

Protocolo de Enfermagem
na Atenção Básica

SAÚDE DA MULHER

Canoas, 2022.



FUNDAÇÃO
MUNICIPAL
DE SAÚDE
DE CANOAS



PREFEITURA DE
CANOAS



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CANOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

Jairo Jorge da Silva
Prefeito Municipal

Nedy de Vargas Marques
Vice-prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Maicon Lemos
Secretário Municipal de Saúde

Luiz Octávio Martins Mendonça
Secretário Adjunto

Roberta Pires Bazzo
Secretária Adjunta

Michele Feltrin do Nascimento
Diretora do DPAS

Marco Stuczynski
Médico Responsável Técnico

Elisabete Kirchmann Kondach
Enfermeira Responsável Técnica

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Gilberto Barichello
Diretor Presidente

Juceila Lourdes Dall'Agnol de Lacerda
Superintendente Executiva

José Augusto Ferreira
Diretor Técnico

Janaína Zatti
Enfermeira Responsável Técnica

Maicol Muneroli
Médico Responsável Técnico



ELABORAÇÃO/REVISÃO

Aline Fleck Barrozo

Enfermeira

COREN-RS: 243.968

Andrea Duarte de Almeida

Enfermeira

COREN-RS: 244.619

Camila Duarte de Almeida

Médica

CRM-RS: 39.411

Cléber Gonçalves Jardim

Médico

CRM-RS: 39.157

Cristiane Quadros Barcelos Martins

Enfermeira

COREN-RS: 62.478

Fernanda Varnier Seminoti

Enfermeira

COREN-RS: 94.326

Janaina Zatti

Enfermeira

COREN-RS: 233.736

Maicol Muneroli

Médico

CRM-RS: 38.858

Márcia de Oliveira

Enfermeira

COREN-RS: 324.470

Silvia Ferrazzo

Enfermeira

COREN-RS: 272.141

Thais Hoff Barbosa

Enfermeira

COREN-RS: 250.354



APRESENTAÇÃO E ASPECTOS LEGAIS

A Atenção Básica constitui um importante componente de assistência à saúde, sendo a principal porta de entrada e articuladora do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde. Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, corresponsabilização e da humanização. Para atender esses princípios e diretrizes, a Atenção Básica desenvolve programas e ações considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

As equipes de atenção básica atuam em âmbito individual e coletivo, buscando a promoção da saúde e prevenção de agravos, provendo atenção integral aos usuários. Entre os diversos profissionais que compõem as equipes de Atenção Básica o enfermeiro é protagonista ao realizar o gerenciamento do cuidado.

De acordo com lei do exercício profissional, compete privativamente ao enfermeiro realizar consulta e prescrição de enfermagem. A consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto 94.406/1987 que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, pela Resolução COFEN 159/1993 que dispõe sobre a consulta de enfermagem e pela Resolução COFEN 358/1909 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, cabe ainda a este profissional a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares, conforme Resolução COFEN N° 195/1997 e Portaria MS 2.436/2017.

Com a implantação do Protocolo de Enfermagem busca-se oferecer aos enfermeiros a instrumentalização necessária para a atuação com segurança, autonomia e compromisso ético, fortalecendo o desempenho profissional e a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Cabe salientar que a atuação do profissional enfermeiro está embasada em seu conhecimento técnico-científico sendo de sua responsabilidade toda a ação praticada, estando sujeito às penalidades de acordo com a lei.





CONSIDERAÇÕES INICIAIS

- ✓ Durante a consulta de enfermagem, havendo qualquer dúvida, o enfermeiro deverá realizar interconsulta com o médico da equipe e/ou encaminhar o usuário para avaliação médica.
- ✓ Todo atendimento deverá ser registrado no prontuário do usuário.
- ✓ A prescrição de enfermagem deverá conter o medicamento, forma de apresentação, posologia, via de administração, quantidade e tempo de uso, além do carimbo e assinatura do profissional.
- ✓ Antes da prescrição de qualquer medicamento, verificar histórico de alergia.





INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, criado em 1988, está alicerçado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Organizado em níveis de atenção, a Atenção Primária é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas, no âmbito individual e coletivo.

A Atenção Básica, como porta de entrada, tem papel fundamental no processo de consolidação do SUS. Neste sentido, fortalecer e ampliar o escopo de atuação da equipe multiprofissional, especialmente do enfermeiro, é uma excelente estratégia para garantir assistência qualificada aos usuários do sistema de saúde.

Ofertar atenção integral e de qualidade requer considerar um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica adotar nos serviços de saúde um conceito de saúde integral e de práticas que considerem além do conhecimento técnico/científico, as experiências das usuárias com sua saúde.

Realizar atendimento técnico qualificado e humanizado são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas, na prevenção das doenças, na satisfação das usuárias e na promoção da saúde e do autocuidado. Neste sentido, o Protocolo de Enfermagem na Saúde da Mulher busca oferecer aos enfermeiros da Atenção Básica do município de Canoas maior resolutividade no atendimento as usuárias, servindo como referência para a realização da Consulta de Enfermagem e como suporte teórico que orienta e ampara cada uma das etapas do processo de sistematização da assistência em enfermagem.

Importante salientar que, embora este protocolo tenha sido elaborado com base em evidências e programas e políticas de âmbito nacional, ele não abarca todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado à saúde da mulher. Assim, outras demandas clínicas não contidas neste documento deverão ser consultadas nos cadernos de Atenção Básica e demais publicações do Ministério da Saúde.





SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E ASPECTOS LEGAIS	4
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	5
INTRODUÇÃO	6
1 ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS	9
1.1 Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites	9
1.1.1 Entrevista.....	9
1.1.2 Exame Físico	10
Fluxograma 1 – Corrimento Vaginal ou Cervicites	11
Quadro 1 - <i>Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites</i>	12
1.2 Infecção Urinária não Complicada	13
Fluxograma 2 – Infecção urinária	13
Quadro 2 - <i>Tratamento Infecção Urinária não Complicada em Mulheres</i>	14
1.3 Cólica Menstrual.....	14
Fluxograma 3 – Cólica Menstrual.....	15
1.4 Dispareunia e Vaginismo	15
2 PLANEJAMENTO FAMILIAR	16
2.1 Pré concepção	16
2.2 Métodos Contraceptivos.....	17
Quadro 3 – <i>Crterios de elegibilidade de métodos contraceptivos</i>	18
Quadro 4 – <i>Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS em Canoas</i>	18
Quadro 5 – <i>Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido</i>	19
Quadro 6 - <i>Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e DIU</i>	20
3 PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E CÂNCER DE MAMA	23
3.1 Prevenção de Câncer de Colo de Útero	23
3.1.1 Amostra satisfatória para avaliação 24	
3.1.2 Células presentes na amostra	24
Quadro 7 - <i>Recomendações coleta de CP em Mulheres na faixa etária de 25 a 64 Anos</i> ..	25
3.1.3 Resultado indicando achados microbiológicos	26
Exame citopatológico anormal.....	27
Quadro 8 – <i>Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal</i>	27
3.2 Prevenção de Câncer de Mama	28
Fluxograma 5 – <i>Atendimento à mulher com alterações de mama</i>	29
4 SÍFILIS.....	30
4.1 Classificação da Sífilis	30





4.2 Manifestações clínicas de sífilis.....	30
Quadro 9 – <i>Estágios e Manifestações Clínicas da Sífilis</i>	30
4.3 Diagnóstico de sífilis.....	31
4.4 Tratamento.....	32
Quadro 10 – <i>Tratamento e monitoramento da Sífilis</i>	33
4.5 Monitoramento.....	33
Fluxograma 6 – Fluxograma para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis.....	34
AMENORREIA E ATRASO MENSTRUAL.....	35
Fluxograma 7 – Amenorreia e atraso menstrual.....	35
6 MENOPAUSA E CLIMATÉRIO.....	36
Quadro 11 – <i>Queixas associadas ao climatério</i>	37
Quadro 11 – Cuidados não farmacológicos.....	38
ANEXOS.....	40
Anexo I - <i>Fluxo de violência do município de Canoas</i>	40
Anexo II – <i>Calendário de aplicações contraceptivas trimestrais</i>	41
Anexo III – Termo de Ciência e Responsabilidade.....	42
REFERÊNCIAS.....	43





1 ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

1.1 Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites


Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites. As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência. De maneira análoga, os quadros de colpites ou cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal. Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta (vide fluxograma 1) que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos.

