	90
<b>Quadro 24</b> - Consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero.....	93
<b>Quadro 25</b> - Etapas da consulta ginecológica: a coleta de exame citopatológico.....	94
<b>Quadro 26</b> - Adequabilidade da amostra do exame citopatológico do colo uterino.....	98
<b>Quadro 27</b> - Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero.....	99
<b>Quadro 28</b> - Resultados citopatológicos e condutas clínicas.....	101
<b>Quadro 29</b> - Manejo dos problemas mais comuns relacionados à menstruação.....	105
<b>Quadro 30</b> - Manejo do corrimento vaginal.....	111
<b>Quadro 31</b> - Principais manifestações clínicas do climatério e menopausa.....	120
<b>Quadro 32</b> - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa.....	123
<b>Quadro 33</b> - Evidências de benefícios das terapias alternativas no alívio dos sintomas do climatério.....	127
<b>Quadro 34</b> - Formas de violência contra a mulher.....	129
<b>Quadro 35</b> - Sinais de alerta às situações de violência contra mulheres.....	130
<b>Quadro 36</b> - Atenção às mulheres nos diferentes ciclos de vida, adolescentes e população LGBTQIAP+ em situação de violência.....	132
<b>Quadro 37</b> - Técnica para realização do Exame Clínico das Mamas.....	146

## LISTA DE SIGLAS

**AAE** - Atenção ambulatorial especializada  
**AE** - Anticoncepção de emergência  
**AGC** - Células glandulares ou de origem indefinida  
**AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Humana  
**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
**AOC** - Anticoncepcional oral combinado  
**APS** - Atenção Primária à Saúde  
**ASC-H** - Células escamosas atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau  
**ASC-US** - Células escamosas atípicas de significado indeterminado  
**ATB** - Antibiótico  
**AVC** - Acidente Vascular Cerebral  
**BO** - Boletim de ocorrência  
**CA** - Câncer  
**CAPS** - Centros de Apoio Psicossocial à Saúde  
**CAPS-AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas  
**CAT** - Comunicação de Acidente de Trabalho  
**CIAP-2** - Classificação Internacional de Atenção Primária  
**CIPE** - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem  
**CNS** - Cartão Nacional de Saúde  
**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem  
**COREN-RS** - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul  
**CP** - Citopatológico de colo uterino  
**CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social  
**CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
**CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento  
**CYP3A4** - Citocromo P450 3A4  
**DE** - Diagnóstico de Enfermagem  
**DIP** - Doença inflamatória pélvica  
**DIU** - Dispositivo intrauterino  
**DT** - Vacina Difteria e Tétano  
**DTPA** - Vacina Difteria, tétano e *pertussis* acelular  
**ECM** - Exame clínico das mamas  
**EQU** - Exame qualitativo de urina  
**FSH** - Hormônio folículo estimulante  
**GRADE** - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*  
**HA** - Hipertensão Arterial

**HDL** - *High Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de alta densidade

**HIV** - Vírus da imunodeficiência humana

**HPV** - Papilomavírus humano

**HSIL** - Lesão intraepitelial de alto grau

**IMC** - Índice de massa corporal

**INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

**IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis

**ITU** - Infecções do trato urinário

**JEC** - Junção escamo-colunar

**LAM** - Método da lactação e amenorreia

**LDL** - *Low Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de baixa densidade

**LGBTQIAP+** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais e Pansexual +

**LH** - Hormônio luteinizante

**LSIL** - Lesão intraepitelial de Baixo Grau

**LT** - Laqueadura tubária

**MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**MMG** - Mamografia

**NANDA-I** - *North American Nursing Diagnosis Association International*

**NASF-AB** - Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PE** - Processo de Enfermagem

**PEP** - Profilaxia Pós-Exposição

**PICS** - Práticas integrativas e complementares

**PNI** - Programa Nacional de Imunizações

**PrEP** - Profilaxia Pré-Exposição

**PTS** - Projeto Terapêutico Singular

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde

**RS** - Rio Grande do Sul

**RX** - Raio X

**SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SOAP** - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TARV** - Terapia Antirretroviral

**TEP** - Tromboembolismo pulmonar

**TRG** - Teste rápido de gravidez

**TRH** - Terapia de reposição hormonal

**TVP** - Trombose Venosa Profunda

**US** - Ultrassonografias

**VO** - Via oral

## SUMÁRIO

<b>ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS</b> .....	14
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	23
<b>1 INTRODUÇÃO - CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</b> .....	24
<b>2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	26
<b>3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE</b> .....	29
3.1 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS RELACIONADAS À SEXUALIDADE.....	31
<b>4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</b> .....	38
4.1 CATEGORIAS DA OMS PARA ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	41
4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DA MULHER <i>VERSUS</i> MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	42
4.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	46
4.3.1 Métodos Comportamentais.....	46
4.3.2 Métodos Hormonais.....	48
4.3.3 Métodos de Barreira.....	55
4.3.4 Dispositivo Intrauterino – DIU.....	58
4.3.5 Manifestações mais comuns no uso de métodos contraceptivos reversíveis.....	68
4.3.6 Métodos contraceptivos definitivos.....	71
4.4 INFERTILIDADE.....	73
4.5 ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE EXERCEM O SEXO COMO PROFISSÃO.....	74
<b>5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA</b> .....	76
5.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	77
5.2 PROBLEMAS MAIS COMUNS NA MAMA.....	82
<b>6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO</b> .....	86
6.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE ÚTERO.....	92
6.2 EXAME CITOPATOLÓGICO.....	94
6.3 ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO.....	97
6.4 PROBLEMAS MAIS COMUNS DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	99
<b>7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS</b> .....	104
7.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUACÃO.....	104
7.2 MANEJO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS.....	110
7.3 MANEJO DAS QUEIXAS URINÁRIAS.....	118

<b>8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA</b> .....	120
8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	121
8.2 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	122
8.3 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	126
8.4 TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	127
<b>9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA</b> .....	128
9.1 CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	128
9.2 INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.....	136
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	137
ANEXO 1 - Técnica ilustrada para exame clínico das mamas.....	146
ANEXO 2 - Ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais.....	148
ANEXO 3 - Perguntas a serem feitas para avaliar a intensidade da perda de sangue durante a menstruação.....	150
APÊNDICE 1 - Orientações para colocação dos métodos de barreira.....	151

## ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locorregionais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

Para a estratégia de busca por evidências científicas, foram utilizados os descritores específicos nas bases de dados eletrônicas: *BMJ Best Practice*, *UptoDate*, *MEDLINE*, *Scielo* e *TelessaúdeRS*. Posteriormente, elaborou-se uma síntese com a descrição das fontes de dados, descritores, algoritmos empregados e nível de evidência de acordo com o sistema de classificação *Grade – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (BRASIL, 2015).

**Quadro 1 - Nível de Evidência segundo o Sistema GRADE**

Nível de evidência	Legenda*	Fonte de informação
Alto ++++	A	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
Moderado +++●	B	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações leves, como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Baixo ++●●	C	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses.
Muito Baixo +●●●	D	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

\*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a aproximação e compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Fonte: Adaptado de GRADE, 2014; Brasil, 2014.

**Quadro 1 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (A)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Uptodate SciELO	Anorgasmia Disfunções sexuais	Apenas as intervenções psicossociais são opções para o tratamento do transtorno orgástico feminino. O tratamento com masturbação deve ser a terapia de primeira linha. Nenhum medicamento mostrou eficácia para o distúrbio nas evidências disponíveis.	<b>C Baixo</b>
BMJ Ministério da Saúde Uptodate Medline Cochrane	Menopausa Dispareunia Atrofia urogenital Estrogenização local para coleta CP no climatério e na pós-menopausa Ressecamento vaginal	Recomendar o <b>uso de lubrificante vaginal aquoso</b> para todas as mulheres. Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever <b>Estriol* creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias</b> e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses.	<b>A Alto</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Rastreamento do câncer de mama Mamografia Ultrassonografia Exame clínico das Mamas Autoexame das mamas	Recomenda-se <b>o rastreamento com mamografia</b> em mulheres com idade entre <b>50 e 69 anos</b> ;  Recomenda-se contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos ou com idade a partir de 70 anos;  Recomenda-se <b>periodicidade bianual do rastreamento com mamografia</b> nas faixas etárias recomendadas;  Há ausência de recomendação para a realização do Exame clínico das mamas como método de rastreamento: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto;  Ausência de recomendação para a realização da ultrassonografia mamária como método de rastreamento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia;	<b>B Moderado</b>  <b>A Alto</b>  <b>C Baixo</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Mastalgia sem febre	Recomenda-se contra o ensino do Autoexame das mamas como método de rastreamento do câncer de mama.  Prescrever <b>Paracetamol 500 mg</b> , 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias <b>OU</b> <b>Ibuprofeno 600 mg</b> , 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias.	<b>B/C Baixo a moderado</b>  <b>C Baixo</b>

\*Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (B)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Instituto Nacional de Câncer	Rastreamento do câncer de colo de útero	Recomenda-se o rastreamento com exame citopatológico do útero em mulheres com <b>idade entre 25 e 64 anos</b> , que já tiveram ou têm atividade sexual; O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado;	<b>A Alto</b>
		O exame deve ser <b>repetido em 6 a 12 semanas</b> com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório;	<b>D Muito baixo</b>
	Amostra insatisfatória	Esfregaços normais <b>somente com células escamosas</b> em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos;	<b>B Moderado</b>
	Qualidade da amostra	O exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical e da ectocérvice;	<b>A Alto</b>
	Rastreamento em gestantes e em mulheres na pós-menopausa	Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres;	<b>A Alto</b>
	Mulheres submetidas à histerectomia total	<b>Por lesões benignas</b> , sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais; Em casos de histerectomia por <b>lesão precursora ou câncer do colo do útero</b> , a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada;	<b>A Alto</b>
	Mulheres sem história de atividade sexual	Não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero;	<b>D Muito baixo</b>
	Mulheres imunossuprimidas	O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos <b>semestrais</b> no primeiro ano e, se normais, manter <b>seguimento anual</b> enquanto se mantiver o fator de imunossupressão; Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm <sup>3</sup> , devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.	<b>B Moderado</b>

## Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (C)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
	Resultado citologia oncótica	Seguir a rotina de rastreamento citológico;	A Alto
	Dentro dos limites da normalidade	Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, tratar conforme a queixa apresentada. Ausência de queixa, não há necessidade de tratamento ou repetição do exame citopatológico;	A Alto
	Inflamação sem identificação de agente	Seguir a rotina de rastreamento citológico;	D Muito baixo
	Atrofia com inflamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico. Se sintomatologia, deve ser abordada conforme diretriz específica;	A Alto
	Achados microbiológicos (Lactobacillus sp.; Cocos; Outros Bacilos)	Mulher com 30 anos ou mais será a repetição do exame em <b>seis meses</b> ;	A Alto
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	Mulheres com < 30 anos, a repetição do exame em <b>12 meses</b> ; Se resultado da citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para <b>colposcopia</b> ;	A Alto B Moderado
	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	<b>Todas as mulheres</b> com laudo citopatológico de <b>ASC-H</b> devem ser encaminhadas para uma unidade de referência para <b>colposcopia</b> ;	A Alto
	Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), possivelmente não neoplásicas ou células glandulares AGC quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau	<b>Todas as mulheres</b> com laudo citopatológico de <b>AGC</b> devem ser encaminhadas para <b>colposcopia</b> ;	A Alto
Instituto Nacional de Câncer	Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou células atípicas de origem indefinida, quando não se pode afastar lesão de alto grau		
	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau	Mulheres com o diagnóstico citológico de <b>células atípicas de origem indefinida</b> devem ser encaminhadas para a <b>unidade secundária</b> para investigação;	A Alto
	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau		
	Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor ou Adenocarcinoma in situ e invasor	Repetir o exame citopatológico em <b>seis meses</b> . Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for <b>positiva</b> , encaminhar à unidade de referência para <b>colposcopia</b> . Em <b>gestantes</b> qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após <b>três meses do parto</b> ;	A Alto
		Encaminhar à unidade de referência para realização de <b>colposcopia</b> ;	A Alto
		Encaminhar à unidade de referência para realização de <b>colposcopia</b>	A Alto

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (D)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
TelessaúdeRS-UFRGS UptoDate	Inspeção visual do colo uterino	Não é recomendado realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento de câncer de colo uterino.	<b>C</b> <b>Baixo</b>
Ministério da Saúde UptoDate SciELO	Dismenorreia	<p>Recomendar aplicação de calor local para todas as mulheres com dismenorreia;</p> <p>Prescrever <b>Ibuprofeno 600 mg</b>, 1 comprimido via oral de 8/8 horas, no início dos sintomas e por até 3 dias durante a menstruação</p> <p><b>OU</b></p> <p><b>Paracetamol 500 mg</b>, 1 comprimido via oral de até 6/6 horas;</p> <p>Para mulheres com dismenorreia que desejam contracepção, considerar uso de método anticoncepcional hormonal.</p>	<b>C</b> <b>Baixo</b>
	Sangramento uterino anormal Adolescente	<p>Adolescentes com sangramento uterino anovulatório leve e sem desejo de contracepção, sugere-se observar o quadro;</p> <p>Adolescentes com sangramento uterino sem anemia e desejo de contracepção, considerar iniciar terapia hormonal.</p>	<b>C</b> <b>Baixo</b>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (E)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate SciELO	Climatério	Mudanças simples no estilo de vida e mudanças comportamentais, como manter a temperatura corporal central baixa, costumam ser adequadas para controle dos sintomas;	<b>C</b> <b>Baixo</b>
	Abordagem não farmacológica		
	Atividade física	A prática regular de atividade física contribui para a redução na severidade e na frequência das ondas de calor, para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, para a melhora do humor, aumento da densidade mineral óssea, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhora do perfil lipídico e redução dos níveis pressóricos;	<b>B/C</b> <b>Baixo a Moderado</b>
	Acupuntura	A acupuntura pode conferir benefícios na redução da severidade das ondas de calor, da sudorese e insônia a curto prazo;	<b>B</b> <b>Moderado</b>
	Ioga	A ioga pode ser eficiente na redução dos sintomas climatéricos, especialmente, nos sintomas psicogênicos e de insônia;	<b>A/ B</b> <b>Moderado</b>
	Fitoterapia	O uso de fitoterápicos como soja, valeriana e melissa podem ser utilizados como tratamento de primeira linha em mulheres com sintomas vasomotores leves e moderados a curto prazo.	<b>A/D</b> <b>Muito baixo a Alto</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Abordagem farmacológica no climatério	A maioria das mulheres com menos de 60 anos e menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas moderados a graves associados ao prejuízo na qualidade de vida, são candidatas à terapia hormonal e devem ser encaminhadas à consulta médica.	<b>B</b> <b>Moderado</b>
	Terapia de reposição hormonal		

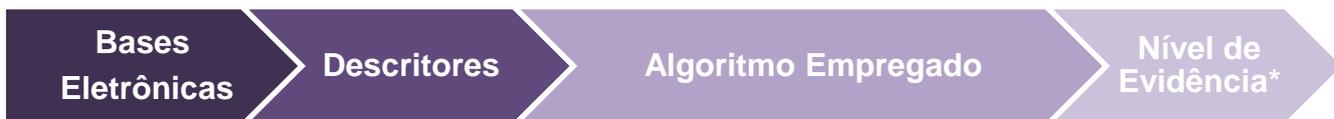
**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (F)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate	Abordagem farmacológica no climatério  Terapia de reposição hormonal	A maioria das mulheres com menos de 60 anos e menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas moderados a graves associados ao prejuízo na qualidade de vida, são candidatas à terapia hormonal e devem ser encaminhadas à consulta médica.	<b>B Moderado</b>
BMJ UptoDate	Osteoporose  Menopausa	Medidas de estilo de vida devem ser adotadas universalmente para reduzir a perda óssea em mulheres na pós-menopausa, incluindo: dieta rica em cálcio e vitamina D, exercícios, parar de fumar, aconselhamento sobre prevenção de quedas e evitar o consumo excessivo de álcool.	<b>B Moderado</b>
PubMed Ministério da Saúde	Vaginose citolítica  Citólise de Döderlein	Prescrever banho de assento com <b>bicarbonato de sódio</b> (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras de água morna e 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio (15 a 30 g), 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas.	<b>B Moderado</b>
		Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: uso de lubrificantes tópicos à base de água e sem fragrância, preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas e de absorventes diários;	<b>D Muito Baixo</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Candidíase vaginal	<p><b>Tratamento de primeira escolha:</b> Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias;</p> <p><b>Segunda escolha:</b> Fluconazol 150 mg, VO, dose única;</p> <p><b>Gestantes e nutrizes:</b> Realizar tratamento apenas por via vaginal. O tratamento via oral está contraindicado;</p> <p><b>Candidíase vulvovaginal recorrente:</b> Em caso de 4 ou mais episódios em um ano, prescrever Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, a cada 72 h OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia.</p>	<b>B/C Baixo a Moderado</b>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (G)**

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
Ministério da Saúde UptoDate	Vaginose bacteriana	<b>Tratamento de primeira escolha (incluindo gestantes e nutrizes):</b> Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias;	<b>A Alto</b>
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	<b>Segunda escolha:</b> Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias;  <b>Vaginose bacteriana recorrente:</b> Em caso de recorrência sintomática de 30 a 90 dias (considerando até 9 meses) após o tratamento inicial, prescrever Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10 a 14 dias;  - Não recomendar tratamento para as parcerias sexuais como rotina.	<b>B Moderado</b>
Ministério da Saúde UptoDate	Tricomoniase	<b>Tratamento de primeira escolha:</b> Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (2 g);  <b>Segunda opção, gestantes e nutrizes:</b> Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias.	<b>C Baixo</b>
BMJ LILACS Ministério da Saúde UptoDate	Cistite Disúria Infecção do trato urinário (ITU) Pielonefrite	A investigação clínica das queixas urinárias deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, não sendo necessário na maioria dos casos a realização de exames complementares;  São indicações para solicitação de Exame qualitativo de urina e urocultura para confirmação diagnóstica: persistência dos sintomas após 48 h de tratamento; suspeita de ITU recorrente; história de tratamento recente; sintomas há mais de 7 dias; idade acima de 65 anos; diabetes; gestantes; imunossuprimidas; Iniciar tratamento empírico de primeira linha para ITU não complicada com <b>sulfametoxazol + trimetropina</b> (800 mg + 160 mg), 01 cp de 12/12 h por 3 dias OU <b>nitrofurantoína**</b> 100 mg, 01 cp. de 6/6 h por 5 a 7 dias.	<b>C Baixo</b>

**Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (H)**



Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ	Dor pélvica de origem ginecológica	<p>Tratamento de primeira escolha:</p> <p>Prescrever <b>Ibuprofeno: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia.</b></p>	<p><b>A/B</b></p> <p><b>Alto a Moderado</b></p>

\*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.

(B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.

(C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.

(D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há importante grau de incerteza nos achados.

\*\* Quando há disponibilidade da nitrofurantoína de liberação lenta (mono-hidratada) a posologia recomendada passa a 100 mg de 12/12 horas.

## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. A execução de uma prática clínica desse profissional de forma autônoma e em seus preceitos éticos e legais, exige o rompimento de paradigmas, abordagens inovadoras e instrumentos que embasam o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está de acordo com o contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro, pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS n.º 85/2019, o regramento da **Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Mulher** integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem, para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal n.º 7.498/1986 e Decreto n.º 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN n.º 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde da mulher. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes, as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

*“O empoderamento feminino é construído em conjunto com outras mulheres!”*

Marianna Moreno

**1 INTRODUÇÃO****CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL**

*Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>1</sup>*  
*Janilce Dorneles de Quadros<sup>2</sup>*  
*Vanessa Romeu Ribeiro<sup>3</sup>*  
*Tainá Nicola<sup>4</sup>*  
*Thais Mirapalheta Longaray<sup>5</sup>*  
*Fábio Meller da Motta<sup>6</sup>*  
*Carlice Maria Scherer<sup>7</sup>*  
*Daniel Soares Tavares<sup>8</sup>*

As mulheres representam a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas públicas para a saúde da mulher têm evoluído conforme as diferentes dimensões dos direitos humanos, de cidadania, de direitos sexuais e reprodutivos, bem como de concepções de cuidado para uma atenção integral à saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida (BRASIL, 2016).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações preconizadas a esse público-alvo incluem ações de planejamento sexual e reprodutivo, ações para redução de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, tais como os cânceres de colo de útero e de mama, manejo das queixas ginecológicas mais comuns e ações de enfrentamento à violência contra a mulher (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020). Nacionalmente, essas ações estão em processo constante de consolidação e devem focar além da mulher em si, a família e a comunidade, considerando a sua realidade (BRASIL, 2016).

O Rio Grande do Sul (RS) possui 5.840.501 mulheres, destas, 55,1% na faixa etária de 10 a 49 anos, consideradas em idade reprodutiva. Dentre as faixas etárias preconizadas como população-alvo para rastreamento dos cânceres de mama e de útero, o RS registra, respectivamente, 1.381.992 mulheres (23,7%) com 50 a 69 anos e 3.178.556 (54,4%) com 25 a 64 anos (DEE, 2019). Esses grupos etários suscitam especial atenção das equipes de APS, diante da necessidade de esforços para redução da mortalidade por esses cânceres, uma vez que, o diagnóstico e tratamento precoces nas fases iniciais da doença são decisivos para a cura e na expectativa de vida dessas mulheres (BRASIL, 2016; SES-RS, 2020).

Mundialmente, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres e está relacionado ao maior

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

<sup>6</sup> Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio.

<sup>8</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. SMS de Porto Mauá.

número de óbitos por câncer nesta população (INCA, 2019a).

No RS, em 2019, foram registrados 3.684 casos de neoplasia maligna de mama, posicionando o estado como o de maior número de casos da região Sul do país e em quarto lugar no ranking dos estados brasileiros (DATASUS, 2019). Por sua vez, o câncer de colo do útero é a quarta neoplasia mais incidente no sexo feminino na região Sul do Brasil, com 1.352 casos de neoplasia maligna notificados em 2019 (DATASUS, 2019; INCA, 2019a). Em relação à mortalidade por esses tipos de câncer, o RS apresentou nesse mesmo ano, 408 óbitos por câncer de colo de útero e 1.420 óbitos por câncer de mama (INCA, 2019b).

Outro desafio intersetorial torna-se cada vez mais expressivo na realidade brasileira - a violência de gênero. Apesar de recomendações internacionais para a constituição de redes efetivas de proteção à mulher, nem todos os países assumem essas medidas como prioridade. Reflexo disso, em 2019, o Brasil teve 1.326 vítimas de feminicídio. As vítimas, em sua maioria, eram negras, possuíam entre 20 e 39 anos e foram mortas pelo companheiro ou ex-companheiro. Dados referentes à violência doméstica apontam, ainda, para um registro de agressão a cada 2 minutos, bem como de violência sexual, com um registro a cada 8 minutos (FBSP, 2020).

Do mesmo modo, o território gaúcho é o quarto estado com maior número de ocorrências de lesão corporal em pessoas do sexo feminino e com maior número de vítimas de feminicídios. O RS encontra-se, também, entre os estados brasileiros com as maiores taxas, por 100.000 habitantes, de estupros de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (18,5-34,6/100.000). Esses dados, mesmo que significativos, apresentam interferência de uma realidade substancial de subnotificação e de falta de denúncias nos canais oficiais para esse fim (FBSP, 2020).

Cabe ressaltar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero), travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina, com garantia de acesso, assistência integral e atenção a todas as suas necessidades, sem qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2019).

Diante do exposto, o papel do Enfermeiro é fundamental no acolhimento e assistência das mulheres que buscam os serviços de APS diariamente. A prática baseada em evidências, proposta por este protocolo, integrada ao trabalho em equipe multidisciplinar, aos princípios do SUS e aos atributos da APS, busca contribuir com a construção de uma atenção à saúde da mulher universal e pautada por uma assistência segura, integral e ética (BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019).

## 2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), para ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN n.º 358/2009. As etapas do PE estão descritas a seguir:

- **Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e também de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE se baseia num suporte teórico que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas a questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão presentes também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei n.º 7.498/1986 e no Decreto n.º 94.406/1987, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem

e na Resolução COFEN n.º 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, conferem visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como respaldo técnico e legal. Estão regulamentados conforme Resolução COFEN n.º 514/2016, a qual aprova o Guia de recomendações para o registro de Enfermagem; Resolução COFEN n.º 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico; e Decisão COREN-RS n.º 53/2016, que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o processo de enfermagem seja documentado por meio da utilização dos campos ‘Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)’ e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) para construção/atualização da Lista de Problemas, que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (COREN-SC, 2017; MENDES, 2019).

### Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
<b>S - SUBJETIVO</b>	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Histórico de enfermagem
<b>O - OBJETIVO</b>	Dados do exame físico, exames	Histórico de Enfermagem – Exame físico
<b>A - AVALIAÇÃO</b>	Avaliação dos Problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
<b>P - PLANO</b>	Implementação	Intervenções de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

Fonte: Adaptado Florianópolis (2020).

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I possibilita uma maneira de classificar e categorizar condições de saúde e agravos em sua prática (NANDA-I, 2021-2023). A utilização da NANDA-I é apropriada para o planejamento do cuidado, pois possibilita documentação clínica, facilita a comunicação adequada entre os profissionais e a integração de dados em sistemas de registro.

A CIPE é um instrumento que provê dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se como um sistema capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (COREN-SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN-RS n.º 19/2016, a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias de acordo com a sua categoria profissional.

Diante disso, a atenção à saúde da mulher abordada neste protocolo consiste, entre outros, na assistência de Enfermagem na sexualidade, no planejamento reprodutivo, na prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, frente às queixas ginecológicas mais comuns e na atenção à mulher em situação de violência. Essas ações constituem-se em orientações para a construção do plano de cuidados, devendo ser realizadas em consultas de Enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou em atenção compartilhada a grupo (BRASIL, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Ao longo dos capítulos serão apresentados os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizados na atenção à saúde da mulher na APS. Cabe ressaltar que estes não se esgotam nas propostas deste protocolo, mediante às demais dimensões que podem ser trabalhadas frente às necessidades em saúde identificadas.

### 3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE

*Pâmela Leites de Souza Steffen<sup>9</sup>*

*Janilce Dorneles de Quadros<sup>10</sup>*

*Vanessa Romeu Ribeiro<sup>11</sup>*

*Tainá Nicola<sup>12</sup>*

*Thais Mirapalheta Longaray<sup>13</sup>*

Nas últimas décadas, a sociedade tem experienciado uma época de gradativa superação e desconstrução de muitas normas, mitos e tabus em relação à sexualidade, com estímulo à expansão do desejo sexual e à busca da liberdade individual. Entretanto, apesar da importância que esse tema assume no mundo moderno, persistem dificuldades relacionadas ao despreparo das equipes de APS para uma prática assistencial holística que aborde a sexualidade em sua integralidade (GARCIA; LISBOA, 2012).

Este déficit de conhecimento dos profissionais resulta, principalmente, da centralização do modelo de atenção nos aspectos biológicos da sexualidade, permeado por posturas de omissão, iatrogenias e necessidade de impor valores ao usuário. Para modificar esse contexto, o Enfermeiro tem grande potencial de atuação, tendo em vista o volume de contatos que possui com as mulheres na rede básica de saúde, em que, durante as consultas de prevenção do câncer de mama e útero, de pré-natal ou ainda de planejamento reprodutivo, é comum o aparecimento de queixas relacionadas à sexualidade e gênero (GARCIA; LISBOA, 2012). Ainda destaca-se que o enfermeiro possui autonomia para atuar na atenção ao Planejamento Familiar e Reprodutivo, conforme dispõe a Resolução COFEN n.º 690/2022.

Logo, a consulta de enfermagem na atenção à saúde sexual deve ser multidimensional nas diferentes etapas do ciclo vital, envolvendo para além dos aspectos biológicos, também os aspectos sociais, culturais e psicológicos, com vistas ao empoderamento feminino e à autonomia sobre seus corpos e suas vidas (GARCIA; LISBOA, 2012; BRASIL, 2016; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). Para que isso seja possível, o Enfermeiro precisa dotar-se de um profundo respeito ético em relação à sexualidade do outro, estabelecendo vínculo e atuando como agente facilitador e promotor de reflexão para o fato de que não existe um padrão a ser seguido, e sim, uma mulher única, com sua cultura e sua história de vida, que vai expressar de maneira singular, a sua sexualidade (GARCIA; LISBOA, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

Diante disso, o roteiro abaixo visa instrumentalizar o enfermeiro para uma conversa sobre sexualidade, seja em ambiente de uma consulta de enfermagem individual, seja para momentos de

<sup>9</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>10</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>11</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>12</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>13</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

atenção compartilhada a grupo de mulheres (BRASIL, 2013; GARCIA; LISBOA, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017):

- Indagar e escutar com empatia e respeito o significado da sexualidade para a mulher, incluindo sua relação com a subjetivação e o reconhecimento do próprio corpo;
- Identificar potencialidades e fragilidades na vivência plena de sua sexualidade, abordando crenças, contradições, tabus, paradigmas, traumas e anseios/medo nesse processo;
- Conduzir e estimular o processo de autoconhecimento e autocuidado de forma ativa, não julgadora, em uma perspectiva de parceria e horizontalidade na construção desse conhecimento;
- Esclarecer e ilustrar com materiais didáticos ginecológicos, quando necessário, sobre anatomia do aparelho reprodutor feminino e masculino, zonas erógenas e resposta sexual humana;
- Abordar aspectos de autoerotização e masturbação (ressignificando a estimulação dos genitais pela mulher, que, culturalmente, ainda é encarada como fonte de culpa e vergonha, e não de satisfação), com objetivo de reforçar ou resgatar seu potencial sexual e, conseqüentemente, seu potencial de saúde, uma vez que, é imprescindível que a mulher saiba se dar prazer para poder obter prazer ao se relacionar com outro;
- Promover a compreensão da diferença entre a sexualidade e a saúde reprodutiva, em que, apesar de interligadas culturalmente e nas políticas públicas, a sexualidade vai além do ato sexual ou dos órgãos genitais, não se restringindo ou limitando a isso;
- Garantir o acesso ao planejamento reprodutivo e para a proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis no exercício da sexualidade;
- Atentar para a identificação e manejo adequado de doenças ou condições que possam interferir na saúde sexual da mulher como doenças ginecológicas, urológicas e doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras.

Salienta-se que os aspectos abordados acima não se esgotam aqui, considerando a abrangência de possibilidades de reflexões e práticas de cuidado em saúde para mulheres na APS. Além disso, muitas vezes durante as consultas de enfermagem em planejamento reprodutivo, pré-natal ou preventivo de câncer de colo uterino e de mama, torna-se impraticável trabalhar as queixas e questões sexuais, conforme demandas e disponibilidade de tempo do profissional e da usuária. Portanto, sempre que possível e oportuno, o Enfermeiro deve fazer um breve esclarecimento para a mulher e agendá-la para uma nova consulta, exclusivamente para tratar das questões sexuais, com a disponibilidade de tempo necessária (GARCIA; LISBOA, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

### 3.1 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS RELACIONADAS À SEXUALIDADE

As diferentes fases de vida da mulher, da puberdade ao climatério e menopausa, suscitam necessidades específicas de atenção, e, conseqüentemente, a possibilidade de surgimento de diferentes queixas. As queixas mais frequentes relacionadas a transtornos da sexualidade referem-se à “frigidez”, dispareunia, vaginismo, anorgasmia e inadequação sexual (GARCIA; LISBOA, 2012). Apesar de não ser frequente e ser classificado como um transtorno de saúde mental, o comportamento sexual compulsivo também pode apresentar-se como uma queixa relacionada à sexualidade em consultas de rotina, cuja identificação precoce e abordagem adequada pelo Enfermeiro pode ter grande impacto na qualidade de vida dessa mulher (SILVA *et al.*, 2020).

As disfunções sexuais podem ser classificadas em: primárias, ou seja, sempre existiram para a mulher; secundárias, quando passaram a ocorrer depois de determinado período/evento; ou situacionais, quando só ocorrem em determinadas condições. Nesse sentido, é fundamental que o Enfermeiro investigue e classifique toda e qualquer queixa sexual para determinar a melhor conduta a ser tomada, de forma integral, resolutiva e contínua (GARCIA; LISBOA, 2012; BRASIL, 2016).

