

Linha de Cuidado no Manejo das Principais Intercorrências Ginecológicas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	03
INTERCORRÊNCIAS GINECOLÓGICAS.....	04
1.LEUCORRÉIAS OU CORRIMENTOS VAGINAIS.....	04
2.INCONTINÊNCIA URINÁRIA	09
3.SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)	13
4.INFEÇÕES URINÁRIAS	17
5.ROTINA GINECOLÓGICA	20
6.AMENORRÉIA.....	22
7.OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP).....	26
8.DOR PÉLVICA	32
9.MIOMAS	35
10.CLIMATÉRIO.....	38
11.VERRUGA ANOGENITAL.....	43
12.MASTALGIA.....	47
13.PÓLIPO UTERINO	50
14.CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS PARA GINECOLOGIA ESPECIALIZADA.....	53
15.CÂNCER DE MAMA.....	56
16.PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	61
REFERENCIAL TEÓRICO.....	75

APRESENTAÇÃO

A Secretária Municipal de Saúde buscando fortalecer o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e qualificar as ações cotidianas das equipes que atuam na Atenção Básica, adotou como uma das medidas a construção de Linhas de Cuidados, que auxiliam a gestão do processo e organiza fluxos dos serviços.

As Linhas de Cuidados são estratégias de estabelecimento do “ percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, assegurando um acesso humanizado e integrado às ações e aos serviços.

Esse documento resulta do esforço de profissionais da rede e aborda especificamente algumas intercorrências ginecológicas mais frequentes no dia a dia das Unidade de Saúde. Uma ferramenta importante para construção coletiva do processo de trabalho nas Unidade e o impulso para articulação e complementação de saberes.

INTERCORRÊNCIAS GINECOLÓGICAS

As intercorrências clínicas em ginecologia são eventos frequentes na rotina de atendimento às mulheres nos Centros de Saúde. Podem ser agudas, crônicas e, muitas vezes, recorrentes. A importância da abordagem correta e objetiva destas intercorrências se relaciona com o resultado que as mesmas provocam na qualidade de vida das mulheres, interferindo nas suas atividades diárias, causando-lhes desconforto e repercussões clínicas desfavoráveis. A manutenção e o restabelecimento do bem-estar das mulheres é foco importante da nossa assistência na atenção básica.

As intercorrências clínicas que necessitem de propedêuticas de média e alta complexidade devem ser conduzidas pelo serviço especializado do município (Casa da Mulher). Ressaltamos que existem muitas outras questões na rotina de atendimento as mulheres que não foram contempladas nesse manual. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente e nos últimos 3 anos.

1-LEUCORRÉIAS OU CORRIMENTOS VAGINAIS

O aumento do fluxo vaginal, denominado popularmente como "corrimento", ou leucorréia, constitui uma das principais queixas ginecológicas. As infecções genitais podem originar-se a partir do crescimento da flora normal da vagina (infecção oportunista), assim como da colonização de novos microorganismos introduzidos pelo contato sexual.

Mecanismos de defesa do trato genital feminino:

- Fatores mecânicos: atuam como barreira inicial contra os agentes infecciosos sendo representados pelo tegumento vulvar espesso, pêlos pubianos numerosos, adequada coaptação dos pequenos lábios e perfeita justaposição das paredes vaginais.
- Muco cervical alcalino: tem produção aumentada durante a gestação, constitui tampão mecânico e ação bactericida eficaz.
- Auto-depuração vaginal: importante mecanismo contra as infecções genitais. Decorre da presença de lactobacilos (bacilos de Döderlein), que produzem peróxido de hidrogênio e possuem a capacidade de converter glicogênio em ácido lático.

Características clínicas das leucorréias

Vaginose bacteriana

Etiologia: Caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, aumento do pH vaginal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp, *Mobiluncus* sp, micoplasmas, peptostreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos

Quadro clínico: Corrimento vaginal com odor fétido, as vezes associado a peixe podre, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, brancoacinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor às relações sexuais (pouco freqüente). Embora o corrimento seja o sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana são completamente assintomáticas. Teste KOH +

Candidíase

Etiologia: Causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. A relação sexual não é a principal forma de transmissão, pois esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans* e 10 a 20% estão relacionados a outras espécies chamadas nãoalbicans (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*).

Fatores predisponentes: Gravidez; diabetes (descompensado); obesidade; uso de contraceptivos orais de altas dosagens; uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores; hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local); contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes); alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive a infecção pelo HIV.

Quadro clínico: Os sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado, podendo se apresentar isolados ou associados e incluem: prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável), ardor ou dor à micção, corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso ("leite coalhado"), hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva, dispareunia, fissuras e maceração da pele, vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

Crítérios adicionais: pH vaginal: são mais comuns valores < 4. Cultura só tem valor quando realizada em meios específicos (Saboraud). Deve ser restrita aos casos nos quais a sintomatologia é muito sugestiva e todos os exames anteriores forem negativos. Também é indicada nos casos recorrentes, para identificar a espécie de candida responsável. OBS.: O simples achado de

candida na citologia oncológica, em uma paciente assintomática, não justifica o tratamento.

Observações: Os parceiros sexuais de portadores de candidíase não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Candidíase recorrente: Por definição é a ocorrência de 4 ou mais episódios por ano. Ocorre em aproximadamente 25% da população. Pesquisar Diabetes, imunossupressão e uso de corticoterapia.

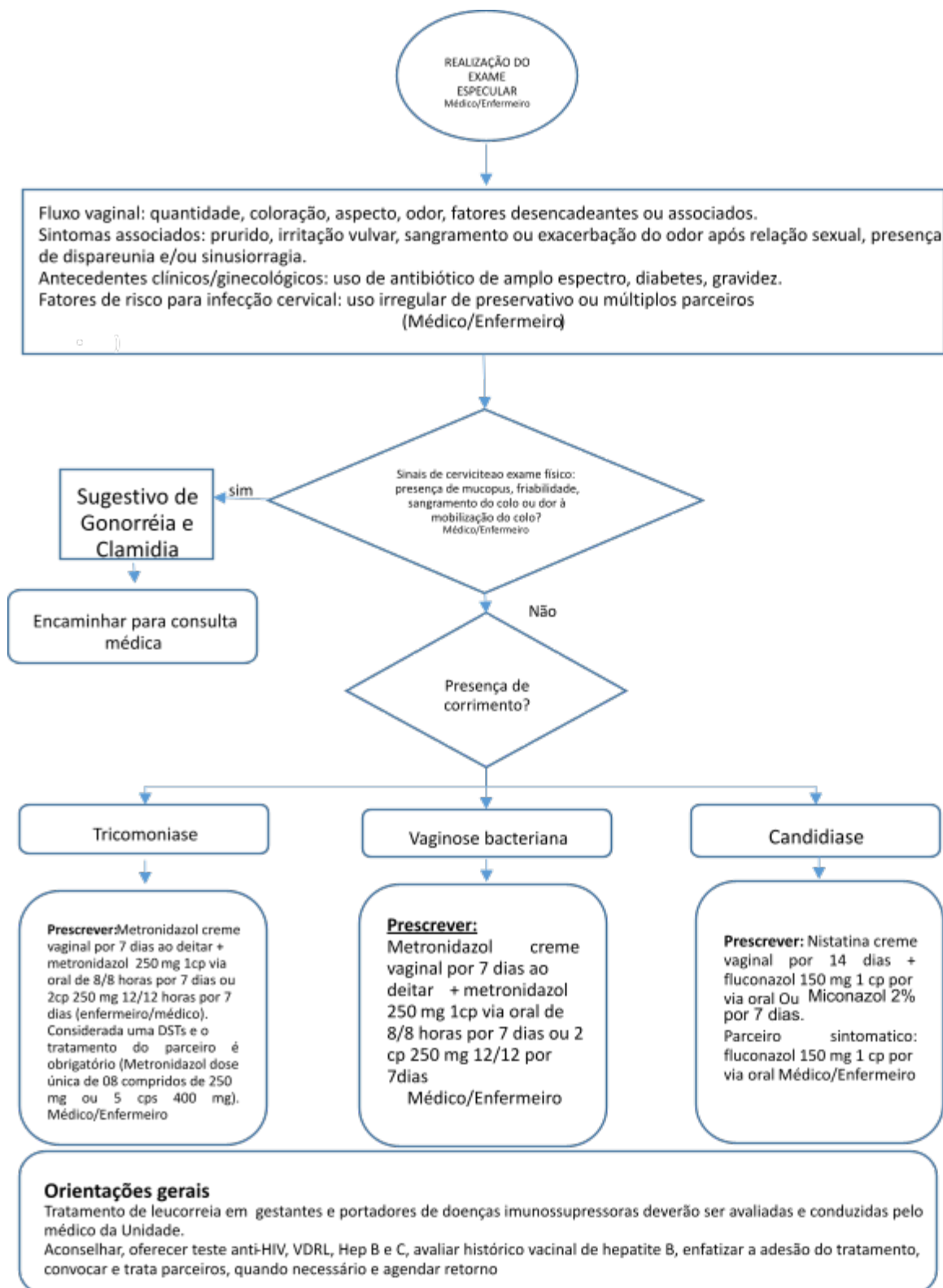
Triconomíase

Etiologia: É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual (DST). O risco de transmissão por ato é de 60 a 80%.

Quadro clínico: Corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica (ocasionalmente), sintomas urinários (disúria, polaciúria), hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal), teste de Schiller c/ colo em framboesa (colpite). Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina, causando cérvico-vaginite. Excepcionalmente causa corrimento uretral masculino.

Diagnóstico: O exame direto (a fresco) do conteúdo vaginal ao microscópio, mostra o parasita flagelado movimentando-se ativamente entre as células epiteliais e os leucócitos. Outros critérios: pH vaginal frequentemente acima de 4,5. A cultura é valiosa em crianças, em casos suspeitos e com exame a fresco e esfregaço repetidamente negativos. É muito difícil de ser realizada, pois requer meio específico e condições de anaerobiose (meio de Diamond). Deve ser recomendada em casos de difícil diagnóstico. O PCR é o padrão-ouro para diagnóstico, mas é de difícil acesso. Convocar e tratar parceiro. Investigar outras DSTs.

1- FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM SINDRÔMICA DE CORRIMENTO VAGINAL



Condições clínica tratamento	Tratamento
Infecção gonocócica	- Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
GESTANTE)	- Ciprofloxacino 500mg, dose única MAIS (EXCETO Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção por clamídia	- Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única ou Doxíciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes) - Amoxicilina 500 mg, 1cp 8/8 horas por 7 dias.

IMPORTANTE :

Convocar o parceiro e tratar;
Investigar outras DSTs.

2- INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Definição:

Incontinência urinária é a perda involuntária da urina pela uretra. O distúrbio é mais frequente no sexo feminino e pode manifestar-se tanto na quinta ou sexta década de vida quanto em mulheres mais jovens. Atribui-se essa prevalência ao fato de a mulher apresentar, além da uretra, duas falhas naturais no assoalho pélvico: o hiato vaginal e o hiato retal. Isso faz com que as estruturas musculares que dão sustentação aos órgãos pélvicos e produzem a contração da uretra para evitar a perda urinária e o músculo que forma um pequeno anel em volta da uretra, sejam mais frágeis nas mulheres.

Causas:

A eliminação da urina é controlada pelo sistema nervoso autônomo, mas pode ser comprometida nas seguintes situações:

- ✓ comprometimento da musculatura dos esfíncteres ou do assoalho pélvico;
- ✓ gravidez e parto;
- ✓ tumores malignos e benignos;
- ✓ doenças que comprimem a bexiga;
- ✓ obesidade;
- ✓ tosse crônica dos fumantes;
- ✓ quadros pulmonares obstrutivos que geram pressão abdominal;
- ✓ bexigas hiperativas que contraem independentemente da vontade do portador;
- ✓ procedimentos cirúrgicos ou irradiação que lesem os nervos do esfíncter masculino.

Tipos de incontinências:

Incontinência de esforço – Pode ser devida à fraqueza dos músculos pélvicos que dão suporte à bexiga ou à fraqueza ou lesão do esfíncter uretral. Nesta circunstância pode ocorrer vazamento de urina quando você faz qualquer atividade que força o abdômen, como tossir, espirrar, dar risada, carregar peso ou até mesmo andar. Alguns pacientes vão com muita frequência ao banheiro para manter a bexiga sempre vazia e diminuir a chance de acidentes. Muitas evitam exercícios físicos com o mesmo objetivo. A maioria permanece seca à noite, mas podem molhar-se ao levantarem para ir ao banheiro.

A incontinência de esforço ocorre frequentemente em mulheres com fraqueza dos músculos do assoalho pélvico e frequentemente pode haver prolapso da bexiga, útero ou intestino ("bexiga caída"). É mais frequente em mulheres que tiveram partos vaginais, embora possa ocorrer também em mulheres que

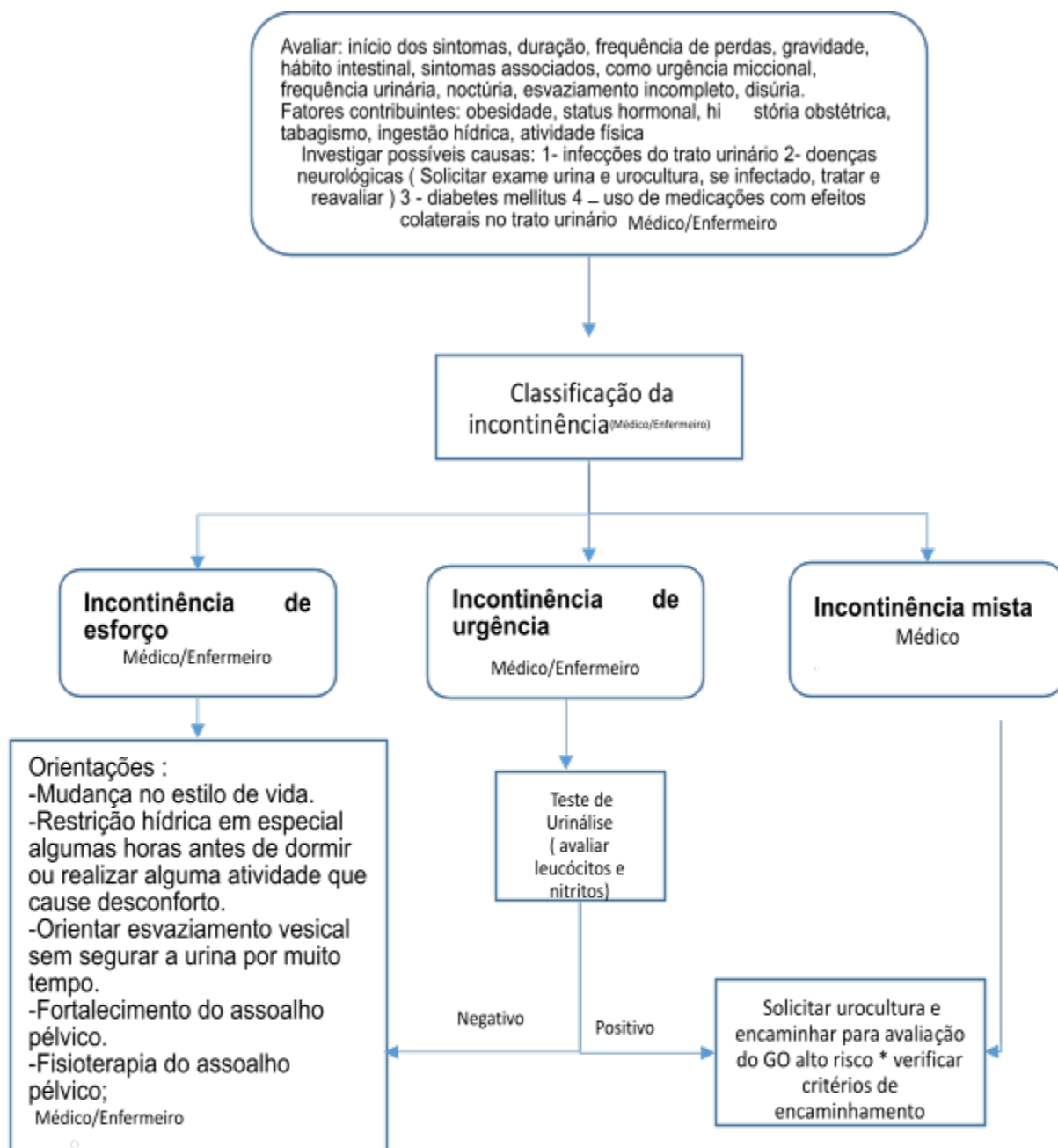
tiveram seus filhos por cesariana e até mesmo em mulheres que nunca tiveram filhos.

Incontinência de urgência – Resulta quando a bexiga se contrai sem a sua vontade e por isso também recebe o nome de bexiga hiperativa. Você pode ter a sensação de que precisa correr para o banheiro, mas muitas vezes não consegue chegar a tempo de evitar o escape de urina. Por vezes pode perder urina sem que haja nenhum sinal antes. Alguns pacientes vão ao banheiro com intervalos muito curtos e acordam várias vezes durante o sono para esvaziar a bexiga.

A bexiga pode tornar-se hiperativa devido a uma infecção que inflame a sua superfície interna. Os nervos que normalmente controlam a bexiga também podem ser responsáveis pela hiperatividade vesical. Pacientes com doenças neurológicas frequentemente apresentam incontinência urinária como resultado da perda do controle normal sobre os nervos da bexiga. Em muitos casos, entretanto, a causa pode ser indeterminada.

Incontinência mista – Corresponde à combinação dos dois tipos de incontinência descritos acima (de esforço e urge-incontinência).