1.1.1 Entrevista

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

- Fluxo vaginal: corrimento, quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- Ciclo menstrual: menarca ou cessação dos ciclos menstruais, intervalo entre menstruações, duração e intensidade do sangramento, presença e intensidade de dores;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia, sintomas urinários;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro, diabetes, gravidez, abortamento ou parto recentes, alergias medicamentosas e anticoncepção (VO, injetável e DIU).
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo,





múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);

- Período de início dos sintomas.

1.1.2 Exame Físico

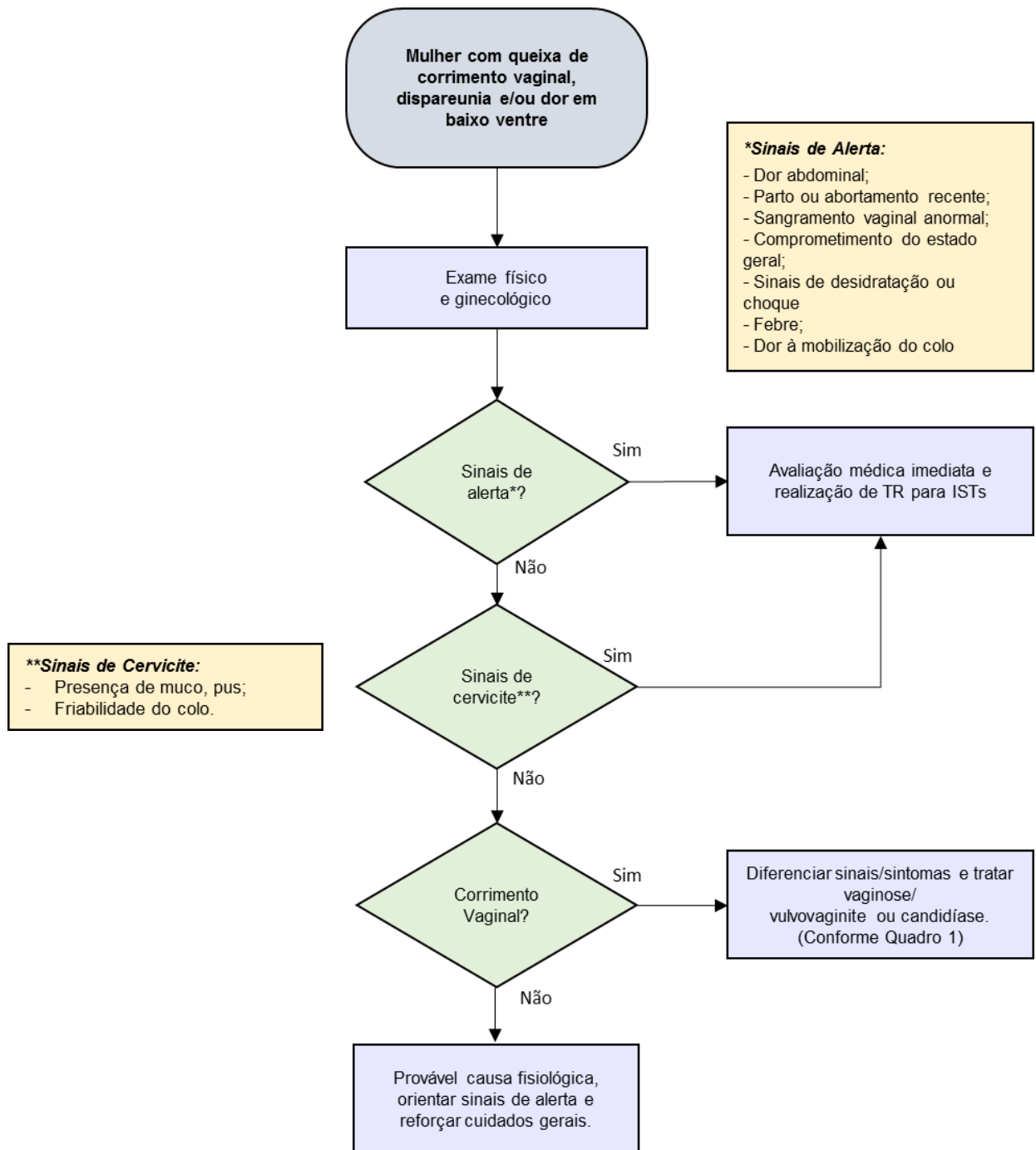
O exame físico detalhado é de extrema importância para a identificação de situações que vão desde aquelas tratáveis por meio de abordagem sindrômica até quadros de maior complexidade que possam necessitar de referência ou atendimento multiprofissional. Sugere-se, portanto:

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos;
- Exame especular: observar características do colo/sinais de cervicite (presença de muco, pus, friabilidade, dor à mobilização do colo), avaliar origem da secreção (presença a partir do orifício cervical externo ou apenas em região das paredes da vagina);
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

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

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

Fluxograma 1 – Corrimento Vaginal ou Cervicite





Quadro 1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites.

Causa identificada	Principais Sinais e sintomas	Plano de cuidados/conduta do enfermeiro
Candidíase	Prurido vulvar; Hiperemia vulvar; Corrimento grumoso esbranquiçado	Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem): Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; Banho de assento com bicarbonato de sódio (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas; Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas; Evitar permanecer com roupas úmidas; Evitar uso de absorventes diários; Episódios de repetição devem ser investigados (orientar consulta médica). Tratamento medicamentoso: Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites; Fluconazol 150 mg dose única; Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg dose única e repetir a dose após 3 dias. GESTANTES – Miconazol creme vaginal 2% por 7 noites. <u>Tratamento VO contraindicado.</u>
Vaginose bacteriana	Corrimento com odor fétido Corrimento acinzentado Atentar para sinais/sintomas de Tricomoníase, que em alguns casos podem ser confundidos.	Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem): Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação; Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas; Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas. Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando realizar o tratamento*. Tratamento medicamentoso: Metronidazol gel (100 mg/g) por 7 noites; ou, Metronidazol 400 mg VO 1cp de 12/12 horas por 7 dias ou Metronidazol 250mg VO 2cp 12/12 horas por 7 dias ou Metronidazol 250mg VO 8cp em dose única. (A amamentação deve ser suspensa durante o uso do medicamento e por 24h após a ingestão do último cp) GESTANTES – Após 1º trimestre Metronidazol 250mg VO 2cp 12/12 horas por 7 dias ou Metronidazol 250mg VO 8cp em dose única. Se gestação < 12 semanas, prescrever Metronidazol gel (100 mg/g) por 7 noites.

Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoníase, Donovanose, HPV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorreia, entre outras), consultar http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

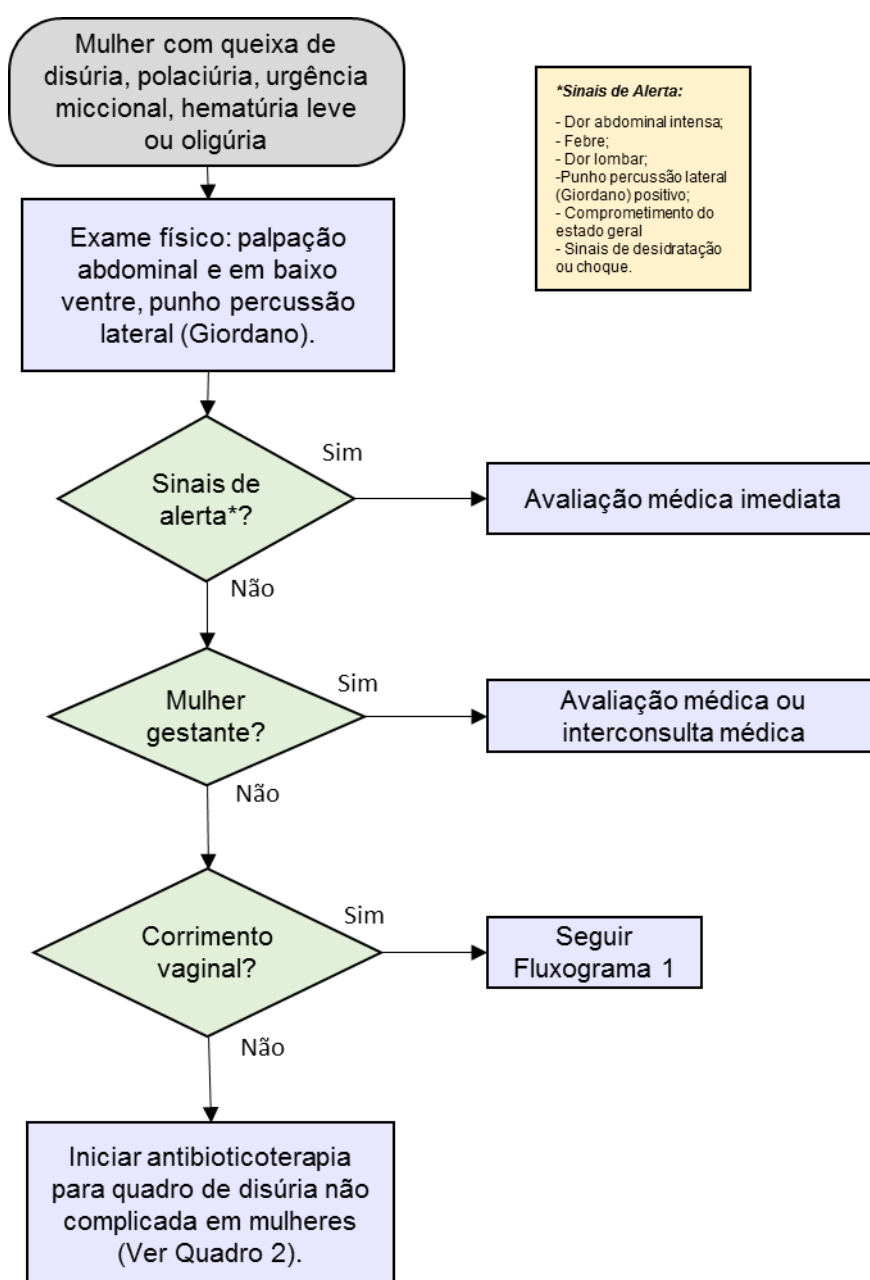
* Tratamento é o mesmo para a mulher e parceiro.



1.2 Infecção Urinária não Complicada

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

Fluxograma 2 – Infecção urinária





Quadro 2 - Tratamento Infecção Urinária não Complicada em Mulheres

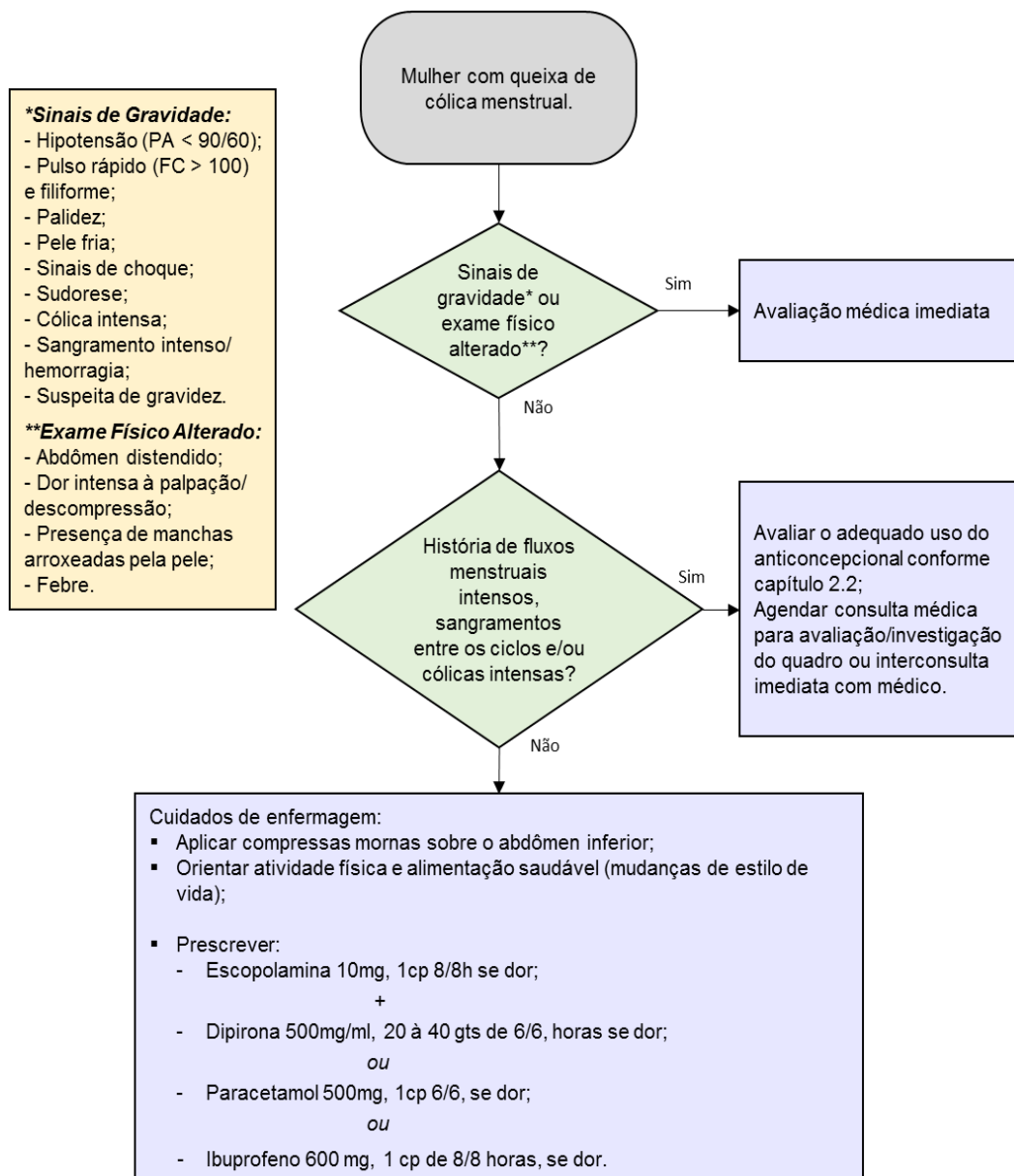
Tratamento medicamentoso	Orientações Cuidados de Enfermagem
Sulfametoxazol + Trimetropina (400+80 mg) – 2 comprimidos de 12/12 horas por 7 dias; Ou Nitrofurantoína 100mg – 1 comprimido de 6/6 horas por 7 dias; Ou Cefalexina 500mg – 1 comprimido 6/6 horas por 7 dias; Ou Ciprofloxacino 500mg – 1 comprimido 12/12 horas por 3 dias. Obs: Nos casos de disúria não complicada não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (EQU e Urocultura), os quais somente serão solicitados caso permaneça a sintomatologia anterior, sendo que a mesma ficará a critério médico.	Aumentar ingestão hídrica; Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência; GESTANTES – Ver protocolo do Pré-natal de baixo risco.sifilis

