

# ***Protocolo de Enfermagem*** ***Volume II - Saúde da Mulher***

*Planejamento Reprodutivo*

*Rastreamento do Câncer de Colo de Útero*

*Rastreamento do Câncer de Mama*

*Infecções Sexualmente Transmissíveis*

**EQUIPE GESTORA**

Marco Antônio Marcondes Silva

**Prefeito Municipal**

Francisco Roberto Barbosa

**Secretário Municipal de Saúde**

Luiz Neves Neto

**Diretor Geral da Secretaria Municipal de Saúde**

Juliana Martins

**Diretora da Atenção Primária**

**EQUIPE TÉCNICA**

**ELABORAÇÃO**

**Planejamento Reprodutivo**

Enf<sup>a</sup> Talita Fernanda de Farias

Enf<sup>a</sup> Ramone Aparecida Przenyczka

**Rastreamento e IST**

Enf<sup>a</sup> Ane Joice dos Anjos

Enf<sup>o</sup> Daniel Prochmann Rosa

**REVISÃO - 2017**

Enf<sup>a</sup> Marcilene de Paula

Enf<sup>a</sup> Juliana Martins

**REVISÃO - 2024**

Enf<sup>o</sup> Paulo Henrique Peixoto

## APRESENTAÇÃO

Diante do desafio de construir um Sistema de Saúde qualificado e resolutivo, foi elaborado este Protocolo Assistencial de Enfermagem, tendo como foco a assistência à Saúde da Mulher. Segundo Pimenta (2015), a assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequados favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade. A construção de Protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado.

Portanto, a elaboração e revisão deste protocolo representa um avanço para a categoria profissional do Enfermeiro, que terá um instrumento de apoio e respaldo técnico e institucional para suas ações.

Neste volume abordamos a área de Saúde da Mulher pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, atribui ao enfermeiro funções que são exercidas internacionalmente na atenção primária.

### A IMPORTÂNCIA DA REVISÃO

*A revisão do protocolo é crucial em diversos contextos, como na área da saúde, educação, segurança, tecnologia da informação e em processos administrativos. Para revisão se destacam sua importância:*

#### **1. Atualização e Melhoria Contínua:**

- **Evidências Científicas:** Na saúde, novos estudos podem surgir, indicando práticas mais eficazes. A revisão de protocolos garante que as ações estejam baseadas nas evidências mais recentes.
- **Tecnologia:** Novos métodos de segurança ou ferramentas podem ser implementados, melhorando a eficiência e segurança dos processos.

#### **2. Conformidade e Regulamentação:**

- **Legislação:** Normas e regulamentos mudam ao longo do tempo. A revisão de protocolos assegura que as práticas estão em conformidade com as novas leis e diretrizes.

#### **3. Qualidade e Eficiência:**

- **Padronização:** A revisão ajudará garantir que todos os envolvidos sigam procedimentos padronizados, reduzindo erros e aumentando a consistência.

- **Eficiência Operacional:** Identifica e elimina processos redundantes ou desnecessários podendo economizar tempo e recursos.

#### 4. **Segurança:**

- **Prevenção de Riscos:** Em contextos de segurança e saúde, a revisão do protocolo melhora a identificação de riscos potenciais e implementação medidas preventivas.

#### 5. **Feedback e Adaptação:**

- **Avaliação de Desempenho:** Analisar a eficácia do protocolo permitiu ajustes baseados no feedback dos profissionais e nos resultados obtidos.
- **Adaptação a Mudanças:** Mudanças no ambiente de trabalho, como a introdução de novas tecnologias ou a modificação de processos de negócios, requerer ajustes no protocolo.

Portanto, a revisão de protocolo é uma prática essencial para manter a relevância, eficiência e segurança do processo e sistema.

Fazenda Rio Grande, 23 de maio de 2024.

AGRADECIMENTOS.....	1
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	1
APRESENTAÇÃO.....	2
SUMÁRIO.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	6
ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO.....	9
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:.....	10
RASTREAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO.....	19
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	20
RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	26
TRATAMENTO DE COLPITES E CERVICITES.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

## INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948, impulsionou a criação de convenções internacionais para garantir direitos humanos fundamentais, que incluem o direito à vida, alimentação, saúde, moradia, educação, afeto, direitos sexuais e reprodutivos. Essas conferências, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), estabeleceram marcos importantes para os direitos reprodutivos e sexuais, enfatizando a necessidade de políticas públicas inclusivas e respeitadas das diferenças. Nos anos 90, avanços teórico-conceituais levaram ao reconhecimento dos direitos sexuais como parte integral dos direitos humanos, defendendo a liberdade e a responsabilidade na reprodução e sexualidade, livres de discriminação, coerção e violência.

No Brasil, marcos legais como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984) e a Constituição Federal (1988) reforçaram esses direitos, culminando em legislações específicas como a Lei nº 9.263/1996 sobre planejamento familiar. A universalidade desses direitos é essencial para a formulação de políticas públicas que respeitem a diversidade e promovam a saúde sexual e reprodutiva de toda a população.

Lei nº 9.263/1996 afirma seus artigos: Art. 3º O planejamento Reprodutivo é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (BRASIL, 1996).

Segundo Coelho (2005), o Planejamento Reprodutivo, no âmbito de estratégia em saúde, é aceito como uma necessidade do ser humano, mas não está sendo efetivo, pois as normas preconizadas pelo estado nem sempre são cumpridas. A arquitetura do Planejamento Reprodutivo se fundamenta na enfermagem, que tem como condição básica: assistir e cuidar, sendo de suma importância a capacitação dos enfermeiros para informar e praticar com aptidão ações de Planejamento Reprodutivo junto aos atendidos e assim desenvolver um atendimento eficaz às mulheres ou casais, para que se consiga ter o controle da sua reprodução.

## **A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO**

O Código de Processo Ético é crucial para a segurança dos pacientes e a integridade profissional dos enfermeiros. Isso não só protege os direitos e a reputação dos enfermeiros, mas também assegura que os pacientes recebam cuidados seguros e de qualidade - RESOLUÇÃO COFEN Nº 706/2022.

A área da enfermagem está subdividida em três categorias: Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro, cada qual com sua importância dentro da equipe de saúde, com funções específicas. Os limites das atividades dos profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) estão definidos no LEI Nº 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986 – ALTERADA PELAS LEIS NºS 14.434/2022 E 14.602/2023, sobre o exercício profissional da Enfermagem. As funções são divididas por níveis de complexidade e cabe ao enfermeiro a responsabilidade pelas suas atividades privativas, outras mais complexas e ainda pode desempenhar as tarefas das outras categorias:

Art. 6º São **enfermeiros**:

I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix; IV – aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do Art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, a Lei Nº 7.498/86 dispõe que:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente: a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; d) (VETADO); e) (VETADO); f) (VETADO); g) (VETADO); h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; i) **consulta de enfermagem;** j) **prescrição da assistência de enfermagem;** l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde: a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b)

participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distocia; j) educação visando à melhoria de saúde da população. Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Ressalta-se também a função do enfermeiro no Planejamento Reprodutivo, pois para Lira (2010) a enfermagem é considerada como uma:

[...] categoria profissional essencial na condução das ações e atividades em planejamento Reprodutivo dentro da Estratégia Saúde da Família, importância observada no cotidiano das equipes onde a enfermagem organiza as rotinas, conduz o acolhimento, realiza consultas individuais, organiza as reuniões de mulheres e de outros grupos populacionais e se encarrega dos registros das evoluções clínicas, de estatísticas e de indicadores. (LIRA, 2010, p. 213).

Desta forma, o enfermeiro destaca-se como profissional capacitado a planejar, desenvolver, facilitar e avaliar ações que atendam as necessidades femininas nos

diversos setores ligados a promoção de sua saúde incentivando-as a participar e envolver-se em tais atividades. (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

## **ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO**

No que se refere à anticoncepção, a orientação/aconselhamento constitui a informação correta, completa e de acordo com as necessidades do usuário sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e cientificamente comprovados, bem como reflexão sobre conhecimentos, valores, atitudes e práticas dos usuários que facilitem ou dificultem a utilização de anticoncepcionais. Por meio de uma orientação efetiva o usuário pode escolher o método mais adequado às suas necessidades, seu estilo e seu momento de vida atual (BEMFAM, 2007).