2- FLUXOGRAMA – INCONTINÊNCIA URINÁRIA



ORIENTAÇÕES

Orientar adultos com incontinência urinária de que a redução da ingestão de cafeína pode melhorar os sintomas de urgência e frequência;
Aconselhar atletas do sexo feminino (que estejam apresentando incontinência urinária relacionada à atividade física intensa) de que isso irá predispor à incontinência em fases mais tardias da vida;
Pacientes tabagistas com incontinência urinária devem ser orientados a parar de fumar;
Os exercícios de fortalecimento muscular do assoalho pélvico devem ser realizados por pelo menos 3 meses;
Estimular mulheres obesas com incontinência urinária a perder peso.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada:

- paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
3. resultado de urocultura, com data;
4. tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais;

3- SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)

Sangramento Uterino Anormal é a denominação utilizada atualmente para nomear as alterações da menstruação decorrentes de alteração no volume, na duração ou na frequência, podendo ter causas orgânicas, sistêmicas ou disfuncionais. Pode ser um quadro crônico ou agudo.

Causas de sangramento uterino anormal

Complicações da gravidez
➤ Abortamento ➤ Doença trofoblástica gestacional ➤ Gravidez ectópica
Alterações hormonais (sangramento uterino disfuncional)
➤ Anovulação ➤ Imaturidade eixo neuroendócrino ➤ Insuficiência lútea
Alterações anatômicas
➤ Miomas submucosos ➤ Pólipos endometriais/endocervicais ➤ Adenomiose
Doenças sistêmicas
➤ Tireoidopatias ➤ Insuficiência renal ➤ Cirrose hepática
Coagulopatias
➤ Doença de Von Willebrand ➤ Deficiência de protombina e dos fatores V, VIII IX ➤ Disfunção plaquetária
Medicações
➤ Medicamento hormonal ➤ Anticoagulantes, fenotizidos, sulpirida ➤ Metoclopramida, tranquilizantes e outras que atuam no sistema nervoso central
Neoplasias
➤ Câncer de colo uterino ➤ Câncer de endométrio/hiperplasia endometrial ➤ Tumores ovarianos secretores de estrógenos
Infecções
➤ Cervicites ➤ Endometrites
Não uterinas
➤ Trauma ➤ Corpo estranho ➤ DIU

Sangramento uterino normal:

- Fluxo menstrual com duração 3 – 8 dias;
- Perda sanguínea (volume) 30 – 80 ml;
- Ciclo que varia entre 21 e 35 dias;

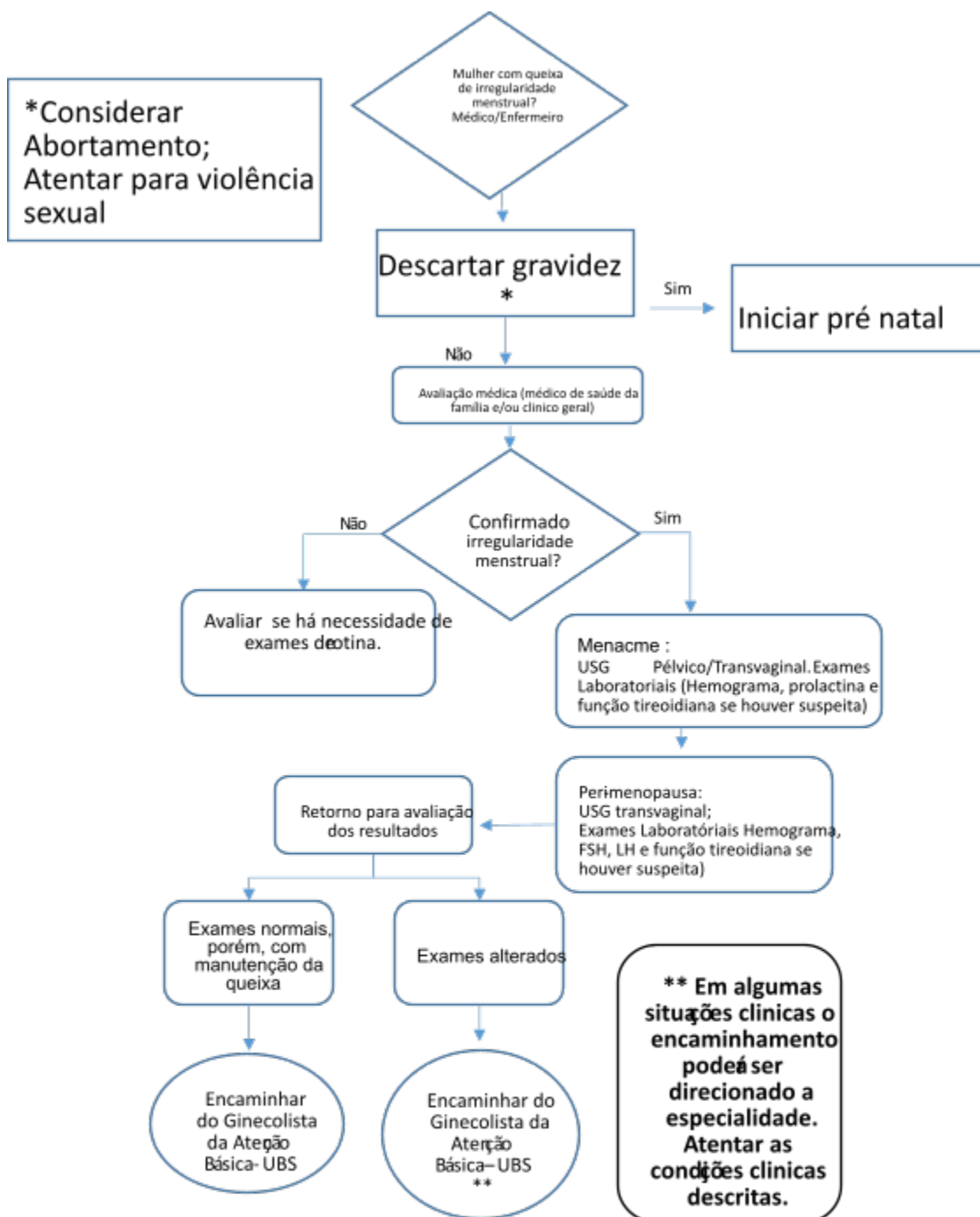
Caracterização das alterações do ciclo menstrual

O sangramento menstrual normal apresenta fluxo menstrual médio de 3 a 8 dias de duração, com uma perda sanguínea de 30 a 80ml. O ciclo médio varia entre 21 e 35 dias.

SUA

- Menorragia - aumento da quantidade (> 80 ml).
- Hipermenorréia - aumento da duração fluxo (acima 8 dias).
- Polimenorréia - ciclo frequência < 21 dias;
- Hipomenorréia - duração do fluxo menstrual < 3 dias. ▪ Oligomenorréia - intervalo entre ciclos > 35 /35 dias; ▪ Metrorragia - ciclos irregulares.

3- FLUXOGRAMA – SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL



Importante: sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal.

Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia alto risco:

Mulher na menacme com:

- 1- Sangramento disfuncional (SUA) sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem); ou
- 2- Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; ou
- 3- Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual); ou
- 4- Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).

Mulher na menopausa com:

- 1- Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal; ou
- 2- Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia ou hematologia:

Mulher na menacme com suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- a) Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);
- b) Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);
- c) Paciente está na menopausa (sim ou não)? Se sim, há quanto tempo;
- d) Resultado de hemograma, com data;
- e) Descrição da ecografia pélvica transvaginal, com data;
- f) Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia);

4- INFECÇÕES URINÁRIAS

Definição:

Infecções do trato urinário (ITUs) correspondem à presença de microorganismos patogênicos nas vias urinárias inferiores ou superiores. São frequentemente consideradas um dos subtipos mais comuns de infecção bacteriana em humanos. Tais infecções podem acometer o trato urinário baixo, manifestandose como uretrites e cistites, ou alto, manifestando-se como pielonefrites. As ITUs são mais frequentes nas mulheres, em comparação aos homens, e se estima que cerca de metade das mulheres terão ao menos um episódio de ITU ao longo da vida. Um número bem mais restrito de mulheres desenvolve quadros cronicamente recorrentes de ITUs, dando origem à condição conhecida como ITU recorrente, ou ITU de repetição, que é definida como o diagnóstico de três episódios de infecção no curso de 12 meses, ou dois episódios em seis meses, com demonstração objetiva de resolução de cada um dos episódios após tratamento.

Os sintomas de ITU não-complicada são disúria (dor ou sensação de queimação à micção), polaciúria (aumento da frequência urinária), urgência miccional e hematúria (sangue na urina).

Microbiologia

A *Escherichia coli* é o agente causal mais comum de infecções urinárias não complicadas adquiridas na comunidade. Cerca de 95% das ITUs são causados por ela.

Em pacientes com infecções recorrentes, principalmente naqueles com alterações anatômicas do trato urinário, aumenta a frequência de outros agentes como *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Enterococcus*.

Infecções urinárias nosocomiais são geralmente causadas por *E. coli*, *Pseudomonas* e outros Gram negativos hospitalares. *Proteus* está associado a formação de cálculos. *Staphylococcus saprophyticus* é o agente etiológico em 5 a 15% das ITUs em mulheres jovens sexualmente ativas.

Patogênese

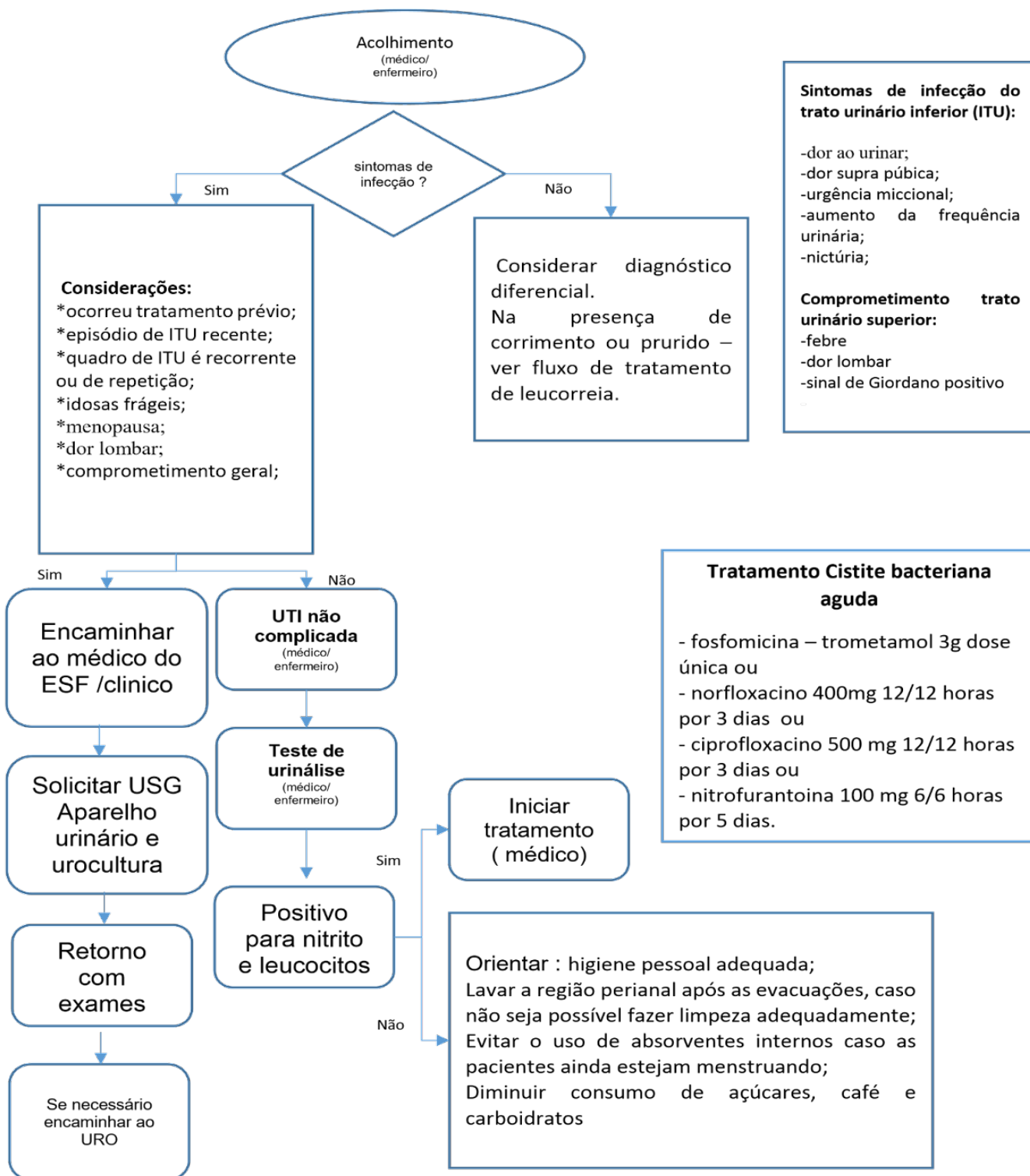
As vias de infecção são a ascendente e a hematogênica. Nas mulheres a principal via é a ascendente. A colonização do intróito vaginal e da área periuretral por microorganismos patogênicos pode levar a ascensão destes a bexiga, onde se multiplicam e causam a infecção. A via hematogênica e linfática são pouco comum.

Diagnóstico laboratorial

A maioria dos pacientes sintomáticos para ITU tem piúria, definida como número de leucócitos acima de 5 a 10 por campo na microscopia de alta definição. A positividade destes 2 testes tem uma sensibilidade de 75% e especificidade de 82% para o diagnóstico de ITU. Cilindros leucocitários podem ser encontrados em casos de pielonefrite. Hematúria pode estar presente.

A presença de bactérias no exame direto da urina correlaciona-se a urocultura positiva maior que 100000 UFC quando há mais que 1 bactéria por campo de microscopia de alta definição. A urocultura pode ser dispensada para pacientes jovens do sexo feminino com ITU sem complicações. A urocultura deverá ser colhida nestes casos apenas quando não houver melhora clínica, quando houver recidiva precoce ou quando a paciente tiver infecções de repetição.

4- FLUXOGRAMA – QUEIXA URINÁRIA



5 – ROTINA GINECOLÓGICA

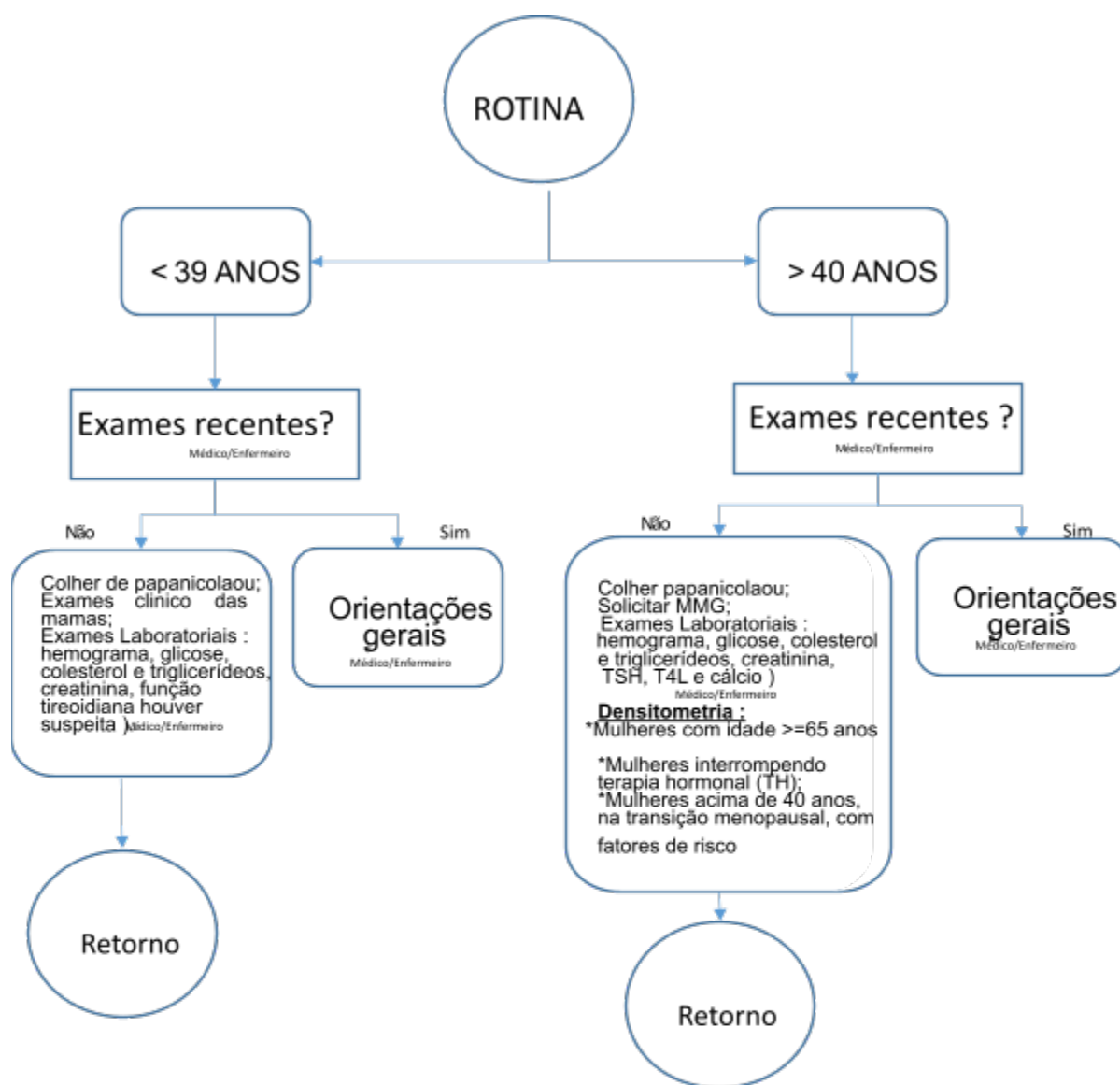
Definição

A rotina ginecológica pode ser necessária para diagnosticar um problema específico, como dor pélvica, sangramento ou corrimento vaginal ou para contribuir no diagnóstico precoce de algumas doenças, como por exemplo: câncer de mama ou de colo de útero.