1.3 Cólica Menstrual

A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro, principalmente em jovens e adolescentes logo após a menarca. Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental. Neste tipo de atendimento é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes, com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme fluxograma.



Fluxograma 3 – Cólica Menstrual



1.4 Dispareunia e Vaginismo

Dispareunia é a dor genital que ocorre durante a relação sexual. Embora a dor seja mais frequente durante o ato sexual, também pode ocorrer antes ou após o intercuro da relação. Já o vaginismo é uma contração involuntária da musculatura da vagina que ocorre durante a penetração ou quando a mulher imagina que possa vir a ter um ato sexual com penetração.

Nos casos de dispareunia e/ou vaginismo, orientar agendamento de consulta médica.



2 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Assegurado pela Constituição Federal e também pela Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas na pré concepção e na contracepção.

A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas.

2.1 Pré concepção

Nos últimos tempos a mulher tem se tornado cada vez mais protagonista na escolha da concepção. Nesse sentido, o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem já pode realizar essa abordagem para de fato realizar o planejamento junto a essa mulher/casal, solicitando exames pré concepção e prescrevendo ácido fólico.

Realizar a consulta de enfermagem com as condutas norteadoras listadas a seguir:

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher;
- Ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo (orientar para o registro sistemático das datas das menstruações; estimular para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos).
- Prescrever ácido fólico 400 µg (0,4 mg) ao dia, no mínimo 30 dias antes da concepção;
- Verificar situação do citopatológico e caso necessário, realizar o mesmo;
- Oferecer a realização para o casal os testes rápidos disponíveis: HIV, Hepatites B e C e Sífilis;
- Investigação para toxoplasmose e rubéola para o casal (solicitar Toxoplasmose IgG/IgM e Rubéola IgG);
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto e tríplice viral) e, em caso de atraso ou ausente, vacinar;
- Exames adicionais (para a mulher): hemograma com plaquetas, glicemia de jejum e TSH;
- Orientação nutricional de diminuição do índice de massa corporal para





mulheres com sobrepeso e obesidade e estímulo a hábitos saudáveis (abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário);

- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar.

Exames para usuária mulher	Exames para o parceiro
Hemograma com plaquetas Glicemia em jejum TSH Toxoplasmose IgG/IgM Rubéola IgG Tipagem sanguínea e fator Rh AntiHbs-Ag VDRL (se TR reagente para sífilis) EQU Urocultura	Hemograma com plaquetas Glicemia em jejum TSH Tipagem sanguínea e fator Rh (se parceira com fator Rh negativo) AntiHbs-Ag VDRL (se TR reagente para sífilis)

2.2 Métodos Contraceptivos

Durante a consulta de enfermagem, o profissional deverá realizar uma avaliação global da usuária. Considerar suas particularidades, pois cada método possui contraindicações relativas e absolutas. Orientar a usuária sobre os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas referente ao método escolhido.

Se faz importante uma anamnese e exame físico criterioso com a usuária. Avaliar antecedentes pessoais obstétricos e patológicos, rastrear e registrar risco cardiovascular da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, tabagismo, estilo de vida, perfil sociocultural, etc.

No quadro abaixo estão descritos os critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos de acordo com as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS).



Quadro 3 – *Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos*

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser utilizado em qualquer circunstância. (Prescrição médico ou enfermeiro)	Sim
Categoria 2	Uso permitido, em geral. Avaliar impossibilidade de escolha de método de menor risco. (Prescrição médico ou enfermeiro)	Sim
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis. (Somente prescrição médica)	Não
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável). (Não prescrever)	Não

Quadro 4 – *Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS em Canoas*

DEFINITIVO (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)	Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Preservativos masculino e feminino	DIU T de cobre	
MÉTODOS HORMONAIS		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) - ACO	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg



Quadro 5 – *Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro*

Condição Atual	Pílula Combinada	Pílula Somente com Progestágeno (Minipílula)	Injetável Combinado (Mensal)	Injetável com Progestágeno (Trimestral)	DIU de Cobre
Idade inferior a 40 anos	1	1	1	1	1*
Idade igual ou superior a 40 anos	2	1	2	2	1
Amamentação – menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	1**
Amamentação – entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	1	3	1	1
Amamentação – mais de 6 meses após o parto	2	1	2	1	1
Obesidade	2	1	2	1	1
IST (exceto Hepatite e HIV)	1	1	1	1	Discutir com médico
Tabagismo em mulheres com menos de 35 anos	2	1	2	1	1
Tabagismo em mulheres com mais de 35 anos	3/4	1	3/4	1	1
HAS Controlada	3	2	3	2	1
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	2	4	3	1
HAS + Doença Cardiovascular	4	2	4	3	1
TEP/TVP atual ou recente	4	3	4	3	1
TEP/TVP prévio com ou sem uso de anticoagulante oral	4	2	4	2	1
IAM ou AVE	4	2/3	4	3	1
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1
DM ou complicações vasculares	3/4	3	3/4	2	1
Enxaqueca sem aura	2***/ 3/ 4	2	2/3	2	1
Enxaqueca com aura	4	2/3	3/4	2/3	1
Ca de mama atual ou passado	4	4	4	4	1
Uso de anticonvulsivante	3	3	2	3	1
Uso de TARV/HIV	2****	2****	2****	2****	1
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1

Notas:

* Se menor de 20 anos: discutir com médico de família ou médico da equipe (Categoria OMS: 2).

** Se usuária manifestar interesse durante o pré-natal, sinalizar na carteira da gestante. A colocação será avaliada no centro obstétrico no momento do parto.

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

**** Para mulheres em uso de Terapia Antiretroviral, a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Apesar da prescrição ser feita pelo médico, o enfermeiro deve orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais



Os métodos contraceptivos disponíveis na rede estão divididos em hormonais, de barreira e os irreversíveis ou cirúrgico.