O quadro abaixo apresenta os principais conceitos e manejo das disfunções sexuais mais comuns na APS. Cabe ressaltar que, muitas vezes, é difícil diferenciar as disfunções sexuais isoladamente ou entre si, já que grande parte dos transtornos sexuais possui origem psicogênica. Logo, uma abordagem holística e com foco nas necessidades em saúde da mulher, para além de seu diagnóstico, deve ser a intervenção prioritária da consulta de enfermagem (GARCIA; LISBOA, 2012; BRADFORD, 2020).

### Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<p>Conhecimento deficiente; Conforto prejudicado; Dor aguda; Baixa autoestima situacional / Risco; Disfunção sexual; Padrão de sexualidade ineficaz; Síndrome do trauma de estupro; Ansiedade; Sentimento de impotência; Sofrimento moral.</p>

CIPE	<p>Ansiedade; Autoimagem, Negativa; Baixa autoestima; Comportamento Sexual, Eficaz / Prejudicado; Comportamento, Compulsivo; Crença Cultural, Conflituosa; Crença Religiosa, Conflituosa; Desconforto; Desempenho Sexual, Eficaz / Prejudicado; Dispareunia; Dor (grau); Falta de Confiança; Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual; Risco de Baixa Autoestima, Situacional; Tabu; Trauma do estupro; Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro).</p>
------	---

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>FRIGIDEZ</b></p> <p>Falta de desejo sexual ou desejo sexual hipotivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fatores hormonais:</b> baixos níveis de dopamina e /ou altos níveis de serotonina, hipo ou hipertireoidismo, hiperprolactinemia, baixo nível de testosterona;</li> <li>- <b>Uso de medicamentos:</b> antidopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes;</li> <li>- <b>Fatores psicobiológicos:</b> educação sexual inadequada, repressão sexual, tabus e crenças, vivências destrutivas, rotinização do ato sexual, inadequação sexual, dispareunia e anorgasmia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;</li> <li>- Abordar e manejar queixa de dispareunia, se presente;</li> <li>- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e / ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);</li> <li>- Abordar possíveis sentimentos de culpa, vergonha, repressão sexual, assim como traumas, crenças limitantes e tabus;</li> <li>- Promover reflexão sobre dinâmica familiar / relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;</li> <li>- Dialogar possibilidades da mulher e/ou casal ampliar o repertório sexual (fantasias sexuais, uso de dispositivos estimuladores, mudanças de local e posições ao ato sexual, entre outros);</li> <li>- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;</li> <li>- Em caso de suspeita ou confirmação de frigidez secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

#### Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (b)

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>DISPAREUNIA</b></p> <p>Dor à penetração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dor referida ao início da penetração:</b> ausência de lubrificação adequada por déficit de estrogênio (comum na menopausa, no pós-parto ou com uso prolongado de anovulatórios com baixa dose de estrogênio e/ou altas doses de progesterona); falta de preparo que leve à excitação (preliminares que não respeitem o tempo e preferências da mulher); vaginoses;</li> <li>- <b>Dor durante a penetração profunda:</b> condicionada à posição sexual ou, quando persistente, relacionada à origem patológica / infecciosa (colpite, cervicite, câncer de colo uterino, ou outra patologia ginecológica).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária, secundária ou situacional;</li> <li>- Investigar se ela é no início da penetração ou durante a penetração profunda;</li> <li>- Em caso de dispareunia no início da penetração, recomendar uso de lubrificante vaginal aquoso para todas as mulheres. O uso de lubrificantes não aquosos está contraindicado, em qualquer situação, por causar danos ao preservativo e/ou alteração no pH vaginal;</li> <li>- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo para mulheres climatéricas/menopausadas, prescrever Estriol<sup>14</sup> creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, um aplicador à noite via vaginal por 21 dias e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;</li> <li>- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infecciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;</li> <li>- Para dispareunia situacional, em que se descartou origem patológica, orientar evitar as posições sexuais que lhe causam dor ou assumi-las de modo consciente, reconhecendo que a dor não constitui sinal patognomônico e sim, relacionada à sua estática uterina (posição anatômica do útero e do colo);</li> <li>- Abordar possíveis causas psicogênicas associadas, como aspectos relacionados ao seu padrão de sexualidade, a sentimentos de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;</li> <li>- Em caso de persistência dos sintomas, encaminhar para consulta médica.</li> </ul>

<sup>14</sup>Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

#### Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (c)

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>VAGINISMO</b></p> <p>Contração involuntária da musculatura da vagina que interfere na penetração, impedindo a relação sexual e podendo comprometer a sexualidade e relações interpessoais.</p>	<p>- Etiologia não bem esclarecida, embora comumente associada a <b>fatores psicossociais e afetivos</b>, como questões culturais, religiosas ou mesmo secundárias a vivências sexuais traumáticas;</p> <p>- <b>Secundário a causas físicas:</b> anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, infecções sexualmente transmissíveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese detalhada com vistas a identificar história da queixa e possíveis causas;</li> <li>- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto dessa disfunção na vida da mulher;</li> <li>- Discutir o caso em equipe multiprofissional para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e apoio psicológico, quando necessário;</li> <li>- Identificar e tratar possíveis causas patológicas/infecciosas, de acordo com condutas apresentadas ao longo deste protocolo;</li> <li>- Encaminhar para consulta médica em caso de suspeita ou confirmação de causa orgânica que necessite de tratamento na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).</li> </ul>

**Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (d)**



DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>ANORGASMIA</b></p> <p>Transtorno orgástico feminino, chamado erroneamente de frigidez, que consiste na impossibilidade de a mulher obter orgasmo, mesmo que sinta desejo e excitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desconhecimento;</b></li> <li>- <b>Falta de reconhecimento do próprio corpo</b> e de seu padrão de sexualidade;</li> <li>- <b>Dispareunia;</b></li> <li>- <b>Traumas</b> relacionados à criação e/ou violência contra a mulher;</li> <li>- <b>Fatores psicogênicos:</b> sentimentos de culpa, inadequação sexual, tabus e repressão sexual;</li> <li>- <b>Uso de medicamentos</b> que podem associar-se à inibição orgásmica: amfetilodopa, clonidina, fluoxetina, diazepam, alprazolam, clomipramina, imipramina etc;</li> <li>- <b>Incontinência urinária.</b></li> </ul>	<p>Realizar anamnese e identificar possíveis causas, classificando a disfunção como primária (a mulher nunca experimentou o orgasmo ao longo da vida), secundária (mulheres que tiveram orgasmos anteriores, mas apresentam disfunção orgásmica atual) ou situacional (quando a mulher tem orgasmo por meio da masturbação, mas não durante o ato sexual em parceria, por exemplo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar o referencial de orgasmo da mulher, questionando-a sobre o que é o orgasmo para ela e quais reações corporais ele provoca ou deveria provocar a partir de sua concepção de sexualidade;</li> <li>- Esclarecer que muitas mulheres têm orgasmo e não sabem identificá-lo, contrastando, quando necessário, o referencial de orgasmo da mulher com o estereotipado pela mídia, pelo que ela possa ter aprendido em livros, ou ainda, comparado ao padrão de outras mulheres;</li> <li>- Se confirmada a anorgasmia, realizar educação em saúde sobre anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da resposta sexual humana, utilizando sempre que possível recursos audiovisuais e recomendar exercícios de autoerotização/masturbação como tratamento de primeira linha;</li> <li>- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e/ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);</li> <li>- Abordar possíveis sentimentos de culpa, vergonha, repressão sexual, bem como traumas, crenças limitantes e tabus;</li> <li>- Abordar questões relacionadas à não obrigatoriedade do orgasmo, como a cobrança sobre si e a parceria sexual;</li> <li>- Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;</li> <li>- Promover reflexão sobre dinâmica familiar /relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;</li> <li>- Dialogar possibilidades de a mulher e/ou casal ampliar o repertório sexual (fantasias sexuais, uso de dispositivos estimuladores, mudanças de local e posições ao ato sexual, entre outros);</li> <li>- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;</li> <li>- Em caso de anorgasmia relacionada ao uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Em caso de incontinência urinária, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (e)

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>INADEQUAÇÃO SEXUAL</b></p> <p>Ritmo de atividade sexual e/ou desejo sexual dissonante com a das parcerias sexuais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Falta de autoconhecimento e/ou de conhecimento das parcerias</b> sobre anatomia e zonas erógenas (principalmente a feminina);</li> <li>- <b>Falta de sintonia</b> entre as parcerias sexuais;</li> <li>- <b>Fatores hormonais:</b> hipo ou hipertireoidismo, climatério, menopausa;</li> <li>- <b>Uso de medicamentos:</b> antiparkinsonianos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes;</li> <li>- <b>Traumas, crenças e tabus.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descartar todas as prováveis causas relacionadas às outras disfunções sexuais;</li> <li>- Afastada a possibilidade de outras disfunções, abordar o significado da sexualidade para a mulher, incluindo sua relação com a subjetivação e o reconhecimento do próprio corpo;</li> <li>- Promover e estimular o reconhecimento do próprio corpo, assim como identificar as suas reações através da autoerotização e masturbação (explicar técnicas que incluem, principalmente, a estimulação clitoriana, como uso do jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo. Vídeos, fotos ou textos eróticos e/ou um vibrador podem ser usados para aprimorar essa experiência);</li> <li>- Estimular a mulher a falar com suas parcerias sexuais sobre seus desejos, fantasias, preferências ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha;</li> <li>- Quando pertinente, abordar o casal, esclarecendo sobre anatomia e resposta sexual feminina, demonstrando através de recursos audiovisuais as diferenças entre os sexos, assim como buscando desmistificar crenças e tabus que interferem no exercício pleno da sexualidade;</li> <li>- Promover reflexão sobre dinâmica familiar/relacionamento atual, se pertinente, contemplando aspectos relacionados à rotina sexual e de vida da mulher. Considerar sugestão de terapia de casal;</li> <li>- Investigar e abordar possíveis situações de violência contra a mulher;</li> <li>- Em caso de inadequação sexual secundária a fatores hormonais ou uso de medicamentos, encaminhar para consulta médica;</li> <li>- Manter-se à disposição para seguimento, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

**Quadro 4 - Manejo das Disfunções Sexuais Mais Comuns (f)**

DISFUNÇÃO SEXUAL	PRINCIPAIS CAUSAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>COMPORTAMENTO SEXUAL COMPULSIVO<sup>15</sup></b></p> <p>Padrão persistente de falha em controlar impulsos ou impulsos sexuais repetitivos e intensos, por 6 meses ou mais, que causa sofrimento acentuado ou prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa, família ou comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Transtorno mental de origem neurobiológica</b>, categorizado como “desordem de controle de impulsos”;</li> <li>- Exacerbação do transtorno como <b>evento adverso</b> pelo uso de medicamentos agonistas de dopamina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e impacto desse transtorno na vida da mulher, família ou comunidade;</li> <li>- Explorar motivação da mulher para mudança de comportamento, conforme momento de vida;</li> <li>- Avaliar demais sinais de sofrimento psíquico e transtornos associados;</li> <li>- Abordar planejamento reprodutivo e atentar para vulnerabilidade às IST;</li> <li>- Discutir o caso em equipe multiprofissional para construção de Projeto Terapêutico singular (PTS), se necessário encaminhar para consulta médica/psiquiátrica ou para a AAE, conforme fluxos locais;</li> <li>- Manter coordenação do cuidado, reforçando o vínculo e confiança.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2013; GARCIA; LISBOA, 2012; BRASIL, 2016; BRADFORD, 2020; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2020; SILVA et al., 2020; OMS, 2019.

<sup>15</sup> Apesar de não ser uma queixa frequente e ser classificado como um transtorno de saúde mental, o enfermeiro deve estar atento para esta condição.

## 4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>16</sup>  
*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>17</sup>  
*Tainá Nicola*<sup>18</sup>  
*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>19</sup>  
*Valdecir Zavarese da Costa*<sup>20</sup>  
*Fábio Meller da Motta*<sup>21</sup>  
*Daniel Soares Tavares*<sup>22</sup>  
*Carlíce Maria Scherer*<sup>23</sup>

Desde os anos 90 são debatidas questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos com vistas a assegurar a autonomia dos cidadãos brasileiros sobre sua fecundidade, amparadas por ações promovidas pelo SUS (BRASIL, 1996; BRASIL, 2005). Nesse contexto, o planejamento reprodutivo é um conjunto de ações que visa garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos.

Considerando que este planejamento pode ser realizado individualmente, utiliza-se o termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, pois se trata de uma definição que aborda mais amplamente o conceito (BRASIL, 2013). Do mesmo modo, também é frequente a utilização do ‘termo controle de natalidade’ como sinônimo de planejamento reprodutivo, todavia, se trata de conceitos diferentes, uma vez que o controle de natalidade implica em imposições do governo sobre a vida reprodutiva das pessoas (BRASIL, 2013).

As ações de planejamento reprodutivo se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2016). Ainda, devem incluir e valorizar a participação da parceria sexual, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas contracepcionais ainda são predominantemente assumidos ou atribuídos às mulheres. Assim, a discussão sobre planejamento reprodutivo não deve ser desvinculada das relações de gênero e também do contexto social (BRANDÃO, 2019).

No atendimento aos adolescentes, a atenção à saúde relativa à sexualidade, ao planejamento e à saúde reprodutiva, deve resguardar princípios éticos de respeito à integridade e à autonomia pessoal, sem qualquer tipo de constrangimento. Além disso, deve ser acompanhado do debate sobre gênero, sexualidade, violência, na ampla distribuição de preservativos em locais de sociabilidade juvenil, na provisão de outros métodos contraceptivos, no acesso ao aborto seguro e no apoio aos

<sup>16</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>17</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>18</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>19</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

<sup>20</sup> Enfermeiro. Doutor em Educação. Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>21</sup> Enfermeiro. Especialista. Coren-RS.

<sup>22</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. SMS de Porto Mauá.

<sup>23</sup> Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio.

jovens em suas decisões (BRANDÃO *et al.*, 2021). Para mais informações, acessar o [Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e Adolescente do COREN-RS](#).

Deste modo, cabe ao enfermeiro, durante os atendimentos, promover educação em saúde, acolhimento com escuta, vínculo e avaliação clínica, considerando os direitos sexuais e reprodutivos, autoconhecimento do corpo, escolha dos métodos contraceptivos e formulação do plano de cuidados, conforme roteiro a seguir:

#### Quadro 5 - Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo

##### Educação em Saúde

Pode ocorrer de maneira individual ou coletiva, proporcionando questionamento e reflexão sobre os temas: escolha do método contraceptivo mais adequado, direitos sexuais e reprodutivos, sexo seguro, papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, exposição a riscos, dentre outros. Essas ações devem se desenvolver em caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo.

Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis e prevenção das mesmas. Orientar e oferecer preservativos.

Realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima, qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados.

##### Acolhimento

Acolhimento com escuta qualificada com vistas à melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, à humanização das relações, à operacionalização de uma clínica ampliada que implique na abordagem integral do usuário, para além da doença e suas queixas, bem como promover a autonomia e o protagonismo das mulheres no processo de produção de saúde.

Atentar para oportunidades de busca ativa e realização de ações de rastreamento e promoção da saúde.

## Avaliação clínica da mulher

Objetiva verificar as indicações clínicas e limitações de cada usuária, ponderando os riscos e benefícios. A primeira consulta deve, necessariamente, incluir:

Anamnese:

- Avaliar antecedentes obstétricos e comorbidades (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas) - ver quadro 7 - categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher;
- Uso de medicamentos, álcool, tabaco ou substâncias psicoativas;
- Investigar presença de queixas ginecológicas, como dispareunia e sangramento uterino anormal (consultar capítulo 7 - Assistência de enfermagem nas queixas ginecológicas mais comuns), principalmente se há intenção de uso do dispositivo intrauterino (DIU);
- Abordar as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal e/ou do casal;
- Avaliar o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais;
- Identificar a data da última coleta do citopatológico (CP) de colo uterino e mamografia, bem como o resultado de ambos.

Exame físico geral:

- Sinais vitais, dados antropométricos: peso e altura (para cálculo de índice de massa corporal - IMC);
- Exame clínico das mamas, se indicado (conforme capítulo 5 - Assistência de enfermagem na prevenção e rastreamento do câncer de mama);
- Exame ginecológico e coleta de citopatológico, se indicado (conforme capítulo 6 - Assistência de enfermagem na prevenção e rastreamento do câncer de colo uterino).

Ressalta-se a importância da anamnese e exame físico da parceria, quando houver. O preservativo masculino ou feminino deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional.

## Abordagem de jovens e adolescentes

- Respeitar o sigilo inerente à abordagem em saúde;
- Orientar sobre os métodos de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção;
- Abordar as necessidades de jovens e adolescentes em educação sexual e planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de incapacidade daqueles;

Durante a consulta de enfermagem o(a) adolescente tem direito à privacidade e preservação do sigilo com atendimento em espaço reservado, garantia da confidencialidade, assegurando que não será mencionado aos pais e/ou responsáveis sobre o que foi discutido, sem o consentimento informado deste adolescente.

Para mais detalhamentos acesse o [Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e Adolescente do COREN-RS](#) ou a NOTA TÉCNICA SES/RS N.º: 01/2018 Adolescentes e o direito de acesso à saúde.

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

Na indicação do uso dos métodos contraceptivos, devem ser consideradas as seguintes características, fatores individuais e situacionais (FEBRASGO, 2015; COREN-MS, 2020; COREN - SP, 2019; BRASIL, 2016):

- Eficácia e segurança;
- Preferência de método;

- Critérios de elegibilidade<sup>24</sup>;
- Inocuidade, ou seja, ausência de efeitos secundários adversos;
- Disponibilidade, acesso gratuito e condições socioeconômicas;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade da fertilidade conforme pretensões reprodutivas;
- Fase da vida;
- Estilo de vida;
- Padrão de comportamento sexual;
- Fatores culturais e religiosos;
- Outros fatores, como medo, constrangimento e dúvidas.

Assim, a definição da escolha dos métodos contraceptivos deve se basear principalmente por critérios de elegibilidade definidos pela OMS (2015), que permite escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada usuário.

#### **4.1 CATEGORIAS DA OMS PARA ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

Para cada condição ou característica clinicamente relevante do usuário, os métodos contraceptivos são colocados em uma das quatro categorias. Dependendo do indivíduo, mais de uma condição pode ser considerada em conjunto para determinar a elegibilidade do método (WHO, 2015).

Essas condições e características incluem, entre outras: idade, semanas/meses após o parto, estado de amamentação, tromboembolismo venoso, distúrbios venosos superficiais, dislipidemias, sepse puerperal, gravidez ectópica pregressa, história de doença cardiovascular grave, enxaqueca, doença hepática grave, uso de indutor CYP3A4, uso repetido de pílulas anticoncepcionais de emergência, estupro, obesidade, risco aumentado de IST, viver com HIV, uso de terapia antirretroviral (WHO, 2015).

<sup>24</sup> Embora se ressalte a importância da escolha do método pela usuária, favorecendo sua autonomia, deve-se levar em conta para elegibilidade, o risco-benefício, pois nem sempre o método escolhido poderá ser utilizado, considerando as características clínicas evidenciadas que podem contraindicar seu uso.

**Quadro 6 - Definição das categorias para elegibilidade dos métodos contraceptivos**

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

Fonte: WHO, 2015.

## 4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DA MULHER *VERSUS* MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Apresentam-se os métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS, com suas respectivas categorias de elegibilidade.

**Quadro 7 - Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da mulher**

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO - AOC* Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS DE PROGESTOGÊNIO Minipílula	Enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg	INJETÁVEL COM PROGESTÁGENO (trimestral) Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Idade < 40 anos	1	1	1 1	1	1 2 <sup>A</sup>	1
Idade >= 40 anos	2	1	2	2	1	1
Amamentação: menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	1 <sup>B</sup> 3 <sup>C</sup>	1 (exceto diafragma, se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 semanas a 6 meses do parto	3	1	3	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	1	2	1	1	1
Obesidade	2	1	2	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	4 <sup>D</sup> 2 <sup>E</sup>	1
Fumo: < 35 anos	2	1	2	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; ≤ 15 cigarros/dia.	3	1	3	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	1	4	1	1	1
HA sem acompanhamento	3	2	3	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HA)
HA controlada em acompanhamento	3	1	3	2	1	1
HA: PAS 140-159 e PAD 90-99	3	1	3	2	1	1

mmHg						
HA com PAS>160 e PAD≥100 mmHg	4	2	4	3	1	1
HA + portadora de doença vascular	4	2	4	3	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	3	4	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	2	4	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	2	4	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1	-
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	2	3/4	3	1	1
Enxaqueca sem aura (< 35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1 (introdução do método) 2 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	2	1	1
Enxaqueca sem aura (≥ 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	-

Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	-
Uso atual de anticonvulsivantes <sup>F</sup>	3	3	2	1	1	-
Uso de TARV/HIV	2 <sup>G</sup>	2 <sup>G</sup>	2 <sup>G</sup>	2 <sup>G</sup>	1	1
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	1

Fonte: adaptado de WHO, 2015; BRASIL, 2016.

Notas: em situação de gravidez ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nos casos em que forem usados acidentalmente AOC e injetável combinado mensal durante a gravidez. Quanto ao progestágeno oral ou injetável trimestral, ainda não está definida a relação entre o uso na gravidez e os efeitos sobre o feto.

#### LEGENDA:

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

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

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

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

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

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

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

### 4.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Cada método possui vantagens e desvantagens, assim como não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha (BRASIL, 2009). Em relação à prevenção de ISTs, incluindo HIV, nem todos têm caráter preventivo, somente a associação simultânea da contracepção aos preservativos feminino ou masculino conferem dupla proteção (contracepção e ISTs) (COREN-SP, 2019. BRASIL, 2016).

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

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

Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016.

#### 4.3.1 Métodos Comportamentais

São técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. O êxito dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Em geral, os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso (COREN-SP, 2019).

O período fértil compreende o tempo de viabilidade do espermatozoide (cinco dias) e o tempo que o óvulo permanece vivo (24 horas), sendo, portanto, de seis dias em cada ciclo menstrual. No entanto, não existe uma determinação precisa deste período, que é variável para cada mulher e, mesmo na própria mulher, em cada um de seus ciclos (FEBRASGO, 2015).

Os métodos comportamentais não possuem efeitos colaterais, nem riscos à saúde, além de não apresentarem demora no retorno da fertilidade após a interrupção de uso, contudo, nenhum desses impede a contaminação por ISTs (FEBRASGO, 2015).

**Quadro 8 - Síntese dos principais métodos comportamentais**

MÉTODO	DESCRIÇÃO	INSTRUÇÕES
<b>Tabela – Ogino-Knaus</b>	<p>Cálculo dos dias em que provavelmente a mulher estará mais apta a engravidar, caso tenha relações sexuais desprotegidas. O cálculo do período fértil da mulher é realizado através de seu histórico menstrual, avaliando pelo menos seus últimos 6 meses.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo);</li> <li>2. Verificar o ciclo mais curto e o mais longo (exemplo, 25 e 34 dias, respectivamente);</li> <li>3. Calcular a diferença entre eles (neste exemplo, 9 dias). Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar este método;</li> </ol> <p>Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:        Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.        Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.        No exemplo: Início do período fértil = 25 – 18 = 7° dia. Fim do período fértil = 34 – 11 = 23° dia.        No exemplo, o período fértil determinado foi do 7° ao 23° dia do ciclo, com uma duração de 17 dias.        Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil (no exemplo acima, do 7° ao 23° dia).</p>
<b>Muco cervical ou billings</b>	<p>Baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual.</p>	<p>Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso, mediante sensação de secura ou umidade da vulva. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil.</p> <p>Analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia.</p> <p>À medida que se aproxima o dia da ovulação, o muco cervical vai ficando parecido com a clara de ovo, elástico, transparente e escorregadio e a vagina vai ficando mais úmida, facilitando a entrada dos espermatozoides no útero. O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal nos dias em que o muco cervical estiver parecido com a clara de ovo até o quarto dia após o muco ter desaparecido.</p> <p>Após a ovulação, o muco perde a elasticidade e diminui em quantidade.</p>

<b>Coito interrompido</b>	<p>É quando o homem pressente a ejaculação e retira o pênis da vagina da parceira. A ejaculação acontece fora do órgão genital feminino.</p>	<p>Apesar de ser muito usado, não deve ser estimulado como método anticoncepcional, porque é grande a possibilidade de falha, considerando que o líquido que sai pouco antes da ejaculação pode conter espermatozoides. Além disso, às vezes o homem não consegue interromper a relação antes da ejaculação.</p>
<b>Método da lactação e amenorreia – LAM</b>	<p>Consiste na manutenção da amamentação exclusiva por até 6 meses após o parto com amenorreia.</p> <p>Fundamenta-se na hiperprolactinemia existente em resposta ao estímulo da sucção durante a amamentação e, conseqüentemente, níveis de FSH e de LH insuficientes para estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos.</p>	<p>A eficácia da amamentação como método contraceptivo depende da sucção frequente para promover intensa liberação de prolactina e o conseqüente bloqueio da liberação pulsátil de gonadotrofinas pela hipófise.</p> <p>Condições presentes para que a LAM seja eficaz como método contraceptivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. o bebê possuir até 6 meses de vida;</li> <li>2. a nutriz estar em completa amenorreia;</li> <li>3. o aleitamento materno deve ser exclusivo, ou seja, na hora em que o bebê quiser, sem chás, sucos ou água.</li> </ol> <p>A ausência de um destes critérios descaracteriza a LAM como método contraceptivo.</p> <p>Eficácia: é um método de alta eficácia, sendo o índice de falha de 0,5 a 2% em seis meses. No entanto, a eficácia depende da usuária: em uso rotineiro, ocorre maior risco de gravidez (2%) e quando usado de forma correta, ocorre menos de 1% de gravidez.</p>

**Atenção: os métodos comportamentais não são indicados para mulheres que apresentem longos períodos de anovulação, ciclos irregulares ou amenorreia, assim como para adolescentes, nos períodos pós-parto, pós-aborto, durante a amamentação e na perimenopausa, ou seja, nas situações em que as mulheres tenham dificuldade de interpretar seus sinais de fertilidade. Esses métodos também não estão indicados nos casos em que a gravidez constitui risco de vida.**

Fonte: FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2013; COREN-SP, 2019.

#### 4.3.2 Métodos Hormonais

Os anticoncepcionais hormonais possuem duas formas de administração:

- Os de uso oral, classificam-se em pílulas combinadas (que contêm estrogênio + progesterona), as minipílulas (que contêm só progesterona), além da contracepção de emergência, que é uma alternativa de caráter excepcional;
- Os injetáveis, que contêm progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração intramuscular, com doses hormonais de longa duração, de administração mensal ou trimestral.



## Quadro 9 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais

TIPO / APRESENTAÇÕES	INSTRUÇÕES PARA O USO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS
<b>Anticoncepcional Oral Combinado - AOC</b>  Etinilestradiol/  desogestrel 0,03/0,15 mg  Etinilestradiol/ gestodeno 0,02/0,075 mg	<p><b>Uso:</b> ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário, respeitando o intervalo entre a cartela seguinte (7 dias).</p> <p><b>Início do método:</b> <b>Mulher com ciclos menstruais:</b> preferencialmente no 1º dia do ciclo menstrual, podendo ser administrado até o 5º dia (mantendo o uso de preservativo por 7 dias após início do método).</p> <p><b>Pós-parto, não amamentando:</b> iniciar o uso de AOC após 21 dias do parto, desde que com certeza de que não está grávida.</p> <p><b>Pós-parto, amamentando:</b> iniciar o uso de AOC após o sexto mês, excluindo-se uma possível gravidez, independentemente do retorno da menstruação.</p> <p><b>Pós-aborto:</b> iniciar nos primeiros sete dias após ou a qualquer momento, desde que excluída a possibilidade de gestação.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%</p>	<p>O retorno à fertilidade ocorre em torno de 4 a 5 ciclos após a interrupção do AOC.</p> <p><b>Em caso de esquecimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Até 24 horas, ingerir o comprimido imediatamente, utilizando o seguinte no horário regular.</li><li>- Após 24 horas, ingerir dois comprimidos no horário regular e continuar o uso diário.</li><li>- Se houver o esquecimento de mais de dois comprimidos, utilizar preservativo durante sete dias e continuar o uso diário da forma habitual.</li><li>- Mais de um episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da mesma.</li></ul> <p><b>Pílulas extras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se a paciente tomar duas pílulas em um dia por engano, ela deve retomar seu horário normal de tomar uma pílula diariamente no dia seguinte, não deve pular um dia. A cartela vai completar um dia antes.</li></ul> <p><b>Episódios de vômitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se ocorrer vômitos até 2 horas após a ingestão do comprimido, utiliza-se outro comprimido assim que possível (de outra cartela), retomando o uso habitual até o término da cartela.</li><li>- Em casos graves de diarreias ou vômitos que perduram por mais de 24 horas, utiliza-se o AOC acrescido do uso de preservativos</li></ul>	<p>Náuseas; Cefaléia; Sangramento irregular; Acne; Mastalgia.</p>



		<p>durante uma semana após a resolução do quadro.</p> <p>- Sinais de alerta: dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros, cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula, perda momentânea da visão, escotomas e icterícia. Na presença destes, encaminhar para avaliação médica.</p> <p><b>Interações medicamentosas:</b> Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do contraceptivo hormonal, são: Fenobarbital, Fenitoína, Griseofulvina, rifampicina (único antibiótico comprovado para diminuir a eficácia dos AOC), carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, felbamato ou oxcarbamazepina.</p>	
<p><b>Anticoncepcional Oral apenas de progestogênio - Minipílula</b></p> <p>Noretisterona 0,35 mg</p>	<p><b>Uso:</b> ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário. O intervalo não deve exceder três horas de atraso na tomada diária pelo risco de falha. Não há pausa entre as cartelas, mesmo durante eventual sangramento tipo menstruação. Início do método:</p> <p><b>Pós- parto, não amamentando:</b> se a menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento. Não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.</p> <p><b>Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não):</b> somente após 6 semanas do parto, desde que haja certeza de que não está grávida, associando a outra proteção contraceptiva por sete dias.</p> <p><b>Pós- aborto:</b> iniciar até sete dias após o aborto. Se ultrapassar este período, iniciar desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.</p> <p><b>Mulher tem amenorreia:</b> se não estiver grávida, iniciar a qualquer momento,</p>	<p>A utilização da minipílula não prejudica a quantidade e a qualidade do leite materno.</p> <p><b>Em caso de esquecimento:</b> atraso da ingestão de uma pílula em três horas ou mais ou esquecer completamente:</p> <p>- Ingerir uma pílula assim que possível, continuando a tomada diária seguinte e associar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p>- Se a mulher estiver em amenorreia ou amamentando (com menos de seis meses após o parto), tomar uma pílula assim que possível e continuar o uso diário.</p> <p><b>Episódios de vômitos:</b> Se ocorrer até duas horas após a ingestão do comprimido, deverá ingerir outra pílula da cartela assim que possível, continuar o uso diário e associar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p><b>Interações medicamentosas:</b> Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do método são fenitoína,</p>	<p>Alterações no fluxo menstrual desde amenorreia até sangramento frequente, irregular, ocasional ou prolongado; Cefaleia;</p> <p>Náuseas;</p> <p>Sensibilidade mamária.</p>