Algumas doenças são bastante silenciosas e acabam não enviando sinais à paciente de que algo não vai bem. Especialmente nesses casos, os exames podem identificar a condição e possibilitar que o tratamento seja iniciado o quanto antes.

O Ministério da Saúde aconselha que toda a mulher realize os exames preventivos pelo menos uma vez ao ano. Entretanto, a periodicidade dos exames devem ser feita de maneira individualizada, levando em consideração histórico da paciente e seus fatores de risco.

5- FLUXOGRAMA – ROTINA GINECOLÓGICA



6-AMENORREIA

Amenorreia é um sintoma caracterizado pela ausência de menstruação. Pode se referir que a amenorréia, em mulheres sem uso de medicamento hormonal e na ausência de gestação e lactação, é indicativa de uma disfunção; e o tratamento só será adequado com o diagnóstico etiológico correto. Pode ser classificada em primária ou secundária para descrever, respectivamente, a ausência de menstruação sem a ocorrência de menarca ou após a menarca. A falha da menarca, isto é, ausência da primeira menstruação espontânea, caracteriza a amenorreia primária, que deve ser investigada quando:

- a menarca não ocorreu aos 15 anos de idade em meninas com caracteres sexuais secundários presentes (mamas e pelos pubianos);

- a menarca não ocorreu 5 anos após o início do desenvolvimento das mamas, se isto se deu antes dos 10 anos de idade;
- nas meninas em que, aos 13 anos de idade, seja observada completa ausência de caracteres sexuais secundários. Algumas situações que devem ser particularizadas:
- presença de características sexuais secundárias antes dos 15 anos e ausência de menstruação, porém com dor pélvica cíclica: iniciar investigação devido ao risco de obstrução do trato genital;
- presença de alteração dos órgãos genitais ou de estigmas genéticos sugestivos (ex.: síndrome de Turner): iniciar a investigação independentemente da idade;
- quando a menarca já ocorreu, a ausência de menstruação é denominada amenorreia secundária e deve ser investigada quando a menstruação não ocorre por 3 meses ou quando ocorrerem menos de nove menstruações em um ano.

Diagnóstico Anamnese

Ao constatar que gestação, amamentação, amenorreia induzida por medicação e casos de ambiguidade sexual estão excluídos, algumas particularidades auxiliam nessa investigação:

- ✓ Presença ou ausência de caracteres sexuais secundários?
- ✓ Crescimento estatural adequado?
- ✓ Estresse, alteração de peso, alteração de hábitos alimentares e atividade física, presença de doenças crônicas?
- ✓ Presença de dor pélvica cíclica (cólica) de caráter progressivo, associada à amenorreia primária?
- ✓ Fogachos, secura vaginal?
- ✓ Sinais e sintomas de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, virilização)?
- ✓ Secreção nas mamas? Galactorreia sugere hiperprolactinemia.

✓ Ausência da menstruação pós-parto?

Avaliação laboratorial

Dosagens séricas de hormônio foliculotrófico ou folículo-estimulante – FSH e prolactina.

Quando houver suspeita de disfunção tireoidiana, incluir TSH e T4 livre. Atualmente, é menos frequente que as disfunções tireoidianas se apresentem associadas à amenorreia, uma vez que, com o diagnóstico mais precoce de tais disfunções, as ocorrências no ciclo menstrual tendem a ser mais leves, manifestando-se como ciclos longos.

Exame de imagem

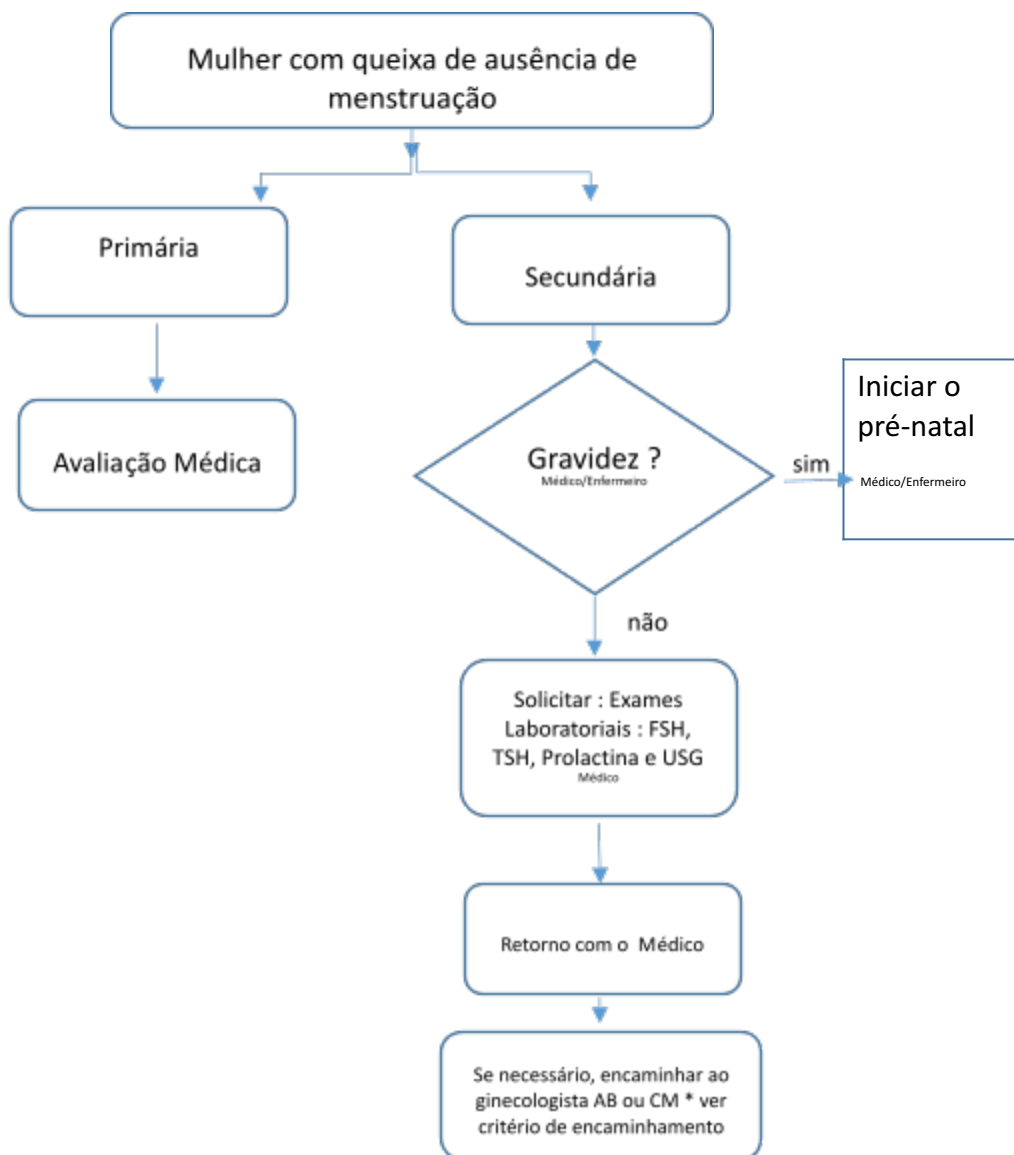
Ultrassonografia pélvica transvaginal ou por via abdominal em mulheres que não iniciaram atividade sexual. Particularmente importante nas amenorreias primárias, quando o exame pode mostrar ausência do útero, além de permitir a identificação de más-formações uterinas ou obstruções ao fluxo menstrual. Nas amenorreias secundárias, o resultado é utilizado como condição para o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos.

Ressonância magnética em casos particulares. Para avaliação pélvica, em especial em alguns casos de malformação dos órgãos genitais.

Tratamento

Amenorreia é um diagnóstico sindrômico, ou seja, reflete um sintoma de diversas doenças ou afecções. O tratamento está vinculado à sua etiologia, bem como às expectativas da paciente, em especial, reprodutivas e sexuais.

6 – FLUXOGRAMA - AMENORREIA



Recomendações :

Amenorreia é um sintoma com múltiplos fatores etiológicos, sendo relativamente frequente na população. Requer história clínica minuciosa e exame físico detalhado. Esta afecção pode trazer preocupações sobre a feminilidade e fertilidade, com consequências negativas para autoestima e autoimagem da mulher, por vezes, necessitando de apoio psicológico concomitante ao tratamento. O tratamento da amenorreia deve obedecer aos anseios da mulher e compreende combater o fator etiológico, o tratamento do hipoestrogenismo, o tratamento das manifestações associadas e, quando possível, a restauração da fertilidade.

Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada

Atenção: sempre descartar gravidez na investigação inicial de amenorreia.

- amenorreia primária
- maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários; ou
- maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.
- amenorreia secundária
- resposta negativa ao teste do progestágeno;
- falência ovariana precoce;
- história de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- hiperprolactinemia ou outras doenças hipofisárias/hipotalâmicas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tempo de início da amenorreia;
3. resultado dos exames de prolactina, FSH e TSH, com data (se amenorreia secundária);
4. resultado do teste com progestágeno (se amenorreia secundária);
5. resultado de ecografia pélvica ou transvaginal, com data (se disponível);
6. medicamentos em uso;

7- OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP)

A síndrome dos ovários policísticos (SOP), anovulação crônica hiperandrogênica (hirsutismo, acne e alopecia) ou policistose ovariana, é um distúrbio endócrino heterogêneo e complexo, caracterizado por disfunção ovulatória, hiperandrogenismo e ovários morfologicamente policísticos.

A SOP está presente em 5% a 12% das mulheres em idade reprodutiva, a depender dos critérios diagnósticos utilizados, e representa a principal causa de hiperandrogenismo e anovulação nesse grupo de pacientes.

Comumente associada a obesidade (50%) e resistência insulínica (RI) (50% a 90%), a SOP aumenta significativamente os riscos de diabetes melito (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), síndrome metabólica e dislipidemia. Dessa forma, essa condição não pode ser avaliada apenas como distúrbio ginecológico, mas merece abordagem minuciosa e sistemática para uma doença sistêmica, principalmente em mulheres obesas.

Os achados e manifestações clínicas são variados, destacando-se hirsutismo, distúrbios menstruais, acne, obesidade, alopecia androgenética, infertilidade e acantose nigricans.

Os primeiros critérios diagnósticos da SOP baseavam-se na presença do hiperandrogenismo clínico e/ou bioquímico e da anovulação crônica, após exclusão de doenças que pudessem levar a quadros semelhantes, como alterações da tireoide, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, hiperplasia congênita de suprarrenal de início tardio e tumores produtores de androgênios de origem ovariana ou suprarrenal. O quadro 1 ilustra os diferentes critérios diagnósticos propostos para a SOP. **Quadro 1.** Critérios Diagnósticos de SOP

PROTOCOLO	CRITÉRIO	CONDIÇÃO
NIH (1990)(11)	Hiperandrogenismo Clínico e/ou Laboratorial (HA)	HA e oligo-amenorreia obrigatórios, US opcional.
	Oligo-amenorreia Critérios Ultrassonográficos	
Rotterdam (2003; 2012)(7,10)	Hiperandrogenismo Clínico e/ou Laboratorial (HA)	Presença de pelo menos 2 dos 3 critérios, nenhum obrigatório
	Oligo-amenorreia Critérios Ultrassonográficos	
AE-PCOS Society (2009)(12)	Hiperandrogenismo Clínico e/ou Laboratorial (HA)	Obrigatório HA associado a mais um dos 2 critérios, nenhum obrigatório
	Oligo-amenorreia Critérios Ultrassonográficos	

Considerando que a SOP é uma doença funcional, aonde uma série de disfunções nos sistemas endócrino, metabólico e reprodutivo ocorrem, o diagnóstico diferencial com doenças orgânicas que também cursam com

hiperandrogenismo torna-se obrigatório, uma vez que a abordagem terapêutica nestes casos é completamente distinta.

DIAGNÓSTICO

Para fins de elegermos um dos protocolos acima apresentados para o diagnóstico da SOP. O que é mais amplamente utilizado e que abrangerá maior número de pacientes é o critério de Rotterdam. Portanto, levaremos em consideração, a presença de ao menos dois dos três critérios diagnósticos: oligoanovulação, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana. Além disso, a exclusão de outras doenças que também cursam com hiperandrogenismo constitui-se no quarto, e obrigatório, critério diagnóstico.

A anovulação secundária a este processo gera atraso menstrual com ciclos longos, porém normoestrogênicos, já que o crescimento folicular ocorre parcialmente, por isso há oligo-amenorreia e infertilidade. E por fim, o efeito direto dos androgênios sobre os folículos pilosos e sebáceos leva aos sinais e sintomas clínicos do hiperandrogenismo, como hirsutismo, acne, pele oleosa, queda de cabelo e nos casos mais graves, sinais de virilização com clitoromegalia e alopecia androgênica.

Pode definir que o diagnóstico da SOP é quase sempre clínico multifatorial e de exclusão, principalmente levando-se em consideração que grande parte das portadoras de SOP apresentará irregularidade menstrual e hiperandrogenismo clínico. O histórico menstrual de amenorreia será caracterizado como a ausência de menstruação por 90 dias ou mais, ou a ocorrência de menos de 9 ciclos menstruais em um ano, sendo, portanto, um critério bastante objetivo. Já o diagnóstico dos sinais e sintomas de hiperandrogenismo é mais subjetivo. Entretanto, alguns parâmetros podem nortear esta avaliação como, por exemplo, o Índice de Ferriman-Galleway; trata-se de uma escala para quantificação de pelos em áreas androgênicas dependentes, com nove áreas avaliadas, sendo que cada localização pode somar 0 a 4 pontos, aonde 0 corresponde à ausência completa de pelos e 4 ao crescimento acentuado de pelos terminais, sendo um índice menor que > 8 considerado normal. Entre 8-15 hirsutismo leve e entre 16-25 hirsutismo moderado e 26-36 hirsutismo severo.

Este índice apresenta diversas limitações, como a variabilidade do índice entre os observadores é de aproximadamente 50%, a depilação e o tratamento prévio interferem na avaliação adequada. Recomenda-se esperar pelo menos três meses para avaliação na depilação a laser, quatro semanas na depilação a cera e cinco dias no uso de lâmina de barbear.

Avaliação do hiperandrogenismo laboratorial

A dosagem sérica de testosterona total é recomendada como avaliação de primeira linha para investigação do hiperandrogenismo. Deve ser realizada, se

possível, na fase folicular do ciclo menstrual, sem uso de medicações há pelo menos 30 dias que interfiram na concentração de testosterona.

Ao se solicitar a dosagem da testosterona total para avaliar a hiperandrogenemia é importante ter em mente suas limitações. Ainda não existem valores de normalidade padronizados para nossa população. A faixa de normalidade é ampla e os métodos utilizados foram padronizados para o sexo masculino. As concentrações de testosterona total e livre variam com o gênero, índice de massa corpórea (IMC), idade, raça/etnia e durante o dia. Lembrar que o uso de medicações, como contraceptivos hormonais, metformina, cetoconazol, atorvastatina e progestágenos, podem diminuir a concentração desse hormônio.

Critérios ultrassonográficos

O exame ultrassonográfico realizado de forma adequada avalia os ovários e afasta tumores. De acordo com o consenso de Rotterdam, os critérios ultrassonográficos para o diagnóstico de SOP incluem a presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 – 9 mm de diâmetro e/ou volume ovariano maior que 10 cm³. A presença de pelo menos um ovário com estas características é suficiente para o diagnóstico. O exame deve ser realizado entre o 3º e 5º dia em mulheres que apresentam ciclo menstrual ou ao acaso se em amenorreia. Esta definição não se aplica se no exame houver evidência de um folículo ou corpo lúteo maior que 10 mm (se houver evidência de folículo ou corpo lúteo, deve-se repetir o exame no próximo ciclo), ou se a paciente estiver em uso de contraceptivo hormonal oral, pois isso modifica a morfologia ovariana, reduzindo o tamanho do ovário. Se em uso de contraceptivo hormonal oral, esperar pelo menos 30 dias para repetir o exame ultrassonográfico. A ultrassonografia transvaginal é o exame adequado para avaliação dos ovários principalmente se a paciente for obesa.

É importante ressaltar que a SOP está associada a várias alterações metabólicas e fatores de risco cardiovascular: obesidade central, resistência à insulina, dislipidemia por aumento das triglicérides e redução do colesterol de alta densidade (HDL), hipertensão arterial, intolerância à glicose, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), síndrome metabólica, doença renal ou vascular e história familiar precoce de doença cardiovascular. Portanto, recomenda-se a avaliação de risco cardiovascular em todas as mulheres com SOP

TRATAMENTO

O tratamento de SOP é sintomático e direcionado de acordo com a manifestação clínica, desejo de contracepção ou gestação e a presença de distúrbios metabólicos associados. As pacientes com SOP devem ser informadas que esta é uma enfermidade crônica com tratamento e seguimento por longo prazo.