A escolha de um método anticoncepcional depende de vários fatores, como: história pessoal (idade, frequência das relações sexuais, paridade, aleitamento); condições clínicas que possam contra-indicar algum método; vulnerabilidade a infecções de transmissão sexual; acesso ao método; intenções reprodutivas e condições de diálogo com o(a) parceiro(a), além de questões culturais e mitos sobre a anticoncepção. Após a seleção dos métodos, o profissional deve fornecer informações detalhadas sobre o mesmo e certificar-se de que o usuário tenha compreendido as informações essenciais: uso correto, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, facilidade de uso, possíveis complicações e importância da consulta de retorno e do acompanhamento.

Do ponto de vista clínico a seleção de um método anticoncepcional está normatizada pelos critérios clínicos de elegibilidade, definidos pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002), e tem como objetivo auxiliar os(as) profissionais de saúde na orientação das usuárias referente à escolha dos métodos anticoncepcionais. Esses critérios são divididos em quatro categorias, baseadas nos riscos e benefícios do uso de cada método:

- Categoria 1: Condições clínicas em que o método é isento de riscos e pode ser usado sem restrições;

- Categoria 2: Condições clínicas em que os benefícios em usar o método superam os riscos teóricos e comprovados. Em geral, o método pode ser usado, mas com acompanhamento médico;
- Categoria 3: Condições clínicas em que os riscos do método ultrapassam os benefícios. Sob estas condições, normalmente, o método não deve ser utilizado. Entretanto, se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceitáveis para o/a usuário, pode eventualmente ser usado. Nesse caso, é imprescindível um acompanhamento médico mais rigoroso;
- Categoria 4: Condições clínicas sob as quais o método representa risco inaceitável para a saúde e não deve ser usado.

A prescrição dos métodos contraceptivos é de responsabilidade do profissional médico e do enfermeiro. O profissional enfermeiro poderá prescrever os métodos contraceptivos quando a paciente se enquadrar na categoria 1 dos critérios de elegibilidade clínica da OMS. Para os demais métodos, a primeira prescrição deverá ser realizada pelo profissional médico e as demais prescrições e acompanhamento, pelo profissional enfermeiro. Os critérios de elegibilidade estão descritos no anexo 1 e 2 deste documento.

## **MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:**

### **ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (AOC) E MINIPÍLULA:**

Toda e qualquer mulher, independente se adolescente ou adulta, e se climatério que preencha os seguintes critérios de elegibilidade (quadros 1 e 2 em anexo) para anticoncepção com AOC ou minipílula.

#### **ORAL COMBINADO: Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15 mg**

1- Idade <40 anos ou <= 40 anos

2- IST - Exceto HIV e Hepatite – Devem usar também o preservativo.

3- Amamentação a partir de 6 meses do parto

4- obesidade

5- fumante < 35anos

**MINIPÍLULA: Noretisterona 0,35 mcg (nomes comerciais: Norestin, Micronor).**

1- Idade <40 anos ou < = 40 anos

2- Amamentação: 6 semanas a 6 meses após o parto

3- Amamentação a partir de 6 meses do parto

4- obesidade

5- IST - Exceto HIV e Hepatite – Devem usar também o preservativo.

6- fumante < 35anos

7- Fumante > = 35 anos; < = 15 cigarros/dia

8- Fumante > = 35 anos; > 15 cigarros/dia

9- HAS sem acompanhamento

10- HAS controlada em acompanhamento

11- HAS: PAS: 140-159 e PAD: 90-99mmHg

12- HAS com PAS >160 e PAD > = 100 mmHg

13- HAS +portadora de Doença Vascular

14- Histórico de TEP/TVP + Uso atual de anticoagulante oral

15- História Prévia de TEP/TVP

16- Dislipidemias

17- Diabetes Há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)

**Não Necessita realizar colposcopia, exame de mamas, ou pélvico para iniciar o uso.**

COMO UTILIZAR: ORAL COMBINADO: Iniciar preferencialmente no 1ª dia do Ciclo Menstrual, manter intervalo de 7 dias entre as cartelas e reiniciar.

MONOFÁSICO (MINIPÍLULA): Iniciar preferencialmente no 1º dia do Ciclo Menstrual sem intervalo entre as cartelas.

OBS: Uso de método de apoio durante o primeiro mês de uso – preservativo

EM CASO DE ESQUECIMENTO:

1 – Tomar Imediatamente assim que lembrar

2 – Se esqueceu de tomar 01 ou 02 pílulas ou atraso no início da nova cartela em 1 ou 2 dias: Tomar 01 pílula de imediato e a seguinte no horário regular. Nesses casos o risco de gravidez é muito baixo

3 – Esqueceu de tomar 03 ou 04 pílulas: Tomar 01 pílula de imediato e usar outro método contraceptivo de apoio. Caso a usuária tenha feito sexo nos últimos 5 dias avaliar a necessidade de uso de anticoncepcional de emergência

4 – Vômito ou diarreia: Se ocorrer nas primeiras 2 horas após tomar o ACO, pode tomar outra pílula assim que possível; continuar tomando as pílulas seguintes normalmente. No caso de vômito e/ou diarreia por mais que 2 dias, seguir instruções do tópico 3.

### **ANTICONCEPÇÃO INJETÁVEL TRIMESTRAL E MENSAL:**

Toda e qualquer mulher independente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade dos quadros 01 e 02.

**ANTICONCEPÇÃO INJETÁVEL MENSAL: 50 mg de enantato de noretisterona e 5 mg de valerato de estradiol.**

1- Idade <40 anos ou > = 40 anos

2- Amamentação: a partir de 6 meses do parto

3- obesidade

4- IST- Exceto HIV e Hepatite - Devem usar também o preservativo

5- Fumante < 35 anos

6- Uso atual de Anticonvulsivante

**ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL: 150 mg de acetato de medroxiprogesterona.**

1- Idade <40 anos ou > = 40 anos

2- Amamentação: 6 semanas a 6 meses após o parto

3 - Amamentação A partir de 6 meses do parto

4 - Obesidade

5 - IST- Exceto HIV e Hepatite – Devem usar também o preservativo

6 - Fumante < 35 anos

7 - Fumante > = 35 anos; < = 15 cigarros/dia

8 - Fumante > = 35 anos; > 15 cigarros/dia

9 - HAS sem acompanhamento

10 - HAS controlada em acompanhamento

11- HAS: PAS: 140-159 e PAD: 90-99 mmHg

12 - História Prévia de Tromboembolia Pulmonar /Trombose Venosa Profunda. Uso atual de anticoagulante oral.

13 - Dislipidemias

14 - Enxaqueca sem aura (< 35 anos)

15 - Uso atual e anticonvulsivante

## COMO UTILIZAR:

**MENSAL:** Aplicar Intramuscular Profunda, região Glútea a cada 4 semanas (30 dias)

**TRIMESTRAL:** Aplicar Intramuscular Profunda, região Glútea a cada 13 semanas (3 meses – 90 dias).

**OBS:** Uso de método de apoio durante o primeiro mês de uso – preservativo

## EM CASO DE ESQUECIMENTO:

**TRIMESTRAL:** Independente do atraso, deve retornar para a próxima injeção; abster-se de fazer sexo desprotegido.

- **Atraso MAIOR de 15 dias:** abster-se de sexo ou usar método de apoio(preservativo) até que receba uma injeção. Se atraso maior que duas semanas e tenha feito sexo desprotegido nos últimos 5 dias poderá tomar pílulas de AHE. Deverá realizar teste de gravidez.
- **Atraso de até 15 dias,** poderá receber injeção seguinte, sem necessidade de realizar teste de gravidez.
- Precisar de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção: se a usuária estiver com atraso no método maior de duas semanas.

**MENSAL:** Se houver menos de 5 dias em atraso, realizar próxima injeção sem necessidade de testes, avaliação e/ou método de apoio.

- O medicamento poderá ser administrado até 5 dias antes ou 5 dias depois do prazo, desde que não haja atraso menstrual.
- Precisar de método de apoio nos primeiros sete dias após injeção (atraso do método) maior que 5 dias e teste de gravidez negativo.