	<p>utilizando outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p><b>Mulher com ciclos menstruais:</b> iniciar até cinco dias após o início da menstruação. Também pode ser iniciado em qualquer fase do ciclo, havendo certeza de não estar grávida. Utilizar outra proteção contraceptiva por dois dias.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%</p>	<p>carbamazepina, topiramato, e barbitúricos, além dos medicamentos rifampicina e rifabutina.</p>
<p><b>Contraceção de Emergência</b></p> <p><b>Levonorgestrel 0,75 mg</b></p> <p><b>Método Yuzpe</b></p>	<p><u>Levonorgestrel 0,75 mg:</u> iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dose de 1,5 mg em dose única, via oral (2 comprimidos juntos) preferencialmente;</li><li>OU</li><li>- 1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas, via oral (total de 2 comprimidos).</li></ul> <p>Caso a mulher esteja inconsciente (como nos casos de violência), o comprimido poderá ser utilizado por via vaginal.</p> <p><u>Yuzpe:</u> Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel. Utiliza-se a dose <b>total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel</b>, divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas, conforme um dos esquemas abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 0,05 mg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel: 2 comprimidos a cada 12 horas;</li></ul> <p>OU</p>	<p>Indicado emergencialmente para prevenção da gestação quando houver relação sexual desprotegida, sem uso de métodos contraceptivos, em relações em que há falha conhecida ou presumida pelo uso inadequado do método ou em casos de violência sexual.</p> <p><b>A contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente.</b> É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente deste método compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição, além disso, poderão ocorrer graves danos à saúde. Não é um método abortivo, pois não interrompe uma gestação estabelecida. Se episódios de vômitos ocorrerem em até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após o uso de um antiemético e de uma refeição leve.</p> <p>Náuseas; Vômitos; Vertigem; Cefaleia; Mastalgia;</p> <p>Geralmente estes eventos apresentam remissão espontânea nas primeiras 24 horas após a tomada do contraceptivo.</p>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- 0,03 mg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel (como o Ciclo 21): 4 comprimidos a cada 12 horas.</li></ul> <p><b>Utilizar este método somente em situações especiais, onde o levonorgestrel estiver indisponível.</b></p>	<p>Uma vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais, diferentemente do método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia do método.</p>	
<p><b>Injetável combinado mensal</b></p> <p><b>Enantato de norestisterona + Valerato de Estradiol 50/5 mg</b></p>	<p><b>Uso:</b> preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual ou a qualquer momento, desde que não esteja grávida.</p> <p><b>Doses seguintes:</b> independentemente do padrão do ciclo, em intervalos de <math>30 \pm 3</math> dias, isto é, no mínimo 27 e no máximo 33 dias.</p> <p><b>Início do método:</b></p> <p><b>Pós- parto, não amamentando:</b> iniciar a qualquer momento a partir do 21º dia do parto, excluída a possibilidade de gravidez.</p> <p><b>Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não):</b> iniciar na sexta semana após o parto ou quando a amamentação não for mais exclusiva - o que ocorrer primeiro.</p> <p><b>Pós- aborto:</b> imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%</p>	<p>Não necessita de pausa entre as aplicações.</p> <p><b>Em caso de atraso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- até 7 dias: aplicar nova injeção;</li><li>- acima de 7 dias: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos 7 dias subsequentes.</li></ul> <p>Se houver descontinuidade do método, deve-se evitar relações sexuais desprotegidas ou utilizar métodos adicionais não hormonais. Contraindicar métodos de tabelinha (Ogino-knaus) ou da temperatura, pois o injetável mensal modifica as variações de temperatura e do muco cervical que ocorrem durante o ciclo menstrual normal.</p>	<p>Alterações no padrão da menstruação (menstruação irregular, ocasional, prolongada ou ausente; fluxo com menor intensidade ou menos dias);</p> <p>Aumento de peso;</p> <p>Cefaleia comum ou enxaqueca;</p> <p>Sensibilidade mamária.</p> <p><b>Sinais de alerta:</b> dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros; cefaleia intensa que inicia ou piora após o uso do método; perda breve da visão; escotomas cintilantes ou linhas em zigue-zague; icterícia.</p>
<p><b>Injetável com progesterona trimestral</b></p> <p><b>Acetato de medroxiprogesterona 150 mg</b></p>	<p><b>Uso: nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual.</b></p> <p><b>Doses seguintes:</b> intervalos de 12 semanas, com <math>\pm 2</math> semanas.</p> <p><b>Início do método:</b></p>	<p>O restabelecimento da fertilidade é gradual e pode apresentar alguma demora.</p> <p><b>Em caso de atraso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- até 2 semanas: aplicar nova injeção;</li></ul>	<p>Alterações de humor ou no desejo sexual;</p> <p>Amenorreia ou sangramento menstrual irregular;</p> <p>Sensibilidade mamária;</p> <p>Ganho de peso;</p>



	<p><b>Pós-parto, não amamentando:</b> se menos de quatro semanas, iniciar imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Se mais de quatro semanas, iniciar a qualquer momento, excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio por 7 dias.</p> <p><b>Pós-parto, amamentando (exclusivo ou não):</b> se não houver retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento desde que não esteja grávida, com método de apoio por 7 dias.</p> <p><b>Pós-aborto:</b> imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluída a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- acima de 2 semanas: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos próximos 7 dias.</li></ul>	<p>Depressão;</p> <p>Acne;</p> <p>Cefaleia</p>
<p><b>*Implanon NXT®<sup>25</sup></b></p> <p><b>68 mg de etonogestrel</b></p>	<p><b>Indicação de uso:</b></p> <p>Prevenção da gravidez não planejada em mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,1%</p>	<p>O princípio ativo é liberado durante o período de três anos.</p> <p>Caso o implante não seja palpável após a inserção, recomenda-se a utilização de um método anticoncepcional não hormonal até que seja confirmada a presença do implante contraceptivo.</p> <p><b>Contraindicações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Distúrbio tromboembólico venoso ativo;</li><li>- Presença ou histórico de tumor hepático, benigno ou maligno;</li><li>- Presença ou histórico de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal;</li></ul>	<p>Podem ocorrer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mudanças no padrão de sangramento menstrual, ou na duração;</li><li>- Infecção vaginal, cefaleia, acne, sensibilidade e/ou dor mamária e aumento de peso;</li><li>- Complicações no local do implante, como: eritema, hematoma, equimose, dor e edema</li></ul>

<sup>25</sup> Método incluído pelo SUS, com critérios de uso estabelecidos por meio da PORTARIA SCTIE/MS N.º 13, DE 19 DE ABRIL DE 2021.



- Presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteroide sexual;
- Sangramento vaginal não diagnosticado;
- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de IMPLANON NXT®;
- Uso durante a gravidez ou em caso de suspeita.

\*Conforme Parecer do CONSELHEIRO FEDERAL N.º 277/2017/COFEN, o Enfermeiro possui competências técnicas, e poderá adquirir habilidades, se for capacitado, para a inserção e remoção de implantes subdérmico, dentre eles o Implanon®. O parecer do COFEN poderá ser utilizado como embasamento pela instituição de saúde.

Fonte: COREN - SP, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2013, FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2011; ALLEN, 2022; KAUNITZ, 2021; BRASIL, 2021a; BAYER®, 2013

### 4.3.3 Métodos de Barreira

São assim denominados por impor obstáculos à ascensão dos espermatozoides na cavidade uterina, impedindo a fecundação, sendo classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista (FEBRASGO, 2015). Preservativos masculinos e femininos, diafragma, espermicidas e DIU de cobre são os métodos disponíveis, no entanto, os preservativos são os únicos métodos que protegem contra a transmissão de ISTs (BRASIL, 2016).

## Quadro 10 - Síntese de Métodos de barreira

TIPO / APRESENTAÇÕES	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES	OBSERVAÇÕES
<p><b>Preservativo masculino</b></p>	<p>Involúcro para o pênis, de material fino e elástico, composto de látex e lubrificado.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 13%</p>	<p>Ver orientações de colocação no apêndice 1.</p> <p>Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade.</p> <p>Devem ser utilizados apenas lubrificantes à base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex.</p> <p>Em caso de ruptura: iniciar contracepção de emergência, conforme descrito neste protocolo e profilaxia contra ISTs, conforme descrito no <a href="#">PCDT-IST (2020)</a>.</p>	<p>Fatores de risco para ruptura ou escape:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Más condições de armazenamento;</li> <li>- Embalagem danificada;</li> <li>- Não observação do prazo de validade;</li> <li>- Lubrificação vaginal e/ou anal insuficiente;</li> <li>- Uso de lubrificantes oleosos;</li> <li>- Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;</li> <li>- Tamanho inadequado do preservativo em relação ao pênis;</li> <li>- Perda de ereção durante o ato sexual;</li> <li>- Retirar o pênis da vagina sem que se segure a base do preservativo;</li> <li>- Não retirar o pênis imediatamente após a ejaculação;</li> <li>- Uso de dois preservativos simultaneamente.</li> </ul>



<b>Preservativo feminino</b>	<p>Consiste num tubo de poliuretano ou látex, lubrificado. O de poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 21%</p>	<p>Deve ser colocado em qualquer momento, anteriormente à penetração e retirado com cuidado após o término da relação; Ver orientações de colocação no apêndice 1.</p> <p>Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade.</p> <p>O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser utilizados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O anel externo do preservativo feminino pode deslizar dentro da vagina. Se isso acontecer basta o homem retirar o pênis, colocar o mesmo preservativo de maneira correta e reintroduzir o pênis. Não é necessário usar novo preservativo;</li><li>- Durante a penetração, o preservativo pode provocar um pequeno ruído. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos;</li><li>- Não deve ser utilizado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.</li></ul>
<b>Diafragma</b>	<p>Anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides. O prazo de validade do diafragma é, em média, de cinco anos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 17%</p>	<p>O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Se utilizado continuamente é aconselhável retirá-lo uma vez ao dia, lavá-lo (desde que ao menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital.</p> <p>Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação. Urinar e lavar as mãos antes de colocá-lo. Antes de cada uso, examiná-lo cuidadosamente contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.</p> <p>Ver técnica para medição e colocação no apêndice 1.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O uso frequente de espermicida associado ao diafragma pode causar irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção por IST.</li><li>- Na detecção de IST, deve-se suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova IST.</li></ul> <p><b>Contraindicações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Alto risco para IST ou portadoras de HIV/AIDS;</li><li>- Infecções urinárias e candidíase de repetição;</li><li>- Alergia ao látex. Não se aplica ao diafragma de plástico;</li><li>- História de síndrome do choque tóxico;</li><li>- Prolapsos genitais;</li><li>- Antes de seis meses após o parto.</li></ul>

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2013, FEBRASGO, 2015.

#### 4.3.4 Dispositivo Intrauterino - DIU de cobre

Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCU 380A) destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível, não hormonal e geralmente bem tolerado pela maioria das mulheres (BRASIL, 2018b; POCIUS; BARTZ, 2021). Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura (BRASIL, 2018b).

**O enfermeiro possui amparo legal para realizar a consulta, prescrição, inserção e retirada do DIU, desde que esteja devidamente capacitado para execução desta técnica e cumprindo o disposto na Resolução COFEN n.º 358/2009 e na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, conforme parecer COFEN n.º 278/2017 e n.º 04/2019 (BRASIL, 2016; COFEN, 2017; COFEN, 2019). Ainda cabe destacar a Resolução COFEN n.º 690/2022, a qual normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.**

Este protocolo atende ao Parecer COFEN n.º 278/2017, o qual ratifica que não há necessidade de o Conselho Federal de Enfermagem emitir nova resolução que normatize as ações do enfermeiro na política de planejamento reprodutivo e sexual, incluindo os métodos contraceptivos, considerando o respaldo disposto na Lei n.º 7498/1986 para realização de consulta de enfermagem, subsidiando o profissional na sua tomada de decisão.

**Quadro 11 - Síntese de Dispositivo Intrauterino de cobre**

TIPO / APRESENTAÇÕES	QUANDO INDICAR	INÍCIO DO MÉTODO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS
<p><b>Dispositivo intrauterino de cobre - DIU Tcu-380 A</b></p>	<p>- A inserção do DIU pode ocorrer na consulta de enfermagem para toda e qualquer mulher que preencha os critérios de elegibilidade, independentemente se adolescente ou adulta, e manifeste o desejo;</p> <p>- Mulheres com risco de contrair ou infectadas por HIV ou que tenham AIDS em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente estáveis podem colocar o DIU com segurança;</p> <p>- As usuárias com AIDS devem ser reavaliadas na unidade básica sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento (monitorização para doença inflamatória pélvica).</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,6 a 0,8%.</p>	<p><b>Se apresenta ciclos menstruais:</b> a qualquer momento do mês. Se passados mais de 12 dias do início da menstruação, poderá colocar o DIU a qualquer momento, desde que se exclua a possibilidade de gravidez. Não há necessidade de método de apoio;</p> <p><b>Se está mudando de outro método:</b> a qualquer momento, se o uso do outro método for regular e correto ou ainda se houver certeza razoável de que não está grávida. Não há necessidade de método de apoio;</p> <p><b>Após contracepção de emergência:</b> pode ser inserido imediatamente;</p> <p><b>Após o parto***:</b> até 48 horas, desde que não haja infecção puerperal. Se já se passaram mais de 48 horas após o parto, aguardar a inserção por quatro semanas ou mais;</p> <p><b>Após quatro semanas do parto:</b> poderá colocar o DIU a qualquer momento desde que não esteja grávida. Se a menstruação tiver retornado, poderá colocar o DIU</p>	<p>No caso de inserção do DIU fora do período menstrual é recomendada a realização do teste rápido de gravidez antes da inserção, para excluir a possibilidade de gestação.</p> <p>Consultas de revisão: entre 30 e 45 dias da inserção do dispositivo. Após, realizar consultas de rotina.</p> <p>O retorno à fertilidade, se dá imediatamente após a remoção do dispositivo.</p> <p>A mulher poderá realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. Deve ser orientada a usar preservativo masculino ou feminino durante 7 dias após a colocação, período de adaptação do organismo.</p> <p>O DIU de cobre pode permanecer no útero por até 10 anos.</p> <p><b>Contraindicações para uso do método:</b> alergia ao cobre, útero bicorno, septado ou com intensa estenose cervical, miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial*, em vigência de ISTs, tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos</p>	<p>Alterações da menstruação: ciclos mais intensos e fluxo aumentado nos primeiros meses;</p> <p>Dor aguda na parte inferior do abdômen ou cólicas;</p> <p>Possibilidade de anemia;</p> <p>Expulsão;</p> <p>Reações vasovagais, no momento da inserção, tais como suor, vômito ou desmaios breves ocorrem em, no máximo, 0,5 a 1% das mulheres.</p> <p><b>Sinais de alerta:</b> febre, dor pélvica aguda e persistente.</p>

como indicado para mulheres que apresentem ciclos menstruais;

**Após aborto (espontâneo ou não):** imediatamente se houver certeza de que não está grávida e não houver infecção. Não há necessidade de um método de apoio;

Para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo.

estágios clínicos 3 e 4, infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica\*\*, endometrite, cervicite mucopurulenta, tuberculose pélvica e câncer de colo uterino.

Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nestes casos.

\*Somente os miomas que distorcem a cavidade uterina são contraindicados ao método (BRASIL, 2018b).

\*\* Nas mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP), há pelo menos três meses e adequadamente tratadas, a inserção do DIU pode ser realizada (BRASIL, 2018b).

\*\*\* A inserção do DIU no pós-parto pode ser discutida com a usuária durante o pré-natal, pois se trata de um momento oportuno para esclarecimentos de dúvidas e sensibilização ao uso do método. Para mais informações acessar o [Manual técnico para profissionais de saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A](#) (BRASIL, 2018b).

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2018b, FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2021a.



## INSERÇÃO DO DIU

O DIU deve ser alojado corretamente no útero, para minimizar o desconforto da mulher e o risco de expulsão. A inserção pode ser feita por profissional enfermeiro treinado e não deve ser uma prática exclusiva do especialista ou vinculada à realização de exames complementares, como ultrassonografia de rotina (BRASIL, 2018b). No quadro a seguir é abordado o passo a passo para realização do procedimento, contudo, há a necessidade de treinamento prático para execução do mesmo.

**Quadro 12 - Técnica de inserção do DIU de cobre****Materiais necessários na APS**

Os instrumentos devem estar sob esterilização cirúrgica: Histerômetro; pinça de Pozzi; pinça cheron (para antisepsia); espéculo (pode ser descartável); tesoura (a tesoura curva pode facilitar no corte do fio); pacote de gaze; luva de procedimento; luva estéril e foco de luz.

**Explicação sobre o procedimento**

Explicar o procedimento à mulher, esclarecendo suas dúvidas acerca da manipulação do colo e da passagem do dispositivo pelo orifício interno, visto que pode ser desconfortável para algumas mulheres.

**Realização do exame pélvico bimanual**

O exame bimanual determina o tamanho, posição, consistência e mobilidade do útero e identifica pontos dolorosos que possam indicar a existência de uma infecção. Um útero retrovertido, ou seja, voltado para trás, exige a retificação com tração da pinça Pozzi durante a inserção do DIU. Até esse momento pode ser utilizada uma luva de procedimento.

**Avaliação do colo uterino**

Posicionar a usuária em posição ginecológica ou litotômica. Realizar avaliação do colo uterino com espéculo. Se identificados sinais de infecção do trato genital, como secreção purulenta ou presença de lesões, adiar a inserção do dispositivo até a resolução do quadro. A ectopia do colo não é contraindicação para inserção do DIU.

A partir de então, realizar procedimentos de prevenção de infecções como utilização de luvas estéreis, usar instrumentos esterilizados e realizar a limpeza do colo do útero com antisséptico à base de água com iodofórmio ou cloridrato de clorexidina, minimizando as chances de infecção uterina posterior à inserção do DIU.

### Histerometria

Realizar pinçamento do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi, delicadamente;

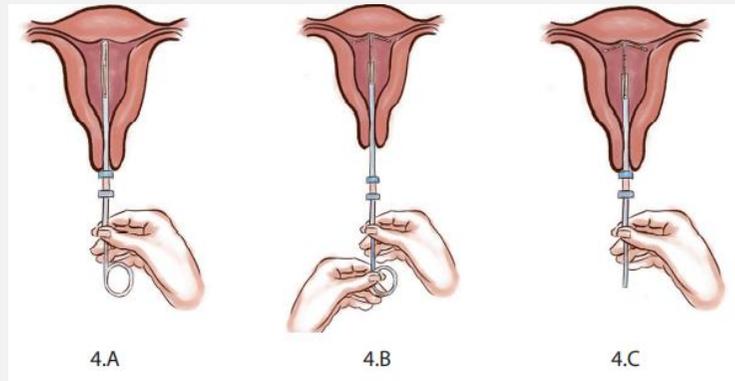
Fazer a histerometria de forma lenta e delicada para determinar a profundidade e a angulação uterina. Com isso, reduz-se o risco de perfuração do útero, que pode ocorrer se o histerômetro ou o DIU for inserido de forma abrupta, muito profundamente ou em ângulo incorreto.

### Preparação do DIU

Certificar-se de que a luva permanece estéril, caso contrário, deve-se trocá-la;  
Solicitar ao auxiliar a abertura da embalagem do DIU de acordo com orientações do fabricante;

Introduzir as hastes no condutor-guia de inserção.

### Inserção



Durante a inserção, mantenha as hastes do DIU na posição horizontal, com os ramos horizontais no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero;

Alojar o DIU no fundo do útero (ver figura ao lado - posicionamento adequado), pois isso reduz ao mínimo a ocorrência de expulsão e de gravidez acidental;  
Seguir as instruções do fabricante na colocação do DIU.

A maior parte dos fabricantes do DIU orienta utilizar técnica retrátil para sua colocação. Neste sistema, o tubo de inserção, carregado com o DIU, é inserido até o fundo (4A), conforme medida indicada pelo histerômetro e, em seguida, o tubo de inserção é retirado parcialmente, enquanto o êmbolo interno é mantido fixo (4B). Isto libera as hastes do DIU e o coloca em posição. Aguardar alguns segundos e, em seguida, retirar primeiramente o êmbolo e depois o tubo-guia (4C).

Em seguida, cortar os fios deixando-os com cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.

### Documento informativo e termo de consentimento informado para inserção do DIU

É importante que seja disponibilizado documento informativo sobre o procedimento realizado, orientando de forma clara os benefícios do método escolhido e os cuidados pós-inserção, bem como a taxa de falha, efeitos colaterais, riscos de expulsão e sinais de alerta. O impresso contido dentro da embalagem do DIU de cobre com informações e lote do produto deve ser entregue à usuária devidamente assinado e carimbado pelo profissional o qual realizou a inserção. Neste, deve-se registrar o comprimento do fio em relação à cérvix uterina para controle da mulher e do profissional de saúde em consultas subsequentes. Poderá ser anexada cópia do termo de consentimento informado utilizado para documentar a vontade da mulher e a autorização para o procedimento com informações.

#### Atenção:

- Adotar uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave durante todas as fases da histerometria e inserção do DIU. Isto reduz o desconforto da mulher e minimiza as chances de perfuração uterina, laceração do colo do útero e outras complicações;
- Manter a mulher deitada por cerca de quinze minutos após o procedimento pode reduzir o desconforto. O profissional de saúde deve se certificar de que ela está bem antes de sentá-la;
- Após o término do procedimento, deve-se registrar no prontuário o comprimento dos fios do DIU em relação ao colo uterino. Este será um parâmetro importante para avaliar a correta localização do DIU na cavidade uterina, na consulta de revisão. Caso o fio não seja localizado ou se apresente maior do que o deixado no momento da inserção, considerar a possibilidade de mal posicionamento ou expulsão parcial do DIU.

#### Reação vagal durante a inserção do DIU:

Não se deve utilizar manobras bruscas na tração do colo do útero após o pinçamento, já que algumas mulheres são mais suscetíveis à reação vasovagal. As principais reações encontradas são hipotensão, palidez, bradicardia e sudorese. Caso as manifestações descritas anteriormente ocorram antes da introdução do DIU é sugerida a suspensão do procedimento. A simples permanência em decúbito dorsal e observação clínica são suficientes na maioria dos casos.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018b.

## CONSULTA DE REVISÃO

Após a inserção do DIU com cobre, toda usuária deve retornar à unidade da APS para uma **consulta de revisão entre 30 e 45 dias** da inserção do dispositivo intrauterino. Neste momento, o enfermeiro deve realizar exame clínico-ginecológico, avaliação do padrão de sangramento e da satisfação da mulher e parceria com o método. Entretanto, a mulher também deve ser orientada a procurar atendimento a qualquer tempo caso apresente algum sintoma como febre, sangramento uterino excessivo, suspeita de expulsão do dispositivo, leucorreia malcheirosa, suspeita de gestação, dor pélvica aguda e persistente, que podem ser sinais de doença inflamatória pélvica por presença de cervicite por Chlamydia assintomática no momento da inserção. Nesse caso, a mulher deve ser tratada, não sendo necessária a remoção do DIU, se a sintomatologia regredir rapidamente. Se persistir, é preciso retirar o dispositivo (BRASIL, 2018b).

Cabe destacar que **não é necessário fazer ecografia transvaginal de rotina para confirmar posicionamento após colocação de DIU**. As mulheres devem ser orientadas a retornar para avaliação caso apresentem os sinais de alerta, conforme supracitado.

A ultrassonografia após inserção do DIU deve ser solicitada nos seguintes casos (BRASIL, 2018b; COREN-MS, 2020):

- Previamente à inserção em casos selecionados, como exemplo, na suspeição de má formação uterina ou para a investigação de sangramento uterino anormal sem diagnóstico;
- Para identificar a presença do DIU quando da ausência de fio visível na cérvix ou nos casos de fio com comprimento mais longo que aquele registrado no momento da inserção.

## PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES

Complicações graves são raras e incluem expulsão (3 a 6% no primeiro ano), doença inflamatória pélvica (1% nos primeiros 20 dias, e 0,5% nos primeiros 3 a 6 meses), insuficiência contraceptiva (0,6 a 0,8% no primeiro ano) com aumento do risco de gravidez ectópica se a falha ocorrer, e perfuração (0,01%). A má posição é um efeito colateral menos grave e ocorre em até 10% das mulheres. Os efeitos colaterais comuns como dor e sangramento irregular são os motivos mais citados para a remoção do DIU nos primeiros 6 meses (28 a 35% e 10 a 19%, respectivamente). Neste sentido, o reconhecimento e o gerenciamento de efeitos colaterais, pelo enfermeiro, são importantes para melhorar a satisfação da usuária e a continuidade do uso (POCIUS; BARTZ, 2021; BRASIL, 2021a).

### Quadro 13 - Manejo das intercorrências mais comuns na utilização do DIU de cobre

#### TAXONOMIA

#### PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Risco de sangramento;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Risco de lesão.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Abdominal;</li> <li>• Risco de Complicação com Uso de Contraceptivo;</li> <li>• Cólica Menstrual (grau);</li> <li>• Descarga (ou Fluxo) Menstrual excessivo;</li> <li>• Menorragia;</li> <li>• Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Desconforto.</li> </ul>
Expulsão do DIU	<p>Suspeita-se de expulsão parcial quando há corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou sinusorragia e dispareunia. Porém, algumas mulheres não apresentam sintomas quando há expulsão parcial ou total.</p> <p>Se o DIU sair parcialmente, deve-se removê-lo, não devendo ser reintroduzido. Se for do desejo da usuária continuar com o método, realizar a inserção de um novo DIU, após avaliação e desde que não esteja grávida. Caso se suspeite de expulsão total e a usuária não souber se o DIU saiu ou não, solicitar ultrassom, a fim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Fornecer método de apoio para utilizar durante este período.</p>
Ausência dos fios do DIU	<p>Questionar à usuária se e quando ela viu o DIU sair; quando sentiu os fios pela última vez; quando foi sua última menstruação; se tem algum sintoma sugestivo de gravidez; se usou método de apoio desde que identificou a falta dos fios.</p> <p>Verificar se há fios nas dobras do canal cervical, pois em metade dos casos de ausência dos fios estes podem ser encontrados nesse local. Se não for possível localizar os fios no canal cervical, eles podem ter migrado para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar. Excluir a possibilidade de gravidez antes da realização de procedimentos mais invasivos. Solicitar ultrassonografia transvaginal para determinar a presença e posicionamento do DIU. Fornecer método de apoio para utilizar no período, caso o DIU tenha saído.</p> <p>Na identificação do DIU com cobre na cavidade uterina, adequadamente implantado, nenhuma ação é necessária. Caso seja visualizado na cavidade abdominal (através do RX de abdome ou ultrassonografia), encaminhar para videolaparoscopia ou laparotomia para localização e extração do dispositivo.</p>

O parceiro sente os fios do DIU durante o sexo	<p>Explicar que isso acontece algumas vezes quando os fios são cortados curtos demais.</p> <p>Se o parceiro achar que os fios incomodam, há algumas opções:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Os fios podem ser cortados ainda mais de modo a não ficarem para fora no canal cervical. O parceiro não sentirá os fios, mas a mulher também não poderá verificá-los;</li><li>- Se a mulher deseja verificar os fios do DIU, este pode ser removido e um novo colocado em seu lugar.</li></ul>
Suspeita de perfuração uterina	<p>Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero, o procedimento deve ser interrompido imediatamente (e remover o DIU caso tenha sido inserido). Se houver suspeita de perfuração uterina, encaminhar a usuária para avaliação médica.</p>
Vaginoses	<p>A flora vaginal não se altera pelo uso do DIU com cobre. Portanto, quando há diagnóstico de vaginose, deve-se iniciar o tratamento habitual. Não há evidências de que o DIU com cobre altere a prevalência deste processo infeccioso. Usuárias de DIU com cobre que desenvolvam vaginose bacteriana, tricomoníase ou candidíase, devem receber tratamento habitual, sem a necessidade de remoção do dispositivo.</p>
DIU mal posicionado	<p>Considera-se que o dispositivo esteja mal posicionado quando algum segmento se encontrar no canal cervical (abaixo do orifício interno). Um exame ultrassonográfico irá esclarecer se o posicionamento do dispositivo está adequado. O DIU com cobre é radiopaco, podendo, também, ser observado por exame de Rx da pelve. Confirmado o mal posicionamento do DIU, a conduta a ser tomada é retirá-lo, podendo-se inserir novo DIU com cobre, após avaliação sobre a manutenção ou mudança do método contraceptivo.</p>
Cólicas e dor	<p>É comum que a mulher sinta um pouco de cólicas 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 prejudicial e normalmente diminui com o tempo. Considerar analgesia (de preferência prescrever Hioscina 10 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h). Se também houver menstruação intensa ou prolongada, não deverá utilizar antiagregante plaquetário (pode aumentar o sangramento).</p> <p>Se as cólicas persistirem e ocorrerem fora da menstruação: avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhar para consulta médica; se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, conversar sobre a possibilidade de retirar o DIU. Caso o dispositivo removido apresente aparência distorcida ou se houver dificuldades durante a remoção, pode ser que o mesmo estivesse em posição incorreta. Orientar à usuária que poderá colocar novo DIU.</p>
Possibilidade de anemia	<p>O DIU de cobre pode contribuir para um quadro de anemia caso a mulher tenha baixo teor de ferro antes da inserção, pois poderá provocar menstruação com fluxo mais intenso. Orientar dieta rica em ferro.</p>

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, 2018b.

### 4.3.5 Manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos reversíveis

As manifestações clínicas decorrentes da utilização de contraceptivos devem ser avaliadas visando atingir os objetivos dos métodos aplicados sem maiores prejuízos à saúde individual. Assim, é importante que o enfermeiro identifique as manifestações clínicas que podem ocorrer. O quadro a seguir aborda os cuidados de enfermagem nestas situações.

#### Quadro 14 - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Sobrepeso / Risco de;</li> <li>• Disfunção sexual;</li> <li>• Regulação do humor prejudicada;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Náusea;</li> <li>• Risco de sangramento;</li> <li>• Integridade da pele prejudicada / Risco de.</li> </ul>
CIPE		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Abdominal;</li> <li>• Cólica Menstrual (grau);</li> <li>• Descarga (ou Fluxo) Menstrual excessivo/reduzido;</li> <li>• Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional;</li> <li>• Desconforto;</li> <li>• Enxaqueca;</li> <li>• Dor;</li> <li>• Sensibilidade nas Mamas;</li> <li>• Náusea;</li> <li>• Problema de Peso Corporal;</li> <li>• Humor alterado;</li> <li>• Comportamento Sexual, ineficaz;</li> <li>• Acne;</li> <li>• Risco de integridade da pele prejudicada.</li> </ul>
Manifestação Clínica	Métodos	Cuidados/Intervenções De Enfermagem
Náuseas	AOC; Minipílula	Sugerir a tomada noturna do comprimido ou após as refeições. Investigar problemas gastrointestinais.
Cefaleia leve	AOC;	No caso de cefaleias leves, recomenda-se utilizar analgésicos e considerar uso estendido ou contínuo da pílula. Prescrever Paracetamol 500 mg, 1

	Injetável com progestágeno trimestral;	comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
	Injetável combinado mensal	Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo.
<b>Enxaqueca</b>	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal	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).
<b>Sensibilidade mamária</b>	AOC; Minipílula; Injetável combinado mensal	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Considerar analgésico, prescrever Paracetamol 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
<b>Alterações de peso</b>	AOC; Injetável combinado mensal	Não existem evidências de que anticoncepcionais orais possam interferir negativamente no peso. Deve-se identificar a causa do ganho de peso e orientar adequadamente.
<b>Alterações de humor ou no desejo sexual</b>	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral	Se há alteração do humor na semana da pausa da ingestão de hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar mudanças na vida que possam afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de avaliação para atendimento especializado.
<b>Acne</b>	AOC	A acne, em geral, melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. Se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC

		<p>contendo acetato de ciproterona ou drospirenona, se possível.</p>
<p><b>Dor aguda na parte inferior do abdômen</b></p>	<p>Minipílula; DIU de cobre; Contracepção de emergência</p>	<p>Ficar atento aos sinais de gravidez ectópica e/ou de doença inflamatória pélvica (DIP), iniciando o tratamento imediatamente, se confirmada a hipótese. Se uso de DIU, não há necessidade de retirá-lo, caso a mulher deseje manter (exceto no diagnóstico de DIP). Caso deseje retirar, realizar após início do tratamento.</p>
<p><b>Alterações da menstruação: ausência ou sangramento irregular</b></p>	<p>AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de cobre</p>	<p>É comum sangramento irregular ou ausência no uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando e em uso de injetáveis trimestrais). O sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Certificar-se que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Na amenorreia, investigar gestação e, caso se confirme, interromper o método.</p>
<p><b>Alterações da menstruação: sangramento irregular em uso de AOC</b></p>	<p>AOC</p>	<p>Orientar o uso correto e de preferência no mesmo horário. Pode-se prescrever Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas, por até 3 dias. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol (EE), ou se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.</p>
<p><b>Alterações da menstruação: sangramento intenso ou prolongado (volume do fluxo anormal ou duração maior que oito dias)</b></p>	<p>Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de Cobre</p>	<p>De modo geral, não é prejudicial e perde a intensidade ou cessa após alguns meses;  Para evitar anemia, orientar dieta rica em ferro;  Se o sintoma persistir ou iniciar após vários meses de menstruação normal, se amenorreia ou suspeita de outros motivos</p>

		<p>clínicos, deve-se considerar as condições subjacentes não relacionadas ao método;</p> <p>Se em uso de injetável de progestágeno, considerar uso de AOC, ingerindo uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando no primeiro dia da menstruação;</p> <p>Para manejo do sangramento intenso, considerar prescrição de Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h por até 4 dias.</p>
<p><b>Irritação ao redor da vagina ou pênis</b></p>	<p>Preservativos (masculino e feminino); Espermicida</p>	<p>Verificar se há alergia pelo látex do preservativo masculino ou lubrificantes. Considerar a possibilidade de utilizar a camisinha feminina, de poliuretano.</p>

Fonte: BRASIL, 2016; FEBRASGO, 2015, COREN-SP, 2019.