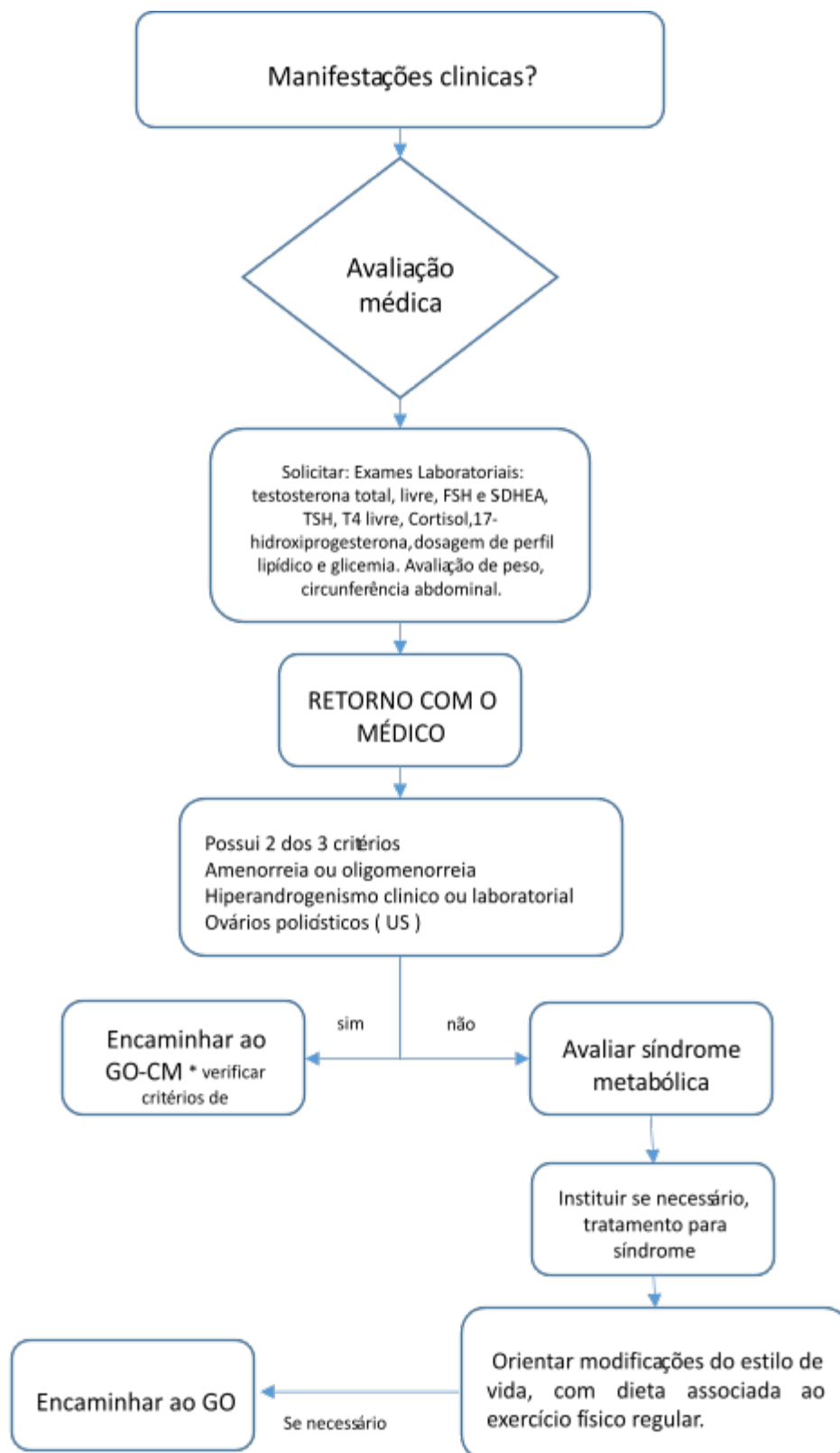
A meta no tratamento é reduzir os sintomas de hiperandrogenismo, regularizar o ciclo menstrual, reduzir as anormalidades metabólicas, o risco de DM2 e de doença cardiovascular, prevenir a hiperplasia e câncer de endométrio e oferecer contracepção para as que não desejam gravidez e indução da ovulação nas que pretendem engravidar.

Nas mulheres com SOP com sobrepeso ou obesas, a primeira linha de tratamento é a reeducação alimentar visando perda de peso, com dieta hipocalórica, diminuição de gordura saturada e aumento de gordura mono e poliinsaturada, bem como aumento do consumo de fibras, frutas, cereais e vegetais. Além disso, recomenda-se exercício físico regular de moderado a intenso, por pelo menos cinco dias da semana, com duração de, no mínimo, 30 minutos.

As modificações do estilo de vida, com dieta associada ao exercício físico regular, são consideradas a conduta fundamental, particularmente em mulheres com obesidade central.

A redução de 7-10% do peso corporal deve ocorrer no período de 6 a 12 meses, tendo como meta uma perda de 10-20%. Com essa medida, alcança-se a regularização do ciclo menstrual e a ovulação espontânea, bem como melhora da resistência à insulina, dislipidemia, DM2, depressão e qualidade de vida.

7- FLUXOGRAMA - OVÁRIOS POLICISTICOS - SOP



Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada:

- paciente com SOP

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame ultrassonográfico;
3. resultado de exames, com data;
4. tratamento em uso ou já realizado;

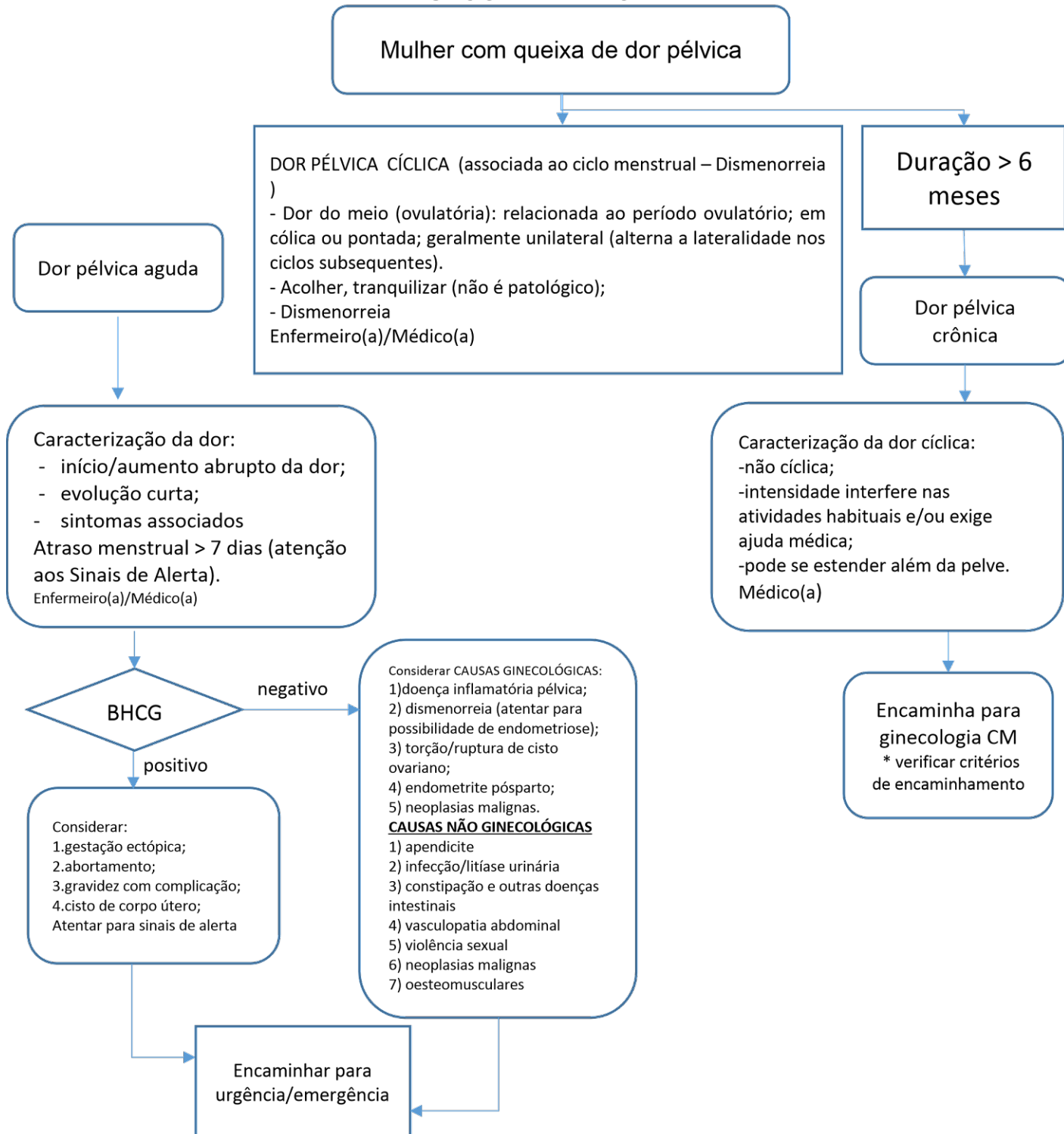
8 - DOR PÉLVICA

A dor pélvica é um desconforto que ocorre na parte inferior do abdômem, região abaixo da cicatriz umbilical, entre os ossos dos quadris. Não inclui dor que ocorre no exterior da região genital (vulva). Muitas mulheres sofrem de dor pélvica. Considera-se uma dor crônica caso persista por mais de quatro a seis meses, podendo ser classificada como cíclica ou não cíclica.

Dor pélvica cíclica, relacionada a menstruação, também conhecida como dismenorreia primária (palavra de origem grega), caracteriza-se principalmente pela dor abdominopélvica tipo cólicas, que podem ocorrer imediatamente antes ou durante a menstruação. O diagnóstico é fundamentalmente clínico (exame físico e história clínica), não sendo necessários exames laboratoriais. No caso de existir suspeita de patologia pélvica, podem ser solicitadas ultrassonografias e culturas endocervicais.

Dor pélvica não cíclica possui fisiopatologia muito complexa, podendo ser oriunda dos órgãos pélvicos e da interação dos sistemas gastrointestinal, urinário, musculoesquelético, neurológico e transtornos psiquiátricos. Define-se como quadro de dor com duração maior que seis meses, localizada na pelve anatômica não menstrual ou não cíclica, suficientemente intensa para provocar incapacidade funcional e exigir tratamento clínico ou até mesmo cirúrgico.

8 - FLUXOGRAMA – DOR PÉLVICA



Recomendações:

- Oferecer atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo exercício físico, outras práticas corporais e de relaxamento, bem como práticas integrativas e complementares. O objetivo é aumentar o limiar para o aparecimento dos sintomas.
- Resignificar a menstruação como evento fisiológico e natural na vida da mulher - Prescrever Ibuprofeno 600 mg 1cp 8/8 horas

Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada:

- paciente com dor pélvica crônica

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (duração e intensidade);
2. descrição do exame físico;
3. descrição dos exames ultrassonográfico;
4. tratamento em uso ou já realizado;

9- MIOMAS

Miomas são tumores benignos formados por fibras musculares, com quantidade variável de tecido conjuntivo fibroso e geralmente múltiplos. Cerca de 75% dos casos são assintomáticos, encontrados ocasionalmente durante exame abdominal, pélvico bimanual ou ultra-sonografia. O sangramento uterino aumentado é a queixa mais comum, podendo levar a anemia.

Os sintomas são relacionados diretamente ao tamanho, ao número e à localização dos miomas. Os subserosos tendem a causar sintomas compressivos e distorção anatômica de órgãos adjacentes, os intramurais causam sangramento e dismenorréia, enquanto que os submucosos produzem sangramentos irregulares com maior frequência. Além disso, observou-se que esses últimos estão mais associados à disfunção reprodutiva. Extensa e recente revisão da literatura sugere que o leiomiossarcoma é uma lesão isolada; a transformação maligna dos miomas, se houver, é evento extremamente raro.

O diagnóstico é baseado na história clínica (sinais e sintomas), no toque (exame físico) vaginal bimanual e na ultra-sonografia. A miomatose uterina é a causa mais comum de laparotomia em mulheres americanas, sendo responsável por 175.000 histerectomias e 20.000 miomectomias anualmente. As abordagens terapêuticas podem ser clínicas (anticoncepcionais orais, progestágenos e antiprogestágenos, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas (GnRH), e antiinflamatórios não esteróides) e cirúrgicas (histerectomia, miomectomia e embolização).

Miomas uterinos estão entre as entidades mais frequentes na prática ginecológica. São tumores sólidos formados principalmente por músculo liso, ocorrendo em 20% a 40% das mulheres em idade fértil. São mais frequentes na raça negra (2-3 vezes maior que em mulheres brancas) e na maioria dos casos são assintomáticos. Geralmente são múltiplos e considerados como a causa mais comum de aumento de volume uterino não grávido. Os miomas uterinos são a quinta principal causa de internações hospitalares por doenças ginecológicas, não relacionadas à gravidez, em mulheres com idade de 15 a 44 anos.

QUADRO CLÍNICO

A maioria dos miomas não causam sintomas. Estima-se que 20% a 50% das mulheres com um ou mais miomas apresentam algum sintoma e, destas, 63% têm múltiplos sintomas. A localização do mioma é o fator mais importante para determinar qual sintoma ele pode produzir, mas o tamanho, número e a presença de degeneração também estão relacionados com quadro clínico.

A depender do número, tamanho e localização do mioma, pode haver sinais e sintomas: dor, sangramento, sinais compressivos e dificuldades reprodutivas.

O sangramento uterino anormal é o sintoma mais frequente e normalmente se manifesta como menorragia e hipermenorreia. Sangramentos como sinusiorragia e metrorragia estão mais associados à patologia endometrial. Em decorrência do sangramento excessivo, as pacientes podem perder dias de trabalho, apresentar anemia e muitas relatam exclusão social durante o período menstrual. Os miomas submucosos, mesmo pequenos, provocam sangramento anormal (metrorragia) por localizarem-se dentro da cavidade uterina. Os intramurais podem provocar menorragia ou hipermenorreia metrorragia por aumento da congestão miometrial, aumento do tamanho uterino e alteração na angiogênese.

A dor pélvica ou sensação de peso estão associadas com miomas volumosos que podem ser palpados no exame físico. Os miomas maiores podem provocar compressão dos ureteres ocasionando hidronefrose, compressão da bexiga levando ao aumento da frequência urinária e compressão do retossigmoide levando a constipação e tenesmo.

A dor aguda pode representar a torção de um mioma pediculado, degeneração ou dilatação cervical provocada por um mioma submucoso parido. Miomas intraligamentares, de incidência pouco habitual, podem estar associados a dor unilateral ou dor do nervo ciático.

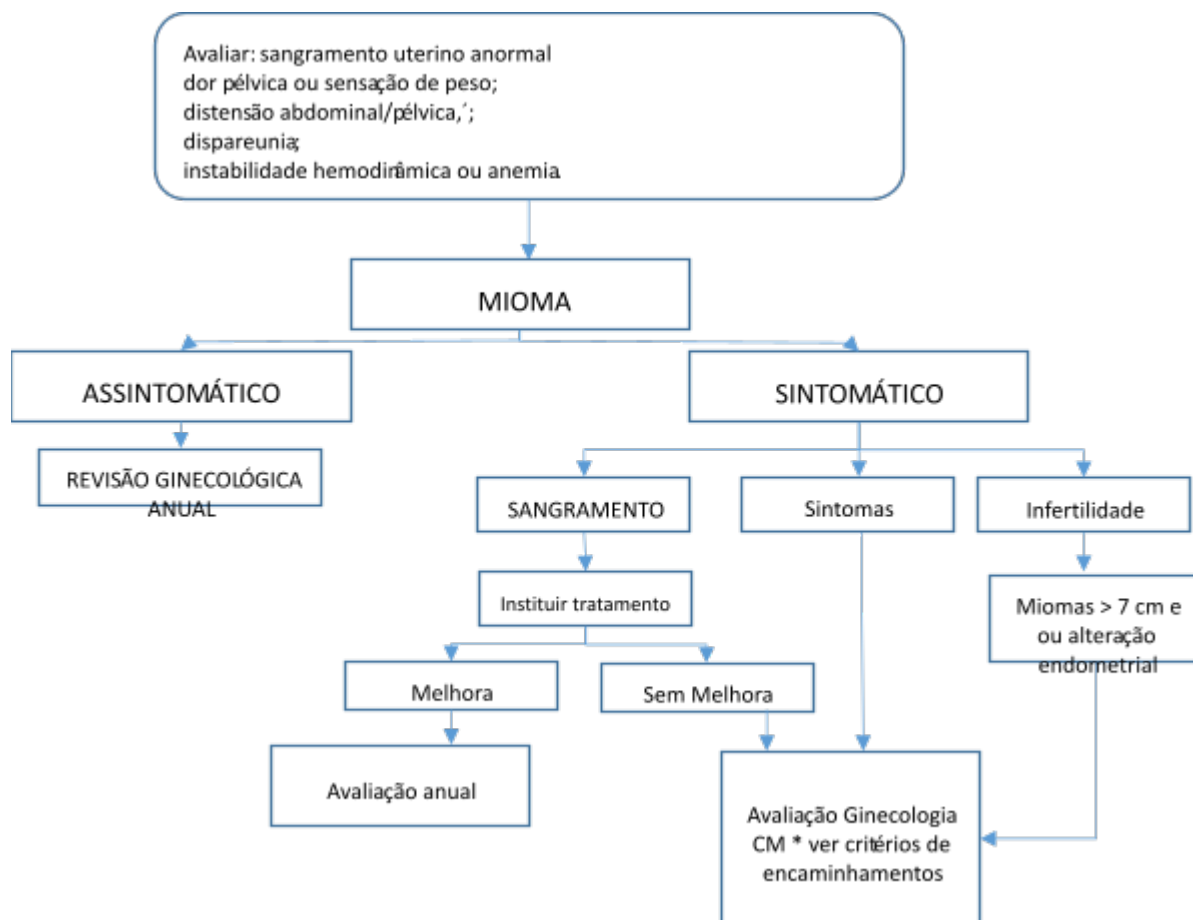
O leiomiossarcoma é raro, sendo relatado em apenas 0,2% dos estudos anatomopatológicos e pode estar associado a um “crescimento rápido” do mioma.

Tratamento

Mulheres com miomatose assintomática não necessitam tratamento, apenas acompanhamento e exame ginecológico de rotina, exceto aquelas com miomas muito volumosos ou que provoquem compressão ureteral.

O tratamento das pacientes com miomas sintomáticos deve ser individualizado, levando-se em consideração a idade da paciente (proximidade da menopausa), o desejo de gestação, os sintomas provocados, o tamanho e a localização dos miomas. O objetivo do tratamento clínico é o alívio dos sintomas. Como a grande maioria das pacientes com miomatose torna-se assintomática após a menopausa, o tratamento medicamentoso pode tornar os sintomas aceitáveis até a chegada da menopausa, evitando-se os riscos associados aos tratamentos cirúrgicos.