## **ANTICONCEPÇÃO HORMONAL DE EMERGÊNCIA (AHE)**

---

As pílulas anticoncepcionais de emergência (Levonorgestrel 0,75 mg) são métodos usados após a relação sexual desprotegida, para evitar gravidez inoportuna ou indesejada. Não deve ser usado como método de rotina.

### **Principais indicações:**

- Violência sexual;
- Ruptura do preservativo;
- Deslocamento ou expulsão do DIU e diafragma;
- A relação sexual sem uso de método contraceptivo, ou uso inadequado do método contraceptivo, como esquecimento prolongado do contraceptivo oral, atraso na data do injetável mensal, cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência, ou interpretação equivocada da temperatura basal (BRASIL, 2005).
- Não deve ser utilizado como um método anticoncepcional de rotina.

### **ESQUEMA TERAPÊUTICO:**

1,5 mg de Levonorgestrel, dose única, VIA ORAL – Preferencialmente

OU

1 Comprimido de 0,75 mg, de 12/12 horas, VIA ORAL (2 CP)

### **ORIENTAÇÕES:**

1- Caso haja vômitos até 1 hora após ingestão dos comprimidos, repetir a mesma dose após uso de antiemético.

2- Iniciar Preferencialmente nas primeiras **72 horas após a relação desprotegida, com limite de 5 dias, após este período, não se garante a eficácia do método.**

OBS: A contracepção de emergência não é um método abortivo, conforme as evidências científicas demonstram. Deixar de oferecer a contracepção de emergência nas situações em que está indicada, pode ser considerada uma violação do direito do paciente, uma vez que este deve ser informado a respeito das precauções essenciais.

Se houver suspeita de violência sexual, realizar os encaminhamentos necessários conforme o protocolo de atenção à mulher vítima de violência.

## **DIU DE COBRE:**

---

No município de Fazenda Rio Grande os Enfermeiros começaram a ser capacitados para a inserção do DIU desde o ano de 2015 e a indicação deste método contraceptivo representa hoje uma das principais políticas para o planejamento reprodutivo adotadas pelo Município. A inserção do DIU pode ser realizada por médico e enfermeiro devidamente treinados e qualificados. O enfermeiro após treinamento e cumprido o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta. Indicar para toda e qualquer mulher independente se adolescente ou adulta que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção do DIU de cobre, conforme quadros 1 e 2 (anexo).

Mulheres que tenham risco de contrair HIV, ou estejam infectadas pelo HIV, ou que tenha AIDS e que estejam em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente bem podem colocar DIU com segurança. As usuárias de DIU com AIDS devem ser reavaliadas na unidade básica sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento (monitorização para doença inflamatória pélvica).

- Possui alta eficácia e proteção de longo prazo contra gravidez.
- A mulher retorna rapidamente à fertilidade quando retirado o dispositivo.
- Não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (IST).

## **INDICAÇÕES**

1- Idade <40 anos ou < = 40 anos

2- Amamentação: 6 semanas a 6 meses após o parto

3- Amamentação a partir de 6 meses do parto

- 4- Obesidade
- 5- Fumante < 35anos
- 6- Fumante > = 35 anos; < = 15 cigarros/dia
- 7- Fumante > = 35 anos; > 15 cigarros/dia
- 8- HAS sem acompanhamento
- 9 - HAS controlada em acompanhamento
- 10 - HAS: PAS: 140-159 e PAD: 90-99mmHg
- 11- HAS com PAS >160 e PAD > = 100 mmHg
- 12- HAS + portadora de Doença Vascular
- 13- História atual de TEP/TVP
- 14- Histórico de TEP/TVP + Uso atual de anticoagulante oral
- 15- História Prévia de TEP/TVP
- 16- Isquemia Cardíaca (prévia ou atual)
- 17- AVC (prévia ou atual)
- 18- Dislipidemias
- 19- Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (néfro, retino ou neuropatias)
- 20- Enxaqueca sem aura (< 35 anos)
- 21- Enxaqueca sem aura (> = 35 anos)
- 22- Enxaqueca com aura
- 23- Câncer (CA) de mama atual
- 24- histórico de CA de mama- ausência de evidência por 5 anos
- 25- Uso atual de anticonvulsivantes

## **COMO UTILIZAR:**

A qualquer momento do mês, independente do método que esteja usando, desde que se tenha certeza de que não haja gravidez. Após tomar AHE: O DIU pode ser inserido imediatamente após o uso.

PÓS PARTO: Logo após o parto, até 48 horas;

APÓS 48 HORAS: após 4 semanas do parto;

ABORTO: Imediatamente após aborto

INFECÇÃO: Tratar primeiramente.

## **CUIDADOS A OBSERVAR:**

- 1- Expulsão do DIU, ausência do fio, ou visualizar sua expulsão
- 2- cólica fora do período menstrual
- 3- Ficar atento para sinais de gravidez ectópica e DIP
- 4- Possibilidade de anemia devido a fluxo menstrual intenso
- 5- Sangramento vaginal prolongado e/ou fora do ciclo menstrual

## **ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA E MASCULINA**

---

Orientar sobre a dificuldade de reversibilidade do método de esterilização

Orientar sobre outros métodos contraceptivos conforme quadro 1 e 2

Deve ter idade maior que 25 anos OU pelo menos 2 filhos vivos.

Orientar sobre preenchimento do documento que expressa a vontade do indivíduo contendo informações sobre o procedimento (e riscos, efeitos colaterais), dificuldade de reversão e opções de contracepção.

Encaminhar ao serviço de referência com todas as vias preenchidas (ficha de referencia, Termo de manifestação da vontade, termo de disponibilidade de métodos contraceptivos, termo de ligadura tubária em 03 vias).

Solicitar os exames pré-operatórios: Glicose, hemograma, Coagulograma, Parcial de Urina, Ureia, Creatinina, BHCG.

**OBS: Não existe a obrigatoriedade de reconhecimento de firma em cartório nos formulários de manifestação de vontade para esterilização cirúrgica.**

## **RASTREAMENTO DO CÂNCER GINECOLÓGICO**

Alguns países desenvolvidos vêm diminuindo suas taxas de mortalidade por câncer graças à implantação de programas de detecção precoce e tratamento oportuno. As ações de detecção precoce incluem:

**Diagnóstico precoce:** consiste em identificar lesões em fases iniciais, em mulheres com algum sinal de câncer de mama (nódulo, retração do mamilo etc.) ou de colo (alterações no papanicolau ou exame clínico).

**Rastreamento:** é a aplicação sistemática de um exame, em populações assintomáticas, para identificar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer. O rastreamento pode ser populacional, quando há iniciativas de busca ativa da população-alvo, ou oportunístico, quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços de saúde.

**Mamografia de Rastreamento:** é o exame solicitado para mulheres da população-alvo sem sinais e sintomas de câncer de mama.

**Mamografia Diagnóstica:** é o exame solicitado para pessoas de qualquer idade com sinais e sintomas de câncer de mama (nódulo, espessamento, descarga papilar, retração de mamilo, outras). Obs.: dor na mama não é sintoma de câncer de mama.

## RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Os profissionais de saúde devem atuar na promoção dos fatores evitáveis do câncer de mama, por meio de programas de educação em saúde, como também, na detecção precoce através do rastreamento mamográfico e do exame clínico de mama. São fatores de risco para o câncer de mama: antecedentes familiares; consumo de álcool e tabagismo; exposição a radiações ionizantes; grande ingestão de gorduras saturadas; menarca precoce; menopausa tardia; nuliparidade; primeira gestação após os trinta anos de idade; uso indiscriminado de preparados hormonais.

Os sintomas do câncer de mama palpável são: o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, com abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila.

Para a detecção precoce do câncer de mama recomenda-se:

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama (ECM) para todas as mulheres, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, conforme preconiza o INCA/MS. Para mulheres acima de 40 anos o exame é indicado a critério clínico;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama e/ou com achados suspeitos no ECM, e nas mulheres abaixo de 35 anos realizar ultrassonografia de mama;
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 45 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ. A solicitação do exame mamografia é de competência do profissional médico(a) e ou enfermeiro(a).