#### 4.3.6. Métodos Contraceptivos Definitivos

A esterilização permanente da mulher (laqueadura tubária) ou do homem (vasectomia) são opções para usuários que não desejam ter filhos, com taxas de eficácia superiores a 99%. A tomada de decisões compartilhadas e o aconselhamento centrado no usuário são particularmente importantes na preparação para a esterilização (SONALKAR; MODY, 2021).

A laqueadura tubária é um método contraceptivo altamente eficaz e não prevê o uso de hormônio. A vasectomia é um procedimento cirúrgico e suas vantagens incluem alta eficácia, procedimento ambulatorial minimamente invasivo, com anestesia local e amplamente disponível. Recomenda-se para ambos os métodos aconselhamento minucioso sobre alternativas reversíveis de longa duração e uso de preservativos, esterilidade permanente e risco de arrependimento (SONALKAR; MODY, 2021).

Se desejada contracepção permanente e a mulher tiver vida sexual ativa com parceiro masculino único, a opção de vasectomia deve ser abordada, pois apresenta menores taxas de morbidade e mortalidade do que a contracepção permanente feminina. Entretanto, dado o seu perfil de segurança e eficácia, a vasectomia é significativamente subutilizada, visto que apenas 8,2% das mulheres entre 15 e 44 anos se beneficiam da vasectomia para contracepção (BRAATEN; DUTTON, 2021).

Quadro 15 - Síntese de Métodos contraceptivos definitivos<sup>26</sup>

TIPO / APRESENTAÇÕES	INSTRUÇÕES PARA USO	ORIENTAÇÕES	EVENTOS ADVERSOS	CONTRAINDICAÇÃO
<b>Laqueadura tubária (LT)</b> <b>Vasectomia</b>	<p>Não se permite a esterilização cirúrgica feminina durante o parto ou aborto ou até o 42º dia após o parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por sucessivas cesáreas prévias.</p> <p>No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei n.º 14443/22, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução:</p> <p>I. em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;</p> <p>II. risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos.</p> <p>Taxa de falha no primeiro ano: LT: 0,5% Vasectomia: 0,15%.</p>	<p>Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários;</p> <p>Entregar termo de consentimento e realizar a leitura conjunta a fim de esclarecer dúvidas;</p> <p>Aguardar prazo de 60 dias entre a expressão do desejo da esterilização e a realização;</p> <p>Orientar sobre a dificuldade de reversão dos métodos definitivos no momento da escolha. A LT e a vasectomia possuem baixa taxa de reversibilidade cirúrgica (na laqueadura tubária, o sucesso da reversibilidade pode chegar a 30% dos casos);</p> <p>Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar o sucesso do procedimento cirúrgico.</p> <p>Tais métodos não protegem de IST.</p>	<p>Dor leve no pós-operatório é o sintoma mais comum, devendo ser manejada com orientações gerais e repouso;</p> <p>Para os homens orienta-se evitar carregar peso, por um período inferior a 5 dias;</p> <p>Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica;</p> <p>Na presença de sinais infecciosos, o usuário deve ser avaliado imediatamente ou referenciado para serviço de urgência.</p>	<p>LT: problemas clínicos que contraindiquem a cirurgia e/ ou anestesia e mulheres que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22;</p> <p>Vasectomia: homens que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22.</p>

Fonte: BRASIL, 2022; BRASIL, 2016; COREN-CE, 2020; COREN-SP, 2019; BRASIL, 2021a.

<sup>26</sup> Para maiores detalhamentos acesse o [Protocolo de encaminhamento para serviços especializados em planejamento familiar \(laqueadura tubária e vasectomia\)](#)

## 4.4 INFERTILIDADE

A infertilidade é uma condição clínica única que envolve um casal, em vez de um único indivíduo. É definida como a incapacidade de um casal conceber após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção em mulheres com menos de 35 anos de idade; e após seis meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção em mulheres com 35 anos ou mais. Constitui problema de saúde pública crescente devido ao desejo tardio das mulheres pela gestação e pelo fato de a população jovem priorizar outras áreas em suas vidas (LEITE; FROTA, 2014; KUOHUNG; HORNSTEIN, 2021a).

As principais causas da infertilidade feminina são: transtornos ovulatórios (25%), endometriose (15%), aderências pélvicas (12%), bloqueio tubário (11%), outras anormalidades tubárias (11%), hiperprolactinemia (7%) (KUOHUNG; HORNSTEIN, 2021b). Já as principais causas da infertilidade em homens são: distúrbios endócrinos e sistêmicos com hipogonadismo hipogonadotrófico (5 a 15%), defeitos testiculares primários na espermatogênese (70 a 80%) e distúrbios do transporte de espermatozoides (2 a 5%) (ANAWALT; PAGE, 2020).

A Portaria n.º 426/GM/2005 normatiza, institui e garante o acesso à rede de serviços ofertados ao usuário que necessita de atendimento no tratamento de infertilidade, sendo a APS a porta de entrada para a identificação e direcionamento dentro dos fluxos locais pactuados. A abordagem da infertilidade pela enfermagem visa promover assistência integral ao casal e minimizar sentimentos negativos relacionados à condição (COREN-SP, 2019).

Deste modo, cabe ao enfermeiro na APS (COREN-SP, 2019; HORNSTEIN; GIBBONS; SCHENKEN, 2021):

- Identificar a existência do desejo de adotar ou ter filhos, encaminhando para avaliação médica e/ou serviço social para orientação;
- Acompanhar o processo de pré-concepção e pré-natal;
- Envolver a família no cuidado e na atenção à saúde, formando pontos de apoio familiar, quando expresso esse desejo;
- Informar aos casais heterossexuais de que a gestação adiada, especialmente após os 30 anos, pode diminuir a probabilidade de concepção bem-sucedida;
- Em relação à frequência das relações sexuais, orientar que relações regulares de duas a três vezes por semana, no período fértil da mulher podem aumentar a probabilidade de concepção. Dados indicam que a qualidade ideal do sêmen, medida em termos de motilidade, morfologia e contagem total de espermatozoides, ocorre quando há dois a três dias de abstinência ejaculatória e intervalos mais longos estão associados a menores taxas de gravidez;
- Recomendar cessação do tabagismo para casais que fumam, com base nos benefícios gerais para a saúde. O tabagismo para ambos os sexos tem sido associado a subfertilidade, podendo ser responsável por até 13% dos casos. Estudos sugerem que grande parte da subfertilidade associada ao tabagismo pode ser revertida dentro de um ano após a cessação;

- Um índice de massa corporal (IMC) maior que 27 kg/m<sup>2</sup> ou menor que 17 kg/m<sup>2</sup> está associado a um risco aumentado de infertilidade anovulatória;
- Orientar que mulheres que estão tentando engravidar evitem o consumo de álcool.

#### **4.5 ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE EXERCEM O SEXO COMO PROFISSÃO**

Na abordagem da saúde sexual e reprodutiva é imprescindível contemplar os aspectos relacionados a grupos populacionais específicos como as pessoas que exercem o sexo como profissão<sup>27</sup>. A atenção integral à saúde dessas trabalhadoras perpassa pela superação do estigma e da discriminação que existe na sociedade e nas instituições em geral, assim, a atuação profissional ética e a oferta de atenção à saúde adequada devem prevalecer sobre qualquer opinião ou juízo de ordem moral (BRASIL, 2013; SMS SÃO PAULO, 2016).

O alto grau de vulnerabilidade do trabalho, a marginalização pela sociedade e os estigmas ferem direitos humanos e contribuem para uma maior exposição desse grupo a doenças e agravos à saúde de um modo geral. É preciso romper as barreiras de acesso às ações e serviços, destacando-se o papel das equipes da APS no acolhimento e na atenção integral e de qualidade às trabalhadoras do sexo (BRASIL, 2013). Abaixo estão elencadas algumas orientações para atuação dos enfermeiros.

#### **Quadro 16 - Orientações para atuação dos enfermeiros na atenção às pessoas que exercem o sexo como profissão**

- Atuação profissional ética, acolhedora e respeitosa, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a intimidade, situação de saúde, atividade profissional, entre outras;
- Ofertar atenção integral, considerando o contexto de vida da pessoa, as implicações de agravos ou condições socioeconômicas e ambientais que interferem na saúde sexual e reprodutiva;
- Promover estratégias de prevenção que permitam maior autonomia em relação ao seu corpo e às suas práticas, na busca pela melhoria das condições de saúde;
- Na abordagem sobre a saúde sexual, considerá-la tanto na dimensão da vida privada como do exercício profissional;
- Na unidade de saúde e junto às famílias e à comunidade, abordar a promoção do respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida;
- Abordar situações de violência na unidade de saúde, junto às famílias, instituições e

<sup>27</sup> Trabalhadores do sexo são pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor, de forma ocasional ou regular e nos mais diversos espaços e situações (PCDT-IST, 2020). Em 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego incluiu a ocupação profissional do sexo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), cujo documento oficial reconhece, nomeia, codifica e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. O reconhecimento de uma ocupação na CBO não tem função de regulamentação profissional, serve apenas para fins classificatórios dos tipos de ocupação (BRASIL, 2013). Do ponto de vista jurídico, a prostituição no Brasil não é crime. O Código Penal Brasileiro não criminaliza a prostituição em si, mas sim o lenocínio, que consiste na indução, facilitação ou atração de alguém à prostituição ou impedimento para que a abandone (BRASIL, 1940).

comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la;

- Promover o diálogo objetivo sobre sexualidade, uso/ abuso de substâncias psicoativas, violência e outros temas relevantes;
- Nos casos de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas utilizar estratégias de redução de danos<sup>28</sup>, quando possível;
- Promover ações de promoção à saúde das trabalhadoras do sexo, como oficinas de educação em saúde, buscando, sempre que possível, a articulação com outros dispositivos da rede;
- Buscar articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que realizem trabalhos direcionados às pessoas que exercem o sexo como profissão;
- Realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e reprodutiva, adequadas à realidade e às especificidades desse grupo. Para maiores detalhamentos consultar PCDT-IST (2020);
- Quando possível, promover agenda aberta e atenção oportuna em todos os contatos com o serviço de saúde, adequando os horários de atendimento e a quantidade de insumos disponibilizados (preservativos, lubrificantes e outros);
- Quando necessário e indicado, realizar encaminhamento à atenção especializada, mantendo acompanhamento regular na APS;
- Ofertar a realização do exame citopatológico de colo uterino, exame das mamas e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B e C, atendendo às especificidades desta população;
- Contribuir para a inserção social das pessoas que exercem o sexo como profissão.

Fonte: BRASIL, 2013.

O contexto das ISTs entre trabalhadoras do sexo se configura um desafio no que tange ao desenvolvimento de novas estratégias de prevenção, não apenas pelo fator individual/comportamental (volume/ simultaneidade de parceiros e uso de substâncias psicoativas), mas, sobretudo, por questões estruturais e sociais, como a organização do trabalho sexual, baixo nível de escolaridade, idade, habitação, insegurança financeira, criminalização e violência. Embora a testagem para HIV e outras ISTs seja incentivada e incluída em ações educativas de prevenção, é necessário que se realizem também outras ações relativas ao acesso, tratamento presuntivo de IST, aconselhamento, realização da testagem sem estar vinculada a outras intervenções, fornecimento de preservativos, além de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ou Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando necessário (COUTO *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2015). Para mais informações, consultar PCDT-IST (2020).

<sup>28</sup> Redução de danos é o conjunto de ações que visam diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso e abuso de substâncias psicoativas, sem necessariamente implicar no abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem interromper o uso.

## 5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

*Pâmela Leites de Souza Steffen*<sup>29</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>30</sup>

*Tainá Nicola*<sup>31</sup>

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>32</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>33</sup>

*Fábio Meller da Motta*<sup>34</sup>

O câncer de mama constitui um importante problema de saúde pública, sendo fundamental o papel da APS e da Enfermagem no rastreamento e diagnóstico precoce do mesmo, assim como na construção coletiva de conhecimentos para a promoção da saúde e adoção de hábitos saudáveis como fatores de proteção (COREN-CE, 2020).

O câncer de mama é atribuído a diversos fatores, sendo que com o aumento da idade, principalmente a partir dos 50 anos, as chances de desenvolver a doença aumentam (INCA, 2015). Mulheres que têm alguns fatores de risco para câncer de mama tendem a estar em risco médio. Nessas mulheres, a idade é o fator mais importante para a decisão de quando fazer o rastreamento (ELMORE; LEE, 2021).

Por outro lado, mulheres com determinados fatores hereditários/genéticos como história pessoal ou familiar de câncer de mama e ovário, apresentam alto risco de desenvolver câncer de mama (ELMORE; LEE, 2021). Nesse sentido, faz-se necessária a identificação e abordagem integrada dos principais fatores de risco para esse tipo de câncer, apresentados no quadro abaixo.

<sup>29</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>30</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>31</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>32</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. SES-RS.

<sup>33</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS).

<sup>34</sup> Enfermeiro. Especialista. Coren-RS.

**Quadro 17 - Fatores de risco para o Câncer de mama****RISCO MÉDIO**

Comportamentais/ ambientais	- Obesidade e sobrepeso após a menopausa; - Sedentarismo; - Consumo de bebida alcoólica; - Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).
Vida reprodutiva	- Menarca antes de 12 anos; - Menopausa após os 55 anos; - Nuliparidade; - Primeira gestação após os 30 anos; - Não ter amamentado.
Endócrinos/hormonais	- Uso de contraceptivos orais por tempo prolongado; - Reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.

**RISCO MUITO ELEVADO**

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

Fonte: INCA, 2015; BRASIL, 2016; INCA, 2021.

É papel do Enfermeiro, enquanto integrante das equipes de APS, a identificação e o esclarecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama, assim como a correta classificação do risco de desenvolvimento deste tipo de câncer entre as mulheres assistidas durante as ações de rastreamento (COREN-CE, 2020).

**5.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

A consulta de Enfermagem para o rastreamento do câncer de mama deve basear-se no seguinte roteiro (BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; COREN-CE, 2020):

- Realizar escuta qualificada e anamnese com identificação das necessidades em saúde, hábitos de vida, fatores de risco e de proteção para o câncer de mama;
- Realizar estimativa do risco de desenvolvimento de câncer de mama (ver quadro 17);

- Investigar queixas mamárias: ginecomastia, alteração mamária como palpação de nódulo ou retração da pele e descarga papilar espontânea notados pela mulher;
- Identificar sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama como: nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos e nas mulheres acima de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; secreção mamilar sanguinolenta unilateral; linfadenopatia axilar; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema e/ou retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo, como desvio ou retração;
- Na presença de queixas, sinais e sintomas suspeitos, consultar o item 5.2. *Problemas mais comuns na mama*;
- Solicitar mamografia de rastreamento do câncer de mama, conforme faixas etárias preconizadas neste protocolo (ver quadro 18);
- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;
- Estimular o autoconhecimento e orientar a mulher a procurar o serviço de saúde sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas;
- Orientar acompanhamento regular na Unidade de Saúde para consultas de saúde da mulher e ações de detecção precoce do câncer de mama e do colo de útero;
- Pactuar retorno.

Atenção! O rastreamento do câncer de mama deve ser realizado a partir da solicitação do exame **MAMOGRAFIA BILATERAL** para todas as mulheres entre **50 e 69 anos**, a cada **dois anos**, ou para mulheres de **35 anos ou mais com risco elevado, anualmente** (INCA, 2021).

O **AUTOEXAME DAS MAMAS** não deve ser ensinado e indicado pelos profissionais de saúde como método de rastreamento, diante da sua baixa acuidade para a detecção precoce do câncer de mama, ineficácia para a redução da mortalidade e associação a danos por sobrediagnósticos. Entretanto, a prática ocasional e não sistemática da observação e autopalpação das mamas pode ser estimulada para fins de autoconhecimento, cabendo ao enfermeiro acolher, valorizar a queixa e orientar a mulher diante de anormalidades encontradas (INCA, 2015).

Já o **EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)** é indicado em caso de queixas mamárias para início de investigação diagnóstica (consultar item 6.2. *Problemas mais comuns na mama*). Para fins de rastreamento pode ser utilizado em conjunto com a mamografia em mulheres com risco elevado de câncer de mama. Até então, somente o ECM não possui benefício bem estabelecido como método eficaz de rastreamento (BRASIL, 2015; ESSERMAN; JOE, 2021; FLORIANÓPOLIS, 2020; ELMORE; LEE, 2021).

Em relação à idade do exame, antes dos 50 anos, de modo geral, as mamas têm mais tecido glandular e menos gordura (em geral, são mais densas), diminuindo a acurácia da mamografia para

visualizar alterações e identificar lesões suspeitas de câncer. Isso pode gerar resultados incorretos (falsos-positivos e falsos-negativos). Após os 70 anos, há maior risco de se encontrar um câncer que não evoluiria a ponto de causar prejuízos à saúde da mulher (sobrediagnóstico). O tratamento desse tipo de câncer expõe a mulher a riscos e a danos desnecessários (NELSON *et al.*, 2016). Portanto, a faixa etária entre **50 e 69 anos** possui, até o momento, a melhor relação risco-benefício, em comparação às demais faixas etárias (GØTZSCHE; JØRGENSEN, 2014; INCA, 2021).

Em relação à solicitação de ultrassonografias (US) de mamas como método de rastreamento, o Ministério da Saúde contraindica o procedimento em qualquer faixa etária, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (COREN-CE, 2020; INCA, 2015). Nos casos em que o resultado da mamografia indique a necessidade de correlação com outros métodos de imagem, a US poderá ser solicitada, a critério clínico e conforme realidade local (ESSERMAN; JOE, 2021).

As indicações para a solicitação da mamografia, bem como a interpretação dos resultados no seguimento do rastreamento de câncer de mama, são abordadas nos quadros a seguir.

### Quadro 18 - Recomendações para rastreamento do câncer de mama

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

Fonte: BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2020.

## Quadro 19 - Interpretação de resultados de Mamografia e cuidados/Intervenções de Enfermagem no acompanhamento do rastreamento de câncer de mama

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Baixa autoestima crônica / Risco;</li> <li>• Conhecimento deficiente;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Proteção ineficaz;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Risco de sobrepeso;</li> <li>• Sobrepeso;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Estilo de vida sedentário;</li> <li>• Comportamento de saúde propenso a risco;</li> <li>• Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;</li> <li>• Negação ineficaz;</li> <li>• Medo;</li> <li>• Enfrentamento familiar ineficaz.</li> </ul>	
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão a / Não adesão a regime de exercício físico;</li> <li>• Acompanhamento de Rastreamento (Screening);</li> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Apoio social / Falta de Apoio social;</li> <li>• Autoimagem negativa;</li> <li>• Baixa autoestima;</li> <li>• Manutenção da saúde, prejudicada;</li> <li>• Menopausa;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Risco de Doença;</li> <li>• Risco de Qualidade de Vida, Negativa;</li> <li>• Sobrepeso;</li> <li>• Tabagismo.</li> </ul>	
CATEGORIA BI-RADS** e Interpretação	RISCO DE CÂNCER	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
0 Inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- <b>Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia etc.)</b></li> <li>- Encaminhar, se necessário, para consulta médica;</li> <li>- Manter coordenação do cuidado para mulheres com alterações, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando indicada.</li> </ul>

<p>1</p> <p><b>Sem achado</b></p>	<p>0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> </ul>
<p>2</p> <p><b>Achado benigno</b></p>	<p>0</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre os principais fatores de risco e de proteção do câncer de mama, com enfoque na promoção do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis;</li> <li>- <b>Gerenciar acompanhamento de rastreamento (Screening);</b></li> <li>- <b>Pactuar rotina de rastreamento conforme faixa etária, de acordo com quadro 18.</b></li> </ul>
<p>3</p> <p><b>Achado provavelmente benigno</b></p>	<p>&lt; 2% mensal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- Gerenciar acompanhamento de rastreamento (Screening);</li> <li>- <b>Pactuar rotina de rastreamento com controle radiológico por três anos, com repetição da mamografia semestral no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes;</b></li> <li>- Se persistência do achado, encaminhar para consulta médica ou realizar interconsulta com o médico;</li> <li>- Manter coordenação do cuidado para mulheres com alterações, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada, quando indicada.</li> </ul>
<p>4</p> <p><b>Achado suspeito</b></p>	<p>2% a 95% a depender do grau de suspeição</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar a mulher quanto ao resultado, esclarecendo dúvidas;</li> <li>- Realizar <b>encaminhamento para Atenção Ambulatorial Especializada</b> com urgência, de acordo com fluxos locais;</li> </ul>
<p>5</p> <p><b>Achado altamente suspeito</b></p>	<p>&gt; 95%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter coordenação do cuidado em equipe multiprofissional e AAE;</li> </ul>

6		
<b>Achado cuja malignidade já está comprovada</b>	100%	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apoiar a mulher e família no decorrer dos tratamentos instituídos;</li><li>- Apoiar a tomada de decisão da mulher fortalecendo a autoestima.</li></ul>

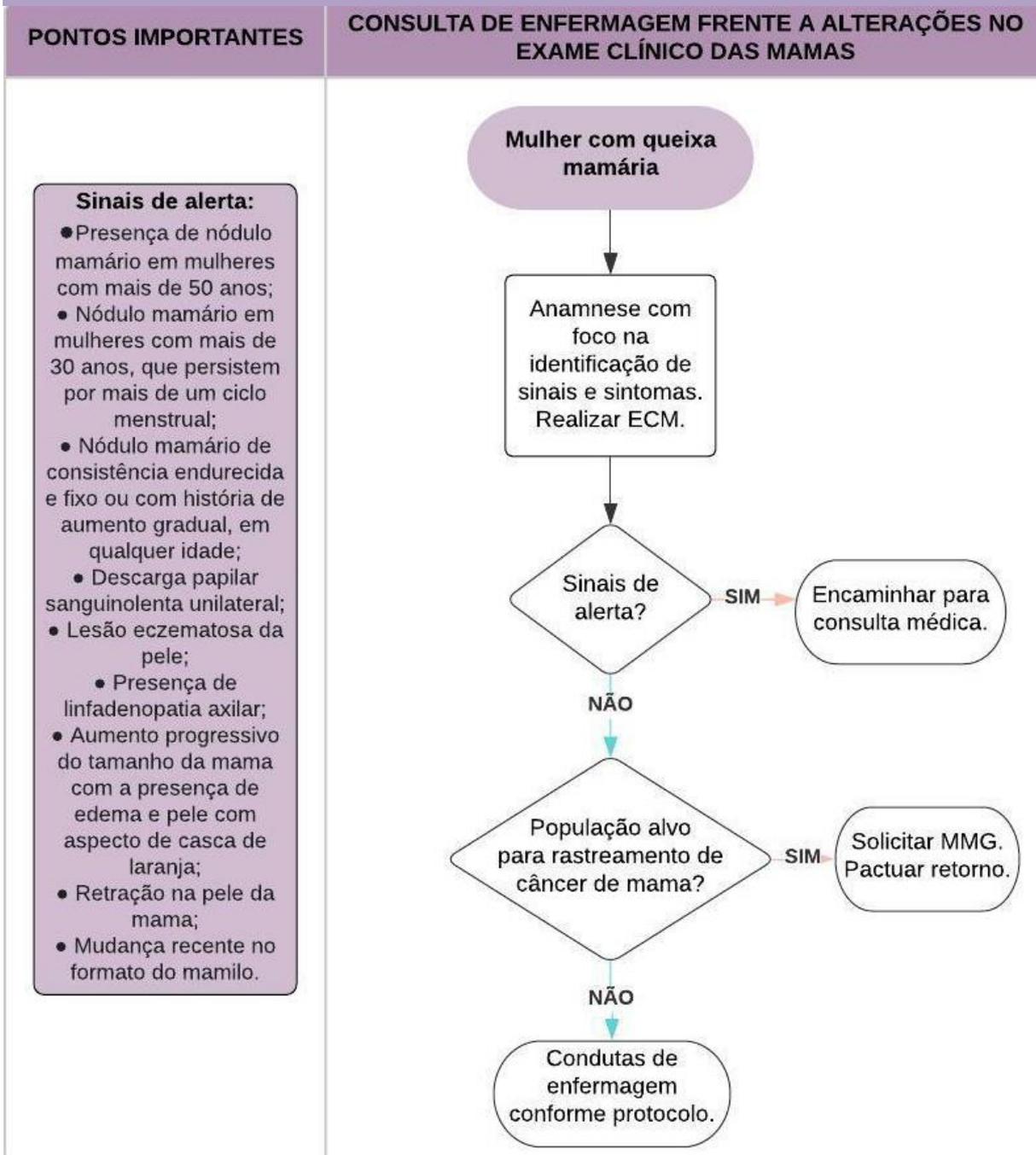
Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020.

## 5.2 PROBLEMAS MAIS COMUNS NAS MAMAS

A anamnese e o Exame Clínico das Mamas estão entre os pilares da investigação diagnóstica inicial de pacientes com queixas mamárias na APS (INCA, 2015; COREN-SP, 2019). O ECM deve ser realizado na presença de relatos de sinais e sintomas mamários, em que as mamas serão analisadas através de inspeção estática e dinâmica, palpação mamária, axilar, supra e infraclavicular e expressão papilar (anexo 1).

O manejo dos problemas mais comuns na mama é abordado no fluxograma 1 e quadro 20.

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



Legenda: MMG - Mamografia

Fonte: INCA, 2015; BRASIL, 2016.

## Quadro 20 - Manejo dos problemas mais comuns na mama

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Proteção ineficaz;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Hipertermia;</li> <li>• Amamentação ineficaz.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação, prejudicada;</li> <li>• Ansiedade;</li> <li>• Risco de/ presença de infecção;</li> <li>• Risco de/ presença de inflamação;</li> <li>• Manutenção da saúde, prejudicada;</li> <li>• Menopausa;</li> <li>• Risco de Doença.</li> </ul>
CONDIÇÃO	CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>MASTALGIA COM FEBRE</b></p> <p>Queixa de dor mamária associada a causas infecciosas. A infecção da mama inclui a mastite infecciosa e o abscesso mamário, mais comuns em mulheres entre 15 e 45 anos de idade, sobretudo as lactantes. Em caso de não nutrizes, a ectasia de ducto é a principal causa da mastite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para <b>avaliação médica imediata</b>;</li> <li>- Em caso de nutrizes, consultar Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).</li> </ul>

### MASTALGIA SEM FEBRE

Queixa de dor mamária, usualmente bilateral ou unilateral se associada à trauma, em geral relacionada a processos fisiológicos como sintomas pré-menstruais ou a sintoma de gestação. Em algumas situações pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais ou terapias de reposição hormonal na menopausa.

- Se presença de sinais de gravidade como dor torácica aguda, suspeita de dor precordial ou dor perfurante localizada, súbita e de forte intensidade irradiada para pescoço ou para região posterior do tórax, encaminhar para **avaliação médica imediata**;

- Em caso de nutrízes, consultar, consultar Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016);

- Realizar ECM (consultar fluxograma 1);

- Investigar causas fisiológicas ou gestação;

- Iniciar pré-natal se gravidez confirmada;

- Tranquilizar a paciente quanto à natureza frequentemente benigna da mastalgia;

- Orientar uso de sutiã ajustado e, preferencialmente, com aro metálico para maior suporte dos seios. Considerar sutiã confortável à noite e reforçar uso de sutiã esportivo adequado para a realização de exercícios físicos;

- Considerar aplicação de compressas quentes ou compressas de gelo para alívio da dor;

- Prescrever **Paracetamol 500 mg**, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias

**OU**

**Ibuprofeno 600 mg**, 1 comprimido via oral de 8/8 h por 3 a 5 dias;

- Em caso de mastalgia acentuada e possivelmente relacionada ao método anticoncepcional hormonal em uso ou à terapia de reposição hormonal, encaminhar para consulta médica para avaliar troca/suspensão;

- Pactuar retorno para reavaliação em um mês, ou antes, se necessário. Se persistência ou piora do quadro, encaminhar para consulta médica.

### DESCARGA PAPILAR ESPONTÂNEA EM NÃO NUTRIZES

A maioria das secreções mamilares é de origem benigna. Durante seus anos reprodutivos, até 80% das mulheres terão um episódio de secreção mamilar.

A secreção mamilar é classificada por sua apresentação como: produção normal de leite (lactação), secreção mamilar fisiológica (galactorreia de aspecto seroso, geralmente associada a hiperprolactinemia) ou secreção mamilar patológica (sanguinolenta ou purulenta).

Realizar ECM (consultar fluxograma 1);

- Investigar gestação e iniciar pré-natal se gravidez confirmada;

- Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (como por exemplo: sulpirida, domperidona, metoclopramida, metildopa e digoxina);

- Avaliar características da descarga e encaminhar para consulta médica.

Fonte: BRASIL, 2016; TASOULIS, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2020; GOLSHAN, 2020a; GOLSHAN, 2020b; MASON, 2021.

## 6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

*Vanessa Romeu Ribeiro<sup>35</sup>  
Janilce Dorneles de Quadros<sup>36</sup>  
Tainá Nicola<sup>37</sup>  
Thais Mirapalheta Longaray<sup>38</sup>  
Valdecir Zavarese da Costa<sup>39</sup>*

O câncer de colo uterino está em quarto lugar dentre os tipos de câncer que acometem a população feminina no Brasil. O rastreamento é o principal método para a sua detecção precoce, por intermédio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos da doença, e ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial naquelas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença. Deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer (SES/RS, 2020; INCA, 2021; BRASIL, 2016).

As alterações nas células cervicais podem progredir para o câncer, mas essa evolução ocorre geralmente de forma lenta, podendo durar de 10 a 20 anos, aproximadamente, passando por um longo período como lesões precursoras, que são assintomáticas. Essas lesões, quando tratadas adequadamente, são curáveis na quase totalidade dos casos (INCA, 2021).

No Brasil, o padrão predominante de rastreamento é o oportunístico, a partir da demanda espontânea das mulheres ou ofertado pelos profissionais de saúde por ocasião da procura da unidade por outros motivos. Como resultado, 20% a 25% dos exames citopatológicos ocorrem fora do grupo etário recomendado e aproximadamente metade dos exames são realizados com intervalo inferior ao recomendado. Assim, evidencia-se no cenário brasileiro uma dicotomia: mulheres excessivamente rastreadas e outras sem qualquer exame de rastreamento (UFRGS, 2021).

Programas de rastreamento organizado tendem a ser mais efetivos, pois esta convocação e monitoramento da população-alvo com idade e na periodicidade recomendada, reduz a possibilidade de repetições desnecessárias e de rastreamento em indivíduos fora desse grupo (INCA, 2021).

<sup>35</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>36</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>37</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>38</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

<sup>39</sup> Enfermeiro. Doutor em Educação. Universidade Federal de Santa Maria.

## População-alvo e periodicidade

Na APS, em especial os enfermeiros têm importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa das mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por câncer de colo uterino. É atribuição do enfermeiro prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado citopatológico alterado (BRASIL, 2016).

### Quadro 21 - População-alvo e periodicidade para realização do exame citopatológico de colo do útero

POPULAÇÃO-ALVO	PERIODICIDADE
Mulheres de 25 a 64 anos de idade que já tiveram ou têm atividade sexual	Anualmente, e após dois resultados normais consecutivos, o intervalo entre coletas passa a ser a cada três anos
	Realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, não realizar exames adicionais
	Sem histórico de rastreamento
Mulheres após os 64 anos de idade	Com dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos*
	Liberar do rastreamento

\* Sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva.

Fonte: UFRGS, 2021 .

A recomendação quanto a periodicidade se justifica em razão da ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos. Uma vez que a doença possui uma evolução lenta, o intervalo de três anos garantiria encontrar a lesão precursora e iniciar o tratamento. Essa é a recomendação da OMS e das diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Já a repetição em um ano após o primeiro exame tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (OPAS, 2016; UFRGS, 2021).

É importante salientar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero) e que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivos e, portanto, continuam sob risco de desenvolver alguns tipos de câncer como o do colo do útero, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina, como exames preventivos e imunizações (UFRGS, 2021).

## Sinais e sintomas de alerta

A infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) e as lesões precursoras do câncer são assintomáticas, mas, nos casos em que as lesões precursoras não tenham remissão espontânea nem sejam detectadas e tratadas, a progressão poderá levar ao câncer, quando surgirão sinais e sintomas (INCA, 2021):

- Sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço físico);
- Corrimento vaginal (às vezes fétido);
- Dor na região pélvica, que pode estar associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados;
- Perda de peso.