9- FLUXOGRAMA – MIOMAS



Instituir tratamento clínico:

- Progestagênios

- Acetato de medroxiprogesterona 150mg, IM, 3/3 meses
- Desogestrel 75mg, VO, 1cp/dia

- AINE

- Diclogenaco
- Ibuprogeno
- Naproxen/acido mefenamico/piroxicam

- Antifibrinolíticos

- Acido tranexâmico 250 mg 2cp vo 8/8 horas por 3 dias

Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada

Atenção: Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de urgência/emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por seis meses.
-

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);
2. resultado de hemograma, com data;
3. descrição do exame de imagem (USG TV), com data;
4. tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia);

10 - CLIMATÉRIO

A menopausa a consequência deste processo, onde ocorre uma quase cessação completa da produção ovariana de estrógeno e progesterona, acompanhada de amenorreia, a qual geralmente ocorre em torno de 46 a 51 anos de idade. Durante este período, muitas mulheres ovulam irregularmente, devido a um declínio do nível estrogênico, com consequente corpo lúteo insuficiente e déficit de progesterona ou resistência folicular ao estímulo ovulatório. É a última menstruação e se constitui num marco dentro do climatério. O termo menopausa se refere à cessação da menstruação, como parte normal da idade ou como consequência da remoção cirúrgica de ambos os ovários.

O climatério é a fase da vida da mulher onde ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. E pode ser dividido em três partes: prémenopausa (período entre o final da menacme - período da vida da mulher no qual ocorre a menstruação), perimenopausa (período de 3 a 5 anos que precede a última menstruação e um ano após) e pós-menopausa (intervalo de tempo entre o último catamênio (sangramento menstrual) e a senectude).

O atendimento à mulher climatérica não é diferente da consulta ginecológica habitual. Cabe ao profissional de saúde contribuir para uma melhor qualidade de vida de sua paciente, identificando e corrigindo as alterações endócrinas e

metabólicas comuns à idade avançada, e fazer medicina preventiva, particularmente das doenças cardiovasculares, ósseas e neoplásicas.

As alterações urogenitais, psíquicas e vasomotoras, assim como as alterações de pele, são consideradas decorrentes das modificações hormonais deste período e podem ser manejadas através da terapia hormonal.

Epidemiologia

Observa-se aumento da expectativa de vida da mulher através dos séculos. Tal fato, associado ao aumento da população feminina por grupo etário, faz com que esse período constitua prioridade em saúde pública. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, prevê-se aumento crescente nas próximas décadas de mulheres acima dos 50 anos, igualando-se em número às mulheres mais jovens.

Idade da menopausa

A idade da ocorrência da menopausa parece geneticamente programada para cada mulher, pelo número de folículos ovarianos, mas pode ser influenciada por fatores socioeconômicos e culturais, paridade, tabagismo, altitude e nutrição.

Fatores socioeconômicos — Mulheres que têm longas jornadas de trabalho e exercem atividades estressantes têm mais chances de entrar na menopausa mais cedo.

Paridade — Mulheres nulíparas têm menopausa mais precocemente, enquanto o aumento da paridade correlaciona-se à menopausa mais tardia.

Tabagismo — Estudos de caso-controle, relacionando tabagismo e antecipação da menopausa, mostram que a idade da instalação da menopausa é antecipada de 12 a 18 meses. A antecipação em fumantes tem sido explicada pela deficiência estrogênica causada diretamente pelo tabaco, podendo não só antecipar o aparecimento de sintomas da menopausa, mas também das doenças estrógeno-relacionadas, como a osteoporose e as cardiovasculares.

Altitude — Mulheres que vivem em países de altitudes maiores podem apresentar a menopausa em idade mais precoce.

Nutrição — Nutrição deficiente e baixo peso levam à ocorrência precoce da idade da menopausa.

Sintomas do climatério

Embora o climatério e a menopausa sejam eventos fisiológicos na biologia da mulher, o aparecimento ou não de sintomas dependerá não somente de variações hormonais próprias desse período, mas também de fatores socioeconômicos.

No período do climatério ocorrem alterações na fisiologia da mulher, caracterizadas por alterações hormonais (diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias); modificações funcionais (disfunções menstruais, sintomas vasomotores); modificações morfológicas (atrofia mamária e urogenital, alterações da pele e mucosas) e outras alterações em sistemas hormonodependentes, como o cardiovascular e os ossos.

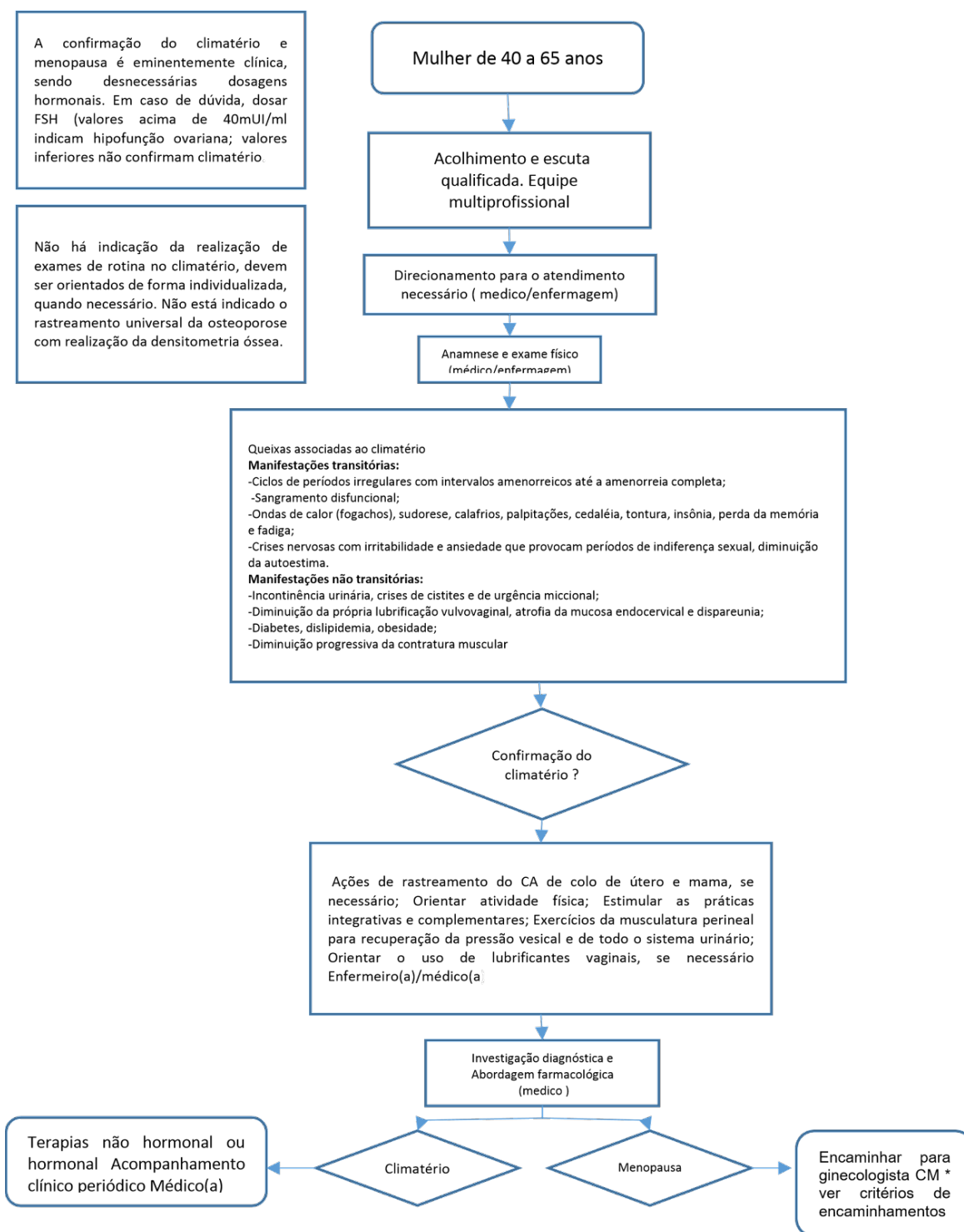
Essas mudanças repercutem na saúde geral da mulher, podendo alterar sua autoestima e qualidade de vida, e também na longevidade.

Prognóstico e perspectivas

As mulheres estão vivendo cada vez mais, entretanto, necessitam de um melhor atendimento tanto do ponto de vista de assistência médica quanto de orientação em relação aos problemas percebidos no climatério, para uma melhor qualidade de vida.

As perspectivas, em decorrência dos avanços tecnológicos, medidas preventivas e terapêuticas, são extremamente favoráveis, desde que profissionais e o Estado responsáveis pela saúde e pelos cuidados sanitários continuem trabalhando conjuntamente e de forma consciente.

10 - FLUXOGRAMA – CLIMATÉRIO



Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- menopausa precoce (antes dos 40 anos); ou
- persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico);
2. idade da paciente quando iniciou a menopausa;
3. tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. história prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia (sim ou não). Se sim, qual;

11 – VERRUGA ANOGENITAL

O condiloma acuminado é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo HPV (papilomavírus humano da família *Papilloma viridae*), que infecta pele e mucosas dos seres humanos e provoca o aparecimento de verrugas nos órgãos genitais, ânus e região oral. De tamanho, número e forma variados, essas lesões tendem a agrupar-se e acabam formando um bloco grande com aspecto semelhante ao de uma couve-flor. Daí os nomes populares crista de galo, cavalo de crista, figueira, verrugas venéreas e verrugas genitais, pelos quais também é conhecido o condiloma acuminado, a mais comum das IST que acomete os humanos.

Existem mais de 200 tipos diferentes de HPV; 40 deles infectam o trato genital de homens e mulheres. Estudos já mostraram que mais da metade das pessoas sexualmente ativas, em algum momento da vida, entrou em contato com esse vírus. Os tipos variam muito. Alguns infectam primariamente a pele; outros têm preferência pelas mucosas da região genital e há aqueles associados ao desenvolvimento de tumores malignos no colo do útero, vagina, pênis e ânus. Os subtipos 6 e 11, considerados de baixo risco, costumam ser identificados em 90% dos diagnósticos de verrugas genitais.

Não é incomum encontrar pessoas infectadas por diferentes tipos de HPV ao mesmo tempo. Na maior parte dos casos, o sistema imune se encarrega de eliminar o vírus e, muitas vezes, as pessoas nem sequer ficam sabendo que já entraram em contato com o HPV. Em geral, as manifestações clínicas (lesões aparentes) ou subclínicas (microscópicas só percebidas por meio de exames laboratoriais ou de imagem) ocorrem quando os mecanismos de defesa do organismo estão enfraquecidos.

As verrugas genitais são quase sempre benignas. Mesmo assim, ninguém está livre de ser infectado por certos tipos de HPV de alto risco para o câncer do colo uterino, pênis e ânus, especialmente durante as relações sexuais desprotegidas. **Transmissão das verrugas genitais**

A principal forma de transmissão do HPV ocorre durante a relação sexual desprotegida, seja por via vaginal, anal ou oral, com ou sem penetração, especialmente se as verrugas forem visíveis. Mulheres infectadas pelo HPV podem transmitir o vírus para o feto durante a gestação e no momento do parto.

A infecção pode, ainda, ser transmitida através da pele íntegra em contato com a pele de parceiro/a infectado/a e, embora com menos frequência, pelo uso compartilhado de roupas íntimas, toalhas, do vaso sanitário e de banheiras.

Portanto, mesmo sem apresentar sinais da infecção pelo HPV, a pessoa pode transmitir o agente viral do condiloma acuminado.

Sintomas das verrugas genitais

Na maioria dos casos, a infecção pelo HPV é assintomática e regride espontaneamente. Quando se manifesta, o faz sob a forma de verrugas úmidas, macias, rosadas ou acinzentadas e com superfície irregular e áspera.

De tamanhos variados, elas possuem uma pequena crista e se alojam geralmente em grupos, na maioria das vezes na glândula (cabeça do pênis) abaixo do prepúcio e na saída da uretra no homem, e na vulva, vagina e períneo na mulher.

Essas lesões não doem, mas podem espalhar-se rapidamente e virem acompanhadas de sangramento, ardência e muita coceira. Em geral, é a própria pessoa quem primeiro percebe a presença dos condilomas no corpo.

Tratamento

A verruga genital pode regredir espontaneamente, já que, em grande parte dos casos, o sistema imunológico é capaz de destruir o HPV responsável pelo aparecimento da lesão. No entanto, há situações em que as características do condiloma exigem cuidados médicos. O objetivo sempre é remover o tecido doente e impedir a transmissão do vírus para outras pessoas.

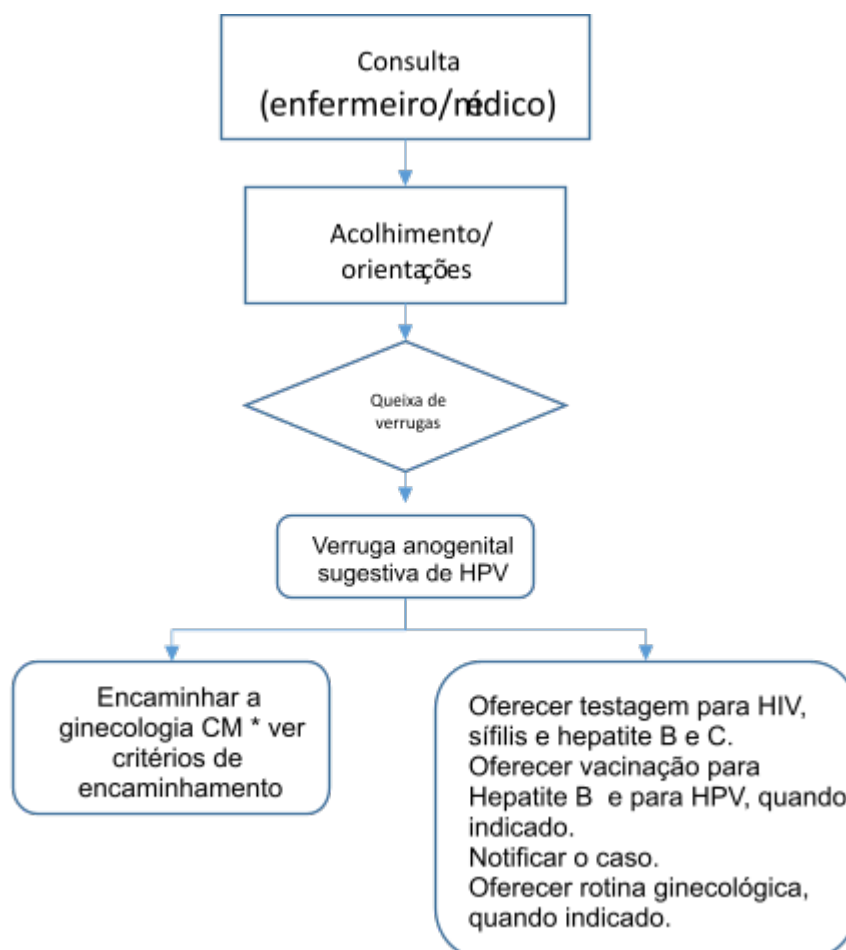
As opções do tratamento, que variam de acordo com as necessidades de cada paciente, incluem:

- Uso tópico ou sistêmico de medicamentos para fortalecer o sistema imune, conter o crescimento das verrugas e a proliferação do vírus HPV (antivirais);
- Procedimentos cirúrgicos, como a crioterapia utilizando nitrogênio líquido, a cauterização e a aplicação de laser.

Vale ressaltar que para muitas pessoas, medicamentos e procedimentos tópicos não são tão eficazes para as verrugas externas. Podem ser necessários semanas ou meses de aplicação, e tais tratamentos frequentemente causam desconforto e efeitos colaterais, como irritação, dor e queimação.

Também é importante lembrar que curar as lesões do HPV não significa que o vírus tenha sido definitivamente eliminado do organismo. Em condições especiais, a diminuição da resistência do organismo pode facilitar a multiplicação do vírus que permanecia em estado latente e as lesões clínicas e subclínicas reaparecem.

11- FLUXOGRAMA – VERRUGA ANOGENITAL



Notas: • Realizar aconselhamento centrado na pessoa e suas práticas sexuais.

- Contribuir para que a pessoa a reconheça e minimize o risco de infecção por uma IST.
 - Informar sobre a possibilidade de realizar Prevenção Combinada para IST/HIV/hepatites virais.
 - Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais. - Notificar o caso, quando indicado.
-

Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pré-Natal de alto risco:

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas);
- gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;
- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) / verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
4. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não);

12-MASTALGIA

Aproximadamente 65-70% das mulheres apresentarão quadro de mastalgia em alguma fase da vida, sendo mais comum no início da adolescência, menacme, diminuindo na pré-menopausa e quase que desaparecendo na pós-menopausa segundo dados epidemiológicos.

O câncer de mama está pouco associado à mastalgia (0,8 a 2% dos casos) e geralmente aparece como uma dor acíclica focal e persistente em determinado ponto da mama. A dor mamária também pode estar relacionada com o uso de medicações, principalmente as hormonais e menos frequentemente a fármacos como inibidores da recaptção da serotonina, metildopa, ciclosporina e prostaglandinas. Mulheres com mastalgia cíclica apresentarão dor associada ou não a ingurgitamento mamário no período pré-menstrual, com remissão dos sintomas após a menstruação. Entretanto, nos casos mais severos, a dor persiste durante todo o ciclo. A mastalgia acíclica apresenta desconforto geralmente localizado em um ponto da mama, podendo irradiar para axila, braço, ombro e mão. Porém, o fator primordial é a não-concordância com o ciclo menstrual.