## **EXAME CLÍNICO DAS MAMAS**

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de detectar anormalidades na mama ou avaliar sintomas referidos por pacientes, detectar possíveis cânceres da mama palpáveis num estágio precoce de evolução. É, também, uma oportunidade para as orientações sobre a composição e variabilidade da mama normal e sobre o câncer de mama, seus sintomas e fatores de risco.

As técnicas de ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas, dos linfonodos axilares e supraclaviculares, e a expressão mamilar (Brasil, 2006).

### **TÉCNICA DO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS**

#### **INSPEÇÃO:**

- As mamas devem ser inspecionadas com a paciente sentada, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com a paciente realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente.
- O examinador deve observar a cor do tecido mamário; quaisquer erupções cutâneas incomuns ou descamação; assimetria; evidência de pele em casca de laranja; proeminência venosa; massas visíveis; retrações; ou pequenas depressões.

- A inspeção deve também incluir a procura de alterações na aréola (tamanho, forma e simetria); alterações na orientação dos mamilos (desvio da direção em que os mamilos apontam), achatamento ou inversão; ou evidência de secreção mamilar, como crostas em torno do mamilo.

- O examinador deve relatar a presença de cicatrizes cirúrgicas prévias, nevos cutâneos, marcas congênitas e tatuagens.

#### PALPAÇÃO:

- A palpação das mamas abrange o exame dos linfonodos das cadeias axilares, supra e infraclaviculares, que deve ser realizado com a paciente na posição sentada.

- Ao examinar a axila, é importante que os músculos peitorais fiquem relaxados para que seja feito um exame completo da axila. Músculos contraídos podem obscurecer discretamente linfonodos aumentados de volume.

- Para examinar os linfonodos axilares direitos o examinador deve suspender o braço direito da paciente, utilizando o seu braço direito; deve então fazer uma concha com os dedos da mão esquerda, penetrando o mais alto possível em direção ao ápice da axila. A seguir, trazer os dedos para baixo pressionando contra a parede torácica. O mesmo procedimento deve ser realizado na axila contralateral. O examinador deve observar o número de linfonodos palpados, bem como seu tamanho, consistência e mobilidade.

- As fossas supraclaviculares são examinadas pela frente da paciente ou por abordagem posterior.

- A melhor posição para examinar as mamas é com a paciente em decúbito dorsal, em mesa firme. Pede-se para a paciente elevar o membro superior ipsilateral acima da cabeça para tencionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame. O examinador deve colocar-se no lado a ser palpado. Inicia-se o exame com uma palpação mais superficial, utilizando as polpas digitais em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários. Repete-se a mesma manobra, porém com maior pressão (não esquecer de palpar o prolongamento axilar mamário e a região areolar). Após examinar toda a mama, o mamilo deve ser espremido delicadamente para determinar se existe alguma secreção.

- Devem ser relatadas as seguintes alterações: presença de nódulos, adensamentos, secreções mamilares ou areolares, entre outras. OBS.: existem pacientes que merecem um exame mais minucioso: gestantes, puérperas em lactação, portadoras de implantes protéticos e aquelas com história pregressa de câncer mamário. Nas mulheres submetidas à mastectomia, deve-se examinar minuciosamente a cicatriz cirúrgica e toda a parede torácica (plastrão).

**MÉTODOS DE REGISTRO DO EXAME FÍSICO:** • O melhor método para registrar os achados do exame físico mamário é uma combinação de descrição por escrito com um esquema gráfico mamário. Tumores e outros achados físicos devem ser descritos pelas seguintes características: 1. Localização, por quadrante ou método do relógio; 2. Tamanho em centímetros; 3. Forma (redonda, oval); 4. Delimitação em relação aos tecidos adjacentes (bem circunscritos, irregulares); 5. Consistência (amolecida, elástica, firme, dura); 6. Mobilidade, com referência a pele e aos tecidos subjacentes; 7. Dor à palpação focal; 8. Aspecto das erupções, eritemas, outras alterações cutâneas ou achados visíveis (retração, depressão, nevos, tatuagens).

## **CONDUTA FRENTE A RESULTADOS ALTERADOS**

As mulheres com resultados alterados deverão ser encaminhadas aos serviços de referência de média complexidade, via Regulação, pelos (as) profissionais médicos(as) e enfermeiros da ESF, ginecologistas e mastologistas, para prosseguimento da investigação diagnóstica, através de mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina, assim como para o tratamento de lesões benignas mamárias e para realização de biópsias cirúrgicas. Para o Município de Fazenda Rio Grande o Hospital de Referência para tratamento do câncer de mama é o Hospital Erasto Gaertner, com agendamento via Central de Regulação.

## **Sistema BI-RADS®**

O laudo mamográfico gerado no SISCAN se baseia na categorização do Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), publicação do Colégio Americano de

Radiologia (EUA), traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Este sistema padroniza o laudo mamográfico e sugere as condutas clínicas.

Para o sucesso do Programa de Controle do Câncer de Mama é necessário o envolvimento de todos os profissionais da Unidade, com busca ativa em sala de espera e no território, através das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde. Todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos devem ser incluídas na programação de rastreamento do câncer de mama com a realização da mamografia anual.

Quadro 1: Categoria Bi-rads no laudo mamográfico e recomendações de conduta

<b>Categoria BI-RADS</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Risco de Câncer</b>	<b>Recomendação</b>
<b>0</b>	Inconclusivo	-	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
<b>1</b>	Sem achados	0,05%	Rotina de rastreamento
<b>2</b>	Achados benignos	0,05%	Rotina de rastreamento
<b>3</b>	Achados provavelmente benignos	Até 2%	Inicialmente repetir em 6 meses (eventualmente biopsia)
<b>4 (A, B, C)</b>	Achados suspeitos de malignidade	>20%	Biopsia
<b>5</b>	Achados altamente sugestivos de malignidade	>75%	Biopsia

<b>6</b>	Biopsia prévia com malignidade comprovada	100%	-
----------	---	------	---

Fonte: Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, 2004: [www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf)

## RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos.

O Consenso para a indicação do exame colpocitológico definido pelo Ministério da Saúde preconiza o rastreamento em mulheres de 25 a 59 anos de idade, uma vez por ano e, após 2 (dois) exames anuais consecutivos negativos, indicar o exame a cada 3 anos. Tal recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (INCA, 2005).

Os fatores de riscos associados para o desenvolvimento do câncer do colo do útero são: infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV; início precoce da atividade sexual; não utilização de preservativo; tabagismo, diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados; baixa condição sócio-econômica; imunossupressão; uso prolongado de contraceptivos orais.

No Brasil, a principal estratégia utilizada para a detecção precoce/rastreamento do câncer de colo de útero é a realização da coleta de material para exame colpocitopatológico e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do câncer do colo do útero, exame de Papanicolau ou citologia oncótica.

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta cobertura de 80% e é realizado dentro dos padrões de qualidade, diminui efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

## **ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO DE MULHERES**

Para um efetivo rastreamento é necessário o que os profissionais da Unidade de Saúde estabeleçam algumas estratégias para atingir o público-alvo. Entre as diversas estratégias pode-se citar:

- Estabeleçam a cobertura do exame colpocitológico, por meio do planejamento local;
- Identifiquem a população feminina na área adscrita da Equipe da Estratégia da Saúde da Família;
- Identifiquem as mulheres do grupo de risco (mulheres com vida sexual ativa em qualquer idade e, em especial, mulheres com idade entre 25 e 59 anos);
- Sensibilizem a população e, sobretudo, as mulheres para a necessidade da realização do exame;
- Estimulem a captação das mulheres pelo ACS e o encaminhamento à Unidade de Saúde para exame;
- Estabeleçam a livre demanda ou agendamento prévio para coleta e entrega do resultado;
- Realizem orientações prévias, preferencialmente por escrito, para a coleta adequada do exame;
- Façam a busca ativa e seguimento das mulheres com alterações que necessitam de tratamentos e encaminhamentos para especialidades.

## **ASPECTOS ANATÔMICOS E FISIOLÓGICOS DO ÚTERO**

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas

produtoras de muco, epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas, epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar, JEC, que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menacme, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse (ectopia ou eversão). Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas, escamosas, dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nessa região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona em que se localizam mais de 90% das lesões cancerosas do colo do útero.