Quadro 6 - Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)

Método /responsável	Tipo disponível na rede e classificação	Como usar / Orientações do enfermeiro	Principais efeitos colaterais
<p>Anticoncepcional oral combinado (AOC)</p> <p>Tem grande eficácia anticoncepcional desde que usado adequadamente</p>	<p>Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg</p> <p>Classificação: método hormonal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingerir 1 comprimido ao dia, preferencialmente no mesmo horário; ✓ Manter o intervalo de sete dias entre as cartelas, iniciar no 8º dia o primeiro comprimido da cartela seguinte. ✓ Quando iniciar: Preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual. <u>Se aborto:</u> Até sete dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida; <u>Não amamentando:</u> pode iniciar o uso de AOC em qualquer momento após o 21º dia do pós-parto, desde que com certeza razoável de que não está grávida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações da menstruação, náuseas ou tonturas, alterações do peso, alterações de humor ou no desejo sexual, acne e cefaleia.
<p>Minipílula</p> <p><i>É um método com boa eficácia se associado à amamentação.</i></p>	<p>Noretisterona 0,35mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingerir 1 comprimido ao dia, preferencialmente no mesmo horário; ✓ Não fazer intervalo entre as cartelas. ✓ Quando iniciar: Pós Parto: 1) Amamentação exclusiva ou não: mais de seis semanas do parto - iniciar minipílula a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. 2) Não amamentando: se menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento – não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios, dor aguda na parte inferior do abdômen, amenorreia, spotting.
<p>Contracepção de emergência</p>	<p>Levonorgestrel 0,75mg Cartela com 2cps.</p> <p>Classificação: método hormonal</p>	<p>Utilizar 1,5mg de Levonorgestrel, em dose única, VO (preferencialmente), ou 1 comprimido de 0,75mg de 12/12hs, VO (total de 2cp).</p> <p>Iniciar de preferência nas primeiras 72hs. Limite de 5 dias.</p> <p>Não utilizar este método de forma planejada, substituindo o anticoncepcivo de rotina.</p> <p>Em caso de violência sexual realizar os TR para IST's, realizar notificação e seguir fluxo de violência do município – Anexo I.</p>	<p>Quando acontecer vômitos até 1 hora após a administração do Levonorgestrel, é recomendável que a dose seja repetida. Caso haja repetição dos vômitos após segunda tomada, orienta-se nova administração, agora por via vaginal, que tem boa absorção e, portanto, mesma efetividade.</p> <p>Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.</p>



<p>Injeção de estrogênio/Progestágeno (mensal)</p>	<p>Enantato de noretestirterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg</p> <p>Classificação: método hormonal</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Tem grande eficácia anticoncepcional desde que usado adequadamente, devendo ser iniciado entre 1º e 3º dia do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia);✓ Deve ser aplicado por via Intramuscular profunda, em intervalos de 30 dias, sendo indicado uso preservativo no mínimo nos primeiros 30 dias após a primeira aplicação;✓ Anotar no verso da receita a data em que foi aplicada a injeção e a data da próxima aplicação;✓ É contraindicado em mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez. <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Se houver menos de 7 dias em atraso, realizar a próxima aplicação sem necessidade de teste, avaliação ou método de apoio.✓ Se atrasar mais de 7 dias, poderá receber a injeção seguinte se nas na semana após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ela não fez sexo ou utilizou método de apoio ou tomou Anticoncepção hormonal de emergência (AHE) depois de ter feito sexo. Indicar método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. Se a usuária estiver mais que 7 dias atrasada e não atender aos critérios acima, deverá ser realizado Teste Rápido para gravidez (ou β-HCG se TR indisponível) para que se tenha segurança razoável para a aplicação. <p>Diante do resultado do TR ou β-HCG Negativo, antes da aplicação a usuária deverá assinar termo de ciência de aplicação fora do prazo determinado e de responsabilidade pelos riscos – Anexo III.</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Ganho de peso;✓ Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora espontânea.✓ Alteração de humor: geralmente melhora espontânea;✓ Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; <p>Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhar para avaliação médica.</p>
<p>Injeção de Progestágeno (Trimestral)</p>	<p>Acetato de medroxiprogesterona 150mg</p> <p>Classificação: método hormonal</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Tem grande eficácia anticoncepcional desde que usado adequadamente; devendo ser inicialmente administrado durante os 5 primeiros dias após o início de um ciclo menstrual normal ou nos 5 primeiros dias pós-parto, por via intramuscular (IM) e em intervalos de 12 semanas.✓ Seguir calendário de aplicações contraceptivas trimestrais – Anexo II;✓ Orientar uso preservativo no mínimo nos primeiros 30 dias após a primeira aplicação;✓ Anotar no verso da receita a data em que foi aplicada a injeção e a data da próxima aplicação;	<ul style="list-style-type: none">✓ Amenorreia (comum);✓ Ganho de peso;✓ Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; <p>Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.</p>





		<ul style="list-style-type: none">✓ É contraindicado em mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez;Em caso de atraso:✓ Se houver menos de 2 semanas em atraso, realizar a próxima aplicação sem necessidade de teste, avaliação ou método de apoio.✓ Se atrasar mais de 2 semanas, poderá receber a injeção seguinte se nas duas semanas após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ela não fez sexo ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo. Indicar método de apoio nos primeiros 7 dias após a injeção. Se a usuária estiver mais que 2 semanas atrasada e não atender aos critérios acima, deverá ser realizado Teste Rápido para gravidez (ou β-HCG se TR indisponível) para que se tenha segurança razoável para a aplicação. <p>Diante do resultado do TR ou β-HCG Negativo, antes da aplicação a usuária deverá assinar termo de ciência – Anexo III.</p>	
Métodos cirúrgicos (irreversíveis) Encaminha para Planejamento familiar – Laqueadura tubária/Vasectomia. Atentar ao critério de <u>25 anos e/ou 2 filhos vivos</u> .	Laqueadura Tubária (LT) Vasectomia Classificação: Método cirúrgico	Realizar consulta individual ou com o casal abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, minimizando assim as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; Solicitar o citopatológico para as mulheres em caso de LT. Encaminhar mulher para avaliação no Centro de Saúde da Mulher.	Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica; Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.
DIU Inserção: Centro de Ref. em Saúde da Mulher Prescrição do método: encaminhamento via sistema na agenda – AVALIAÇÃO DIU.	DIU de Cobre Método de barreira	<ul style="list-style-type: none">✓ Inserção realizada por profissional habilitado;✓ No momento da avaliação a paciente deve levar: CP de até 6 meses e exame de secreção vaginal de até 30 dias**✓ No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá agendar consulta médica ou realizar atendimento compartilhado.	<ul style="list-style-type: none">✓ Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer;✓ Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe.

* Realizar manejo/avaliação médica.

** CP e exame de secreção vaginal deve ser solicitado pelo enfermeiro previamente ao encaminhamento para agenda DIU.





3 PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E CÂNCER DE MAMA

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas ao Câncer de Útero e de Câncer de Mama, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem o controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

Após o recebimento de um exame "positivo", cabe a Atenção Básica realizar o acompanhamento da usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental além avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento.

3.1 Prevenção de Câncer de Colo de Útero

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular.

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.
- ✓ O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. No entanto, considerando que antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, sugere-se, mediante avaliação do profissional, a realização de exame anualmente, a partir do início de vida sexual ativa. Atentar também ao histórico familiar de CA de colo de útero.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

Obs. Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras de câncer do colo uterino ou nas situações especiais.