A anamnese da paciente com quadro de dor mamária necessita de avaliação do início, duração, localização, intensidade, fatores de melhora ou piora, fatores associados e principalmente, relação com o ciclo menstrual. Relacionar os sintomas com a movimentação, com a respiração e se está acompanhada de algum outro sintoma (por exemplo: dispnéia, febre, etc.). A história recente de traumas mamários ou torácicos também deve ser abordada. Faz-se necessária a abordagem do estado psicológico, com relação ao estado de humor e a presença de dores de origem psicossomática.

Durante o exame físico das mamas, a parede torácica deve ser examinada cuidadosamente a fim de serem excluídas as causas extramamárias.

Propedêutica

A avaliação clínica, com anamnese e exame físico detalhados, são geralmente suficientes para a elucidação do quadro. Os exames de imagem mamários têm pouca validade e devem ficar restritos às pacientes com necessidade de rastreamento ou com suspeita de lesões focais. Nos casos de suspeita de dor extramamária, exames específicos podem ser necessários.

Tratamento

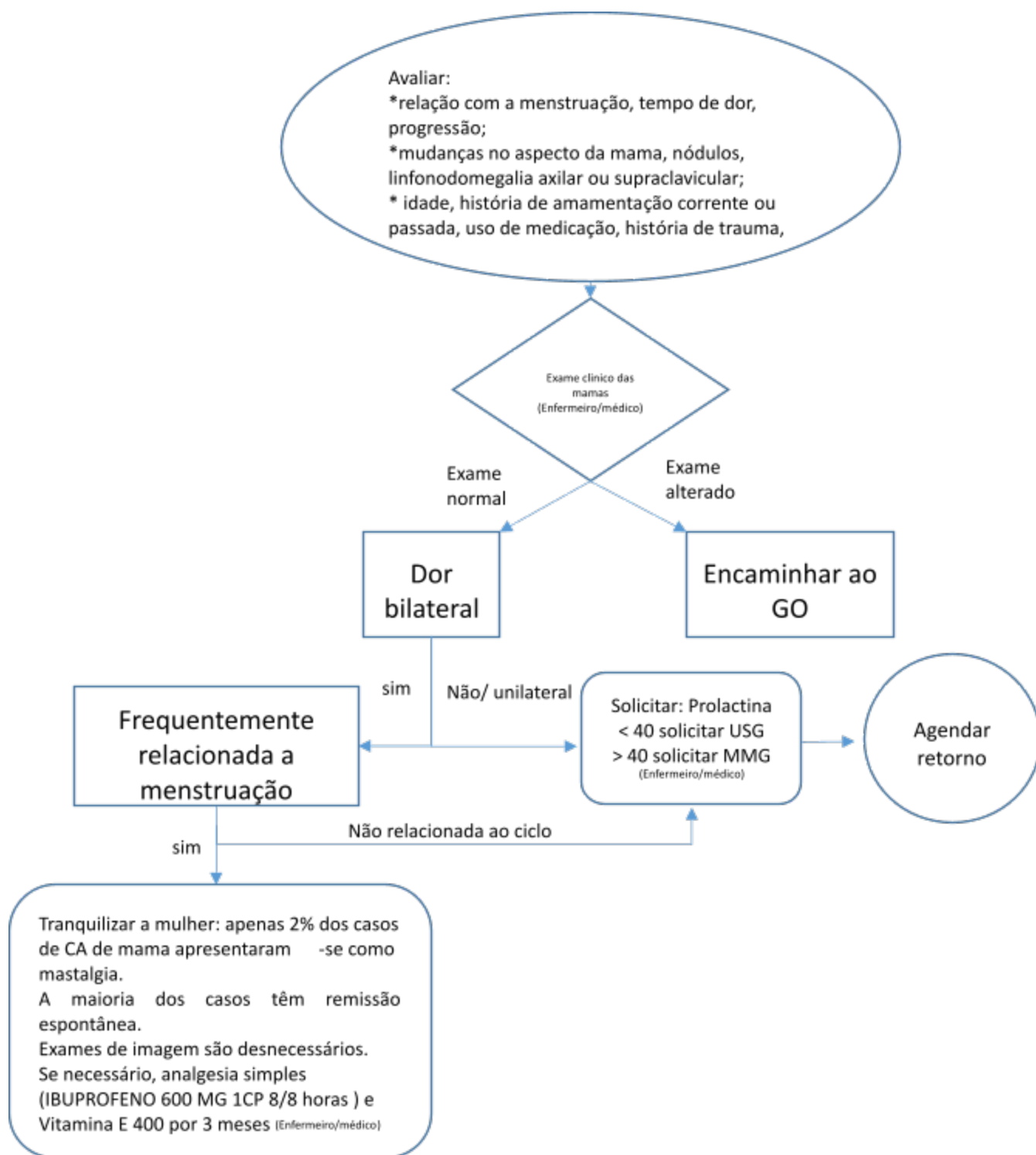
A dor mamária pode ser classificada em dor cíclica (piora da dor no período prémenstrual) e acíclica (sem relação com o período menstrual). A dor cíclica é frequentemente bilateral, acomete principalmente os quadrantes superiores laterais das mamas e pode ter irradiação para o braço; geralmente está associada a espessamento mamário, constituindo as Alterações Funcionais Benignas da Mama (AFBM), que representam simplesmente a resposta

funcional efetora do tecido mamário à hormonologia cíclica do menacme, e não está associada a risco maior de câncer. A dor acíclica pode ser decorrente de afecções mamárias específicas (processos inflamatórios e mastites, traumas, cicatrizes) ou de dor referida de afecções relacionadas à parede torácica, como mialgias e lesões musculares, neurites, dores ósseas e articulares (como a Síndrome de Tietze), dermatites e flebites (como a Síndrome de Mondor).

Quanto à intensidade, pode ser referida como leve, na grande maioria dos casos, onde não há interferência nas atividades usuais e na qualidade de vida da paciente; moderada, quando incomoda, mas não interfere nas atividades habituais; e intensa, quando interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso freqüente de medicamentos. Considerando as características do quadro, a sua elevada prevalência e a ausência de associação com risco de câncer, o tratamento deve ser orientado de acordo com a classificação do sintoma após a avaliação clínica do caso. É importante que se evite como rotina, medicamentos que, além do alto custo financeiro, representam possibilidade de importantes efeitos colaterais. A primeira medida deve ser sempre não medicamentosa, do tipo orientação verbal, e só casos refratários devem merecer prescrição de drogas. A simples informação passada pelo médico sobre o caráter autolimitado do sintoma e também sobre a ausência de relação com o câncer de mama resolve o problema em 85% a 90% das mulheres. Existem medidas comportamentais que não apresentam eficácia comprovada, porém são relatadas como benéficas e inofensivas. Dentre estas destacam-se o uso de sutiã esportivo, dieta livre de gorduras e a prática de exercícios físicos.

Outras drogas têm eficácia no tratamento da dor, mas não são específicas para a mastalgia. Dentre elas citam-se os antiinflamatórios e os analgésicos em geral, porém o uso prolongado apresenta riscos de efeitos colaterais.

12- FLUXOGRAMA –MASTAGIA



13-POLIPO UTERINO

“Pólipo” é termo clínico aplicável a qualquer formação, séssil ou pediculada, que faça relevo a partir da área de implante em relação à superfície adjacente, independente de sua estrutura histológica. O termo pólipo endometrial (PE), mais específico, designa a formação polipóide que reproduz total ou parcialmente o endométrio

Pólipos uterinos são lesões localizadas no interior do útero, com características predominantemente benignas e com baixo potencial de malignização. Sua incidência na população feminina varia entre 7 a 25%, sendo mais comum conforme o avançar da idade. Não existe um consenso exato sobre a causa da formação do pólipo uterino. Alguns autores acreditam que o pólipo se origina a partir de uma lesão pré-existente na camada de revestimento interna do útero, porém outros acreditam que ele possa ser originado a partir de um possível desbalanço hormonal associado a alterações genéticas. A maioria dos pólipos são assintomáticos e representam um achado ocasional nos exames de rotina realizados por mulheres ao redor da menopausa, porém, vale lembrar que ele também pode acometer pacientes em idade reprodutiva.

Os pólipos podem ser classificados dessa forma:

- Pólipo endometrial: quando a lesão surge no interior da cavidade uterina, a partir da proliferação de células da mucosa interna do útero (endométrio);
- Pólipo endocervical: quando a lesão está presente e surge a partir das células do colo do útero, apresentando-se como uma protuberância no exame especular.

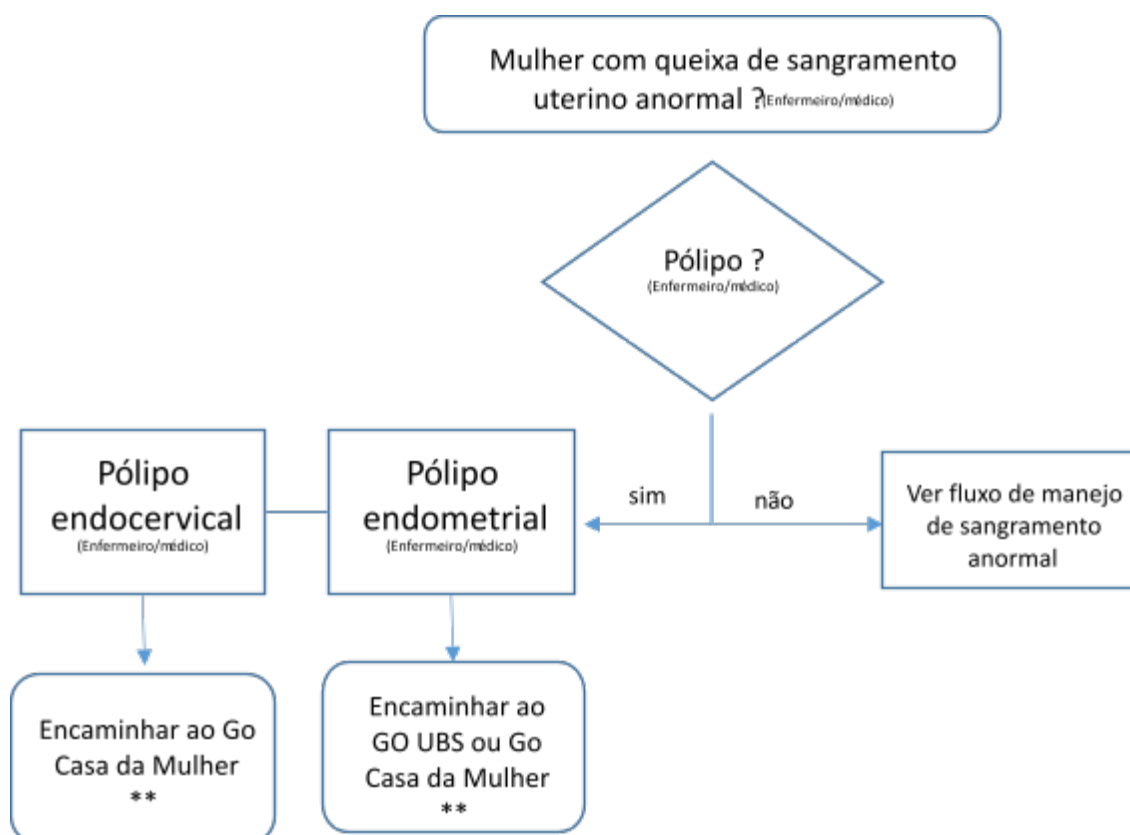
Apesar de, na grande maioria das vezes, ser uma formação benigna, o pólipo uterino pode apresentar uma taxa de malignização que varia entre 0,5 a 2,3% dos casos. Esse risco pode ser ainda maior quando acomete pacientes no período da pós-menopausa.

Tratamento

O tratamento do pólipo uterino deve levar em consideração diversos fatores, sendo que os principais são: idade da paciente, presença de sintomas e desejo de gravidez. Na maioria das vezes, por serem benignos, os pólipos uterinos não exigem um tratamento específico, mas apenas o acompanhamento periódico. Porém, em mulheres em idade reprodutiva que apresentam sintomas ou que desejam engravidar, é indicada a ressecção cirúrgica do pólipo. Da mesma forma, mulheres na pós-menopausa que apresentam sangramento vaginal também devem ser submetidas ao tratamento cirúrgico. A cirurgia é chamada de histeroscopia para ressecção do pólipo (polipectomia). Geralmente é um procedimento rápido, com baixos índices de complicações e

boa resposta terapêutica. A remoção cirúrgica dos pólipos deve ser realizada por profissionais devidamente capacitados nesse tipo de procedimento, pois é necessária a remoção completa do pólipos. O tratamento ideal para o pólipos uterino dependerá muito das condições de saúde da paciente, do desejo dela em engravidar e, principalmente, da avaliação realizada pelo especialista. O diagnóstico precoce da condição auxilia no tratamento ideal e na prevenção de um possível agravamento.

FLUXOGRAMA – PÓLIPO UTERINO



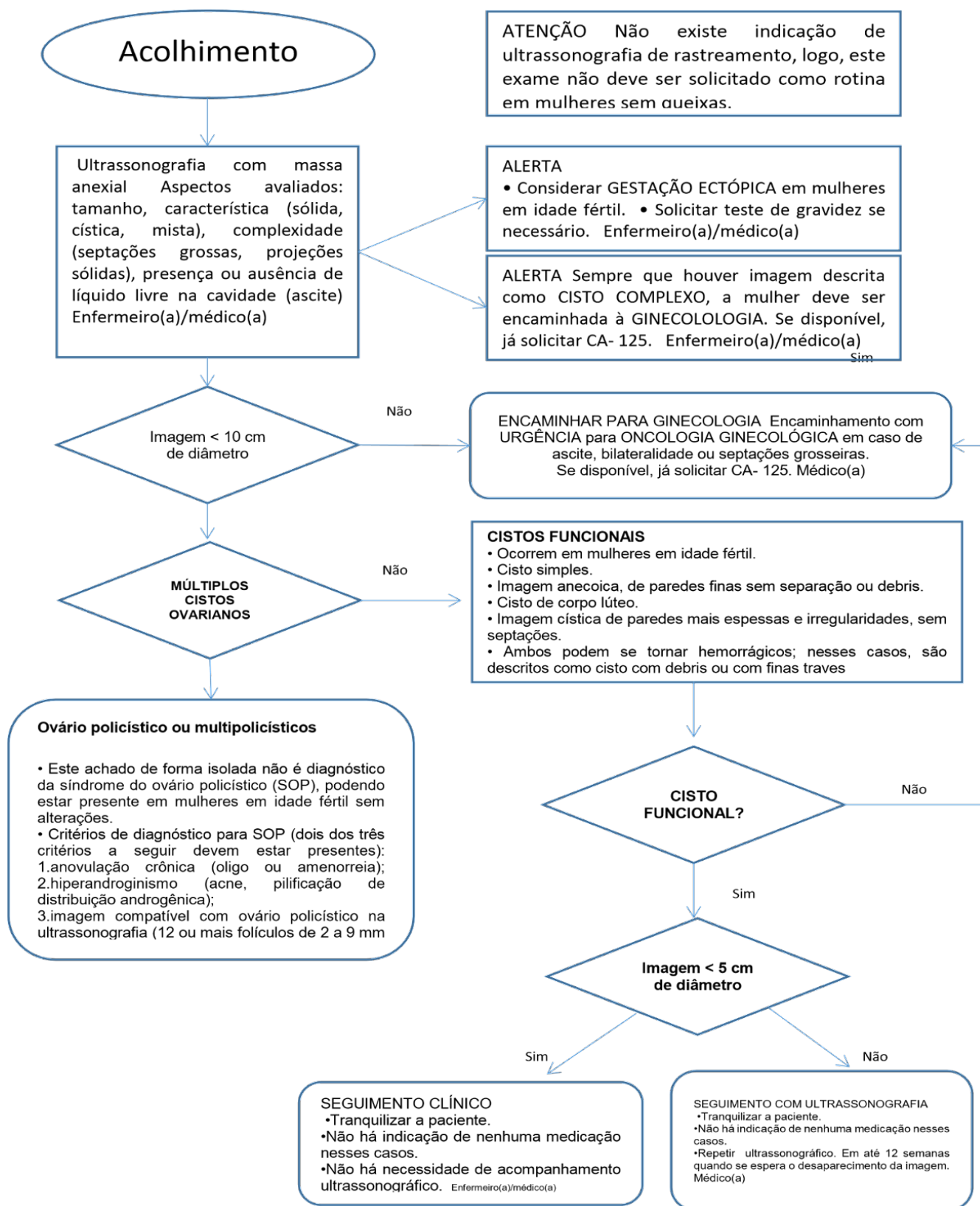
Critérios de encaminhamentos para ginecologia especializada

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico);
2. idade da paciente;
3. descrição os achados clínicos;
4. resultado do exame citopatológico;
5. resultado do exame ultrassonográfico.

14- FLUXOGRAMA – ACHADOS EM ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA



Outros achados frequentes

ENCAMINHAR PARA CASA DA MULHER: ECTOPIA (quadro de tratamento recorrente para leucorreia), POLIPO, CONDILOMA E ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL NA PÓS – MENOPAUSA (ESPESSURAS ENDOMETRIAIS > 5MM) **Enfermeiro/médico**

CISTO DE NABOTH - REPRESENTA BLOQUEIO DA DRENAGEM DE UMA GLANDULA ENDOCERVICAL E O CONSEQUENTEMENTE ACÚMULO DE SERCREÇÃO. NÃO TEM SIGNIFICADO CLINICO. TRANQUILIZAR A PACIENTE. **Enfermeiro/médico**

LIQUIDO LIVRE EM FUNDO DE SACO – ESTE ACHADO É NORMAL EM MULHERES ASSINTOMATICAS E PODE SER OBSERVADO EM TODAS AS FASES DO CICLO MENSTRUAL. SUA OCORRÊNCIA DE FORMA ISOLADA NÃO APRESENTA SIGNIFICADO CLÍNICO. **Enfermeiro/médico**

15 – CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres. É uma doença que se diagnosticada e tratada oportunamente apresenta bom prognóstico e possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas.