## **RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE EXAME COLPOCITOLÓGICO**

A mulher não deve ter feito uso de:

- Duchas ou medicamentos vaginais;
- Ultrassonografia transvaginal nas últimas 48 horas;
- Relações sexuais com penetração vaginal durante 48 horas antes da coleta;
- Anticoncepcionais locais (espermicidas) nas 48 horas anteriores ao exame;
- Aguardar o 5º dia após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como apresentação de sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.

## SITUAÇÕES ESPECIAIS

- A presença de colpites, leucorreia ou colpocervicites pode comprometer a interpretação do exame colpocitológico, porém, a oportunidade da coleta não deve ser perdida. Nesse caso, o excesso de secreção deve ser retirado com pinça Cheron com algodão ou gaze, embebidos em soro fisiológico, e só então deve ser procedida à coleta do exame.

- Mulheres grávidas: não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente, até o 7º mês de gestação. Deve-se realizar apenas a Coleta da Ectocervice;

- Mulheres submetidas à histerectomia: se histerectomia total recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal e se for histerectomia subtotal: rotina normal.

- Mulheres virgens, mulheres lésbicas e/ou mulheres que fazem sexo com mulheres, e outras: a relação causal entre a penetração vaginal e o desenvolvimento do câncer do colo do útero não é absoluta. Embora a penetração peniana implique uma maior exposição a agentes etiológicos relacionados a colpites, cervicites, DSTs e HPV, aumentando, portanto, a vulnerabilidade da cérvix ao desenvolvimento de células neoplásicas existe outros fatores predisponentes que não estão a ela diretamente relacionados. Assim, na assistência as mulheres que não apresentam vida sexual ativa, ou que apresentam atividade sexual esporádica ou rara, ou, cuja vida sexual não inclui, ou inclui de forma pouco significativa a penetração vaginal, a realização do exame preventivo do colo do útero vai depender de uma avaliação geral individualizada. Alternativa, nestes casos, é a coleta do material de fundo de saco vaginal, utilizando para isso, cotonete ou swab.

## TÉCNICA DE COLETA DO EXAME COLPOCITOLÓGICO

O exame satisfatório dos órgãos genitais depende da colaboração da paciente e do cuidado em demonstrar segurança em sua abordagem no exame. Todos os passos do exame deverão ser comunicados previamente, em linguagem acessível ao paciente.

**EXAME ESPECULAR:** O espéculo é introduzido fechado. Apóia-se o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo (para evitar lesão uretral), e faz-se sua introdução lentamente; antes de ser completamente colocado na vagina, quando estiver em meio caminho, deve ser rodado, ficando as valvas paralelas às paredes anterior e posterior; posição que ocupará no exame. A extremidade do aparelho será orientada para baixo e para trás, na direção do cóccix, enquanto é aberto. Observa-se, então, se o colo já se apresenta entre as valvas, devendo o mesmo ser completamente exposto. Nem sempre o colo localiza-se na posição descrita anteriormente; nestes casos deve ser localizado através de movimentação delicada do espéculo semiaberto.

Pacientes nulíparas geralmente têm o orifício externo puntiforme ao passo que nas que já tiveram parto vaginal este apresenta-se em forma de fenda; mulheres na pós-menopausa tem o colo atrófico, e nas mais idosas pode ser difícil identificá-lo. A inspeção deve avaliar presença de manchas, lesões vegetantes, lacerações.

– Coleta de material para citopatologia cervicovaginal: O exame citológico de amostras cervicovaginais é fundamental para prevenção e detecção do câncer de colo de útero. O esfregaço ideal é o que contém número suficiente de células epiteliais colhidas sob a visão direta e refletindo os componentes endo e ectocervicais, já que a maioria dos processos neoplásicos se inicia na zona de transformação (junção escamocolunar - JEC). Para isso a coleta será efetuada em dois passos. O primeiro utilizará a espátula de Ayre com sua extremidade fenestrada, que será adaptada ao orifício cervical externo, fazendo uma rotação de 360°, possibilitando o raspado sobre a JEC na maior parte das vezes, principalmente na paciente pré-menopáusicas. A seguir, será utilizada uma escova endocervical, que será introduzida nos primeiros 2 cm do canal, rotando várias vezes no canal cervical; esta coleta é imprescindível na mulher pós-menopáusicas que tem a JEC interiorizada no canal endocervical. O material deverá ser colocado sobre a lâmina de forma tênue e continuada em toda sua extensão, sendo imediatamente fixado com “fixador citológico” (polietilenoglicol).

**OBS 1:** Cuidar para não dar jatos com fixador, o que pode determinar uma lavagem da lâmina ao invés de fixação das células

## IDENTIFICAÇÃO E TRANSPORTE DO MATERIAL

É obrigatória a identificação correta da lâmina, da caixa acondicionadora e do formulário (ficha rosa). Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis preto. Anotar o número da requisição e as iniciais do nome da mulher.

Para transportar o material, o conjunto formulário/caixa acondicionadora devem ser guardados juntos. Dobrar o formulário em volta da caixa. **Não colocar clips, elástico e sem apertar a caixinha**, para evitar perda do material por quebra da lâmina.

## MÉTODOS DE REGISTRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Na primeira consulta com o Enfermeiro, é importante levantar os antecedentes gineco-obstétricos da mulher. Anotar paridade, tratamentos realizados, cirurgias anteriores, hábitos sexuais, incontinência urinária, DST anteriores, queixas (pruridos, leucorreias), data da última coleta, data da última mamografia, histórico de câncer na família, histórico pessoal de câncer.

Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico colpocitológico. Na inspeção do colo do útero é importante verificar e registrar suas características: colo normal; ou ausente; ou não é visualizado; alterado ou com a presença de secreção anormal, característica do orifício, coloração. Colo Uterino: observar principalmente a localização e tipo de óstio, coloração, presença de petéquias e ectopias.

### Recomendações:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (A).
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (A).

- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B).
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (B).

## **CONDUTAS BASEADAS NOS RESULTADOS DOS EXAMES**

### Exame citopatológico normal

É atribuição do profissional da Saúde que atua na Atenção Básica orientar as mulheres com resultado de exame citopatológico normal a seguir a rotina de rastreamento.

### **Resultado normal Dentro dos limites da normalidade no material examinado:**

Diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame. Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico(B).

### **Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)**

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico (B). Havendo queixa clínica de leucorreia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. O tratamento deve seguir recomendação específica.

### **Resultado indicando metaplasia escamosa imatura**

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo reparativa. Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

### **Resultado indicando reparação**

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser originado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório. Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

### **Resultado indicando atrofia com inflamação**

Na ausência de atipias, é um achado normal do período climatérico e somente demanda atenção ginecológica caso esteja associado a sintomas como secura vaginal e dispareunia. Recomendação: *Conduta Clínica: Após avaliação da sintomatologia e do exame ginecológico, podem ser utilizados cremes vaginais contendo estrogênios. Seguir a rotina de rastreamento citológico.*

### **Resultado indicando radiação**

Este achado pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por meio de radioterapia para câncer do colo uterino. O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame. Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

### **Resultado indicando achados microbiológicos**

- Lactobacillus sp.
- Cocos.
- Outros bacilos.

São considerados achados normais. Fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento. Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B). A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital, deve ser encaminhada para avaliação ginecológica (B).

As queixas ginecológicas não só devem ser valorizadas, mas solucionadas, considerando que os laudos do exame citológico, na maioria das vezes, mencionam agentes microbiológicos, que quando associados às queixas clínicas merecem tratamento específico.