3.1.1 Amostra satisfatória para avaliação

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

3.1.2 Células presentes na amostra

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- ✓ Células escamosas.
- ✓ Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- ✓ Células metaplásicas.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

Recomendação: esfregaços normais somente com células escamosas devem ser repetidos com intervalo de um ano, e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).



Quadro 7 - *Recomendações para coleta de citopatológico em Mulheres na faixa etária de 25 a 64 Anos*

Situação	Recomendações
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	✓ Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	<p>✓ Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos).</p> <p>✓ Ainda que não haja evidência contraindicando a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas.</p>
Climatério e pós-menopausa	<p>✓ Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres.</p> <p>✓ Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpíte atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), realizar estrogenização pela administração de Estriol 0,1% creme vaginal de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de 5 a 7 dias para realização da coleta. Caso a vaginite/colpíte atrófica gere queixas, agendar consulta médica para avaliação. Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama.</p>
Histerectomizadas	<p>✓ Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.</p> <p>✓ Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível.</p> <p>✓ Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina: <ul style="list-style-type: none"> • Lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; • Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. </p>
Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides	<p>✓ O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.</p> <p>✓ Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses (consultar último CD4 no Siscel antes da realização da coleta).</p> <p>✓ Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.</p>
Mulheres que buscam a UBS para realização da citologia oncótica em função de corrimentos	<p>✓ Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento.</p> <p>✓ Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.</p>



3.1.3 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. A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital, realizar avaliação ginecológica.





Exame citopatológico anormal

Quadro 8 – *Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal*

Resultados		Grau de suspeição	Conduta
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica (ASC-US)	Menor Repetição de citologia em 6 meses (>=30anos) ou 12 meses (<30anos). Se 2 exames citológicos subsequentes com intervalo de 6 meses ou 12 meses, conforme critério acima, forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento trienal. Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para a colposcopia.
		Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Maior Encaminhamento para a Colposcopia*
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásicas	Maior Encaminhamento para a Colposcopia*
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior Encaminhamento para a Colposcopia*
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásicas	Maior Encaminhamento para a Colposcopia*
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior Encaminhamento para a Colposcopia*
Lesão Intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição de citologia em 6 meses: ✓ Se 2 exames negativos, seguir rotina de rastreamento; ✓ Se lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia*
Lesão Intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para a Colposcopia*
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para a Colposcopia*
Adenocarcinoma in situ ou invasor		Maior	Encaminhamento para a Colposcopia*

*Diante do resultado anormal do CP, enfermeiro encaminha para colposcopia.



3.2 Prevenção de Câncer de Mama

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

O câncer de mama quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável. Para isso, é necessário a implantação de estratégias de detecção precoce.

Manifestações Clínicas

- Nódulo palpável.
- Endurecimento da mama.
- Secreção mamilar.
- Eritema mamário.
- Edema mamário em "casca de laranja".
- Retração ou abaulamento.
- Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
- Linfonodos axilares palpáveis.

Rastreamento:

Seguir Fluxograma 5.



Fluxograma 5 – Atendimento à mulher com alterações de mama

**** Consideradas Mulheres com risco para o desenvolvimento de 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 50 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.

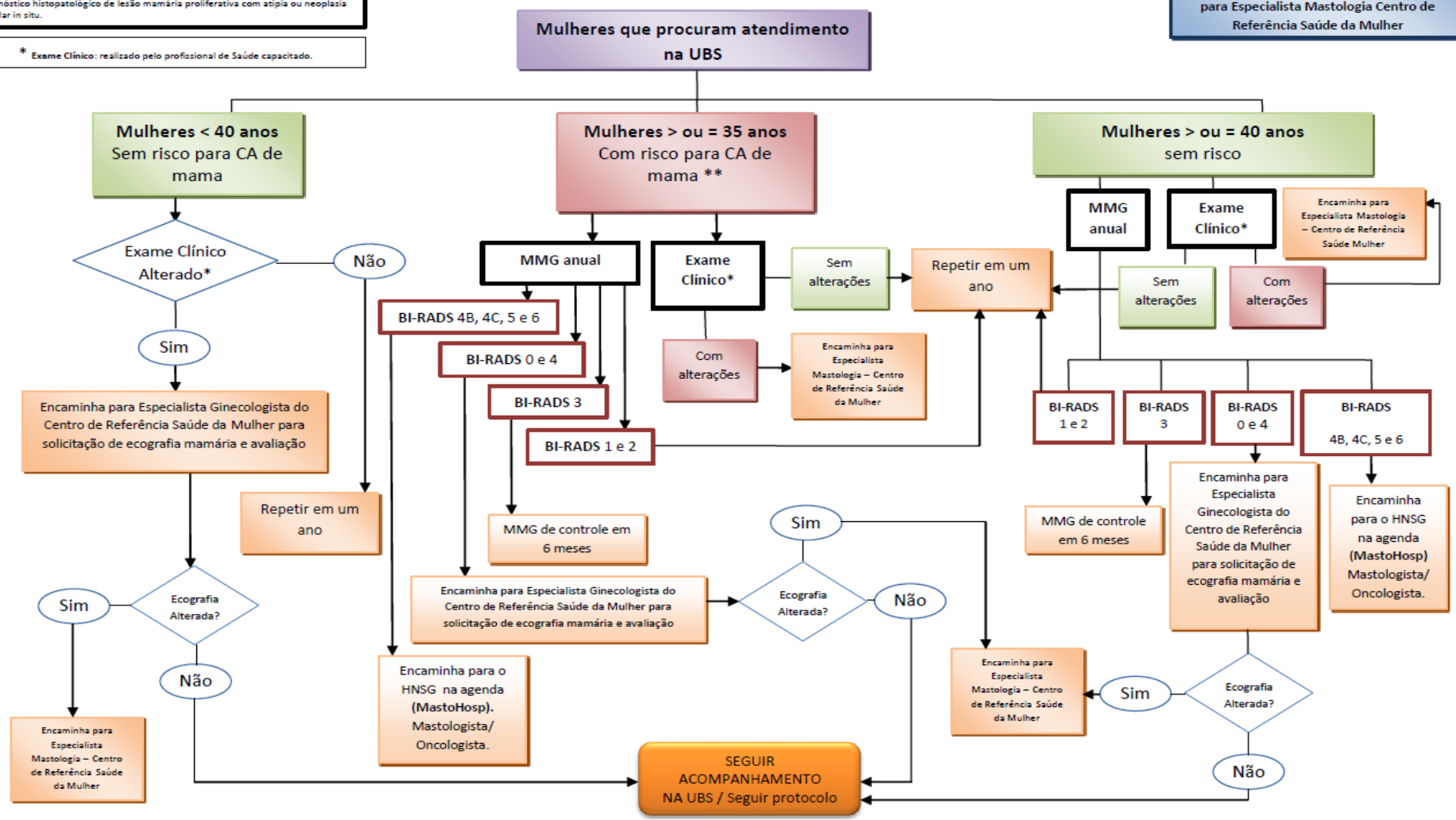
* Exame Clínico: realizado pelo profissional de Saúde capacitado.

Revisão: SMS/DPAS – DRCAA
Data: 13/06/2019

Fluxo de Atendimento à Mulher – Alterações de Mama

DRCAA/ DPAS - 2019

População Masculina em Geral com alterações de mama deve ser encaminhada para Especialista Mastologia Centro de Referência Saúde da Mulher





4 SÍFILIS

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária).

Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. As formas mais comuns de transmissão da sífilis são por relação sexual, pelo contato com as lesões muco-cutâneas (ricas em treponemas) e também por via transplacentária para o feto ou pelo canal do parto (sífilis congênita).

4.1 Classificação da Sífilis

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento, conforme segue:

- ✓ Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução;
- ✓ Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.

4.2 Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença.

Quadro 9 – Estágios e Manifestações Clínicas da Sífilis

ESTAGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTACOES CLINICAS
Primária	<ul style="list-style-type: none">• O tempo de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”.• Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, populosas eritematoacastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa.• Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla.• Sua duração pode variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento.





Secundária	<ul style="list-style-type: none">• Ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundaríssimo possam ocorrer em um período de até um ano.• Podem surgir manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Essas lesões são ricas em bactérias.• Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Estas são lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV.• A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.• As manchas desaparecem em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	<ul style="list-style-type: none">• Ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 1 e 40 anos depois do início da infecção.• A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.

4. 3 Diagnóstico de sífilis

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado.





Para o diagnóstico da sífilis, devem ser realizados os testes treponêmico e não treponêmico. Considerando a epidemia de sífilis no Brasil, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico (teste rápido).

As pessoas com teste rápido reagente devem ter amostra coletada para um teste não treponêmico complementar (ver *Fluxograma 6*). Entretanto, devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato nas seguintes situações:

Gestante;

Pessoa com risco de perda do seguimento;

Caso de violência sexual;

Pessoa com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;

Pessoa sem diagnóstico prévio de sífilis

4.4 Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo.

O enfermeiro poderá prescrever o tratamento com Penicilina G benzatina conforme descrito na nota técnica COFEN nº 03/2017, de 14 de julho de 2017.

Considerando a sensibilidade dos testes diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido). Com o resultado do teste rápido reagente o profissional deverá solicitar um teste não treponêmico (VDRL). O tratamento pode ser iniciado no momento do diagnóstico com o teste rápido (não é necessário aguardar o resultado do VDRL) de acordo com a história clínica, epidemiológica ou exame físico do paciente. No entanto a solicitação do VDRL inicial é imprescindível para o monitoramento da resposta ao tratamento.

O tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde está descrito no quadro abaixo, bem como os fluxos estabelecidos pelo município estão nos fluxogramas a seguir.





Quadro 10 – Tratamento e monitoramento da Sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (Exceto p/ gestantes)	SEGUIMENTO (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
Notas: ^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. ^b A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado.			

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas IST - MS, 2020.

4.5 Monitoramento

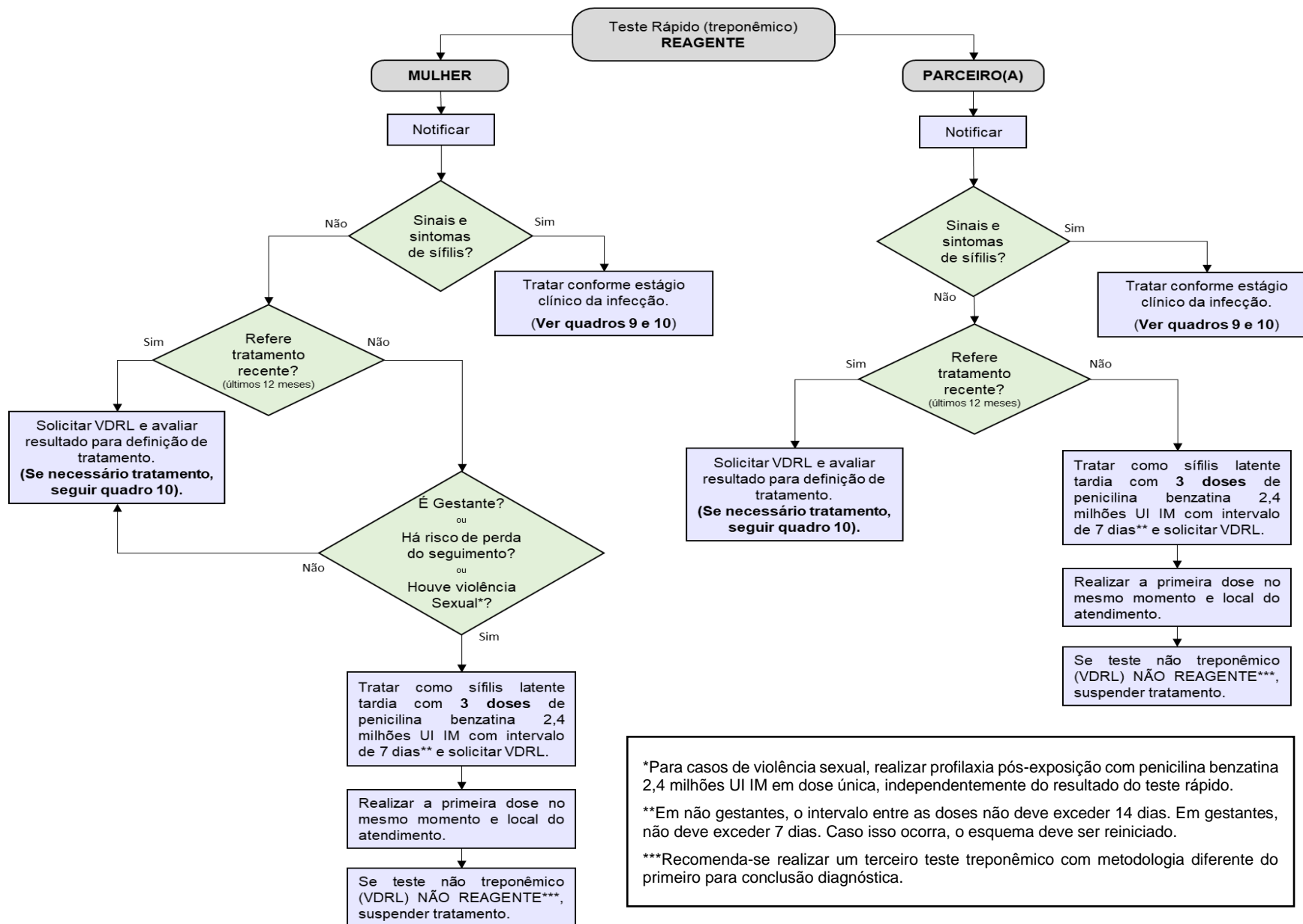
O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e definir a conduta correta para cada caso.

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).