De acordo com o INCA, a sobrevida do câncer de mama vem aumentando nas últimas décadas atingindo, atualmente, a taxa de 85% nos países desenvolvidos. Entretanto, essa mesma realidade não se aplica aos países em desenvolvimento, onde a sobrevida atinge valores entre 50% e 60%, sendo a maior causa de mortalidade de mulheres residentes nestes locais.

Sabendo-se que a prevenção secundária dessa neoplasia é possível, a alternativa para minimizar o impacto da doença e reduzindo as taxas de mortalidade, é a detecção precoce. Assim, elaboramos um fluxo de Detecção Precoce do Câncer de Mama para que os profissionais que atuam na Secretaria de Saúde, em especial profissionais da Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de que saibam como realizar o rastreamento para o câncer de mama, bem como, identificar os grupos de risco e definir as condutas mais adequadas para o encaminhamento dos casos suspeitos e/ou dos casos já diagnosticados de neoplasia maligna da mama.

Critérios de Inclusão

Todas as mulheres de risco habitual e risco elevado para câncer de mama.

Risco Habitual

O rastreamento na população de risco habitual é realizado em pacientes sem história familiar. Neste contexto, o rastreamento deve ser realizado seguindo as recomendações da Lei n.º 11664 (29/04/2018) conforme do quadro abaixo:

Recomendações para rastreamento do Câncer de Mama.

FAIXA ETÁRIA

Idade acima de 40

ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO

Exame clínico das mamas anual na atenção primária e mamografia bienal (MS) solicitada pela atenção primária. Anual Sociedade Brasileira de Mastologia.

Risco Elevado - Recomendações para rastreamento do Câncer de Mama para usuárias de risco elevado e de risco muito elevado.

RISCO	CARACTERISTICAS DO USUÁRIO	RASTREAMENTO
Usuárias de risco elevado	Mulheres com história familiar de câncer de mama em um parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou em qualquer idade de câncer de ovário ou câncer de mama bilateral; História familiar de câncer de mama masculino.	Exame clínico da mama + mamografia com início anual 10 anos da história familiar, solicitada na atenção primária.
Usuárias de risco muito elevado	✓ Mulheres com história pessoal de câncer de mama prévio ou neoplasia lobular in situ, hiperplasia ductal ou lobular atípica; ✓ Mulheres que fizeram radioterapia torácica na infância ou adulta jovem (antes dos 30 anos); ✓ Mulheres sabidamente portadoras da mutação dos BRCA 1 ou BRCA 2 ou ainda portadores da Síndromes de LiFraumeni ou Cowden; ✓ Mulheres com história familiar de câncer de mama em dois ou mais parentes de primeiro grau na prémenopausa e ou risco superior a 20%.	Encaminhamento para rastreamento com exame de mamografia ao médico mastologista

CONDUTA

Todas as usuárias, mesmo aquelas fora de faixa etária alvo para o programa de rastreamento (acima de 40 anos) que comparecerem a consulta com médico ou com o enfermeiro na atenção básica deverão ter suas mamas examinadas como parte da atenção integral que o serviço deve oferecer ao usuário.

Em relação ao rastreamento mamográfico, nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) o agente comunitário de saúde (ACS) tem o papel fundamental de identificar, durante as visitas domiciliares, as mulheres incluídas na faixa etária para o rastreamento mamográfico (> 40 anos), bem como checar a realização da mamografia de rastreamento com intervalo máximo de dois anos.

As mamografias de rastreamento são aquelas realizadas em pacientes sem queixas clínicas com o objetivo de diagnosticar o câncer antes que o mesmo apresente sintomas e, assim, proporcionar diagnóstico na fase pré-clínica da doença promovendo a diminuição nas taxas de mortalidade e aumento de sobrevida. Os exames de rastreamento devem ser solicitados por médicos ou enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde.

Durante os exames clínicos de rastreamento, se o enfermeiro detectar alguma alteração no exame físico, deve encaminhar a usuária para o médico da equipe ou ginecologista que é o responsável por realizar o diagnóstico.

Pacientes que apresentam queixas relacionadas a patologias mamárias, mas não se enquadram no cenário de rastreamento, devem ser avaliadas pelo médico da equipe. **A mamografia realizada em pacientes com queixas ou alterações do exame clínico é chamada de mamografia diagnóstica e deverá ser solicitada apenas por profissional médico, para elucidação do diagnóstico da alteração clínica apresentada.** É importante ressaltar que as mamografias com a finalidade diagnóstica podem ser solicitadas em qualquer faixa etária

Exame das mamas pela paciente

Durante muito tempo atribui-se ao autoexame um papel maior do que ele deveria ter na detecção da doença. Hoje a orientação é que a mulher realize a autopalpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

Recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem a mulher a ter uma política de alerta, que seja orientada sobre as mudanças habituais da mama e quais os principais sinais de alerta da doença.

Os sinais de alerta são:

- Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas;
- Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento);
- Mudanças no mamilo (retração e desvio);
- Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.

Caso a mulher observe algum sinal de alerta, esta deve ser orientada a procurar a Unidade de Saúde de referência

Requisição

Os exames de mamografia devem ser solicitados no formulário do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Todos os campos obrigatórios devem ser preenchidos e a falta desse preenchimento acarreta impossibilidade de cadastro no SISCAN e consequentemente prejuízo de faturamento.

A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres acima de 40 a cada dois anos. Para fins de diagnóstico, o exame poderá ser solicitado em todas as faixas etárias e todos os campos do formulário de solicitação devem estar preenchidos, inclusive indicação clínica descrita no verso do formulário.

Interpretação dos resultados de mamografia (BI-RADS)

BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
0	Exame incompleto	A complementação com ultrassonografia será realizada pelo próprio serviço onde a paciente realizou o exame mamográfico.
1	Exame negativo	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
2	Exame negativo	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno.	Complementação com ultrassonografia. Paciente referenciada a unidade de origem, se necessário será encaminhada ao especialista (mastologista). Rotina de rastreamento semestral.
4	Exame com achado suspeito	Será comunicado a unidade de origem quanto ao resultado. Avaliação médica no próprio serviço onde realizou o exame de mamográfico. Encaminhamento ao mastologista ou inclusão na rede ICESP
5	Exame com achado altamente suspeito	Será comunicado a unidade de origem quanto ao resultado. Avaliação médica no próprio serviço onde realizou o exame de MMG. Encaminhamento ao mastologista ou inclusão na rede ICESP
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Será comunicado a unidade de origem quanto ao resultado. Avaliação médica no próprio serviço onde realizou o exame de MMG. Encaminhamento ao mastologista ou inclusão na rede ICESP

Observação Importante: A presença de alteração do exame clínico, mesmo na presença de mamografia normal, deve ser investigada!

Os encaminhamentos conforme conduta descrita, devem ser realizados por médico generalista, ginecologista ou de qualquer outra especialidade, no formulário de CONTRA – REFERÊNCIA ou FORMULÁRIO ESPECÍFICO DO ICESP com relatório médico com hipótese diagnóstica e CID. A marcação será realizada no Núcleo de Regulação, com a seguinte classificação de risco a depender do caso:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
RISCO AZUL	Patologia benigna para tratamento clínico ou seguimento Mastalgia, Cistos, Patologia benigna para correção cirúrgica estética (Mamas axilares, Ginecomastia)
RISCO VERDE	BI-RADS 3 Paciente com história previa pessoal de Câncer de mama sem sinais de recidiva.
RISCO AMARELO	BI-RADS 0 Patologia provavelmente benigna com indicação de tratamento cirúrgico- mastites, fibroadenomas ou nódulos benignos palpáveis.
RISCO VERMELHO	Alterações de exames complementares que -necessitam investigação. BI-RADS 4,5 e 6. Exame clínico sugestivo de neoplasia maligna.

ATENÇÃO!

É importante ressaltar que a equipe da Atenção Básica deverá continuar mantendo vínculo e o acompanhamento da paciente ao longo da sua doença, por meio de visitas domiciliares e atendimentos na Unidade, mesmo ela sendo acompanhada em um serviço especializado para tratamento.

16- PLANEJAMENTO FAMILIAR

A saúde sexual significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero.

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa “ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”. Deve, portanto, ser ofertado a homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes informação, acesso e escolha a métodos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis e não contrários à Lei nº 9.263/96, além da oferta de outros métodos de regulação da fecundidade e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério.

Antes denominado planejamento familiar, o planejamento reprodutivo designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos e englobam adultos, jovens e adolescentes em união conjugal, com vida sexual com e sem parcerias estáveis e aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual. As ações do planejamento reprodutivo são definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/96, que também estabelece penalidades e dá outras providências.

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as.

Este programa também garante a liberdade de escolha de opção, a utilização voluntária e responsável de métodos anticoncepcionais por parte do casal, conforme orientações do Ministério da Saúde. Neste inclui também a estratégia de acolhimento, educação em saúde, acompanhamento dos usuários, consultas médicas e de enfermagem e a, prescrição do método anticoncepcivo.

A assistência à anticoncepção inclui, além das orientações já mencionadas para a concepção, informações quanto aos métodos anticoncepcionais, devendo constar suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo o direito à livre escolha dos mesmos, bem como a assistência necessária ao seu uso.

A atenção em Planejamento Familiar, embora tenha características e orientações próprias, não deve estar desvinculada de uma assistência integral à saúde. Sendo assim, deve-se prestar uma atenção voltada também para questões como a prevenção de câncer ginecológico, de doenças sexualmente

transmissíveis ou outros agravos que possam interferir na saúde e qualidade de vida dos usuários atendidos.

Segundo a Portaria SMS.G Nº 497, de 25 de março de 2006, deve compor o planejamento uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e equipes de apoio/suporte. Quanto aos métodos contraceptivos reversíveis, estes devem estar disponíveis na rede de saúde do Município, bem como os serviços de Atenção Básica devem estar preparados para atender esta demanda, conforme previsto na Lei 9.263/96 - Ministério da Saúde.

As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres.

É a OMS quem define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aquele (s) mais adequado (s) para cada pessoa.

17- Contracepção injetável trimestral

O anticoncepcional acetato de medroxiprogesterona (AMPD) na dose de 150 mg, com aplicação intramuscular, preferencialmente em glúteos. É um contraceptivo contendo somente progestágeno, que deve ser administrado de três em três meses ou de treze em treze semanas. Uma aplicação previne ovulação por aproximadamente 14 semanas e, conseqüentemente, pode retardar o retorno da fertilidade em até quatro meses segundo alguns estudos. O AMPD deve ser iniciado nos primeiros cinco a sete dias do ciclo menstrual, dispensando método contraceptivo adicional. No caso de lactantes, a primeira injeção deve ser ministrada a partir da sexta semana pós-parto. Caso não haja amamentação, o método pode ser iniciado nas primeiras quatro semanas após o parto.

A aplicação deve ser repetida a cada três meses com tolerância de duas semanas antes ou após a data prevista.

O método é altamente eficaz, com taxas de gravidez que oscilam entre 0,0 e 0,7/100 mulheres-ano.

Contraindicações:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publica, periodicamente, atualizações dos Critérios de Elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos. Baseamos nestes critérios para orientar o uso do AMPD. As principais

contraindicações ao uso do progestágeno injetável trimestral estão expostas na Quadro2.

A hipertensão, isoladamente, não contraindica o uso de AMPD. Quando múltiplos fatores de risco para doença vascular estão presentes, como hipertensão, idade >40 anos, diabetes e tabagismo, não se recomenda o uso do medicamento.

História prévia de tromboembolismo venoso (TEV) e embolia pulmonar (EP) não contraindicam o uso de AMPD. Usuárias de terapia anticoagulante e com história de cistos ovarianos hemorrágicos podem se beneficiar do uso de AMPD, com consequente anovulação. Nos episódios agudos de TEV e EP, o método deve ser evitado.

Pacientes lúpicas com Anticorpo Antifosfolípídico positivo têm aumento no risco de doença trombótica arterial e venosa, não sendo indicada a terapia com AMPD. No lúpus eritematoso sistêmico associado à trombocitopenia, o uso de AMPD pode determinar spotting, com piora do hematócrito, uma vez que o efeito gestacional (depósito) pode permanecer por 12 semanas

Orientações

Nos primeiros três meses de uso do AMPD, são frequentes os sangramentos irregulares e persistentes. Após um ano, é mais comum a amenorreia e as perdas sanguíneas são infrequentes.

Entre os efeitos colaterais, destacam-se ganho de peso, dor abdominal, cefaleia, mudança de humor e diminuição do desejo sexual.

O aumento do peso em algumas usuárias do injetável trimestral é o motivo de descontinuação do uso do método em aproximadamente 5% das mulheres. Algumas pacientes não apresentam alteração do peso corporal. Alguns estudos admitem que o ganho de peso possa estar associado à idade ou a mudanças dietéticas. Por fim, admite-se que a alteração do peso seja secundária a resposta metabólica individual.

Existem relatos de diminuição da densidade mineral óssea pelo emprego do AMPD, devido à redução nos níveis estrogênicos. No entanto, este fator não deve impedir ou limitar a prescrição do injetável trimestral, pois o benefício suplanta o teórico e improvável risco de fratura.

Devido ao seu mecanismo de ação, o AMPD está associado à redução significativa no risco de câncer endometrial (endométrio inativo) e ovariano (anovulação), doença inflamatória pélvica (redução da ascensão de microorganismos ao trato genital superior), anemia ferropriva (amenorreia induzida) e sintomas da endometriose. Não há consenso sobre o maior risco de câncer de mama em usuárias de AMPD.

Manejo do esquecimento do dia da administração do AMPD O AMPD continua altamente eficaz quando aplicado com duas semanas de atraso. Quando o

atraso na aplicação for superior a duas semanas, a paciente deve ser orientada a utilizar métodos contraceptivos adicionais como preservativos, até que receba nova injeção do contraceptivo.

A paciente também poderá utilizar contracepção de emergência, se o atraso foi acima de duas semanas e história de intercurso sexual desprotegido nos últimos cinco dias.

A administração do AMPD seguirá as seguintes recomendações:

- Só poderá ser realizada se a usuária não tiver tido relação sexual após 15 semanas da última injeção;
- Poderá ser realizada se a usuária tiver utilizado um método de barreira contraceptivo ou contracepção de emergência após 15 semanas da última injeção;
- Se ela estiver em amamentação de forma exclusiva ou quase exclusiva e se tiver dado à luz há menos de seis meses;
- Em todos os casos supracitados recomenda-se a utilização de um método apoio contraceptivo nos primeiros sete dias após a aplicação do injetável, exceto se a paciente estiver em amamentação exclusiva ou quase exclusiva até seis meses após o parto.

Nas situações em que a mulher estiver com atraso de mais de duas semanas no uso do contraceptivo e não esteja nos critérios já listados, devem ser realizados testes para se ter a certeza da ausência da gravidez, visto que com a utilização do injetável só de progestogênio pode ocorrer amenorreia por alguns meses, mesmo após a interrupção do uso. Dessa forma, aguardar a menstruação pode postergar muito o uso do contraceptivo e aumentar o risco de gravidez indesejada.

É recomendável que na ocasião da nova orientação em relação ao uso do método sejam abordadas as razões do esquecimento ou do atraso e, se necessário, seja discutida a substituição do método.

Manejo dos sangramentos anormais em usuárias de acetato de medroxiprogesterona de depósito

As alterações menstruais são os principais efeitos adversos dos métodos anticoncepcionais hormonais apenas de progestogênio.

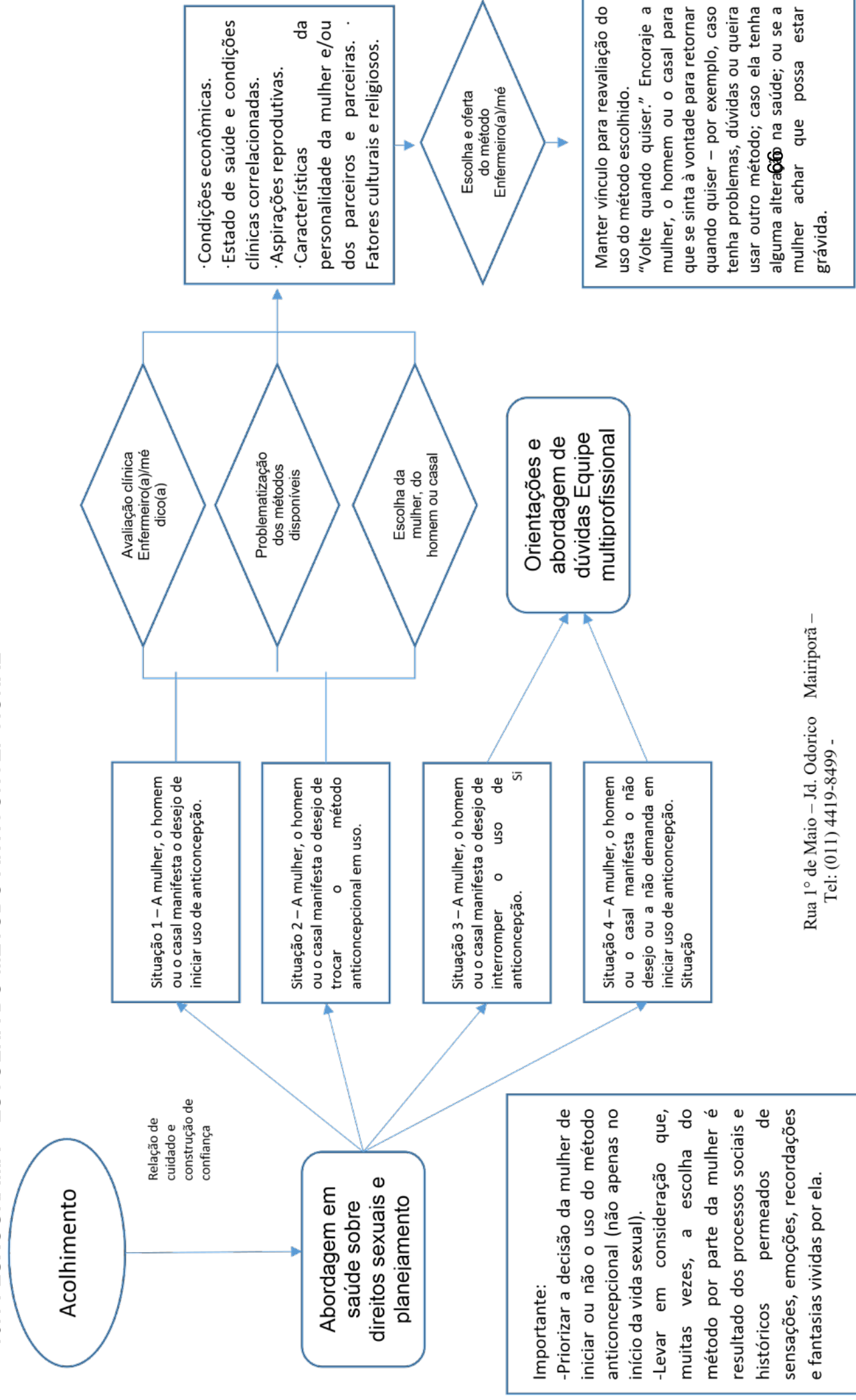
Importante abordagem é esclarecer à paciente sobre os eventos adversos que poderão ocorrer após o início do método. Se a paciente se queixar da ausência de menstruação, deve-se expor que isso pode acontecer em parcela significativa de mulheres e que não há razão para preocupação.