## **ALTERAÇÕES PRÉ-MALIGNAS OU MALIGNAS NO EXAME CITOPATOLÓGICO**

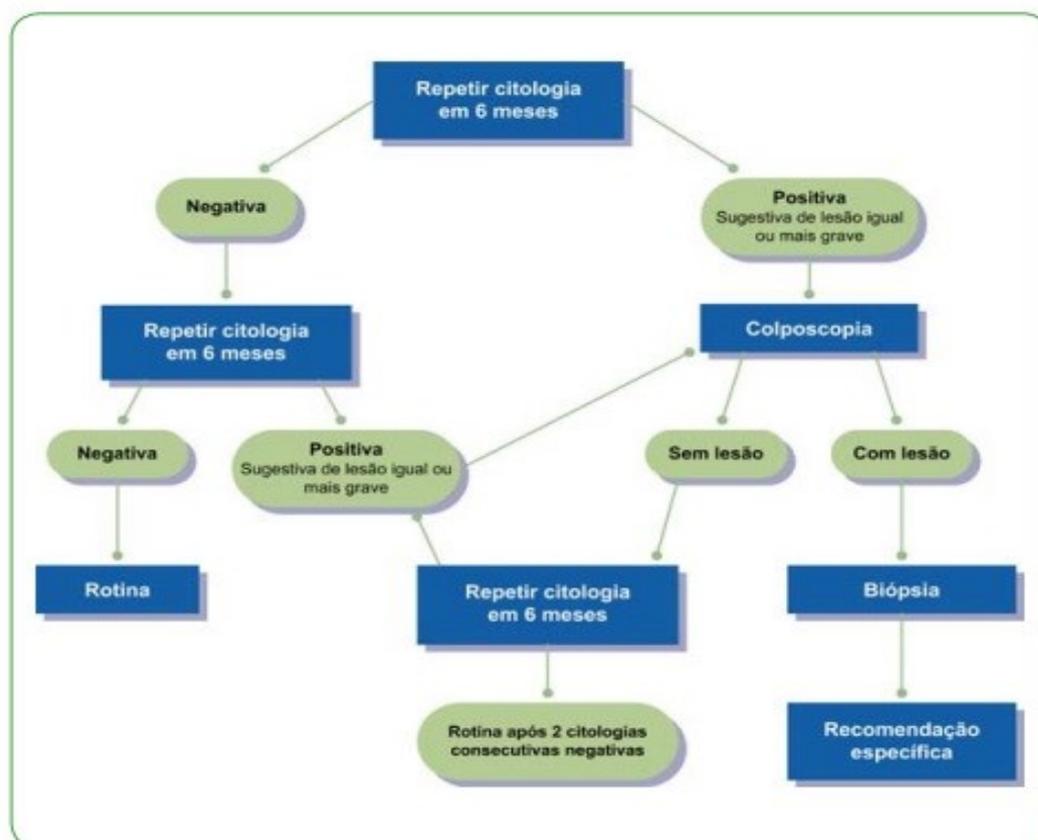
### **Células escamosas atípicas de significado indeterminado**

A repetição do exame citopatológico possui sensibilidade entre 67% a 85%. Não existem dados suficientes para definir o número e o intervalo entre as repetições das citologias, sendo definido pelo grupo de trabalho o intervalo de 6 meses.

### **Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas**

Figura 1 - Recomendações para condutas frente às pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas

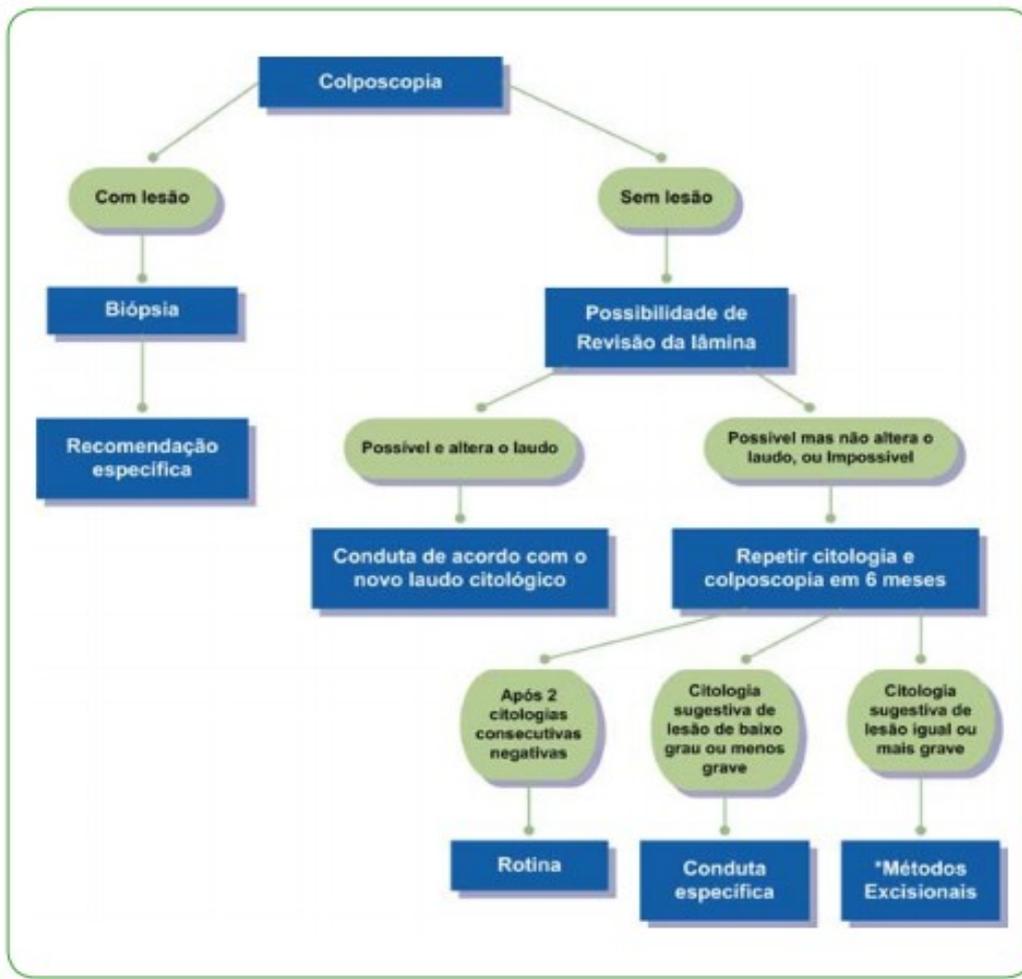
Fonte:  
INCA  
2016.



**Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau**

Figura 2 - Recomendações para condutas frente às pacientes com células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau

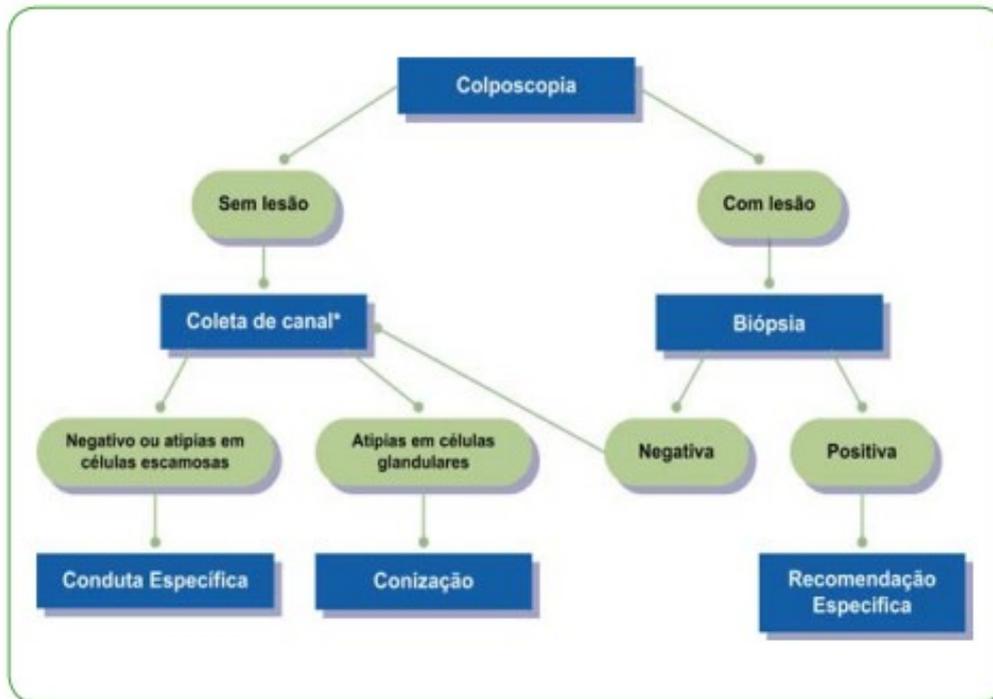
Fonte:  
INCA  
2016.