A investigação imediata desses sinais e sintomas permitirá a antecipação do diagnóstico, com o tratamento do câncer em estádios menos avançados, com maiores chances de cura e melhor qualidade de vida (INCA, 2021).

## Fatores de risco

A infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, sendo que até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir o vírus no decorrer de suas vidas (BRASIL, 2016).

Existem mais de 150 tipos diferentes de HPV, que estão relacionados à origem de lesões benignas, lesões precursoras e a vários tipos de câncer. Este vírus pode infectar pele e mucosas e é transmitido por meio da relação sexual. Na maioria das mulheres, a resposta imunológica ajuda a eliminar a infecção pelo HPV de 12 a 24 meses. O risco de desenvolver o câncer do colo do útero é de cerca de 30%, se as lesões precursoras não forem tratadas. Os tipos 16 e 18 são os dois principais causadores, responsáveis por quase 70% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2016; OPAS, 2016; INCA, 2021).

Além da infecção pelo HPV, alguns fatores aumentam a predisposição ao câncer de colo uterino (INCA, 2021; UFRGS, 2021):

- fatores ligados à imunidade e à genética (história familiar) parecem influenciar os mecanismos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer;
- idade - a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente;

- início precoce da atividade sexual;
- maior número de parceiros sexuais;
- história de infecções sexualmente transmissíveis;
- multiparidade;
- idade da primeira gestação < 19 anos;
- população negra ou hispânica;
- tabagismo atual;

• uso atual de contraceptivo oral com duração > 5 anos - fator de risco controverso, uma vez que o câncer do colo do útero não é considerado como hormônio-dependente. No entanto, alguns hormônios na composição de certos contraceptivos parecem aumentar a oncogênese do HPV, interferindo na regressão espontânea das lesões causadas pelo vírus. Contudo, é preciso destacar que os benefícios de um método contraceptivo efetivo para evitar gestações indesejadas são superiores à pequena possibilidade de aumento do risco do câncer do colo do útero.

## Imunização

Atualmente, a vacinação contra o HPV é a medida mais eficaz para prevenção contra a infecção. O SUS, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), fornece a vacina HPV quadrivalente, protegendo contra a infecção dos subtipos 6, 11, 16 e 18 do papilomavírus humano (UFRGS, 2021).

Contudo, mesmo as mulheres vacinadas, quando chegarem na faixa etária recomendada para o rastreamento, devem realizar o exame citopatológico, pois a vacina protege contra os principais tipos de vírus oncogênicos, mas não contra todos (INCA, 2021).

### Quadro 22 - Indicação da vacina contra o HPV

PÚBLICO	FAIXA-ETÁRIA	DOSES RECOMENDADAS
Meninas	9 a 14 anos	2 doses, com intervalo mínimo de 6 meses
Meninos	11 a 14 anos	

PÚBLICO	FAIXA-ETÁRIA	DOSES RECOMENDADAS
Meninas e mulheres que vivem com HIV, transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes com neoplasias	9 a 45 anos	3 doses, com intervalo de 2 meses entre a primeira e segunda dose e 6 meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses) comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias.
Meninos e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos	11 a 26 anos	

Fonte: UFRGS, 2021.

### Quadro 23 - Recomendação para coleta de citopatológico em mulheres com situações especiais

<b>Gestantes</b>	<p>Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</p> <p>O colo do útero da mulher grávida é mais congestionado, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, porém não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto.</p> <p>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, devendo, portanto, ser completa. A coleta pode ser realizada em qualquer idade gestacional. Mulheres com histórico prévio de perdas gestacionais podem se sentir inseguras com o procedimento, principalmente no primeiro trimestre de gestação. Isso deve ser respeitado para que não haja associação entre desfechos negativos e o exame citopatológico.</p>
<b>Puerpério</b>	Recomenda-se a realização do CP a partir de 90 dias após o parto.
<b>Climatério e pós-menopausa</b>	<p>Rastrear até a idade de 64 anos. Se necessário, proceder à estrogenização local com <b>Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias</b>. É realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.</p> <p><b>Atenção:</b> mesmo sendo mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes.</p>
<b>Mulheres sem história de atividade sexual</b>	Não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.
<b>Mulheres lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres</b>	<p>Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária.</p> <p>A prática sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres é passível de</p>

<p>sexo com mulheres</p>	<p>infecções sexualmente transmissíveis, seja através do sexo oral, seja com o compartilhamento de acessórios.</p>
<p>Homens transexuais e transmasculinidades</p>	<p>Deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária, se tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento deste grupo tende a ser negligenciado, pois além dos fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona induz à atrofia vaginal e cervical, gerando maior desconforto ao exame.</p>
<p>Imunossuprimidas por: - infecção pelo HIV; - uso de imunossupressores após transplante; - tratamento de câncer; - uso crônico de corticosteroides.</p>	<p>O CP deve ser realizado nesse grupo após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> devem ser priorizadas na correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, realizar o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.</p>
<p>Mulheres hysterectomizadas</p>	<p>Na hysterectomia subtotal (onde o colo uterino foi mantido), proceder à coleta do exame normalmente. Hysterectomia total:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Por lesões benignas:</b> sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (pré-hysterectomia);</li> <li>- <b>Por lesão precursora ou câncer do colo do útero:</b> deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesão precursora – controle citocolposcópico semestral até dois exames consecutivos normais;</li> </ul> </li> </ul> <p>Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.</p>
<p>Mulheres com história familiar de câncer do colo do útero</p>	<p>Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.</p>

Fonte: adaptado de UFRGS, 2021; INCA, 2021; FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2016.

## Teste de Schiller e inspeção visual com ácido acético

Não é recomendado realizar a inspeção visual com ácido acético ou solução de Lugol (Teste de Schiller) onde houver disponibilidade do exame citopatológico do colo do útero, que é considerado o método padrão-ouro para o rastreamento. A inspeção visual a olho nu possui especificidade limitada e baixo valor preditivo positivo (cerca de 10%) e, devido à natureza subjetiva do teste, é difícil padronizar o controle de qualidade (UFRGS, 2021).

## **6.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Considerando que o câncer cervical é uma doença totalmente previsível e, em muitos casos, insidiosa, as ações de rastreamento são primordiais para a detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Deste modo, o enfermeiro tem papel fundamental para a consolidação da cobertura adequada do exame de prevenção do câncer de colo uterino, pois é um dos responsáveis pela realização deste durante as consultas ginecológicas que realiza (COREN-SP, 2019). Durante toda a abordagem ginecológica, a mulher deve ter liberdade para esclarecer dúvidas, assim como receber orientações.

## Quadro 24 - Consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogestão ineficaz da saúde;</li> <li>• Disposição para autogestão da saúde melhorada;</li> <li>• Comportamento de saúde propenso a risco;</li> <li>• Conhecimento deficiente.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado adequado/ inadequado;</li> <li>• Conhecimento sobre o teste diagnóstico;</li> <li>• Adesão ao teste diagnóstico;</li> <li>• Acompanhamento de rastreamento iniciado;</li> <li>• Acompanhamento de rastreamento interrompido.</li> </ul>
<b>Acolhimento com escuta qualificada</b>	<p>- Direcionamento para o atendimento necessário (qualquer contato da mulher com o sistema de saúde é momento oportuno para identificação daquelas não rastreadas e realização da coleta de CP);</p> <p>- Orientação individual e/ou coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame, sua importância e fatores de risco.</p>
<b>Anamnese</b>	<p>- Idade (ver população-alvo);</p> <p>- Verificar a realização prévia de exame citopatológico (data do último exame e ocorrência de exames citopatológicos anormais, ver quadro 28 - resultados citopatológicos e condutas clínicas);</p> <p>- Questionar sobre a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, história de relações sexuais com preservativo, nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico;</p> <p>- Antecedentes pessoais obstétricos, cirurgias pélvicas e antecedentes patológicos, em especial as ISTs e, entre elas, a infecção pelo HPV;</p> <p>- Data da última menstruação;</p> <p>- Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais (não descartar a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo da consulta ocorreu pelo corrimento);</p> <p>Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra (ver capítulo Queixas mais Comuns em Saúde das Mulheres).</p>
<b>Exame físico genital</b>	<p>- Inspeção dos órgãos genitais externos (atentando à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais);</p> <p>- Ao exame especular, observar aspecto do colo, presença de secreção anormal ou friabilidade do colo e presença de lesões.</p>
<b>Toque vaginal bimanual</b>	<p>- Não deve ser realizado rotineiramente pelo enfermeiro, tendo sua execução restrita quando houver suspeita de doença inflamatória pélvica (DIP), sangramentos disfuncionais, presença de massas ou alterações detectadas à palpação de abdome. As evidências atuais mostram que os danos superam os benefícios, visto que danos no tratamento excessivo podem resultar de uma triagem não baseada em evidências, além de gerar na mulher ansiedade e constrangimento;</p> <p>- Quando recomendado, deve ser realizado após exame especular. Deve-se afastar lábios maiores e menores, introduzindo os dedos médio e indicador no canal vaginal, explorando as paredes vaginais, cérvix e fundo de saco, pesquisando alterações e tumorações. A outra mão é posicionada sobre o baixo ventre da mulher, realizando leve compressão, a fim de delimitar útero para posterior descrição de sua forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. A dor à mobilização do útero pode ser sugestiva de DIP ou endometrite/pelviperitonite.</p>
<b>Exame citopatológico do colo uterino</b>	<p>- Conforme descrição da técnica de coleta do exame a seguir.</p>
<b>Orientações gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar busca ativa das mulheres faltosas com resultado alterado ou com atraso na coleta;</li> <li>- Estimular o autocuidado;</li> <li>- Encaminhar para grupo de combate ao tabagismo, se necessário;</li> <li>- Relacionar a secreção vaginal ao ciclo menstrual, atividade sexual, estado imunológico, aspectos emocionais e condições de higiene;</li> <li>- Captar parceria(s) para o tratamento, se necessário;</li> <li>- Se alteração ao exame, comunicar a mulher e realizar apoio emocional e esclarecer suas dúvidas;</li> <li>- Se necessário, encaminhar para consulta médica.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; CARUSI, 2021.

## 6.2 EXAME CITOPATOLÓGICO

A qualidade do exame citopatológico e, portanto, a coleta, o acondicionamento e o transporte das amostras conduzidos de forma adequada são fundamentais para o sucesso das ações de rastreamento (BRASIL, 2013).

### Recomendações prévias à coleta do exame CP

É comum que os profissionais de saúde coloquem alguns critérios para a realização da coleta, no entanto, a maioria desses critérios não tem embasamento científico e muitas vezes causam atraso ou até mesmo a perda da oportunidade de rastreamento. Portanto, as orientações abaixo são recomendadas com o objetivo de garantir a qualidade da amostra, mas não impedem a realização do exame (UFRGS, 2021):

- Uso de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos via vaginal: evitar o uso nas 48 horas que antecedem o exame, assim como exames intravaginais que utilizam gel condutor;
- Duchas vaginais: de forma geral, não há benefício em realizar a higiene excessiva da vagina e da vulva;
- Presença de pelos pubianos: não contraindica a realização do procedimento;
- Abstinência sexual: só é recomendada quando utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica;
- Menstruação: a coleta deve ser realizada pelo menos cinco dias após o término da menstruação. No entanto, caso esta seja a única oportunidade, proceder a limpeza do colo do útero com uma gaze, removendo o sangue.

### Quadro 25 - Etapas da coleta de exame citopatológico

#### Procedimento prévio à coleta

- Ficha de requisição do exame: o preenchimento completo e correto dos dados faz parte da análise do material. Atentar para unificação dos dados conforme a base do cartão nacional de saúde. A ausência dessas informações pode comprometer ações necessárias para o acompanhamento, tratamento e controle do câncer do colo do útero;
- Preparo das lâminas de vidro e da caixa porta-lâminas: devem ser identificadas com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, com lápis preto n.º 2 ou grafite, na extremidade fosca;
- É importante conferir se todo o material está disponível e se o ambiente está adequado para garantir a privacidade e conforto da mulher;
- Sugerir que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa por um avental ou camisola, em local reservado;
- Ajudar a mulher a deitar na posição ginecológica, de forma confortável e cobri-la com um lençol;
- Cuidados iniciais: atentar para o tamanho do espécuro (considerar mulheres sem práticas sexuais introdutivas ou pós quimioterapia local).

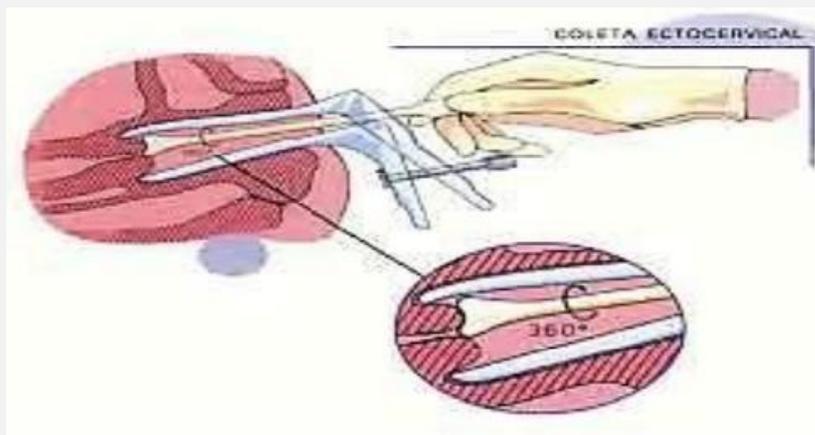
## Procedimento de coleta

- Proceder a lavagem das mãos;
- Posicionar o foco de luz;
- Calçar luvas descartáveis;
- Sob boa iluminação, observar atentamente os órgãos genitais externos, observando a integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreção vaginal, sinais de inflamação, veias varicosas e lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações. Após o exame, registrar o que foi visualizado;
- O tamanho do espéculo deve ser escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Lubrificantes não devem ser utilizados, para evitar prejuízo na análise da amostra. Em mulheres com vaginas atróficas ou pouco lubrificadas fisiologicamente, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou água potável;
- Avisar a mulher e introduzir o espéculo suavemente, com a fenda da abertura na posição vertical ligeiramente inclinado, desviando da uretra;
- Iniciada a introdução, fazer a rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
- Uma vez introduzido na vagina, abrir lentamente e com delicadeza, de modo que o colo do útero fique completamente exposto. Quando houver dificuldade na visualização do colo, avaliar a necessidade de ajuste do espéculo, sugerir que a mulher tussa ou que faça pequena força com o períneo;
- Observar atentamente as características das paredes vaginais, bem como as do colo do útero.

## Coleta ectocervical e endocervical

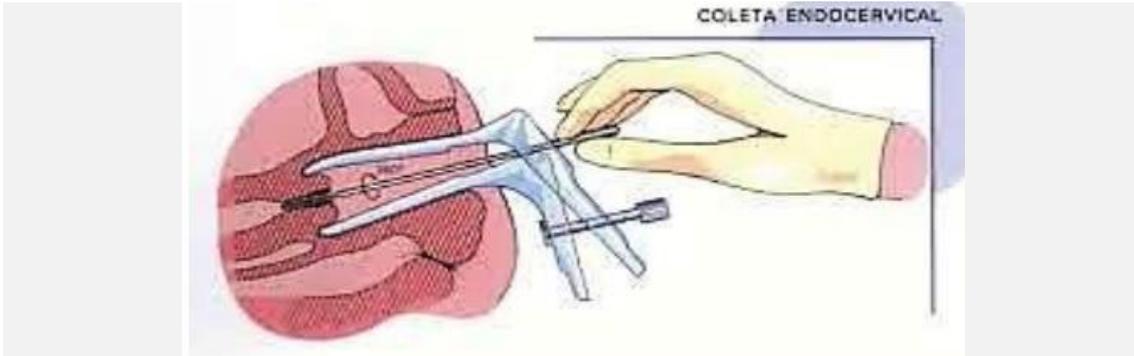
### Coleta da ectocérvice:

- Para a coleta do material presente na ectocérvice utiliza-se a espátula de Ayre;
- Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício do colo, apoiando-a firme e delicadamente para fazer uma raspagem em movimento rotativo de 360°. Dessa forma, toda a superfície do colo será raspada e representada na lâmina. Reservar a espátula e colocar o material na lâmina somente após a coleta endocervical.



### Coleta da endocérvice:

- Para a coleta do material presente na endocérvice utiliza-se a escova endocervical;
- Introduzir a escova no orifício do colo e fazer uma rotação de 360°, de forma delicada, procurando evitar sangramentos.



### Disposição do material coletado na lâmina e fixação

- Espalhar na lâmina de vidro o material coletado da ectocérvice no sentido transversal;
- Espalhar na metade inferior da mesma lâmina o material coletado da endocérvice, no sentido longitudinal;
- A disposição deve ser feita de modo delicado e rápido, confeccionando esfregaços finos e uniformes. Procurar não realizar pressão excessiva e não demorar com a fixação da amostra para evitar o dessecamento do material;
- Borrifar com solução fixadora (spray de polietilenoglicol) a uma distância de 20 cm da lâmina, que deve estar posicionada na horizontal. Sempre observar a validade do produto. Existe, também, a possibilidade de fixar o material da lâmina por meio da sua imersão em álcool a 96%. A quantidade deve ser suficiente para que todo o esfregaço seja coberto;
- Acondicionar cuidadosamente a lâmina, no recipiente adequado para o transporte ao laboratório.

### Finalização do exame

- Avisar a mulher que o exame terminou e que irá retirar o espéculo;
- Fechar cuidadosamente o espéculo evitando pinçar o colo e retirar delicadamente, inclinando levemente para cima;
- Desprezar o espéculo em local adequado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa ginecológica orientando a troca de roupa;
- Alertar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, que deve cessar espontaneamente;
- Explicar os achados visuais do exame e orientar as condutas necessárias;
- Enfatizar a data do retorno para o recebimento do resultado do exame.

Fonte: Florianópolis, 2020; COREN-SP, 2019; UFRGS, 2021.

### 6.3 ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DO EXAME CITOPATOLÓGICO

A parede do colo do útero é formada pela endocérvice e pela ectocérvice, a região de união desses dois tipos de epitélio se chama junção escamo-colunar (JEC) e sua localização pode ser no orifício cervical externo, canal endocervical ou ectocervical (ectopia), conforme a idade da mulher, níveis séricos dos esteroides sexuais ou uso de medicamentos hormonais (UFRGS, 2021; LAUFER, 2021). Já a zona de transformação é uma área de metaplasia escamosa que forma a fronteira entre a junção escamo-colunar e o restante do epitélio escamoso (LAUFER, 2021).

A JEC no período gravídico-puerperal encontra-se exteriorizada na ectocérvice, na maioria das vezes, o que pode ser considerada dispensada a coleta endocervical. Porém, a coleta de espécime endocervical realizada com técnica correta não aumenta o risco sobre a gestação (INCA, 2021).

Idealmente, no material coletado espera-se encontrar células que compõem o colo uterino (UFRGS, 2021):

- Células escamosas - tipos celulares presentes na ectocérvice.
- Células glandulares - tipos celulares presentes na endocérvice.
- Células metaplásicas - tipos celulares presentes na JEC.

A presença de células metaplásicas (representativas da JEC) ou células endocervicais é considerada indicador da qualidade da coleta, pois neste local se situa a maioria dos cânceres do colo do útero (UFRGS, 2021).

**Atenção!** A metaplasia é um processo fisiológico do colo do útero, que é dinâmico e responsivo hormonalmente. O achado dessas células no resultado do exame citopatológico não indica lesão e não requer alteração na rotina de rastreamento ou encaminhamentos (UFRGS, 2021).

**Quadro 26 - Adequabilidade da amostra do exame citopatológico do colo uterino**

RESULTADO	CONDUTA
Amostra satisfatória: apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.	Manter rotina de rastreamento.
Amostra insatisfatória: com presença de material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço), presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço).	O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Esfregaços normais somente com células escamosas	Repetir com intervalo de um ano. Havendo dois exames normais anuais consecutivos, o rastreamento de rotina pode ser retomado. Caso o resultado do exame evidencie alteração, mesmo sem a presença da JEC, seguir a recomendação de conduta de acordo com o achado. É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

Fonte: BRASIL, 2016; UFRGS, 2021.

## 6.4 PROBLEMAS MAIS COMUNS DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Existem situações comuns que são identificadas durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero, além das alterações citológicas, as quais são abordadas no quadro a seguir.

### Quadro 27 - Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero

Condição	Cuidados/ intervenções de Enfermagem
 <p><b>Ectopia</b> 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. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica.</p>	<p>Não demanda intervenções.</p>
 <p><b>Cisto de Naboth</b> É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes.</p>	<p>Não possui significado patológico e não demanda intervenções.</p>
 <p><b>Pólipo cervical</b> Caracterizado como uma projeção da mucosa do canal do colo uterino, podendo ocasionar sangramento vaginal fora do período menstrual ou após as relações sexuais. Não causa dor pélvica, dispareunia ou outros distúrbios menstruais significativos.</p>	<p>Encaminhar para avaliação médica em caso de desconforto, sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado ou sangramento discreto entre as menstruações.</p>
<p><b>Vaginismo</b> Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo.</p>	<p>Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento, para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, tranquilizá-la e reagendar a avaliação. Para maiores detalhamentos, consultar o quadro 4 - Manejo das disfunções sexuais mais comuns.</p>
<p><b>Ressecamento vaginal</b> Comum no climatério, demandando tratamento somente se houver queixas como ressecamento vaginal</p>	<p>Pode ser recomendada a estrogenização local com <b>Estriol creme 1 mg/g, 0,5 g/dia (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3</b></p>

ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.

**mg do princípio ativo), via vaginal por 21 dias.** É realizada nova citologia entre cinco e sete dias após o uso.

**Atenção:** mesmo sendo mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, não prescrever para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes.

Fonte: BRASIL, 2016; UFRGS, 2021; INCA, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020.

## Quadro 28 - Resultados citopatológicos e condutas clínicas

RESULTADO	CONDUTA
<p>Dentro dos limites da normalidade no material examinado; Metaplasia escamosa imatura; Reparação.</p>	<p>Seguir rotina de rastreamento.</p>
<p>Inflamação sem identificação do agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas); Achados microbiológicos:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactobacillus sp;</li> <li>- Cocos;</li> <li>- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus);</li> <li>- Candida sp.</li> </ul> </p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento.</p> <p>Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, segundo o item 7.2 - Manejo dos corrimentos vaginais.</p>
<p>Atrofia com inflamação</p>	<p>Seguir a rotina de rastreamento citológico.</p> <p>Na eventualidade do laudo mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal, conforme esquema sugerido no quadro anterior.</p>
<p>Achados microbiológicos:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chlamydia sp;</li> <li>- Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes;</li> <li>- Trichomonas vaginalis;</li> <li>- Actinomyces sp.</li> </ul> </p>	<p>Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por Chlamydia e Gonococo), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme <u>PCDT-IST (2020)</u> ou <u>Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero (2021)</u>;</p> <p>Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital. Consultar <u>PCDT-IST (2020)</u> ou <u>Telecondutas: rastreamento do câncer do colo do útero (2021)</u>;</p> <p>Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU.</p>

Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa		<p>Seguir a rotina de rastreamento.</p> <p>Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o endométrio através de ultrassonografia transvaginal.</p>	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<p>Se mulheres com &lt; de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Repetir citologia em 12 meses.</b> Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 12 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.</li> </ul>
			<p>Se mulheres <math>\geq</math> de 30 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Repetir citologia em 6 meses.</b> Caso se mantenha essa atipia, deverá ser encaminhada para colposcopia. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal.</li> </ul>
		Repetir a citologia em 6 meses	
		Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Encaminhar para colposcopia
	Mulheres com doenças autoimunes, vivendo com HIV, transplantadas ou em uso de drogas imunossupressoras: encaminhar para a colposcopia ou avaliação médica.		
	Em células glandulares ou de origem indefinida (AGC)	Possivelmente não neoplásicas	Encaminhar para colposcopia ou avaliação médica.

		Não se pode afastar lesão de alto grau	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de Baixo Grau (LSIL)		<b>Repetir citologia em 6 meses.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a usuária deve retornar à rotina de rastreamento trienal;</li> <li>- Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for positiva, encaminhar para colposcopia.</li> </ul>
	Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), não podendo excluir microinvasão		Encaminhar para colposcopia e avaliação médica com brevidade.
	Carcinoma escamoso invasor		
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou Adenocarcinoma invasor		Encaminhar para colposcopia e avaliação médica com brevidade.

Fonte: INCA, 2021;UFRGS, 2021; BRASIL, 2016.

**Atenção!** A conduta para gestantes frente a um achado anormal em exame citopatológico é a mesma para a população geral. A exceção a essa regra são mulheres diagnosticadas com LSIL na gestação. As alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação podem dificultar a interpretação dos achados na colposcopia. Considerando essas limitações, não é recomendada a realização de colposcopia durante a gestação de mulher com LSIL e qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após três meses do parto. Os demais achados devem seguir as recomendações acima abordadas (UFRGS, 2021).

## 7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS

*Pâmela Leites de Souza Steffen*<sup>40</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>41</sup>

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>42</sup>

*Tainá Nicola*<sup>43</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>44</sup>

*Daiani Nara Lessa*<sup>45</sup>

A integralidade na APS pressupõe que o cuidado das mulheres não seja restrito às ações programáticas, mas que envolvam o desenvolvimento de ações abrangentes de saúde e de acordo com as necessidades das usuárias. Desse modo, são elencados abaixo os principais motivadores do contato espontâneo das usuárias com os serviços de saúde, que devem partir do acolhimento à demanda espontânea com escuta qualificada, até as ofertas possíveis para o cuidado resolutivo, ampliado e adequado às necessidades de cada mulher (BRASIL, 2016).

### 7.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS À MENSTRUÇÃO

Os principais problemas relacionados à menstruação consistem em alterações de ciclo e/ou fluxo menstrual e sintomas associados, dentre os quais destacam-se a amenorreia, a dismenorreia e o sangramento uterino anormal (BRASIL, 2016).

A amenorreia é definida pela ausência de menstruação por pelo menos três ciclos usuais, apresentando-se frequentemente como um sinal de um distúrbio reprodutivo subjacente. Quando a amenorreia não está associada à gestação, à lactação, ao climatério/ menopausa ou ao uso de métodos contraceptivos hormonais, classifica-se em amenorreia primária ou secundária (BRASIL, 2016; SOLNIK, 2018; COREN-SP, 2019).

A amenorreia primária é a ausência de menstruação aos 15 anos de idade em usuárias com desenvolvimento adequado das características sexuais secundárias ou ausência de menstruação aos 13 anos de idade, sem sinais de puberdade. A amenorreia secundária é a ausência de menstruação em mulheres não gestantes, com fluxo menstrual prévio, por pelo menos 3 ciclos subsequentes ou

<sup>40</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>41</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande.

<sup>42</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>43</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>44</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

<sup>45</sup> Enfermeira. Especialista. SMS de Osório.

ausência de menstruação por 6 meses. Ambas as condições exigem investigação diagnóstica com exames complementares, a ser conduzida pelo médico de família e comunidade ou ginecologista (BRASIL, 2016; SOLNIK, 2018; COREN-SP, 2019).

Dismenorreia significa "menstruação dolorosa" e é um dos sintomas mais comuns que afetam a qualidade de vida das mulheres que menstruam. Classifica-se em dismenorreia primária quando há presença de dor abdominal baixa recorrente e cólica durante a menstruação ou secundária quando em resposta à patologia subjacente, como endometriose, adenomiose ou miomatose uterina. O tratamento deve abordar o alívio da dor aguda e, na dismenorreia secundária, também a etiologia subjacente (SMITH; KAUNITZ, 2021).

Já o sangramento uterino anormal refere-se às alterações de ciclo e/ou fluxo menstrual, apresentando-se como uma preocupação ginecológica comum e que afeta mulheres de todas as idades. Suas causas incluem patologias uterinas estruturais (miomas, pólipos endometriais, adenomiose, neoplasia, entre outros) ou causas não uterinas, como disfunção ovulatória, distúrbios de hemostasia e uso de medicamentos. O tratamento do sangramento uterino anormal, na maioria das causas, deverá ser conduzido pelo médico, cabendo ao enfermeiro a avaliação e manejo iniciais (BRASIL, 2016; KAUNITZ, 2022).

O quadro e os fluxogramas abaixo apresentam os principais cuidados e intervenções de enfermagem frente a essas queixas na APS.

### Quadro 29 - Manejo dos problemas mais comuns relacionados à menstruação

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dor aguda;</li> <li>● Proteção ineficaz;</li> <li>● Risco de infecção;</li> <li>● Conforto prejudicado;</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abortamento;</li> <li>● Abortamento espontâneo;</li> <li>● Cólica menstrual;</li> <li>● Descarga (ou fluxo) menstrual ausente;</li> <li>● Gestação;</li> <li>● Infecção presente;</li> <li>● Menopausa;</li> <li>● Menorragia;</li> <li>● Risco de doença;</li> <li>● Tensão pré-menstrual;</li> <li>● Vítima de agressão sexual (ou estupro).</li> </ul>

## CONDIÇÃO / CARACTERÍSTICAS

## CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**Atraso menstrual e amenorreia**

Ausência temporária ou permanente de fluxo menstrual.

- Realizar anamnese questionando sobre história da queixa, idade da menarca, padrões menstruais, regularidade do uso de métodos contraceptivos, sinais e sintomas suspeitos de gravidez e sinais e sintomas sugestivos de climatério/menopausa;
- Em caso de ausência de menarca em menor de 15 anos com desenvolvimento adequado das características sexuais secundárias ou menor de 14 anos de idade, sem outros sinais de maturação da puberdade, encaminhar para consulta médica para investigação de amenorreia primária;
- Em caso de menstruação prévia e atraso menstrual de 7 dias ou mais, investigar gestação realizando teste rápido de gravidez (TRG) ou solicitando B-HCG sérico;
- Atentar para a necessidade de considerar uso de contracepção de emergência - consultar capítulo: Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo;
- Se confirmada a gestação, acolher os sentimentos da mulher frente a esse diagnóstico e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível;
- Em caso de descartada a gestação, encaminhar para consulta médica para investigação de amenorreia secundária;
- Em caso de ausência ou sangramento menstrual irregular durante o uso de métodos hormonais e no uso de injetáveis trimestrais ao longo do tempo, orientar que essa trata-se de uma condição comum e em geral, não prejudicial. Descartada a possibilidade de gestação, deve-se abordar a adesão ao método, orientando o uso sempre no mesmo horário. Considerar a troca de método contraceptivo conforme intensidade e persistência da queixa.

**Dismenorreia**

Caracteriza-se por dor na parte inferior do abdome ou cólicas uterinas que ocorrem dias antes e/ou durante a menstruação e geralmente desaparecem no final da menstruação.

- Promover conforto e estimular medidas não medicamentosas para alívio da dor como tratamento de primeira linha para todas as mulheres com dismenorreia, especialmente, compressas quentes na parte inferior do abdômen e repouso;
- Realizar abordagem integrada de demais sintomas pré-menstruais, se associados, como irritabilidade e isolamento social, oferecendo intervenções focadas nos fatores estressantes identificados e na promoção de hábitos de vida saudáveis;
- Ressignificar a menstruação como evento fisiológico e natural na vida da mulher;
- Considerar prescrever **Ibuprofeno 600 mg**, 1 comprimido via oral de 8/8 horas, no início dos sintomas e por até 3 dias durante a menstruação  
**OU**  
**Paracetamol 500 mg**, 1 comprimido via oral de até 6/6 horas;
- Para mulheres com dismenorreia primária persistente e com prejuízo da qualidade de vida, que desejam iniciar método contraceptivo, o uso de anticoncepcional hormonal pode ser indicado para alívio dos sintomas (capítulo - Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo);
- Mulheres com dismenorreia importante associada a determinado método contraceptivo, considerar substituição, conforme capítulo - Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo;
- Em caso de quadro persistente sem alívio adequado da dor após 3 a 6 meses de tratamento com analgésicos e / ou contraceptivos hormonais, faltas frequentes ao trabalho ou à escola pela intensidade dos sintomas, história de várias idas à emergência ou unidade de saúde por dor, dispareunia e útero volumoso, suspeitar de dismenorreia secundária – encaminhar à **consulta médica** para investigação diagnóstica.

**Sangramento uterino anormal em mulheres em idade reprodutiva, não grávidas\***

Alteração de intervalo, quantidade ou duração da menstruação/ciclo menstrual.