Na vigência de sangramento irregular, uma das primeiras medidas preconizadas pela OMS é explicar que se trata de um evento adverso comum, sem implicações clínicas para a saúde da paciente e que há uma tendência à melhora espontânea com a continuidade do método.

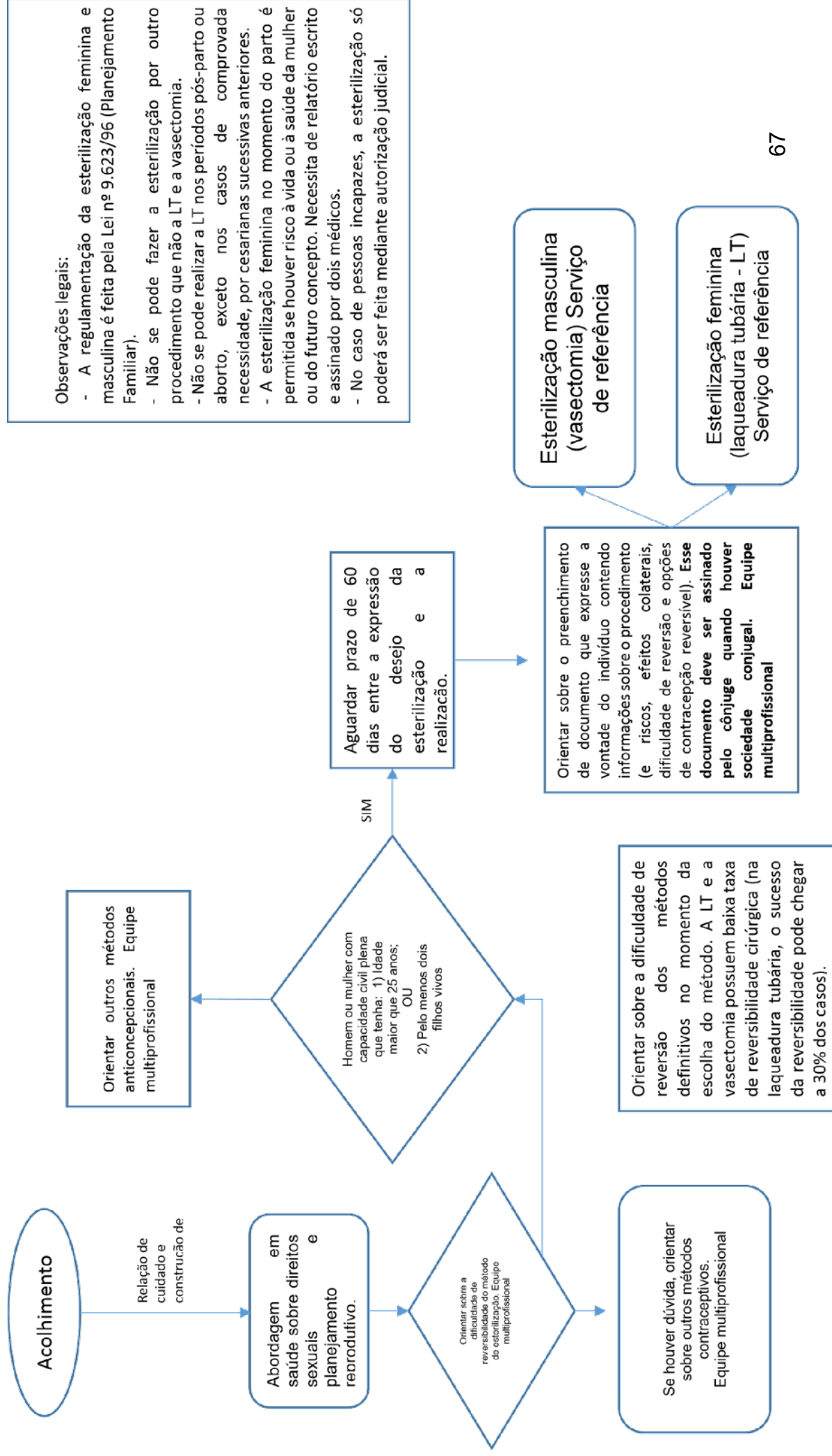
Para diminuir o sangramento irregular, a OMS preconiza o uso de 800 mg de ibuprofeno, três vezes ao dia por cinco dias. Caso o sangramento seja muito intenso ou prolongado, pode-se tentar administrar uma sequência de 21 dias de contraceptivo oral combinado, desde que não haja contraindicação ao estrogênio.

Para finalizar, se há persistência do sangramento, devem-se investigar outras causas e, caso não sejam encontradas, pode-se considerar a interrupção do método.

16.1 FLUXOGRAMA – ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL



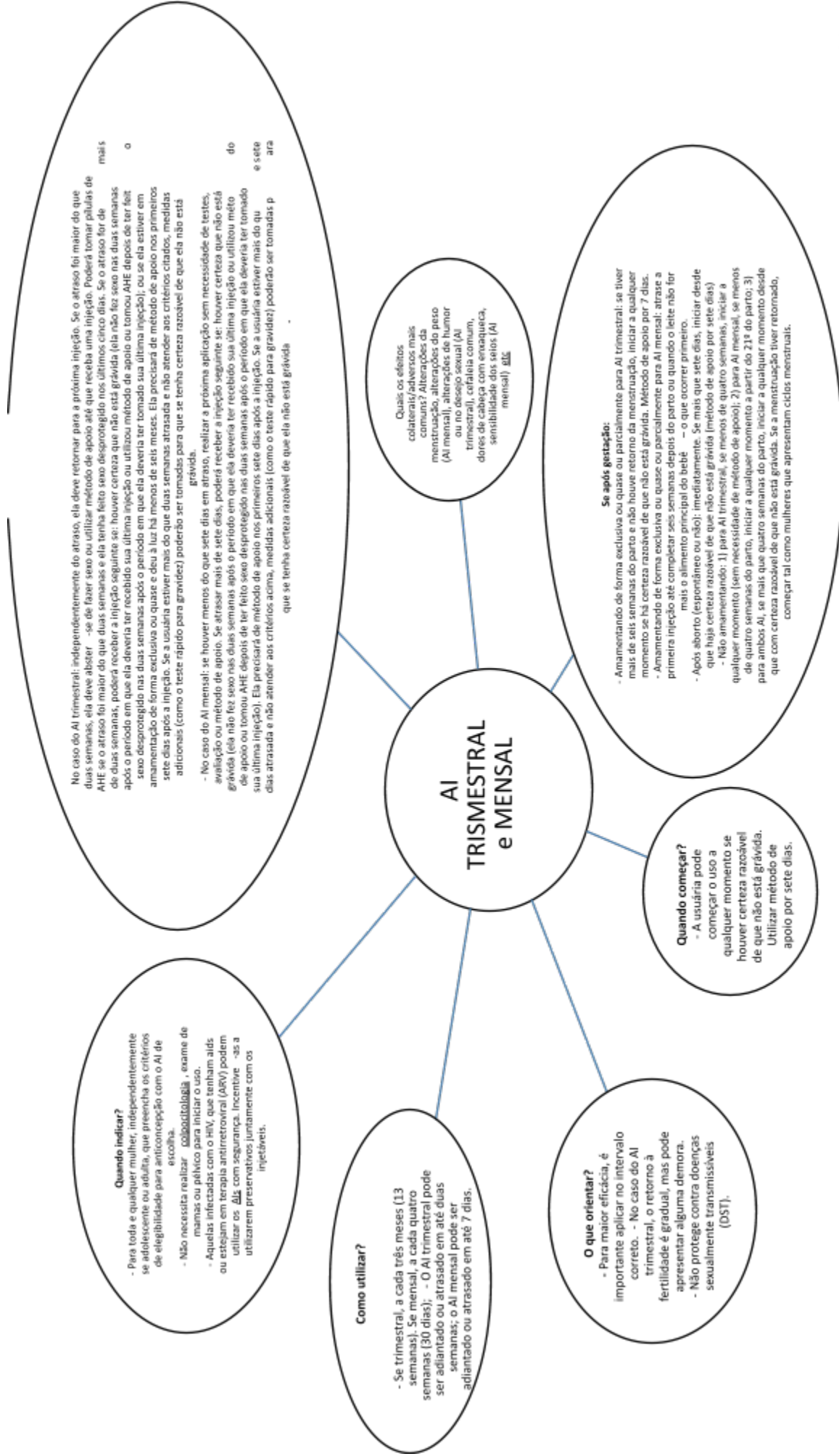
16.2 FLUXOGRAMA – ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA



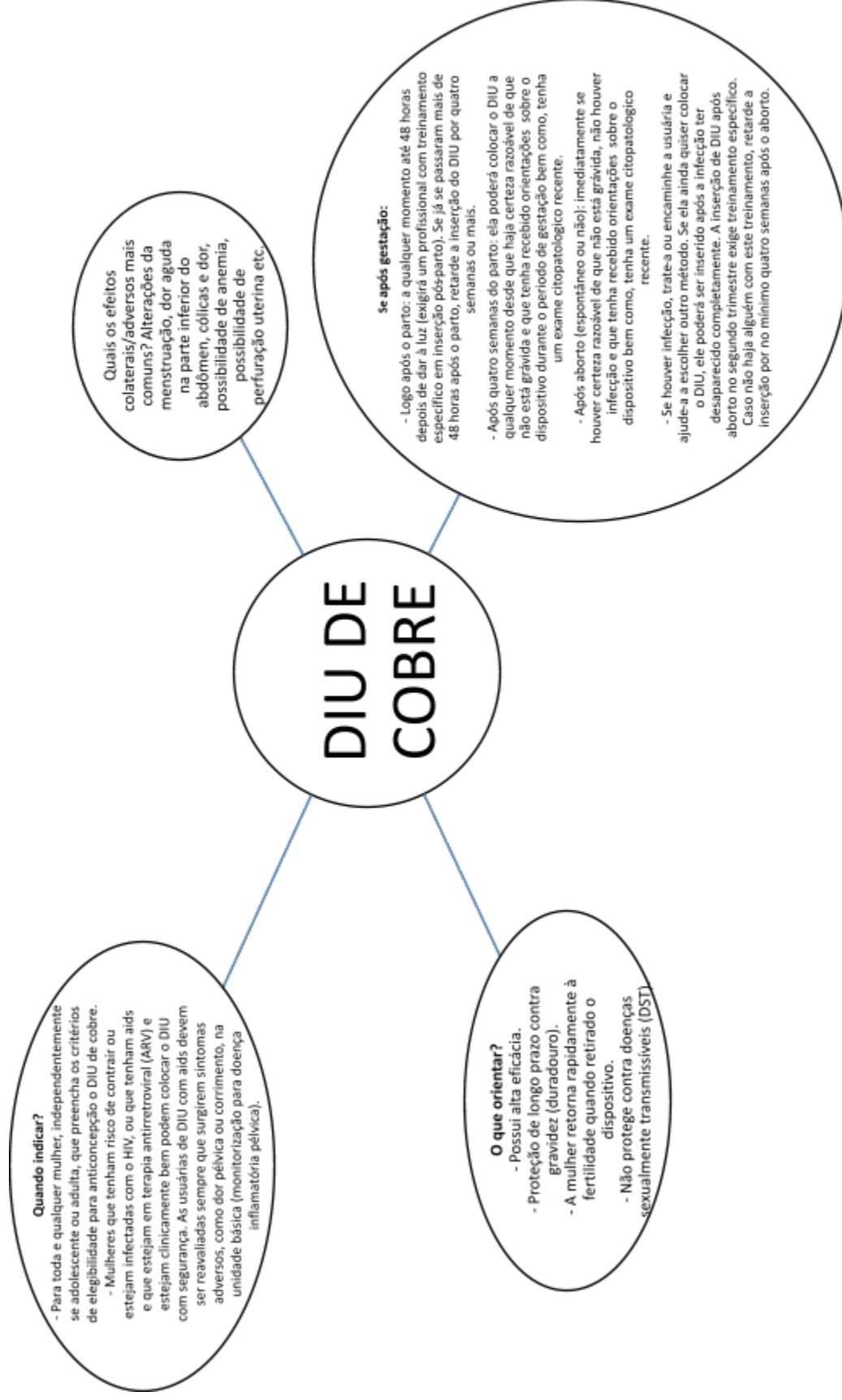
16.3 FLUXOGRAMA – ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (ACO) E MINIPILULA



16.4 FLUXOGRAMA – ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL (AI) TRIMESTRAL E MENSAL



16.5 FLUXOGRAMA – DIU de cobre



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

QUADRO 1 – Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

Categoria	Avaliação clínica	Pode ser usado ?
Categoria 1	Pose ser usado em qualquer circunstância	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral	
Categoria 3	Uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável)	

QUADRO 2– Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica

Condição atual	Anticoncepcional oral *	Combinado mensal	Progestagênio (trimestral)	Minipiúla	DIU DE COBRE	Metodos de barreira **
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade > = 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável(preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
DST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo:<35anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >=35 anos;<= 15 cig/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >=35 anos;>= 15 cig/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável(não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS 140 -159 e PAD90-99MMHG	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS >160 e PAD>= 100MMHG	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
Historia atual de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Historia atual de TEP/TVP + uso atual de anticoagulante	4	4	2	2	1	1
Historia prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemia	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos ou doença vascular (nefro, retino ou neuropática)	3/4	3/4	3	2	1	1

Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 3	(introdução do método) (manutenção do método)	2 3	(introdução do método) (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>35 anos)	3 4	(introdução do método) (manutenção do método)	3 4	(introdução do método) (manutenção do método)	2 3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4	(manutenção do método)	4	(manutenção do método)	2 3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4		4		4	4	1	
História de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3		3		3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3		2		1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

Legenda:

A – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair DST.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez, MAS ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – 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.

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

F – Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorréia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é categoria 2, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras DST que não as listadas na letra.

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

Referencial teórico

A ultrassonografia das mamas de rotina em mulheres com menos de 40 anos como rotina. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/component/k2/item/673-ultrassonografia-das-mamas-d-e-rotina-em-mulheres-com-menos-de-40-anos-comorotina>

Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2ª edição. Brasília 2017.

Associação Médica Brasileira. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Infecção urinária não complicada na mulher: tratamento. Brasília: AMB, 2011.

Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Infecção do trato urinário: diagnóstico. Brasília: AMB, 2004.

Belo Horizonte. Protocolos de Atenção à Saúde: Saúde Reprodutiva. Belo Horizonte: SMS/BH, 2009. Disponível em: http://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estruturadenoverno/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_saude_reprodutiva_intecorrencia_ginecologicas.pdf

Belo Horizonte. Protocolos de Atenção à Saúde: Planejamento familiar e infertilidade conjugal. Belo Horizonte: SMS/BH, 2009. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_planejamento_familiar_infertilidade_conjugal.pdf

Belo Horizonte. Protocolos de Atenção à Saúde: Climatério. Belo Horizonte: SMS/BH, 2009. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-degoverno/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_climaterio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/gjW1rS>>

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/QSmoim>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Brasília 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos para exames de média e alta BRASIL. Ministério da saúde - Portaria GM Nº 2.907/23.11.2009. COSTA et. Al.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Conitec. Brasília 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. LEI N.º 11.664 de 29 de abril de 2008.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo 1- Saúde da Mulher.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Ovário: Ainda um grande desafio. **Disponível em:** <https://centrodeoncologia.org.br/noticias-cancer/diagnostico-precoce-do-cancer-deovario-ainda-um-grande-desafio/>

Exames preventivos, menos mitos e mais segurança. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/197-exames-preventivos-menos-mitos-e-mais-seguranca>

Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Manual de anticoncepção da Febrasgo. Femina, v. 37, n. 9, 2009.

Fluxogramas dos Ciclos de Vida da Atenção Primária a Saúde. Rede Municipal de Saúde Campo Grande. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/fluxogramas-dos-ciclos-de-vida-da-atencao-primaria-a-saude/>

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção Integral a Saúde Comissão Permanente de Protocolos. Detecção Precoce do Câncer de Mama. Portaria SES-DF Nº287 de 02 de dezembro de 2016, publicada no DODF Nº 228 de 06.12.2016.

Panisset K, Giordano MV, Giordano LA. Contracepção injetável trimestral. Revista FEMINA. 2015. Vol.43. Suppl 1. 27-30

Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo – Protocolos de Regulação para Acesso a Consultas e Exames Especializados em Ginecologia. Vitória 2017

Tratado de Ginecologia – FREBASGO, 1º edição, Rio de Janeiro: Elsevier , 2019.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sangramento uterino anormal. Disponível em: Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_sangramento_uterino.pdf