Células glandulares atípicas de significado indeterminado, tanto para as possivelmente não neoplásicas quanto para aquelas em que não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau

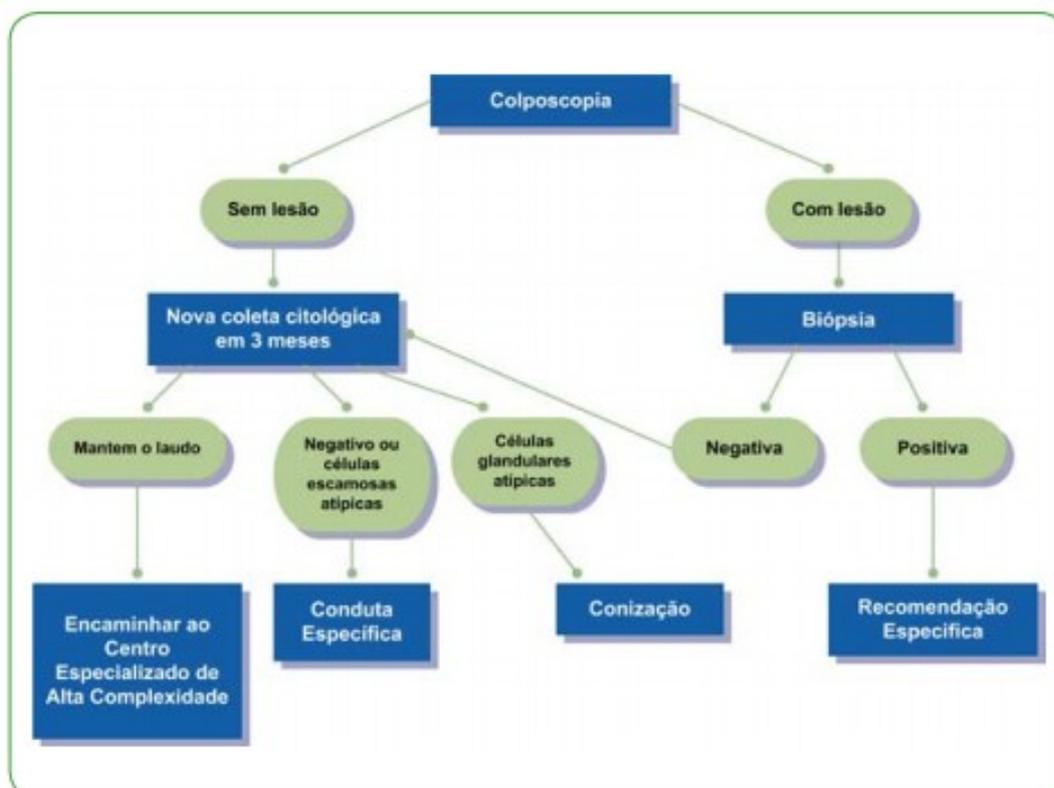
Figura 3 - Recomendações para condutas frente às pacientes com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado

Fonte:  
INCA  
2016.



Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, que não se pode afastar lesão de alto grau

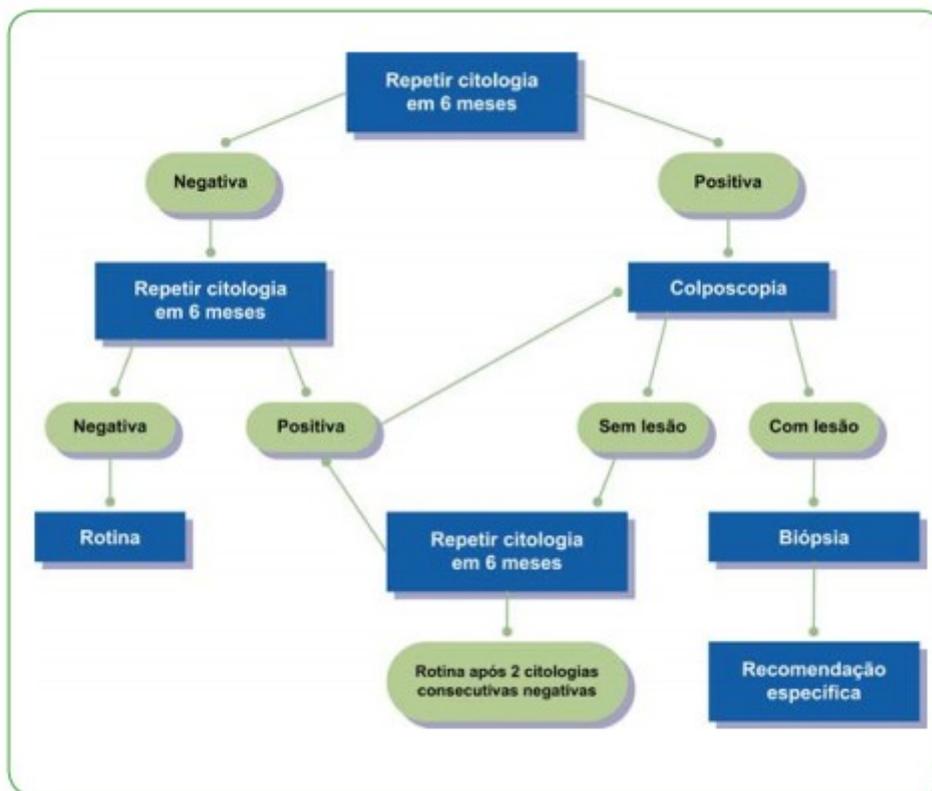
Figura 4 - Recomendações para condutas frente às pacientes com laudo citopatológico de células atípicas de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau



Fonte:  
INCA  
2016.

## Lesão intra-epitelial de baixo grau

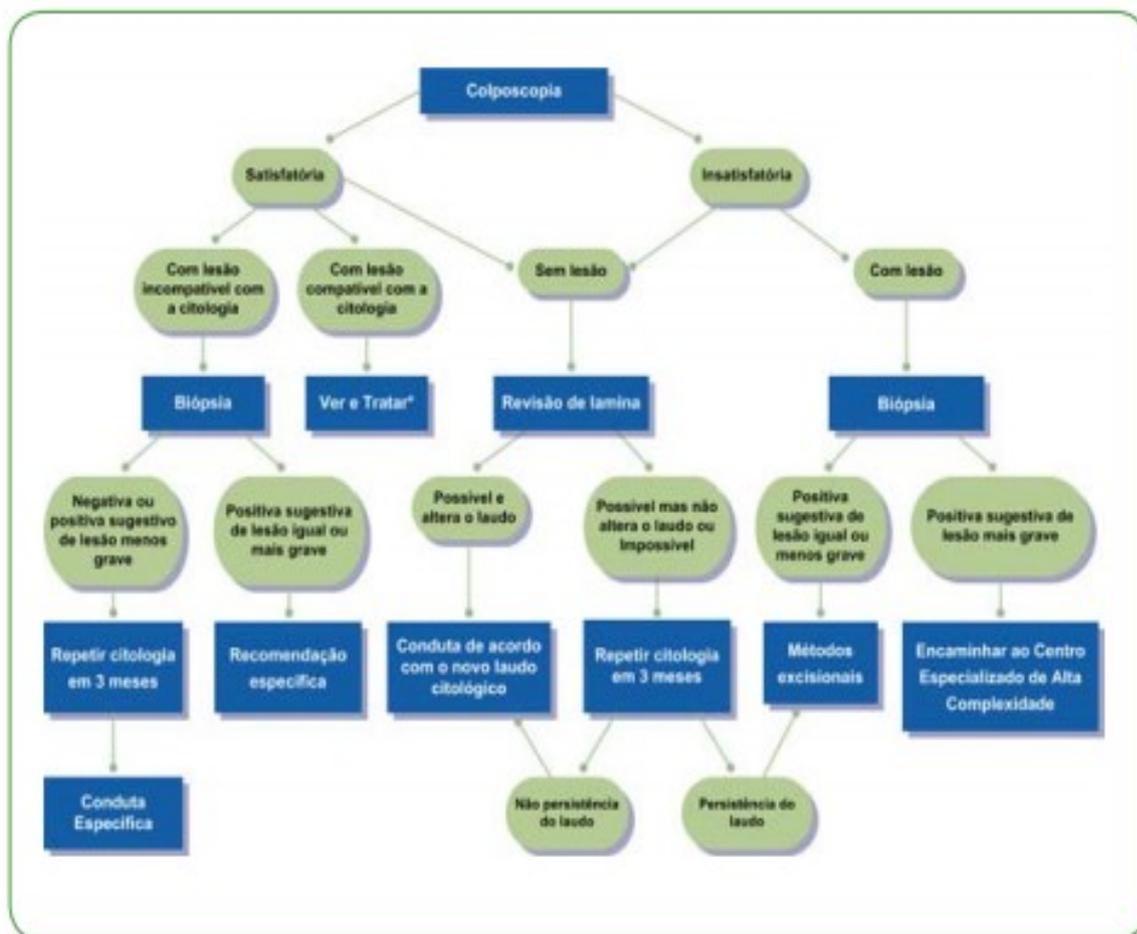
Figura 5 - Recomendações para condutas frente às pacientes com lesão intra-epitelial de baixo grau



Fonte: INCA 2016.