- Avaliar presença de sangramento agudo intenso e/ou sinais de alerta para hipovolemia (letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário) - encaminhar para consulta médica imediata;
- Realizar anamnese investigando histórico ginecológico, história menstrual, padrão e intensidade do sangramento (anexo 2), assim como existência de fatores precipitantes como trauma, relação sexual ou procedimento ginecológico;
- Verificar data e resultado do último exame de rastreamento de colo de útero e realizar rastreamento, se indicado;
- Investigar a possibilidade de gravidez ou de infecções pélvicas que cursem com sangramento. Manejo conforme condutas ao longo deste protocolo;
- Em caso de um único episódio de sangramento isolado, que não resulta em instabilidade hemodinâmica e que ocorre no contexto de ciclos menstruais normais, solicitar diário menstrual para observar o quadro e pactuar retorno;
- Programar consulta médica para seguimento;
- Na presença de sangramento uterino de pequena ou média quantidade associado à inserção recente de DIU, solicitar diário menstrual e observar o quadro. Se sangramento intenso e/ou persistência do quadro, encaminhar para consulta médica.

**Sangramento uterino anormal em adolescentes**

Caracterizado por ciclos menstruais mais frequentes do que a cada 21 dias ou menos frequentes do que a cada 45 dias, duração do ciclo > 7 dias, sangramento intermenstrual ou sangramento menstrual intenso cujo volume interfere na qualidade de vida da adolescente.

- Tranquilizar a adolescente que alterações menstruais são comuns nos primeiros dois anos após a menarca, devido à propensão a ciclos anovulatórios, e que, geralmente, regularizam com o passar do tempo. Nesses casos, o tratamento de primeira escolha é observar o quadro e solicitar diário menstrual;
- Realizar anamnese investigando outras causas menos frequentes, como doenças sistêmicas e neoplasias, uso de medicamentos, perda súbita de peso e exercícios intensos (especialmente se associados à restrição alimentar e perda de peso);
- Investigar possibilidade de gravidez ou infecções pélvicas que cursem com sangramento;
- Considerar iniciar método contraceptivo, de acordo com o desejo da adolescente e a relação risco-benefício (conforme capítulo - Assistência de enfermagem no planejamento reprodutivo);
- Pactuar retorno e manter acompanhamento por pelo menos 3 a 6 meses;
- Em caso de prejuízo importante da qualidade de vida da adolescente ou sangramento uterino anormal grave, com suspeita de anemia e/ou instabilidade hemodinâmica, encaminhar para consulta médica.

**Sangramento em mulheres na menopausa**

Qualquer sangramento uterino em uma mulher na menopausa.

- Avaliar presença de sangramento agudo intenso e/ou sinais de alerta para hipovolemia (letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário) - encaminhar para **consulta médica imediata**;
- Realizar anamnese sobre história da queixa, características e intensidade do sangramento, histórico ginecológico, bem como identificar fatores de risco para cânceres ginecológicos e data/resultados do último exame de rastreamento do câncer de colo de útero;
- Realizar exame de rastreamento do câncer de colo de útero, se indicado;
- Em caso de sangramento ativo, realizar exame físico com vistas a identificar origem do sangramento, se oriundo do colo do útero, vagina, vulva, pólipos ou locais não ginecológicos, como uretra, bexiga, ânus / reto / intestino ou perineo. Encaminhar para consulta médica se necessário;

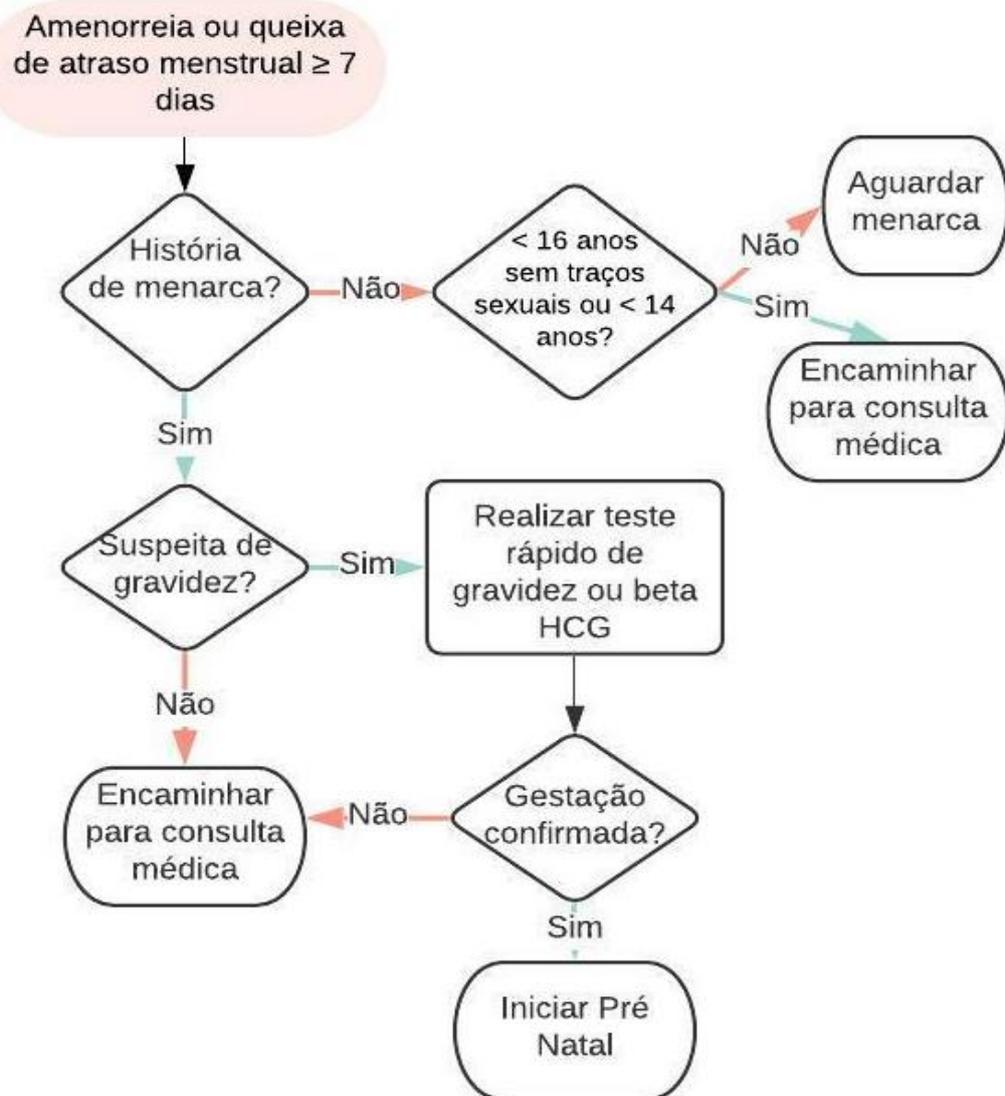
- Investigar possibilidade de infecções pélvicas que cursem com sangramento e realizar manejo conforme condutas ao longo deste protocolo;
- Se o quadro de sangramento uterino anormal for confirmado, encaminhar para consulta médica.

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

Fonte: BRASIL, 2016; DE SILVA, 2021; GOODMAN, 2022; KAUNITZ, 2021; SMITH; KAUNITZ, 2022.

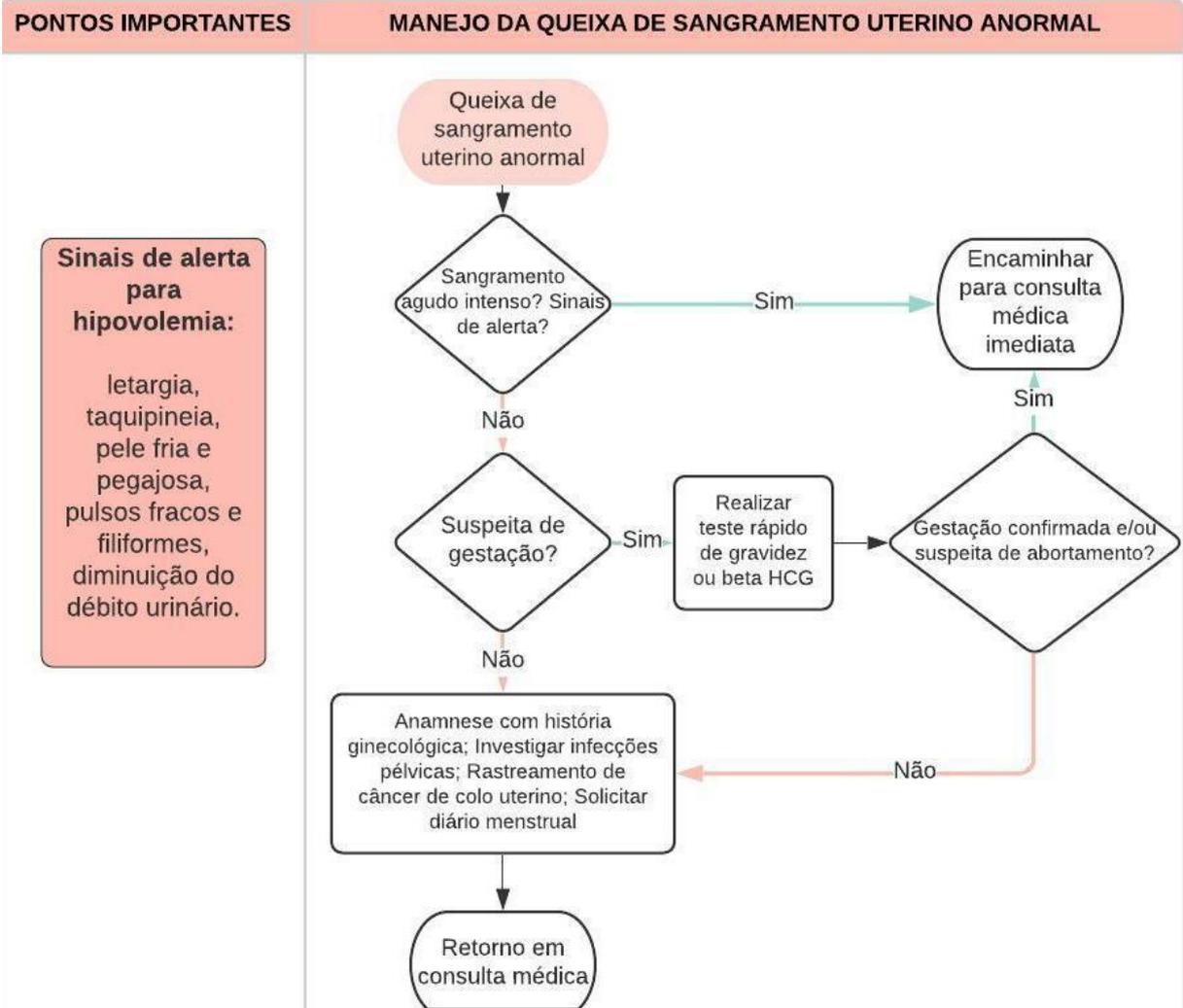
## Fluxograma 2 - Manejo da amenorreia ou queixa de atraso menstrual

### MANEJO DA AMENORREIA OU QUEIXA DE ATRASO MENSTRUAL



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

### Fluxograma 3 - Manejo da queixa de sangramento uterino anormal



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

## 7.2 MANEJO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS

O corrimento vaginal constitui uma das queixas mais frequentes na atenção à saúde das mulheres na APS e, geralmente, ocorre em idade reprodutiva (FLORIANÓPOLIS, 2020; PCDT-IST 2020). Apesar de causas não infecciosas serem possíveis, como presença de corpo estranho ou vaginite atrófica na pós-menopausa, as causas mais comuns de corrimento vaginal são patológicas, relacionadas a quadros de vulvovaginites ou vaginoses (PCDT-IST, 2020).

A infecção vaginal caracteriza-se por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor, cujos agentes etiológicos mais frequentes são fungos, bactérias anaeróbicas e o protozoário *Trichomonas vaginalis*. Cabe ressaltar que a mulher pode apresentar corrimento de aspecto inespecífico, decorrente de mais de uma infecção concomitante. Logo, o diagnóstico de corrimento deve ser feito, prioritariamente, por avaliação do conteúdo vaginal a partir de teste de pH, teste de aminas ou microscopia<sup>46</sup>. Na indisponibilidade destes recursos, o tratamento poderá ser estabelecido por abordagem sindrômica, ou seja, baseado nos sinais, sintomas e nas características do corrimento (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020; PCDT-IST, 2020). O quadro 30 apresenta o manejo das principais causas de corrimento vaginal na APS.

De maneira menos frequente, o corrimento vaginal também pode estar associado a quadros de colpites e cervicites, que constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos, cujos sinais de alerta indicam condições mais graves como complicações da doença inflamatória pélvica e até processos neoplásicos (FLORIANÓPOLIS, 2020). O manejo das cervicites deve ser consultado no PCDT-IST (2020).

Para uma adequada avaliação da mulher com queixa de corrimento vaginal, o enfermeiro deverá realizar consulta de enfermagem, de acordo com o roteiro a seguir (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020):

- Anamnese minuciosa com identificação das necessidades em saúde, hábitos de vida, orientação sexual e identidade de gênero, padrão de comportamento sexual, antecedentes clínicos e ginecológicos, comorbidades e medicamentos em uso;
- Levantamento dos aspectos relacionados à queixa principal e sintomas associados: tempo de início e de duração dos sintomas, fatores desencadeantes, fluxo do corrimento (aspecto, quantidade, consistência, coloração, odor), presença de prurido vulvovaginal, dispareunia e de sangramento vaginal;
- Atentar para uso de contraceptivos, data da última menstruação, gravidez interrogada ou confirmada;
- Em caso de população-alvo, verificação da data e resultado do último exame preventivo do câncer do colo do útero e realização do mesmo de forma oportunística, se indicado;
- Exame físico ginecológico detalhado, incluindo exame e palpação do abdome, inspeção dos genitais externos e linfonodos inguinais, exame especular e toque vaginal de acordo com sinais e sintomas apresentados;

<sup>46</sup> Realização do procedimento conforme disponibilidade e rotina estabelecida no município.

- Ofertar de forma oportunística rastreamento para ISTs, realizando aconselhamento pré e pós-teste;
- Orientar sobre direitos sexuais, sexualidade e sexo seguro.

### Quadro 30 - Manejo do corrimento vaginal

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
Nanda-I®	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Dor aguda;</li> <li>• Risco de infecção;</li> <li>• Conforto prejudicado;</li> <li>• Disfunção sexual;</li> <li>• Autogestão ineficaz da saúde;</li> <li>• Disposição para autogestão da saúde melhorada.</li> </ul>		
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candidíase;</li> <li>• Comportamento sexual, prejudicado;</li> <li>• Descarga (ou fluxo) vaginal, excessiva;</li> <li>• Desconforto;</li> <li>• Dispareunia;</li> <li>• Dor (grau);</li> <li>• Risco de/ presença de infecção;</li> <li>• Risco de/ presença de inflamação;</li> <li>• Prurido;</li> <li>• Sinal de infecção;</li> <li>• Sintoma de infecção;</li> <li>• Vítima de agressão sexual (ou estupro).</li> </ul>		
	Causa	Cuidados/intervenções de enfermagem	Principais medicamentos
<b>Mucorreia</b> Fisiológico  Fonte: FEBRASGO, 2010.	<p><b>Sinais:</b> no exame especular, há muco claro e límpido, com ausência de sinais de inflamação vaginal.</p> <p><b>Sintomas:</b> normalmente assintomática ou com queixa de corrimento discreto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar anamnese e exame ginecológico com foco na identificação de sinais e sintomas de vaginoses;</li> <li>- Pode-se realizar, se disponível, teste de pH vaginal, o qual deve estar normal (&lt; 4,5);</li> <li>- Orientar sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e oscilações hormonais.</li> </ul>	<p>Não há indicação de tratamento medicamentoso</p>

**Causa**      **Cuidados/intervenções de enfermagem**      **Principais medicamentos**

**Vaginose citolítica:**

aumento do número de Lactobacillus sp no trato genital inferior, sem causa infecciosa.



Fonte: FEBRASGO, 2010.

**Sinais:** corrimento vaginal abundante, transparente, branco ou acinzentado, com odor em alguns casos. Exame especular da vagina frequentemente com eritema, edema e canal vaginal com conteúdo leitoso e grumoso, aderido às paredes vaginais

**Sintomas:** pode haver dor, prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento abundante que piora na fase lútea.

- Realizar anamnese e exame ginecológico com foco na identificação de sinais e sintomas para fins de diagnóstico diferencial de outras causas de vaginose, uma vez que o diagnóstico da vaginose citolítica se dá por exclusão;
- Atentar para condições que cursam com níveis séricos de glicose aumentados, como no diabetes mellitus não diagnosticado e/ou descompensado, por serem fatores predisponentes para o aumento de lactobacilos;
- Pode-se realizar, se disponível e necessário, teste de pH vaginal, o qual deve estar entre 3,5 e 4,5 nessa condição;
- Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas, de absorventes diários e tampões;
- Prescrever banho de assento com bicarbonato de sódio (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras de água morna e 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio (15 a 30 g), 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas;
- Orientar a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante;
- Em caso de persistência ou agravamento dos sintomas após 2 a 3 semanas do início do tratamento, encaminhar para consulta médica.

Não há indicação de tratamento medicamentoso.

**Causa**      **Cuidados/intervenções de enfermagem**      **Principais medicamentos**

**Candidíase vulvovaginal**

Principal agente etiológico-

*Candida albicans*



Fonte: UptoDate®



Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020.

**Sinais:** eritema da vulva e da mucosa vaginal, edema vulvar, corrimento vaginal branco, grumoso e sem odor. Escoriações vulvares e fissuras também podem estar presentes

**Sintomas:** prurido vulvar, ardor, dor ou irritação vulvar, que podem ser acompanhados por disúria e dispareunia de introito vaginal.

- Atentar para diagnóstico diferencial de vaginose citolítica, especialmente em casos refratários ao tratamento, uma vez que essa condição é frequentemente confundida e tratada como candidíase;

- Atentar para fatores que predispoem infecções fúngicas: gravidez, obesidade, diabetes mellitus descompensado, uso de corticoides e de antibióticos, uso de contraceptivos orais, imunossupressão, hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local e contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes;

- Realizar, sempre que disponível, teste de pH vaginal, o qual deve estar normal (< 4,5). Em caso de pH vaginal > 4,5, atentar para infecção mista ou coinfeção de vaginose bacteriana ou tricomoníase;

- A cultura vaginal deve ser realizada apenas na candidíase vulvovaginal recorrente;

- Prescrever e orientar tratamento apenas para mulheres e parcerias sexuais que estejam sintomáticas;

- Orientar sobre adequada higiene vaginal com sabonete neutro e mudanças comportamentais que podem ter algum benefício para as mulheres, como: uso de lubrificantes tópicos à base de água e sem fragrância, preferir uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas, evitar o uso frequente de roupas apertadas e de absorventes diários;

- Monitorar sinais e sintomas de infecção;

- Orientar retorno se persistência dos sinais e sintomas;

- Encaminhar para consulta médica, se necessário.

**Tratamento de primeira escolha:**  
**Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio à noite ao deitar-se, por 7 dias;**  
**OU**  
**Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias;**

**Segunda escolha:**  
**Fluconazol 150 mg, VO, dose única;**  
**Gestantes e nutrízes:** realizar tratamento apenas por via vaginal. O tratamento via oral está contraindicado.

**Candidíase vulvovaginal recorrente:**  
em caso de 4 ou mais episódios em um ano, prescrever  
**Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, a cada 72 h, total de três doses.** Após, seguir terapia de manutenção com fluconazol 1x por semana durante 6 meses;  
**OU**  
**Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, de 12/12 h, por 1 dia.**

**Causa**      **Cuidados/intervenções de enfermagem**      **Principais medicamentos**

**Vaginose bacteriana:**

Principal agente etiológico

- Gardnerella vaginalis



Fonte: SPITZER, 1998.

**Sinais:** corrimento esbranquiçado /acinzentado, de aspecto bolhoso, consistência fina e homogênea, com odor fétido característico (“cheiro de peixe”) que pode ser mais perceptível após a relação sexual e durante a menstruação

**Sintomas:** corrimento vaginal e/ou odor vaginal.

- Atentar para fatores de risco para vaginose bacteriana, como: atividade sexual, raça negra, uso frequente de duchas vaginais e tabagismo;
- Realizar Teste do KOH - Hidróxido de potássio (teste de Whiff ou teste das aminas), sempre que possível, adicionando duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal. Em caso de apresentar cheiro de peixe podre o resultado é positivo;
- Realizar, sempre que disponível, teste de pH vaginal, se > 4,5 confirma diagnóstico;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção, atentando para presença de outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Atentar para sinais de cervicite aguda como complicação da vaginose;
- Encaminhar para avaliação médica imediata se houver sinais de alerta como dor abdominal, parto ou abortamento recente, sangramento vaginal anormal, comprometimento do estado geral, sinais de desidratação ou choque, febre ou sinais de gravidade na Doença Inflamatória Pélvica;
- Prescrever e orientar tratamento para mulheres sintomáticas e para assintomáticas quando grávidas;
- Orientar abstinência alcoólica até 24h após o término do tratamento;
- Não recomendar tratamento para as parcerias sexuais como rotina, entretanto, mulheres que fazem sexo com mulheres devem encorajar suas parcerias a estarem alertas sobre sinais e sintomas sugestivos de vaginose bacteriana;
- Orientar retorno se persistência dos sinais e sintomas;
- Atentar para diagnóstico diferencial de Tricomoníase.

**Tratamento de primeira escolha (incluindo gestantes e nutrízes):**  
Metronidazol\* VO, 500 mg de 12/12 h, por 7 dias  
OU  
Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias;

**Segunda escolha:**  
Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 h, por 7 dias;

**Vaginose bacteriana recorrente:**  
em caso de recorrência sintomática de 30 a 90 dias (podendo considerar até 9 meses) após o tratamento inicial, prescrever Metronidazol VO 500 mg, 12/12 h, por 10 a 14 dias.

**Causa** | **Cuidados/intervenções de enfermagem** | **Principais medicamentos**

**Tricomoníase:**

**Agente etiológico -**

**Trichomonas vaginalis**



Fonte: USATINE et al. 2013©



Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2020.

**Sinais:** corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido. Observa-se microulcerações no colo uterino - colo com aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”).

**Sintomas:** corrimento purulento, malcheiroso, associado à queimação, prurido, disúria, dor abdominal inferior ou dispareunia. Pode ocorrer sangramento pós-coito. Atentar para o fato de que 30 a 85% das mulheres infectadas são assintomáticas.

- Realizar, preferencialmente, Teste do KOH (teste de Whiff ou teste das aminas), sempre que possível, adicionando duas gotas de KOH 10% à uma gota de secreção vaginal. Na maioria dos casos, o teste será positivo;
- Realizar, sempre que disponível, teste de pH vaginal, se entre 6,7 e 7,5, confirma diagnóstico;
- Orientar sobre comportamento sexual, com uso de preservativos;
- Prescrever e orientar tratamento para mulheres e parcerias sexuais sintomáticas e assintomáticas;
- Orientar abstinência alcoólica até 24 h após o término do tratamento;
- Realizar rastreamento para demais ISTs (consultar PCDT-IST, 2020);
- Pactuar retorno para reavaliação de sinais e sintomas de 14 a 90 dias após a conclusão do tratamento.

**Tratamento de primeira escolha:**  
Metronidazol 2 g VO, dose única .

**Segunda opção, gestantes e nutrízes:**  
Metronidazol 500 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias. .

**Doença inflamatória  
pélvica\*\***

- Atentar para: sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica aguda ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque;
- Para informações de critérios de diagnóstico e tratamento, consultar PCDT-IST (2020) ;
- Nas situações que for confirmada DIP, encaminhar para consulta médica e orientar:
  - Repouso relativo e abstinência sexual em sintomáticos;
  - Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros, agendando retorno;
  - As duchas vaginais não estão recomendadas;
  - Ofertar testagem rápida de anti-HIV, sífilis, hepatites B e C, se disponível, vacinar contra hepatite B;
  - Realizar teste de gravidez (diagnóstico diferencial de gestação ectópica).

\*O uso de metronidazol é compatível com a amamentação, porém o leite pode adquirir gosto metálico, reduzindo sua aceitação pela criança. O medicamento não está associado a efeitos adversos até a dose de 1.200 mg/dia (UFRGS, 2021).

\*\*A doença inflamatória pélvica é uma complicação importante das ISTs em mulheres e é considerada um problema em saúde pública. A abordagem oportuna pode evitar internações ou mesmo óbito por complicações sistêmicas, infertilidade feminina, além de outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica (COREN-SP, 2019).

Fonte: SOARES *et al.*, 2017; FLORIANÓPOLIS, 2020; PCDT-IST, 2020; SOBEL; MITCHELL, 2020; SOBEL; HACISALIHOĞLU; ACET, 2021; SOBEL, 2022a; SOBEL, 2022b; SOBEL; MITCHELL, 2021.

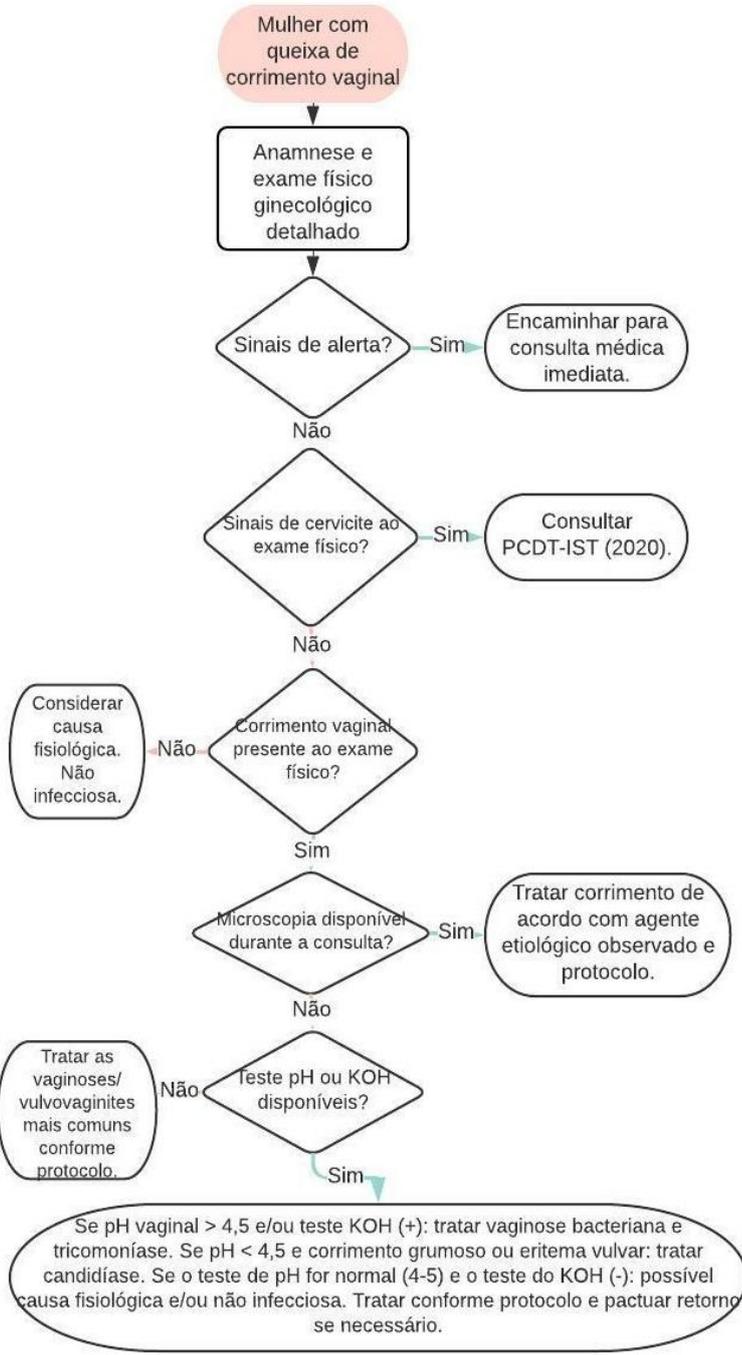
## Fluxograma 4 - Manejo dos corrimentos vaginais

### PONTOS IMPORTANTES

### MANEJO DOS CORRIMENTOS VAGINAIS

**Sinais de alerta:**  
dor abdominal;  
parto ou abortamento recente;  
gravidez ou atraso menstrual;  
sangramento vaginal anormal;  
febre;  
comprometimento do estado geral;  
sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia).

**Sinais de cervicite ao exame físico:**  
presença de mucopus;  
teste do cotonete;  
friabilidade;  
sangramento do colo ou dor à mobilização do colo.



Fonte: adaptado de BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020.

### 7.3 MANEJO DAS QUEIXAS URINÁRIAS

As queixas urinárias relacionadas a infecções do trato urinário (ITU) em mulheres são demandas comuns nos serviços de saúde, cujo manejo adequado é essencial para se evitar complicações e internações desnecessárias (BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Uma infecção de trato urinário é uma infecção nos rins, na bexiga ou na uretra, que pode ser classificada em não complicada ou complicada, aguda ou recorrente. As ITUs não complicadas incluem a cistite aguda, que ocorre em mulheres saudáveis, não gestantes e sem anormalidades funcionais ou anatômicas do trato urinário (BRASIL, 2013; LEE, 2019).

A cistite aguda causada pela *Escherichia coli* é o tipo mais comum de ITU não complicada. Os principais sintomas são geralmente de início abrupto e concomitantes, incluindo disúria, polaciúria e hematúria, podendo estar associadas à urgência miccional, dor na palpação da região suprapúbica, mal-estar geral, urina turva com odor desagradável e, raramente, febre (BRASIL, 2013; LEE, 2019).

A investigação clínica das queixas urinárias deve ser baseada fundamentalmente na anamnese e no exame físico, pois, na presença de sintomas clássicos de ITU não complicada e na ausência de sintomas vaginais como trauma, prurido ou corrimento vaginal, não é necessária a realização de exames complementares (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; LEE, 2019; HOOTON; GUPTA, 2021).

Apesar de o exame de cultura da urina ser um recurso importante para confirmação diagnóstica, sua principal limitação é a demora habitual para a sua realização e obtenção do resultado, visto que, na maioria das vezes, a mulher com ITU não complicada, tratada empiricamente, já estará curada até essa avaliação ser possível, tornando o exame inútil e dispendioso. Do mesmo modo, não são necessárias culturas de urina de acompanhamento em mulheres cujos sintomas respondem ao tratamento em até 48 horas (LOPES; TAVARES, 2005; HOOTON; GUPTA, 2021).

Entretanto, diante de sintomas atípicos ou suspeita de ITU recorrente<sup>47</sup>, o Exame de Urina com Urocultura poderá ser útil, quando disponível. Em casos de mulheres com história de tratamento recente, sintomas há mais de 7 dias, com idade maior que 65 anos, diabetes, imunossuprimidas ou gestantes, assim como persistência dos sintomas após 48 a 72 horas de tratamento ou pré-tratamento, o exame de urocultura deve ser solicitado com antibiograma para melhor conduta terapêutica (LOPES; TAVARES, 2005; BRASIL, 2013).

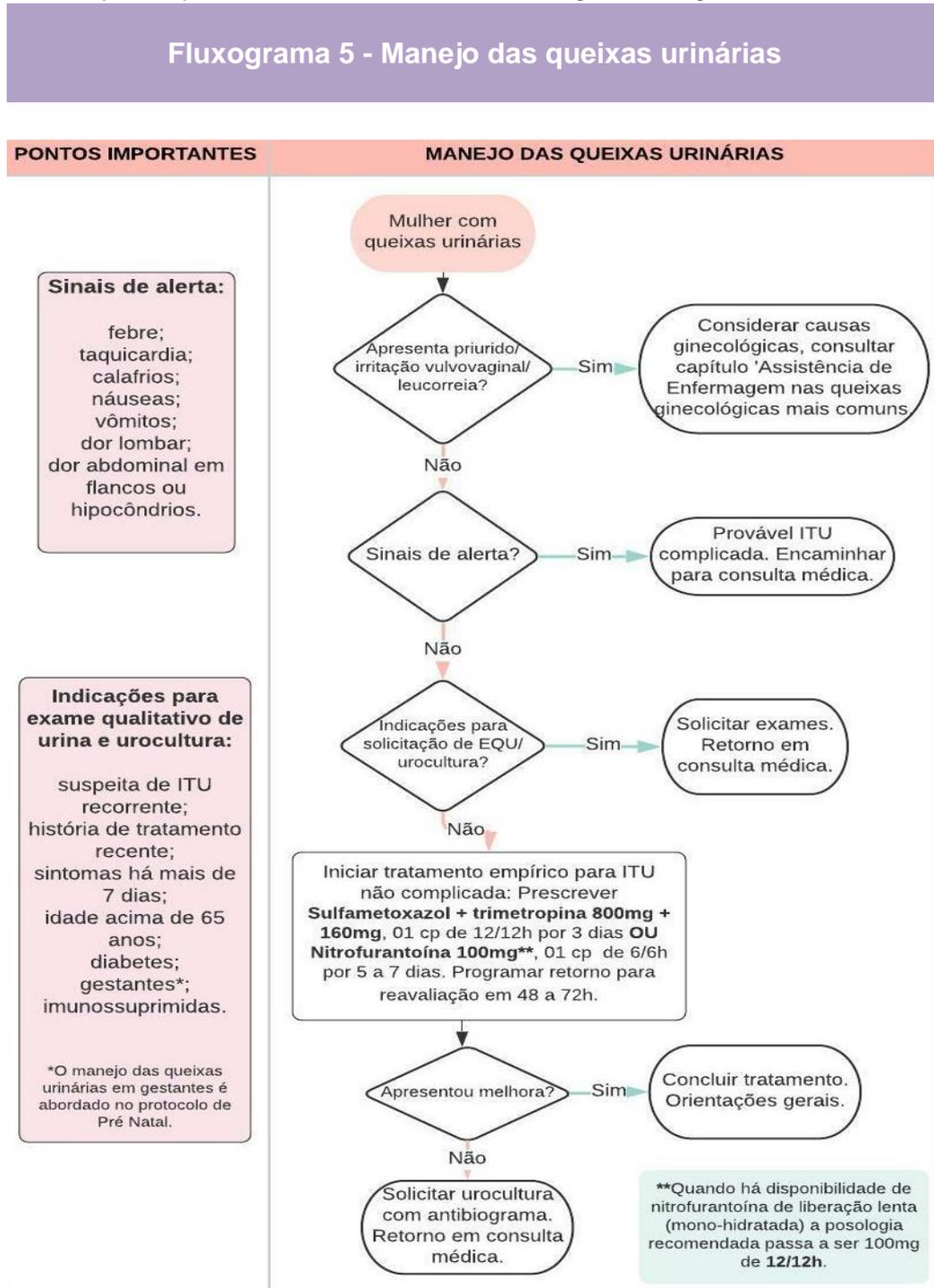
Já as ITUs complicadas incluem infecções durante a gravidez e em pacientes com deficiências funcionais ou estruturais, as quais podem reduzir a eficácia do tratamento e interferir na defesa do hospedeiro ou dos patógenos resistentes a múltiplos medicamentos. O diabético merece atenção, pois a ITU pode evoluir rapidamente para complicações que podem comprometer a função renal significativamente, sobretudo, em mulheres (BRASIL, 2013).

A pielonefrite, denominada como infecção do trato urinário alto, é a complicação de maior gravidade, decorrente da ascensão dos microorganismos do trato urinário inferior para os rins,

<sup>47</sup> Define-se como ITU recorrente dois episódios separados de ITUs agudas e sintomas associados, comprovadas por urocultura em um período de 6 meses ou mais de três episódios em 12 meses (LEE, 2019).

frequentemente associada à presença de cálculos renais. Normalmente se inicia com um quadro de cistite detectada nos últimos seis meses, que evolui com febre, calafrios, lombalgia uni ou bilateral e pode irradiar para o abdômen ou para o(s) flanco(s) e, mais raramente, para a virilha (LOPES; TAVARES, 2005; HOOTON; GUPTA, 2021).

O manejo das queixas urinárias é abordado no fluxograma a seguir.



Fonte: BRASIL, 2016; LEE, 2019; HOOTON; GUPTA, 2021.

## 8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

*Pâmela Leites de Souza Steffen*<sup>48</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>49</sup>

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>50</sup>

*Tainá Nicola*<sup>51</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>52</sup>

O climatério ou perimenopausa compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher (pós-menopausa), incluindo uma série de mudanças fisiológicas, psicossociais, afetivas, sexuais e ocupacionais que podem afetar sua qualidade de vida (BRASIL, 2016; CASPER, 2020).

A menopausa corresponde ao último ciclo menstrual, reconhecida a partir da cessação da menstruação por 12 meses consecutivos, excluídas outras causas de amenorreia. Essa fase, que ocorre, geralmente, em torno dos 50 anos de idade, é um evento natural e fisiológico pelo qual muitas mulheres passam sem queixas ou necessidade de intervenções. No entanto, algumas desenvolvem diferentes sintomas relacionados à diminuição da produção hormonal ovariana (BRASIL, 2018; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020). A identificação e o manejo desses sintomas serão trabalhados ao longo deste capítulo.

As principais manifestações clínicas desse período podem iniciar anos antes e persistir pelos primeiros anos após a menopausa (BRASIL, 2016; CASPER, 2020):

### Quadro 31 - Principais manifestações clínicas do climatério e menopausa.

**Alterações no ciclo menstrual:** o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; o fluxo pode ser abundante e com maior duração.

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

**Manifestações psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória e insônia.

**Disfunções sexuais relacionadas a questões emocionais e hormonais:** diminuição da libido, da frequência e da resposta orgástica, hipotrofia ou atrofia do aparelho geniturinário.

<sup>48</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS.

<sup>49</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>50</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>51</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>52</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

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

**Alterações no metabolismo lipídico:** aumento das frações de colesterol LDL e triglicerídeos e redução dos níveis de HDL.

**Alterações no metabolismo ósseo:** há mudanças variáveis no metabolismo ósseo de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. Essas alterações podem representar perda óssea e osteoporose ao longo do tempo.

**Composição corporal:** ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal com tendência ao acúmulo na região abdominal.

Fonte: BRASIL, 2008; BRASIL, 2016; CASPER, 2020.

Em mulheres híginas e com 45 anos ou mais, o diagnóstico da menopausa é essencialmente clínico e retrospectivo, **não sendo recomendado como rotina a realização de exames laboratoriais confirmatórios**. Já mulheres com suspeita ou presença de sinais e sintomas antes dos 45 anos de idade, devem ser avaliadas e encaminhadas para consulta médica, uma vez que exames adicionais podem ser necessários (CASPER, 2020; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020).

Na vigência do uso de métodos anticoncepcionais orais ou injetáveis combinados é difícil determinar se a menopausa ocorreu, porque essas mulheres não desenvolvem o sangramento irregular ou sintomas característicos do climatério. Além disso, como seu eixo hipotálamo-hipofisário é suprimido pela alta dose de estrogênio exógeno, a medição do nível sérico de FSH não é confiável.

Nesses casos, o ideal é discutir com a mulher a interrupção do método hormonal, considerando métodos de barreira. Sugere-se realizar diário menstrual e observar sinais e sintomas de menopausa no mínimo de duas a quatro semanas após a suspensão do método. Nas situações em que ainda haja dúvidas, encaminhar a usuária para avaliação em consulta médica (CASPER, 2020).

Para saber mais sobre indicações e contraindicações de métodos anticoncepcionais no climatério, consulte o capítulo 4.

## 8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O acompanhamento humanizado e sistemático da mulher no climatério e menopausa é fundamental, objetivando o diagnóstico precoce, a identificação de fatores de risco, o manejo de queixas comuns e tratamento de agravos, bem como a promoção da saúde com vistas à melhor qualidade de vida (BRASIL, 2016). Diante disso, a consulta de Enfermagem na abordagem da mulher nessa fase de ciclo de vida baseia-se no seguinte roteiro (BRASIL, 2016; CASPER, 2020; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020):

- Anamnese focada na avaliação da história do ciclo menstrual da mulher, calendário menstrual e sinais e sintomas associados;
- Investigar outras causas de amenorreia, como gravidez, especialmente, em mulheres com idade inferior a 45 anos (consultar capítulo 7);
- Considerar realização de teste rápido de gravidez ou solicitação de exame Beta-hCG em mulheres sexualmente ativas com amenorreia;
- Escuta qualificada do significado desse período para cada mulher, abordando estilo de vida, queixas, dificuldades, medos e sentimentos envolvidos;
- Realizar exame físico com aferição de dados antropométricos (peso, altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal) e pressão arterial para avaliação do risco cardiovascular;
- Realizar exame ginecológico, se indicado e de acordo com as manifestações clínicas do período;
- Realizar rastreamento para cânceres de colo de útero e de mama, segundo indicações deste protocolo;
- Atentar para investigação de fatores de risco cardiovascular e rastreamento da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (consultar Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Hipertensão e Diabetes do COREN-RS, disponível [AQUI](#));
- Esclarecer sobre as alterações mais comuns nesse período, buscando em conjunto com a mulher alternativas que tornem essa vivência mais saudável;
- Abordar questões referentes à sexualidade;
- Promover hábitos de vida saudáveis;
- Estimular atividades de lazer e de troca de experiências entre mulheres.

## 8.2 MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O processo de envelhecimento traz consigo inúmeras alterações, exigindo uma abordagem integral para que a mulher possa lidar de forma saudável e tranquila com cada fase de vida. Nesse sentido, o manejo das demandas mais frequentes relacionadas ao climatério e menopausa pelo Enfermeiro consiste, principalmente, na promoção de hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e valorização do autocuidado (BRASIL, 2016).

O quadro 32 apresenta os principais cuidados e intervenções de Enfermagem frente às manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa.

**Quadro 32 - Manejo das manifestações clínicas mais comuns no climatério e menopausa**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Estilo de vida sedentário;</li><li>● Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde;</li><li>● Sobrepeso/ risco de sobrepeso;</li><li>● Obesidade;</li><li>● Insônia;</li><li>● Conhecimento deficiente;</li><li>● Relacionamento ineficaz / risco de;</li><li>● Disfunção sexual;</li><li>● Regulação do humor prejudicada;</li><li>● Ansiedade;</li><li>● Risco de queda;</li><li>● Conforto prejudicado.</li></ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"><li>● Adesão a/ não adesão a regime de exercício físico;</li><li>● Acompanhamento de rastreamento (Screening);</li><li>● Ansiedade;</li><li>● Apoio social/ falta de apoio social;</li><li>● Humor, deprimido;</li><li>● Insônia;</li><li>● Manutenção da saúde, prejudicada;</li><li>● Menopausa;</li><li>● Obesidade;</li><li>● Onda de calor (ou fogacho);</li><li>● Risco de doença;</li><li>● Risco de qualidade de vida, negativa;</li><li>● Risco de queda;</li><li>● Sobrepeso;</li><li>● Sono, prejudicado;</li><li>● Tabagismo;</li><li>● Tristeza.</li></ul>

## MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

## CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

**Fogachos  
e suores noturnos**

- Realizar anamnese com foco na intensidade e frequência dos sintomas, bem como na identificação de outras manifestações clínicas da menopausa;
- Considerar solicitação de diário para registro dos momentos em que os sintomas se iniciam e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho (ingestão de alimentos picantes e situações estressantes, por exemplo) com vistas a evitá-las;
- Atentar para outros sintomas associados e investigação de agravos que podem ocasionar ondas de calor ou sudorese noturna, como tuberculose, uso de medicamentos e hipertireoidismo;
- Realizar abordagem integral da mulher tratando aspectos biopsicossociais do climatério e menopausa;
- Estimular a realização de atividade física;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e uso de fitoterápicos (quadro 33);
- Orientar dormir em ambiente arejado;
- Orientar uso de roupas com tecidos leves para melhor ventilação da pele e/ou que possam ser facilmente retiradas ao perceber a chegada dos sintomas;
- Orientar ingestão hídrica adequada;
- Aconselhar a ingestão de água sempre que perceber o início dos sintomas;
- Abordar tabagismo e ofertar suporte para cessação, se desejável;
- Evitar consumo de bebidas alcoólicas, estimulantes e à base de cafeína (café, chimarrão, chá preto);
- Promover manutenção do peso corporal saudável;
- Orientar exercícios de respiração lenta e profunda por alguns minutos durante o pico dos sintomas;
- Abordar, se necessário, indicações, contra indicações, riscos e benefícios da abordagem farmacológica para o alívio dos sintomas;
- Em caso de sintomas moderados a severos, com prejuízo da qualidade de vida, **encaminhar para consulta médica** para avaliação conjunta de abordagem farmacológica no climatério.

**Atrofia  
urogenital**

- Realizar anamnese com foco na intensidade e frequência dos sintomas, atentando para outras manifestações clínicas da menopausa ou demais disfunções sexuais (consultar quadro 4 - Manejo das disfunções sexuais mais comuns);
- Realizar exame ginecológico para avaliar a atrofia vaginal;
- Atentar para o fato de que a atrofia, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição a parceria e outras relacionadas à sexualidade, são comuns nesse período e não apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério;
- Realizar abordagem integral da mulher tratando aspectos biopsicossociais do climatério e menopausa;
- Recomendar **uso de lubrificante vaginal à base d'água** para todas as mulheres;
- Caso o uso de lubrificante seja pouco resolutivo ou haja necessidade de estrogenização prévia ao rastreamento do câncer de colo uterino, considerar em conjunto com a usuária a prescrição de terapia de reposição hormonal (TRH) tópica: **Estriol<sup>53</sup> creme 1 mg/g, 0,5 g/dia, via vaginal por 21 dias** e, após pausa de 7 dias, repetir a conduta se necessário, por no máximo 3 meses;
- Verificar os níveis pressóricos de mulheres em uso de TRH, trimestralmente;
- Em caso de persistência ou piora dos sintomas, encaminhar para **avaliação médica**.

<sup>53</sup> \*Contraindicado em mulheres com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal.

### Insônia e alterações no padrão de sono

- Realizar anamnese com foco na identificação dos hábitos de sono, de fatores predisponentes e precipitantes da insônia (depressão, ansiedade, dor e medicamentos que podem estar interferindo no sono, por exemplo opioides de uso crônico e glicocorticoides);
- Avaliar intensidade e frequência dos sintomas, atentando para a coexistência de outras manifestações clínicas da menopausa;
- Orientar a redução da ingestão de líquidos antes de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos, se necessário;
- Atentar para o horário do uso de diuréticos, caso utilize;
- Estimular a realização de atividades físicas, até no máximo três horas antes de dormir;
- Orientar estipular rotina para o sono, com horários diários para deitar-se e levantar-se, mesmo nos fins de semana;
- Evitar cochilos, principalmente aqueles com duração superior a 1 hora e/ou ao final do dia;
- Estimular a adoção de uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler um livro ou tomar banho morno;
- Sugerir alimentação leve antes de se deitar;
- Promover ambiente de sono silencioso e escuro;
- Evitar a exposição e limitar tempo de tela próximo da hora de dormir;
- Limitar a ingestão de bebidas à base de cafeína até o horário do almoço<sup>54</sup>;
- Evitar bebidas alcoólicas antes de dormir;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e exercícios de respiração lenta e profunda;
- Em caso de persistência dos sintomas, assim como, prejuízo da qualidade de vida associado, **encaminhar para consulta médica.**

### Transtornos psicossociais

- Realizar anamnese com foco na identificação do histórico, frequência e intensidade de sintomas como tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse) e diminuição da libido;
- Acolher os sentimentos e impacto desses transtornos na vida da mulher e seu grupo de convívio;
- Realizar escuta qualificada com vistas à abordagem do momento de vida da mulher, sua história, presença de situações estressoras e seu padrão de enfrentamento a elas, fragilidades, potencialidades e mobilização de rede de apoio;
- Estimular hábitos de vida saudáveis, atividades de lazer e de troca de experiências entre mulheres;
- Considerar terapias alternativas como a ioga e uso de fitoterápicos (quadro 33);
- Avaliar necessidade de consulta médica para abordagem farmacológica dos sintomas do climatério e menopausa;
- Considerar construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em equipe multiprofissional de acordo com as vulnerabilidades psicossociais identificadas;
- Manter coordenação do cuidado, reforçando o vínculo e confiança.

<sup>54</sup> O tempo entre o almoço e a hora de dormir representa aproximadamente 2 meias-vidas para a cafeína, e esta janela de tempo permite que a maior parte da cafeína seja metabolizada antes de dormir.

**Prevenção e  
tratamento da osteoporose**

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

Fonte: BRASIL, 2016; COREN-SP, 2019; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2020; SANTEN; LOPRINZI; CASPER, 2020; ROZEN *et al.*, 2021; WINKELMAN, 2021.

**8.3 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA**

O tratamento medicamentoso sistêmico poderá ser avaliado pelo médico perante sintomas moderados a graves do climatério, que implicam em um impacto negativo no sono, na qualidade de vida e/ou na capacidade produtiva da mulher. Atualmente, os principais medicamentos utilizados são os estrogênios e progestágenos para reposição hormonal e os antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (BRASIL, 2016; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; MARTIN, BARBIERI, 2020).

A terapia de reposição hormonal (TRH) é indicada para mulheres saudáveis com menos de 60 anos, no climatério ou pós-menopausa há menos de 10 anos, mediante sintomas vasomotores moderados a graves com prejuízo da qualidade de vida. Essa decisão deve ser compartilhada com as mulheres, considerando que para a maior parte dessas, os benefícios da TRH superam os riscos. As exceções incluem mulheres com histórico de câncer de mama, câncer de endométrio, doença cardíaca coronária, evento tromboembólico venoso anterior ou acidente vascular cerebral, doença hepática ativa ou aquelas com alto risco para essas complicações (MARTIN, BARBIERI, 2020).

O enfermeiro deve atentar e abordar durante as consultas de Enfermagem as indicações, contraindicações, limite de tempo de uso da TRH (máximo de 4 anos) e limite de idade (até no máximo os 60 anos), bem como ofertar terapias alternativas e outras possibilidades terapêuticas sugeridas neste protocolo (BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2020).

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

## 8.4 TERAPIAS ALTERNATIVAS NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

Há um interesse crescente da sociedade acerca dos benefícios das terapias alternativas à abordagem farmacológica na redução dos sintomas nesta fase da vida. Práticas integrativas e complementares (PICS) estão relacionadas a percepções positivas das mulheres, apesar de resultados controversos indicarem a necessidade de maiores pesquisas para comprovar sua efetividade (BARRA *et al.*, 2014; BRASIL, 2016; SANTEN; LOPRINZI; CASPER, 2020).

### Quadro 33 - Evidências de benefícios das terapias alternativas no alívio dos sintomas do climatério

Terapia alternativa	Evidências
Atividade física	Há relatos de que grupos que praticam regularmente atividades físicas aeróbicas apresentam redução na severidade e na frequência das ondas de calor em até 50% quando comparado a um grupo de mulheres sedentárias. Alguns autores relatam que a atividade física possui um efeito similar à reposição hormonal na melhora dos sintomas vasomotores na medida em que aumenta os níveis séricos de $\beta$ -endorfinas. A prática regular de atividade física contribui ainda para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, aumento da densidade mineral óssea, na melhora do humor, diminuição da frequência cardíaca de repouso, melhora do perfil lipídico e redução dos níveis pressóricos.
Acupuntura	Apesar de alguns estudos evidenciarem benefícios na redução da severidade das ondas de calor, da sudorese e insônia a curto prazo, necessitam-se mais estudos e melhor controle sobre os mesmos.
Yoga	Pode ser eficiente na redução dos sintomas, em especial, psicogênicos e insônia.
Fitoterápicos	O uso de fitoterápicos à base de soja, Valeriana e Melissa podem ser utilizados como tratamento de primeira linha em mulheres com sintomas leves e moderados a curto prazo. Entretanto, até o momento, não existe consenso científico de que a ingestão de fitoestrogênios possa tratar eficazmente com segurança os sintomas do climatério ou prevenir as consequências da menopausa a longo prazo. Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a <b>isoflavona de soja</b> .

Fonte: BARRA *et al.*, 2014; BRASIL, 2016; CURRIE; HAMODA; FENTON, 2020; MARTIN, BARBIERI, 2020; SANTEN; LOPRINZI; CASPER, 2020.

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

No entanto, a prescrição pelo enfermeiro dos fitoterápicos considerados e/ou cadastrados pela Anvisa como medicamentos, só poderá ser realizada se previamente estabelecida em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada pela instituição de saúde, mediante a existência de protocolo institucional (COREN-BA, 2014).

## 9 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

*Janilce Dorneles de Quadros*<sup>55</sup>

*Vanessa Romeu Ribeiro*<sup>56</sup>

*Tainá Nicola*<sup>57</sup>

*Thais Mirapalheta Longaray*<sup>58</sup>

A violência contra a mulher constitui um fenômeno social complexo, baseado nas relações de gênero, que desencadeia danos físicos, psicológicos e/ou sofrimento para a mulher. Suas manifestações são modos de estabelecer uma relação de subordinação, culminando sempre em circunstâncias de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher (LEITE et al., 2019; SANTOS et al., 2020).

No Brasil, estudo de base populacional mostrou que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica (LEITE et al., 2019). Deste modo, a violência que vitima as mulheres constitui em sério problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento e postura adequada no atendimento às vítimas, identificando e notificando os casos, uma vez que o serviço de saúde tem o dever de acolher e apoiar, e não ser mais um obstáculo para as mulheres (SANTOS et al., 2020).

### 9.1 CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As mulheres e a população LGBTQIAP+ estão vulneráveis à violência de gênero nos diferentes ciclos de vida, como a adolescência, a idade reprodutiva, durante a gestação e na terceira idade. Embora as ocorrências sejam mais frequentes no âmbito doméstico, também são perpetradas por

<sup>55</sup> Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS).

<sup>56</sup> Enfermeira. Especialista. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

<sup>57</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS.

<sup>58</sup> Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

peessoas sem laços de parentesco, a exemplo da violência sexual e estupro por estranhos. Sofrem assédio na vida pública em geral, na rua, nos espaços de trabalho e lazer (COREN-SP, 2019).

A violência assume classificações distintas segundo a sua tipologia (autoinfligida, interpessoal e coletiva) e a natureza dos atos perpetrados (violência, física, sexual e psicológica) (KRUG *et al.*, 2002). Neste protocolo, optou-se pela classificação adotada pela Lei Maria da Penha (Quadro 34), que circunscreve a violência de gênero em contexto mais amplo das injúrias vivenciadas, tais como física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (BRASIL, 2016).

#### Quadro 34 – Formas de violência contra a mulher

Forma de violência	Definição
Física	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
Psicológica	Condutas que causem dano emocional, diminuição da autoestima, prejudiquem e perturbem o pleno desenvolvimento ou que visem degradar/controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição insistente, insulto, chantagem, violação da intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.
Sexual	Qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou, ainda, no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
Moral	Violência que ocorre no ambiente de trabalho, a partir de relações de poder entre chefia-trabalhadora ou trabalhadora-trabalhadora. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher.

Fonte: BRASIL, 2006. BRASIL, 2016.

Os enfermeiros na APS devem estar atentos para garantir a autonomia da mulher frente aos seus direitos sexuais; observar problemas de saúde aparentemente comuns, mas associados à violência doméstica; realizar um acolhimento ético, responsável, com escuta ativa e conhecer a rede intersetorial local de serviços para apoio à mulher vítima de violência (DUARTE *et al.*, 2019).

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Compreende aspectos que ultrapassam um espaço ou local, exigindo um posicionamento ético, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Todos os serviços devem acolher a pessoa vítima de violência, livres de quaisquer julgamentos morais, respeitando a diversidade, preservando e garantindo a sua privacidade (SES-RS, 2019).

No quadro abaixo estão listados alguns sinais de alerta que podem indicar situações de violência. Esses devem ser avaliados dentro de um contexto, pois isoladamente não configuram diagnóstico de violência.

### Quadro 35 – Sinais de alerta às situações de violência contra mulheres

#### Comportamentos e atitudes

- Ataques a entes queridos, objetos pessoais ou animais de estimação;
- Restrição de liberdades individuais: impedimento de trabalhar fora; estudar; ou sair de casa, ameaças de agressão ou brigas verbais associadas às saídas; privação de recursos financeiros para necessidades básicas;
- Humilhação; maus-tratos, desqualificações públicas ou privadas; xingamentos e ofensas por conhecidos e/ou familiares;
- Discussões, brigas verbais frequentes; ameaças de agressão;
- Agressão física de qualquer espécie (incluindo atos como bater, empurrar, puxar cabelos, beliscar, estapear, espancar, agredir com objetos, queimar, tentar estrangular, ameaçar, o uso de, ou efetivamente usar, armas de qualquer tipo);
- Relações sexuais forçadas ou submissão a práticas sexuais indesejadas;
- Parceiro(a) demasiadamente atento, controlador e que reage à separação da mulher durante os atendimentos nos serviços de saúde.

#### Como consequências da violência, pode se identificar:

- Dificuldade no estabelecimento da maternidade e da paternidade;
- Dificuldade no contato com a rede de apoio social;
- Dificuldade para cuidar do recém-nascido;
- Diminuição na prática do aleitamento materno.

#### Sinais e sintomas

- Queixas crônicas, vagas e recorrentes;
- Demora em buscar tratamento para ferimentos sofridos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- IST, principalmente em crianças;
- Prurido ou sangramento vaginal;
- Evacuação dolorosa ou dor ao urinar;
- Gestação indesejada ou em menores de 14 anos;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Problemas sexuais e perda de prazer na relação;
- Vaginismo (espasmos musculares nas paredes vaginais durante relação sexual);
- Dor pélvica e abdominal crônica;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;

- Ansiedade;
- Transtorno do estresse pós-traumático;
- História de tentativa de suicídio ou ideação suicida.

### Ao exame físico

- Atentar para recusa ou dificuldade no exame, principalmente ginecológico de rotina;
- Atentar para lesões físicas que não se explicam, como acidentes;
- Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física.

### Testes e exames laboratoriais

- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Resultado de exames positivo para HIV, sífilis, hepatites e outras ISTs;
- Teste de gravidez positivo (gestação oriunda de violência?);
- Demais exames compatíveis de acordo com alterações identificadas no exame físico.

**Atenção!** Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, algumas perguntas diretas poderão contribuir na abordagem:

- Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado esse assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)?
- Você acha que as suas relações familiares estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?
- Você está com problemas no relacionamento conjugal ou familiar?
- Já sentiu ou sente medo de alguém?
- Você se sente humilhada por alguém de seu convívio familiar ou do trabalho?
- Você sofre críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?
- Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? Quando vocês discutem, há comportamento agressivo?
- Existem situações em que você se sente constrangida ou coagida diante de outras pessoas?

Alguma vez, a sua atual parceria ou anterior, ou alguma pessoa conhecida ou estranha, a forçou fisicamente ou mediante ameaça, a manter relações sexuais quando você não queria?

Fonte: adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL, 2013; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009.

O atendimento das usuárias nestas circunstâncias deve ser baseado na escuta ativa, no acolhimento e no fornecimento das informações sobre os seus direitos e plano de cuidados compartilhados. Neste sentido, vale ressaltar a importância de o enfermeiro atuar de forma conjunta com os demais dispositivos da rede, tais como Conselho Tutelar, Centros de Apoio Psicossocial à Saúde (CAPS), centros especializados de atendimento à mulher, hospitais, serviços de assistência social, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e equipes multiprofissionais, entre outros (BRASIL, 2013).

A SAE possibilitará a organização do cuidado às mulheres em situação de violência, com abordagem integral e centrada nas necessidades individuais e singulares de cada uma delas (COREN-SP, 2019). O quadro abaixo poderá orientar a consulta de enfermagem no atendimento a essas usuárias.

**Quadro 36 – Atenção às mulheres nos diferentes ciclos de vida e população LGBTQIAP+ em situação de violência**

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I <sup>®</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Autogestão ineficaz da saúde;</li> <li>● Disposição para autogestão da saúde melhorada;</li> <li>● Comportamento de saúde propenso a risco;</li> <li>● Proteção ineficaz;</li> <li>● Risco de infecção;</li> <li>● Insônia;</li> <li>● Controle emocional lábil;</li> <li>● Desesperança;</li> <li>● Risco de dignidade humana comprometida;</li> <li>● Baixa autoestima crônica/ risco de;</li> <li>● Baixa autoestima situacional/ risco de;</li> <li>● Distúrbio na identidade pessoal/ risco de;</li> <li>● Relacionamento ineficaz/ risco de;</li> <li>● Processos familiares disfuncionais;</li> <li>● Processos familiares interrompidos;</li> <li>● Padrão de sexualidade ineficaz;</li> <li>● Síndrome do trauma de estupro;</li> <li>● Síndrome pós-trauma;</li> <li>● Ansiedade;</li> <li>● Enfrentamento ineficaz;</li> <li>● Disposição para enfrentamento melhorado;</li> <li>● Medo;</li> <li>● Tristeza crônica;</li> <li>● Sentimento de impotência/ risco de;</li> <li>● Sofrimento moral;</li> <li>● Conforto prejudicado;</li> <li>● Isolamento social;</li> <li>● Solidão.</li> </ul>
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedade;</li> <li>● Apoio social/ falta de apoio social;</li> <li>● Humor, deprimido;</li> <li>● Humor alterado;</li> <li>● Manutenção da saúde, prejudicada;</li> <li>● Menopausa;</li> <li>● Risco de qualidade de vida, negativa;</li> <li>● Sono, prejudicado;</li> <li>● Tristeza;</li> <li>● Risco de solidão;</li> <li>● Risco de suicídio;</li> <li>● Risco de/ presença de violência.</li> </ul>

**Acolhimento com escuta qualificada**

- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- Ter consciência dos sentimentos e emoções que podem surgir durante o atendimento, como raiva, medo e impotência;
- Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas (ver quadro anterior);
- Em situações de mulheres poliqueixosas, com sintomas e dores indefinidos, atentar para possível situação de violência;
- Orientar as mulheres sobre a importância do registro da ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento, por parte do profissional de saúde, deve ser realizado independente do boletim de ocorrência.

## Avaliação global

### Entrevista:

- Detectar situação de vulnerabilidade (ver fluxograma a seguir);
- Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição);
- Realização de anamnese e preenchimento de prontuário que conste, minimamente, as seguintes informações: data e hora do atendimento; história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica e identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência.

### Exame físico:

- Realizar exame físico geral;
- Ofertar o exame ginecológico mediante aconselhamento prévio;
- Atentar para recusa ou desconforto no exame ginecológico de rotina;
- Atentar para lesões físicas que não se explicam, como acidentes;
- Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física.

### Em caso de violência sexual:

- Questionar: se o agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação, uso de contraceptivo;
- Realizar testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites, mediante orientações e aconselhamento pré e pós-teste;
- Realizar teste de gravidez;
- Atualização da situação vacinal;
- A contracepção de emergência deve ser prescrita (ver quadro 9 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais) a todas as mulheres, adolescentes e homens trans expostos/as a contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do ciclo menstrual em que se encontrem;
- Avaliar a indicação de profilaxia contra HIV (em até 72 h após a exposição) e demais ISTs (conforme avaliação clínica e individual), conforme PCDT-IST (2020). Se necessário, solicitar avaliação médica para solicitação de exames complementares e/ou referenciar ao serviço de emergência 24 h;
- Para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que o enfermeiro acompanhe-a até um serviço especializado para receber todas as profilaxias e tratamentos indicados;
- Se houver situação de risco de vida, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.

## Plano de cuidados

- Encaminhar a usuária para acompanhamento social e psicológico, conforme fluxo pactuado localmente;
- Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, CREAS, CRAS, serviço de apoio jurídico, entre outros;
- Acionar o Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude em situações de violência envolvendo menores de 18 anos e Conselho do Idoso, nos casos de violência contra idosos.

## Notificação

- Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências (anexo 3) - o preenchimento deverá ser realizado mesmo quando há somente suspeita de violência;
- O profissional que preenche a ficha não precisa se identificar, pois não é uma denúncia;
- Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24 h).