## Lesão intra-epitelial de alto grau

Figura 6 - Recomendações para condutas frente às pacientes com lesão intra-epitelial de alto grau



Fonte: INCA 2016.

## Adenocarcinoma in situ/invasor

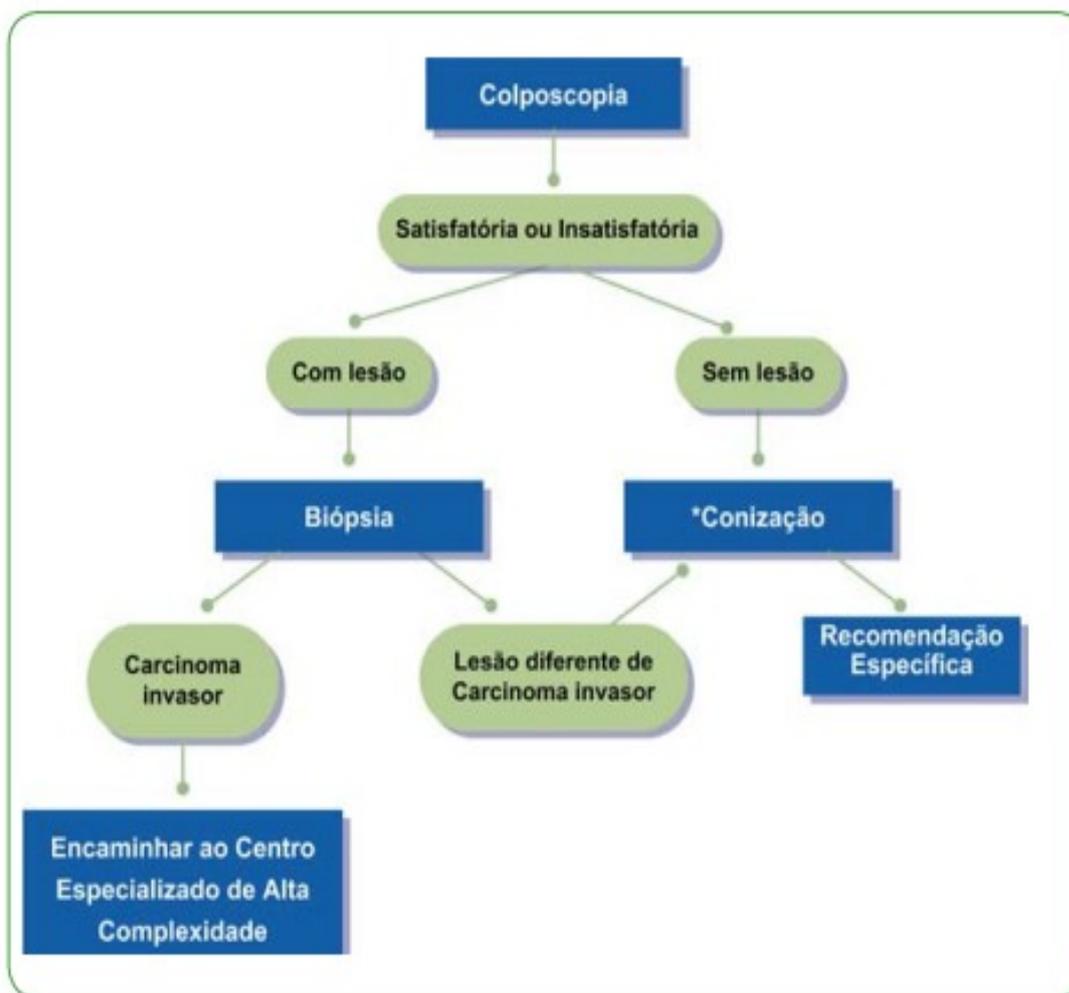
Figura 7 - Recomendações para condutas frente às pacientes com adenocarcinoma in situ/invasor



Fonte: INCA 2016.

Lesão de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor

Figura 8 - Recomendações para condutas frente às pacientes com lesão de alto grau, não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor



Fonte:  
INCA  
2016.

## TRATAMENTO DE CORRIMENTOS VAGINAIS E CERVICITES

Dentre as atribuições do enfermeiro na Atenção à Saúde da Mulher está à consulta de enfermagem sistematizada que envolve o método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam

para a prevenção de agravos, promoção, proteção específica, recuperação e reabilitação da saúde da cliente, da família e da comunidade.

Algumas afecções acometem especificamente a mulher, entre elas, a vulvovaginite, que representa 70% das queixas em consultas ginecológicas, que pode ter como etiologia, além de fatores físicos e químicos, um grupo de microorganismos. As vulvovaginites são definidas como processos inflamatórios que acometem o trato genital inferior apresentando como principais sinais e sintomas o corrimento vaginal, prurido vulvar, dispaurenia, ardor vulvar, hiperemia e edema. Algumas delas têm potencia para causar, além dos desconfortos já citados, complicações mais sérias como doença inflamatória pélvica, esterilidade, abortamentos e parto prematuro, chegando a ser consideradas, pelo Ministério da Saúde como problema de saúde pública

Dentro dos programas relativos à Área Técnica da Saúde da Mulher o enfermeiro tornou-se uma peça chave no atendimento integral à saúde desta parcela da população, realizando desde o acompanhamento pré-natal de baixo risco até consultas ginecológicas de rotina, visando à detecção precoce das afecções que mais acometem a mulher ao longo de seu ciclo vital e implementando condutas para resolvê-las dentro de suas competências legais.

Neste capítulo, apresentamos um quadro adaptado do Protocolo de Atenção Básica/Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, para o tratamento de corrimento vaginal, comumente observados na Atenção Básica, respaldando o Enfermeiro para realizar o tratamento medicamentoso das infecções encontradas, dentro do Programa de Saúde da Mulher no âmbito do Município de Fazenda Rio Grande.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. **Lei nº 7.498/86**. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 10/11/2015.

BRASIL. **Lei nº. 9.263**, de 12 de Janeiro de 1996. Planejamento Reprodutivo. Diário Oficial da União. Brasília, 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)>. Acesso em: 01/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Caderno de Direitos sexuais, direito reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Caderno n. 02, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

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

COELHO, E.B.S. Enfermagem e o planejamento Reprodutivo: as interfaces da contracepção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 58(6), p.665-72, nov-dez. 2005.

COSTA, N. F. P. et al. **Normas técnicas em anticoncepção**. Rio de Janeiro, BEMFAM, 2007

FERNANDES, Josicelia Dumêt; REBOUCAS, Lyra Calhau. **Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios**. Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.spe, pp. 95-101.

LIRA, R.C.M. **Dimensões sociopolíticas no atendimento em planejamento Reprodutivo nos serviços públicos de saúde**. .267 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

PRIMO, C. C; BOM, M; SILVA, P. C. **Atuação do Enfermeiro no Atendimento à Mulher no Programa Saúde da Família**. UERJ. Rio de Janeiro, jan/mar, 2008. p. 76-82.

[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19\\_04\\_2016\\_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_04_2016_10.56.01.af76ea1aadb35e63ae487c5a0d844ca2.pdf)