## Estabelecimento de plano de segurança para mulheres com risco de vida

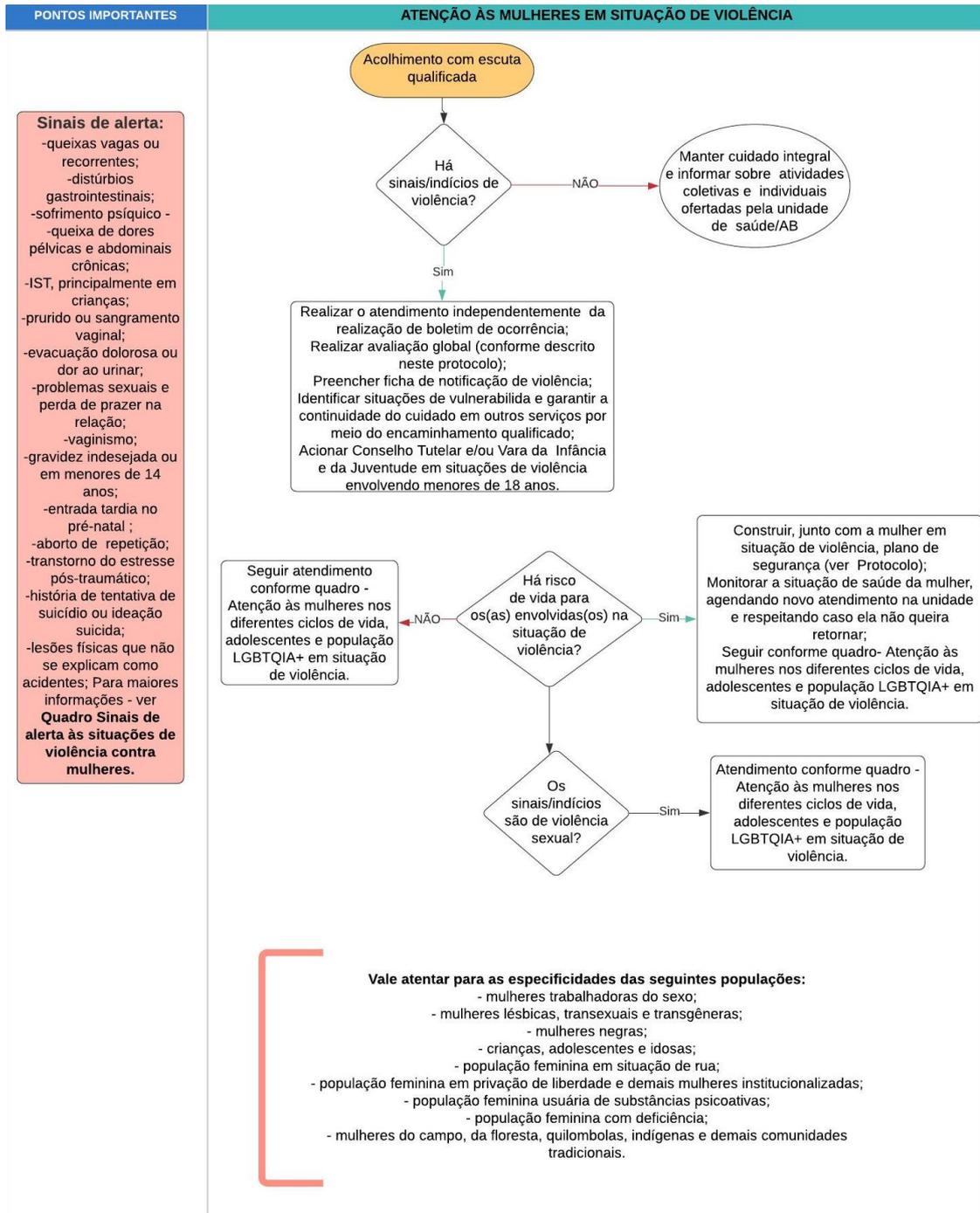
- Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda” ou “Quando eu apitar, chame ajuda”;
- Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher se certifique de estar em um lugar que possa fugir e evite discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas;
- Orientar que a mulher tenha um plano de fuga seguro e o local para onde ela possa ir;
- Orientar que a mulher tenha um lugar seguro para manter cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.

Fonte: Adaptado de COREN-SP, 2019, BRASIL, 2016; BRASIL, 2008.

A Resolução COFEN n.º 564/2017, no capítulo dos deveres profissionais (artigo 52, alíneas 4 e 5), coloca a obrigatoriedade da comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independente de autorização nos seguintes casos: violência contra crianças, adolescentes, idosos e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento. Em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz, será devida a comunicação externa, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Portanto, destaca-se que as ações propostas não se restringem somente à identificação das situações de violência e encaminhamento destas usuárias a outros pontos da rede. Cabe ressaltar que a equipe de enfermagem desempenha ações importantes no acolhimento das pessoas que buscam os diversos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde e no acompanhamento das condições de saúde.

## Fluxograma 6 - Atenção às mulheres em situação de violência



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

## 9.2 INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Ressalta-se que o enfermeiro deve conhecer a rede de atendimento para violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível, atentando às orientações a seguir (SES/RS, 2018; SES/RS, 2019; COREN-RS, 2020):

- A interrupção da gravidez resultante de estupro é legalmente permitida, não sendo necessário boletim de ocorrência (BO) e/ou autorização judicial, bastando somente o desejo, o consentimento da mulher e o encaminhamento para um serviço que realize o aborto legal;
- Deve ser realizada até a 20ª semana (ou até a 22ª, quando o feto pesar menos de 500 g) e ter o consentimento da usuária, em qualquer circunstância, salvo em caso de iminente risco de vida ou impossibilidade da vítima expressar seu consentimento;
- Gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias) se configura crime de estupro de vulnerável, independente de sexo consentido, ou seja, mesmo que a vítima seja sexualmente ativa e ocorra sem violência ou grave ameaça. Portanto, é dever do profissional comunicar a adolescente sobre o direito de realizar o aborto legal, se for seu desejo.

Para a realização de aborto legal, de acordo com o Código Civil, artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767, seguem considerações (reproduzido de SES/RS, 2018; SES/RS, 2019):

- Vítima a partir dos 18 anos: é capaz de consentir sozinha;
- Vítima menor de 18 anos: deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, se estes não estiverem envolvidos na violência ou por representante legal que se manifeste por ela. Entretanto, se a adolescente tiver condições de discernimento e puder exprimir sua vontade, ela também deverá assinar o consentimento. Se houver divergência entre a adolescente e seus representantes, caberá ao Juizado decidir.

O atendimento para solicitantes de aborto legal deve seguir as orientações da Portaria n.º 1.508/2005 e Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento (2014), com o encaminhamento aos hospitais de referência para aborto legal, pactuados no Estado. Atualmente, sete instituições do RS estão habilitadas para realização do aborto legal, são elas: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Universitário de Canoas e o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr de Rio Grande (BRASIL, 2021b).

## REFERÊNCIAS

ALLEN, R. H. **Combined estrogen-progestin oral contraceptives: patient selection, counseling, and use.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ANAWALT, B. D; PAGE, S. T. **Causes of male infertility.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/causes-of-male-infertility>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BARRA A. A. *et al.* Terapias alternativas no climatério. *In: Revista Femina*, v. 42, n. 1, janeiro/fevereiro 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4810.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BAYER. **Mesigyna®**: solução injetável. Orizaba: Bayer de México, 2013. Disponível em: <[http://200.199.142.163:8002/FOTOS\\_TRATADAS\\_SITE\\_14-03-2016/bulas/11607.pdf](http://200.199.142.163:8002/FOTOS_TRATADAS_SITE_14-03-2016/bulas/11607.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRAATEN, K. P.; DUTTON, C. **Overview of female sterilization.** Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-female-sterilization>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRADFORD, A. **Treatment of female orgasmic disorder.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 11 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-female-orgasmic-disorder>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BRANDÃO, E. R. *et al.* Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva* v. 26, n. 7, jul. 2021. p. 2673-2682. Rio de Janeiro: Abrasco, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, 2019. p. 875-879. Rio de Janeiro: UFRJ, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/331814860\\_Metodos\\_contraceptivos\\_reversiveis\\_de\\_longa\\_duracao\\_no\\_Sistema\\_Unico\\_de\\_Saude\\_o\\_debate\\_sobre\\_a\\_indisciplina\\_da\\_mulher](https://www.researchgate.net/publication/331814860_Metodos_contraceptivos_reversiveis_de_longa_duracao_no_Sistema_Unico_de_Saude_o_debate_sobre_a_indisciplina_da_mulher)>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. *In: Cadernos de Atenção Básica*, n. 13, 2013, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015. Disponível em:

<[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_deteccao\\_precoce\\_cancer\\_mama\\_brasil.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 14.443, de 2 de setembro de 2022.** Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 05 set. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**: Brasília, 25 nov. 2003.

BRASIL. **Lei n.º 11.340, de 7 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. **Diário Oficial da União**, 7 ago. 2006.

BRASIL. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.** Caderno n. 9, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BRASIL. **Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre T Cu 380 A.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual\\_diu\\_08\\_2018.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATASUS.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [homepage na Internet]. Brasília, 2021b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Cadastramento\\_Solicitar\\_Exclusao.apstar\\_Exclusao.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Cadastramento_Solicitar_Exclusao.apstar_Exclusao.asp)>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: n. 62, seção 1, p. 41, 1 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.** 2. ed. 2. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n.º 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. **Diário Oficial da União**, de 31 de dezembro de 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Protocolos da atenção básica:** saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2022.

BRASIL. **Relatório de recomendação:** implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Brasília, DF: Conitec, 2021a.

BRASIL. Resolução n.º 2.265, de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a resolução CFM n.º 1.955/2010. **Diário Oficial da União:** edição 6, seção 1, p. 96. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *In: Cadernos de Atenção Básica*, n. 26, 1. ed., 1. reimpr., 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

BRASIL. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

CARUSI, D. A. **The gynecological history and pelvic examination.** Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/the-gynecologic-history-and-pelvic-examination>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564.** Brasília, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. Parecer Coren-BA n.º 030/2014. **Prescrição de medicamentos fitoterápicos por enfermeiro.** Salvador: Coren BA, 26 jun. 2014. Disponível em: <[http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0302014\\_15628.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0302014_15628.html)>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás.** Goiânia: Coren-GO, 2014. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde:** saúde da mulher. Campo Grande, MS: Coren, 2020. Disponível em: <<http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/Protocolo-SA%C3%9ADE-DA-MULHER.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde.** Módulo 1: saúde da mulher. São Paulo: Coren-SP, 2019. Disponível em:

<<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ. **Cuidado à saúde da mulher na atenção primária em saúde (APS)**: protocolo de enfermagem. Fortaleza: Coren, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Porto Alegre/COREN-RS. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde**: saúde da criança e do adolescente, 2020.

COUTO, P. L. S *et al.* Correlação entre marcadores de vulnerabilidade social frente ao uso do preservativo por trabalhadoras sexuais. *In: Saúde e Pesquisa*, n. 12, set-dez. 2019. p. 591-599. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p591-599> >. Acesso em: 24 fev. 2022.

CRUZ, F. C. M. da *et al.* Aspectos morfológicos da junção escamo-colunar de ratas em estro permanente e tratadas com associação de estrogênio e glicocorticóide. *In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, v. 26, n. 8, 2004. P. 595-602. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032004000800002>>. Acesso em: 22 fev. 2022. .

CURRIE, H.; HAMODA, H.; FENTON, B. W. **Menopausa** [Internet]. London: BMJ Publishing Group Ltda, aug. 11, 2020.

DE SILVA, N. K. **Abnormal uterine bleeding in adolescents**: management. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-adolescents-management>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. 2. ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_saude\\_publica\\_DF.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. G. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, ago. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DUARTE, B. A. R. *et al.* Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em atenção primária. *In: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 7, n. 3, 2019. Minas Gerais: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497960141014>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

ELMORE, J. G; LEE, C. I. **Screening for breast cancer**: strategies and recommendations. [s.l.]: Medilib, 2021. Disponível em: <<https://medilib.ir/index.php/uptodate/show/7564>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

ESSERMAN, L. J.; JOE, B. N. **Diagnostic evaluation of women with suspected breast cancer**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-suspected-breast-cancer#:~:text=In%20general%2C%20recommended%20imaging%20options,degree%20of%20clinical%20radiologic%20suspicion>>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de anticoncepção**. São Paulo, 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de orientação em trato genital inferior e colposcopia**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 45 p.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 3** - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2020. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública 2020**. São Paulo, FBSP, 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/anuario-14/>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

GOLSHAN, M. **Breast pain**. EUA: Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2020a. Disponível em: <<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/breast-pain/symptoms-causes/syc-20350423>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

GOLSHAN, M. **Nipple discharge**. EUA: Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2020b. Disponível em: <<https://www.mayoclinic.org/symptoms/nipple-discharge/basics/causes/sym-20050946#:~:text=Nipple%20discharge%20is%20a%20typical,three%20years%20after%20stopping%20nursing.>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

GOODMAN, A. **Approach to the patient with postmenopausal uterine bleeding**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-postmenopausal-uterine-bleeding>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

GØTZSCHE, P. C.; JØRGENSEN, K. J. Screening for breast cancer with mammography. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

HACISALIHOGU, U.P.; ACET, F. Clinicopathological diagnostic and therapeutic approach to cytolytic vaginosis: an extremely rare entity that may mimic vulvovaginal candidiasis. *In: J Cytol.*, apr-jun. 2021. p. 88-93. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34321775/>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. **Acute simple cystitis in women**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

HORNSTEIN, M. D.; GIBBONS, W.; SCHENKEN, R. **Optimizing natural fertility in couples planning pregnancy**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 22 out. 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/optimizing-natural-fertility-in-couples-planning-pregnancy>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas online de mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes\\_DeteccaoPrecoce\\_CM.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes_DeteccaoPrecoce_CM.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019a.

KAUNITZ, A. M. **Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: evaluation and approach to diagnosis**. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2022. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-evaluation-and-approach-to-diagnosis>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

KAUNITZ, A. M. **Progestin-only pills (POPs) for contraception**. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2021. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/progestin-only-pills-pops-for-contraception#:~:text=Progestin%2Donly%20pills%20\(POPs\)%20are%20one%20option%20for%20women,\(IUD\)%2C%20and%20injection.](https://www.uptodate.com/contents/progestin-only-pills-pops-for-contraception#:~:text=Progestin%2Donly%20pills%20(POPs)%20are%20one%20option%20for%20women,(IUD)%2C%20and%20injection.)>. Acesso em: 23 fev. 2022.

KRUG, E. G, *et al.* (eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KUOHUNG, W; HORNSTEIN, M. D. **Causes of female infertility**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-infertility>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

KUOHUNG, W; HORNSTEIN, M. D. **Overview of infertility**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LAUFER, M. R. **Benign cervical lesions and congenital anomalies of the cervix**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/benign-cervical-lesions-and-congenital-anomalies-of-the-cervix>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LEE, U. J. **Infecções do trato urinário em mulheres**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2019. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/77>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, 2019. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>>. Acesso em: 9 nov. 2021.

LEITE, G. S. *et al.* The peer and non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, supl. 1, 2015. p. 7-25. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050003>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Rev. Abordagem Gestalt.*, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 151-160, 2014.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. *In: Revista da Associação Médica Brasileira [online]*, v. 51, n. 6, 2005. p. 306-308. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000600008>>. Acesso em: 22 set. 2021.

MASON, H. S. **Mastite e abscesso mamário**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2021. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1084?q=Mastite%20e%20abscesso%20mam%C3%A1rio&c=suggested>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019. 869p.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução: Regina Machado Garcez. Revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NELSON, H. D. *et al.* Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*, v. 164, p. 244-55, 2016.

OLIVEIRA, D. A. L. Práticas clínicas baseadas em evidências. [S.l.]: Unasus: Unifesp, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Controle integral do câncer do colo do útero** - guia de práticas essenciais. Washington, DC: Opas, 2016. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 9 fev. 2022.

POCIUS, K. D.; BARTZ, D. A. **Intrauterine contraception**: management of side effects and complications. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-management-of-side-effects-and-complications>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Procedimento operacional padrão enfermagem**. v. 3. Florianópolis: PMF, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de Economia e Estatística. Porto Alegre: SPGG/DEE, 2019. Disponível em: <<https://planejamento.rs.gov.br/vinculadas>>. Acesso em: 20 set. 2021.

ROSEN, H. *et al.* **Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women**. [S.]: Medilib, 19 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.medilib.ir/uptodate/show/2064>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SANTOS, I. B. dos *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da atenção primária. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, 2020. p. 1935-1946. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>>. Acesso em: 9 nov. 2021.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. *In: Athenea Digital*, v. 12, n. 3, p. 237-254, nov. 2012. Disponível em: <<https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/27140603-guia-2019-ses-rs.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia do Pré-Natal na Atenção Básica**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota técnica de fluxo com orientações por níveis de atenção sobre a coleta de citopatológico**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/06144430-nt-citopatologico-versao-final.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Manual técnico**: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde. 4. ed. São Paulo: SMS, 2016. 96 p. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ManualSaudeDaMulher302012017.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CONTAGEM. **Protocolo assistencial da saúde da mulher na atenção primária**. 1 ed. Contagem, MG: Prefeitura Municipal de Contagem, 2020. Disponível em:

<<http://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2020/12/PROTOCOLO-SAUDE-DA-MULHER-versao-final-1-1.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SILVA, F. M. G. da *et al.* Transtorno do comportamento sexual compulsivo em um cenário de pandemia do covid-19: teorias para apreciação da enfermagem. *In: Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 5, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAenf.e5159.2020>>. Acesso em 16 fev. 2022.

SMITH, R. P.; KAUNITZ, A. M. **Dysmenorrhea in adult females**: treatment. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/dysmenorrhea-in-adult-females-treatment>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SOARES, R. M. *et al.* Vaginose citolítica: uma entidade subdiagnosticada que mimetiza a candidíase vaginal. *In: Acta Obstet Ginecol Port*, 11(2), 2017. p. 106-112. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Vieira-Baptista/publication/320610902\\_Cytolytic\\_vaginosis\\_an\\_underdiagnosed\\_pathology\\_that\\_mimics\\_vulvovaginal\\_candidiasis/links/59f6feb0458515547c232ea8/Cytolytic-vaginosis-an-underdiagnosed-pathology-that-mimics-vulvovaginal-candidiasis.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Vieira-Baptista/publication/320610902_Cytolytic_vaginosis_an_underdiagnosed_pathology_that_mimics_vulvovaginal_candidiasis/links/59f6feb0458515547c232ea8/Cytolytic-vaginosis-an-underdiagnosed-pathology-that-mimics-vulvovaginal-candidiasis.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SOBEL, J. D. **Bacterial vaginosis**: treatment. Waltham, MA: UpToDate Inc, 12 jan. 2022a. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-treatment>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOBEL, J. D. **Candida vulvovaginitis**: treatment. Waltham, MA: UpToDate Inc, 9 fev. 2022b. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOBEL, J. D; MITCHELL, C. **Bacterial vaginosis**: clinical manifestations and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate Inc, 4 set. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-clinical-manifestations-and-diagnosis>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SOBEL, J. D; MITCHELL, C. **Candida vulvovaginitis**: clinical manifestations and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis#H24>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SOBEL, J. D; MITCHELL, C. **Trichomoniasis**. Waltham, MA: UpToDate Inc, 9 fev. 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOLNIK, M. J. **Avaliação da amenorreia secundária**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2018. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1102>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SONALKAR, S.; MODY, S. K. **Postpartum contraception**: counseling and methods. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

SPITZER, M; MANN, M. **Atlas of Clinical Gynecology**: gynecologic pathology. Philadelphia: Current Medicine, 1998.

TASOULIS, M. K. **Avaliação de massa mamária**. London: BMJ Publishing Group Ltda, 2018. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1179>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **É tempo de se cuidar mais**: material educativo para promover a saúde da mulher. 1ª ed. São Paulo: USP, 2014. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha\\_climaterio.pdf](http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_climaterio.pdf)>. Acesso em: 6 fev. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Telecondutas**: rastreamento do câncer do colo do útero. Porto Alegre: UFRGS, 2021. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_d\\_o\\_uterio.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_rastreamento_do_cancer_do_colo_d_o_uterio.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2022.

USATINE, R. P. *et al.* **The color atlas of family medicine**. 2. ed. [S.l.]: McGrawHill, 2013. 5069 p.

WARNER, P. E.; CRITCHLEY, H. D.; LUMSDEN, M. A. *et al.* Menorrhagia I: Measured blood loss, clinical features, and outcome in women with heavy periods: A survey with follow-up data. **Am J Obstet Gynecol**, 2004. 190:1216.

WINKELMAN, J. **Overview of the treatment of insomnia in adults**. Waltham, MA: UpToDate Inc, aug. 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 implementation or transition guide**. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <[https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide\\_v105.pdf](https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed. Geneva: WHO, 2015.

**ANEXOS****ANEXO 1 - Técnica ilustrada para Exame Clínico das Mamas****Quadro 37 - Técnica para realização do Exame Clínico das Mamas****INSPEÇÃO ESTÁTICA**

- Colocar a mulher sentada, com o tronco desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça.
- Observar simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, saída espontânea de secreção e características da pele: presença de achatamento, abaulamento ou espessamento da pele da mama e/ ou retrações. Diferenças na cor, temperatura, textura e padrão de circulação venosa.

**INSPEÇÃO DINÂMICA**

- A mulher permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços em direção do segmento cefálico. Após, solicitar que a mulher coloque as mãos atrás da nuca e faça movimentos de abrir e fechar os braços.
- Outra técnica é pedir para que a mulher comprima as palmas das mãos umas contra as outras. Alguns autores recomendam que se faça a inspeção visual ao mesmo tempo em que se realiza a palpação das mamas.
- Observar presença de retrações ou exacerbações de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em casos de carcinoma.

**PALPAÇÃO**

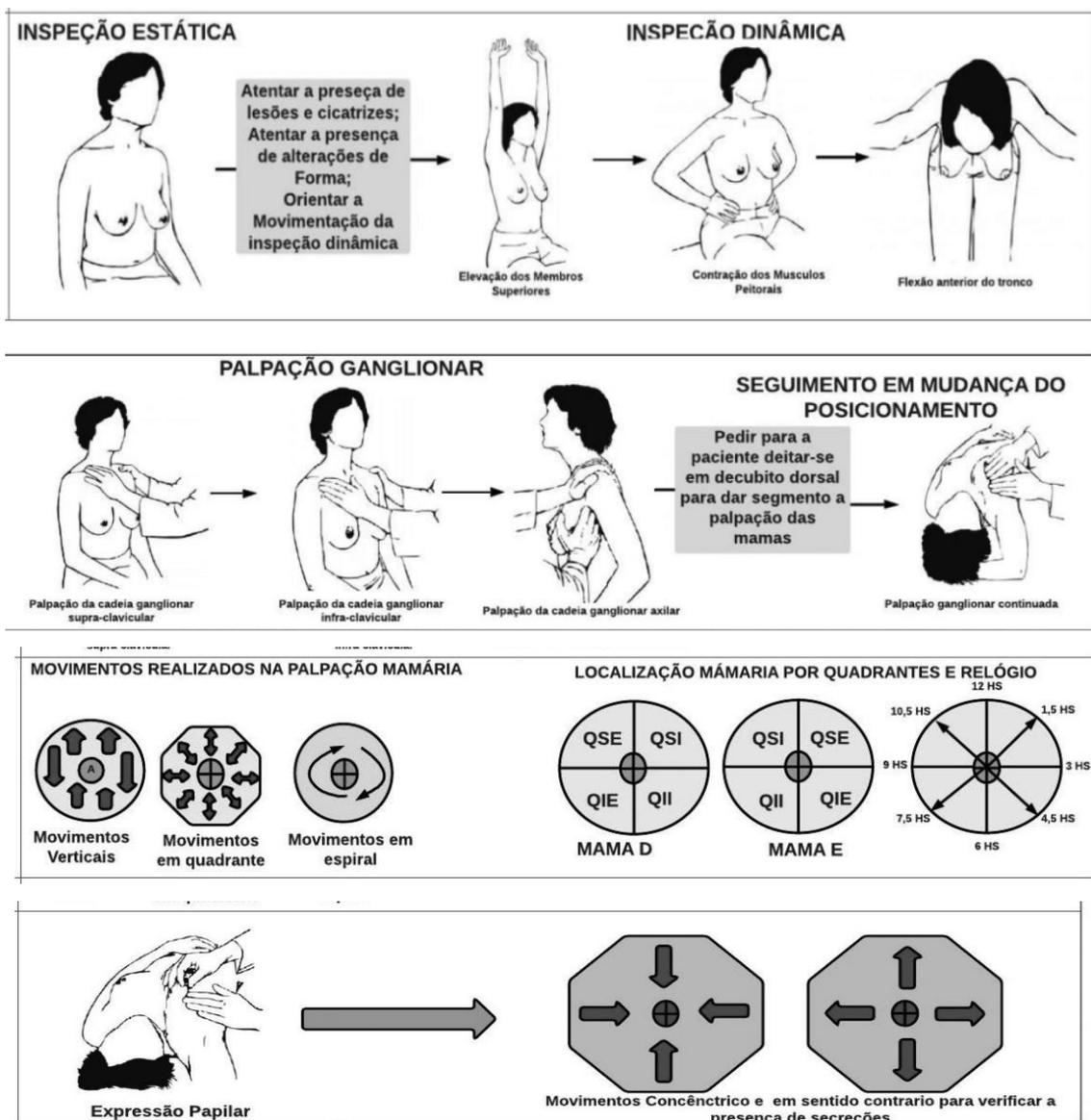
- Mamas: colocar a mulher em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar.
- Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada.
- As mamas devem ser palpadas delicadamente e de maneira ordenada, obedecendo-se à divisão de seus quadrantes. Deve ser iniciada no quadrante superior externo, incluindo a parte lateral superior do tecido mamário, seguindo a direção dos ponteiros do relógio. Toda a superfície deve ser examinada com as polpas digitais da mão dominante espalmada. Os aspectos a serem avaliados são:
  - Localização: determinar o quadrante;
  - Consistência: pode ser classificada como edematosa, cística, firme, endurecida ou macia;
  - Mobilidade: fixa ou móvel;
  - Tamanho: quando redonda, o diâmetro; quando oval, o maior diâmetro; quando tubular, o comprimento, a largura e espessura;
  - Dor: sensível ou insensível;
  - Textura: uniforme, nodular e granular.
- Região axilar: A mulher permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador;
- Região supra e infraclavicular: A mulher permanece sentada. Palpar a região à procura de linfonodos palpáveis.

**EXPRESSÃO PAPILAR**

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

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

Figura 1 - Exame clínico das mamas



Adaptado a partir de CARRARA, 1996.

Fonte: COREN-SP, 2019.

## ANEXO 2 - Ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº \_\_\_\_\_

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação		2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência do Evento		6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
	7 Nome				8 Data de Nascimento	
Dados da Pessoa Atendida	9 Idade		10 Sexo		11 Gestante	
	1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor		13 Escolaridade		06) Ensino médio incompleto	
	1- Branca 4- Parda 2- Preta 5- Indígena 3- Amarela 9- Ignorado		01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo		07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado	
	14 Ocupação				15 Situação conjugal	
					1- Solteiro 3- Viúvo 5- Não se aplica 2- Casado/união consensual 4- Separado 9- Ignorado	
	16 Relações sexuais				17 Possui algum tipo de deficiência?	
	1- Só com Homens 3- Com homens e mulheres 2- Só com mulheres 4- Não se aplica 9- Ignorado				1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva	
	18 Número do Cartão SUS				19 Nome da mãe	
Dados de Residência	20 UF		21 Município de residência		Código (IBGE)	
					22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)				24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)				26 Ponto de Referência	
					27 CEP	
	28 (DDD) Telefone				29 Zona	
					1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado	
Dados da Ocorrência	30 País (se residente fora do Brasil)					
	31 Local de ocorrência					
	01 - Residência		04 - Ambiente de trabalho		07 - Estabelecimento de saúde	
	02 - Habitação coletiva		05 - Escola		08 - Instituição socioeducativa	
	03 - Via pública		06 - Creche		09 - Instituição de longa permanência	
					10 - Instituição prisional	
					11 - Terreno baldio	
					12 - Bar ou similar	
					13 - Outros	
					99 - Ignorado	
32 UF		33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência		
35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)				36 Número		
				37 Complemento (apto., casa, ...)		
38 Zona de ocorrência				39 Ocorreu outras vezes?		
1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado				1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
				40 A lesão foi autoprovocada?		
				1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
41 Meio de agressão		42 Tipo de violências				
1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
<input type="checkbox"/> Arma branca		<input type="checkbox"/> Física				
<input type="checkbox"/> Arma de fogo		<input type="checkbox"/> Sexual				
<input type="checkbox"/> Objeto contundente		<input type="checkbox"/> Psicológica / Moral				
<input type="checkbox"/> Força corporal		<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos				
<input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação		<input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono				
<input type="checkbox"/> Queimadura		<input type="checkbox"/> Trabalho infantil				
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Tortura				
		<input type="checkbox"/> Patrimonial				
		<input type="checkbox"/> Outros				



### ANEXO 3 - Perguntas a serem feitas para avaliar a intensidade da perda de sangue durante a menstruação

Com que frequência você troca o absorvente/ absorvente interno durante os dias de pico de fluxo?

Quantos absorventes/ absorventes internos você usa em um único período menstrual?

Você precisa trocar o absorvente/ tampão durante a noite?

Qual o tamanho dos coágulos eliminados?

Você tem anemia?

Mulheres com volume normal de perda de sangue menstrual tendem a:

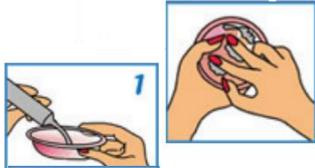
- Trocar absorventes em intervalos  $\geq 3$  horas;
- Usar menos de 21 absorventes por ciclo;
- Raramente é necessário trocar o absorvente durante a noite;
- Expelem coágulos com menos de 2,5 cm de diâmetro;
- Não têm anemia relacionada à menstruação.

Adaptado de: WARNER, P. E.; CRITCHLEY, H. D.; LUMSDEN, M. A. *et al.* Menorrhagia I: Measured blood loss, clinical features, and outcome in women with heavy periods: A survey with follow-up data. **Am J Obstet Gynecol**, 2004. 190:1216.

## APÊNDICE 1 - Orientações para colocação dos métodos de barreira

Figura 2 - Orientações para medição e inserção corretas do diafragma

<b>Medindo o diafragma</b>	
<p>Introduza os dedos indicador e médio na vagina até que se toque o fundo do saco posterior, marcando-se a distância entre estes e o subpúbis com o polegar da mesma mão.</p>	
<p>Esta distância (ponta do dedo médio ou indicador até o polegar) deve ser aproximadamente o tamanho do diafragma medidor. Coloque o diafragma medidor na ponta do dedo, sem forçá-lo. Se a medida estiver correta, a outra extremidade do diafragma medidor corresponde ao ponto marcado do polegar.</p>	
<p>Após, deve-se testar o diafragma medidor. Deverão ser testados dois ou três tamanhos para se obter a medida adequada, justa e confortável para a mulher. Escolha a medida de maior tamanho entre as que servirem. Isto se deve ao fato de que ao usar o diafragma a mulher estará mais relaxada garantindo que a medida escolhida continuará bem ajustada.</p>	
<p>Para se testar o diafragma medidor na mulher, pressione-o entre os dedos indicadores e polegar, de maneira que sua forma circular se transforme em quase um oito. Introduza-o pelo canal vaginal até que sua borda inferior atinja o fundo do saco vaginal posterior.</p>	

<b>Técnica de colocação do diafragma</b>	
<p>Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geleia dentro).</p>	

<p>Pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar. Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível.</p>	
<p>Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que está se apoie na face posterior do púbis. Verificar a correta colocação do diafragma por meio do auto toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha. Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira).</p>	
<p>O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 6 horas nem maior que 24 horas após a última relação sexual e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período. Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora. Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio.</p>	

FONTE: FEBRASGO, 2015.

Figura 3 - Orientações para colocação correta do preservativo feminino

### Técnica de colocação do preservativo feminino

<p>Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada). O anel móvel/esponjinha deve ser apertado e introduzido na vagina. Com o dedo indicador, ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero.</p>	
--	--

<p>O anel (externo) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina. Durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo. O preservativo não deve ficar retorcido. Deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação.</p>	
<p>Para retirar, segurar as bordas do anel externo fazendo um movimento de torção para manter o esperma dentro do preservativo, puxando delicadamente para fora da vagina.</p>	

FONTE: FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2009.

Figura 4 - Orientações para colocação correta do preservativo masculino

<h3>Técnica de colocação do preservativo masculino</h3>	
<p>Deve ser colocado com o pênis ereto e seco, antes da penetração vaginal. Ao desenrolar o preservativo pelo lado correto (face enrolada com a borda para cima), da glândula até a base do pênis, deve-se ter o cuidado de comprimir o reservatório situado na sua extremidade fechada, com a ponta dos dedos, retirando todo o ar do seu interior.</p>	
<p>Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto.</p>	

Fonte: FEBRASGO, 2015, BRASIL, 2009.