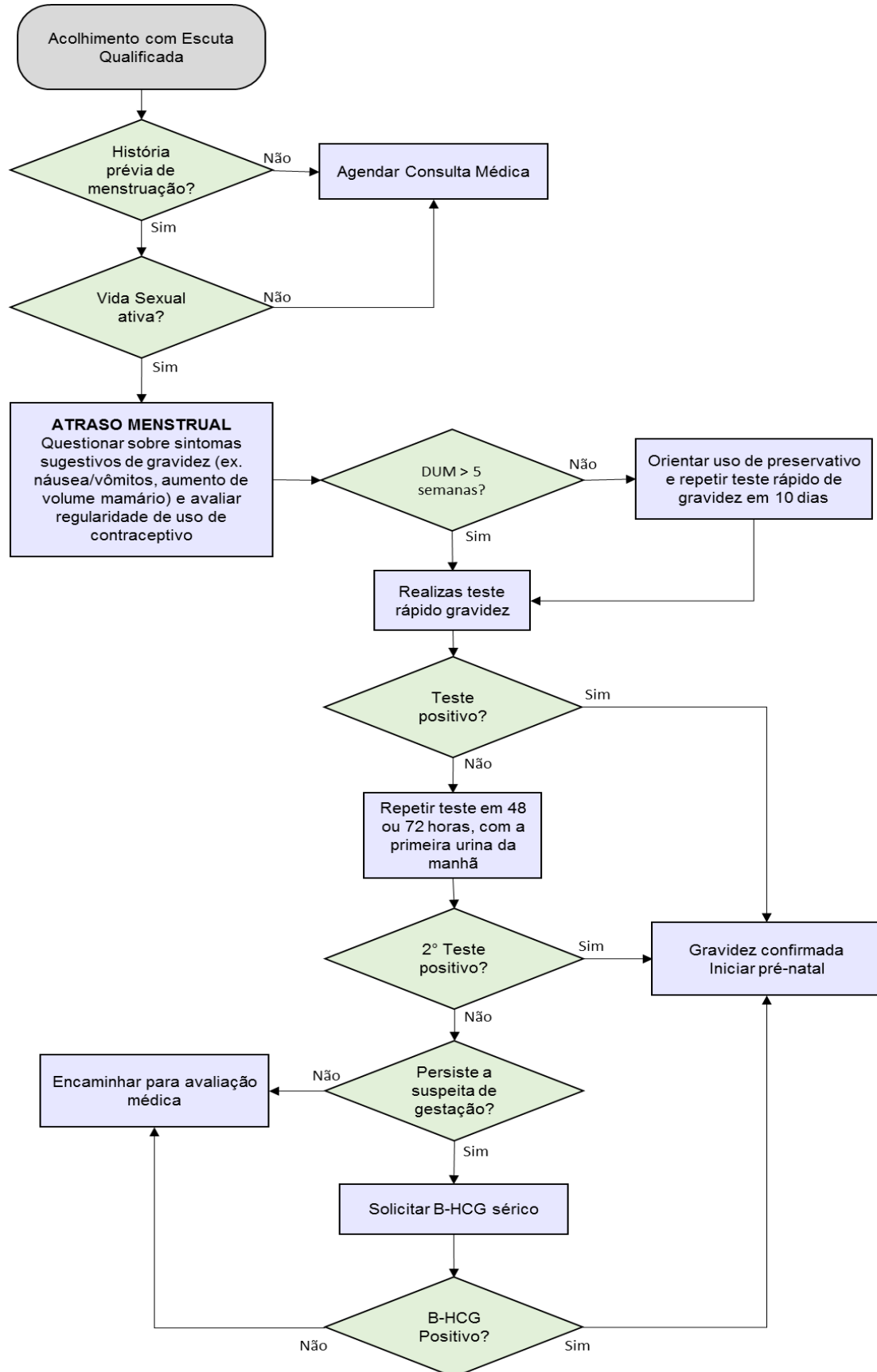


Fluxograma 6 – Fluxograma para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis



AMENORREIA E ATRASO MENSTRUAL

Fluxograma 7 – Amenorreia e atraso menstrual





6 MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica (como a gravidez), consulta para investigação com o médico e após, se necessário encaminhar essas mulheres para investigação no serviço de referência em saúde da mulher através da agenda “GINECOLOGIA - CLIMATÉRIO/MENOPAUSA”.

A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais. Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde estão descritas no Quadro 10 - *Queixas associadas ao climatério*, algumas sendo transitórias e outras permanentes.

A irregularidade menstrual é universal e os fogachos e suores noturnos também são bastante frequentes, típicos deste período. É importante enfatizar que as queixas que mais interferem na qualidade de vida da mulher no climatério são as de ordem psicossocial e afetiva.



Quadro 11 – Queixas associadas ao climatério

Manifestações transitórias	<ul style="list-style-type: none">✓ Menstruais: o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.✓ Neurogênicas: ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.✓ Psicogênicas: diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia. <p>Atenção: tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.</p>
Alterações não transitórias	<ul style="list-style-type: none">✓ Urogenitais: mucosa mais delgada, propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.✓ Metabolismo lipídico: a mudança dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas; é comum haver aumento das frações LDL e TG e redução da HDL.✓ Metabolismo ósseo: há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.✓ Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal: tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide). Atenção: a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.

Quadro 11 – Cuidados não farmacológicos e orientações de acordo com as queixas apresentadas

<p>Alterações dos ciclos menstruais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No período anterior à menopausa propriamente, podem ocorrer sangramentos abundantes, podendo ser realizada abordagem farmacológica com métodos hormonais, em especial os progestágenos. ✓ O uso de contraceptivos hormonais (ACO ou progestágenos isolados) para planejamento reprodutivo dificulta a identificação da menopausa; nestes casos, para avaliação do status hormonal, deve-se realizar pausa de sete dias do ACO para a realização da dosagem do FSH.
<p>Fogachos e suores noturnos</p>	<p>Atentar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermidades/condições que possam cursar com sudorese noturna, calafrios, perda de peso ou outros sintomas – caso haja suspeita de que as manifestações não sejam do climatério, investigar. ✓ Orientar: <ul style="list-style-type: none"> Dormir em ambiente bem ventilado; Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas; Usar tecidos que deixem a pele “respirar”; Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles; Não fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína; Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las; Praticar atividade física; Perder peso, caso haja excesso de peso; Respirar lenta e profundamente por alguns minutos.
<p>Problemas com o sono</p>	<p>Orientar:</p> <p>Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior.</p> <p>Se há necessidade de se levantar muitas vezes à noite para ir ao banheiro, diminuir a tomada de líquidos antes da hora de dormir, reservando o copo de água para o controle dos fogachos.</p> <p>Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir.</p> <p>Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana, e evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde.</p> <p>Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno.</p> <p>Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis.</p> <p>Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde.</p> <p>Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer. Experimentar uma respiração lenta e profunda por alguns minutos.</p>

Sintomas urogenitais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar podem estar relacionados à atrofia genital. ✓ Considerar o uso de: lubrificantes vaginais durante a relação sexual, hidratantes vaginais à base de óleos vegetais durante os cuidados corporais diários ou estrogênio tópico vulvovaginal.
Transtornos psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido. ✓ Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas em que as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente. ✓ Conduta: a) valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina; b) estimular a participação em atividades sociais; c) avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente; d) considerar tratamento para depressão e ansiedade quando necessário.
Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A sexualidade da mulher no climatério é carregada de preconceitos e tabus: identificação da função reprodutora com a função sexual; ideia de que a atração se deve apenas da beleza física associada à jovialidade; associação da sexualidade feminina diretamente com a presença dos hormônios ovarianos. ✓ Os sintomas clássicos relacionados com o processo de atrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando dispareunia. ✓ Conduta: a) estimular o autocuidado; b) estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.); c) avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem de especialista focal; d) apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares; e) estimular a prática de sexo seguro; f) orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual; g) considerar a terapia hormonal local ou sistêmica para alívio dos sintomas associados à atrofia genital.

Na suspeita de menopausa, o enfermeiro deve realizar as orientações iniciais de mudança de estilo de vida e agendar consulta médica eletiva. A abordagem farmacológica, hormonal e não hormonal será prescrita somente pelo médico. Havendo necessidade, o mesmo realizará o encaminhamento ao serviço de referência em saúde da mulher através da agenda: “GINECOLOGIA - CLIMATÉRIO/MENOPAUSA”.



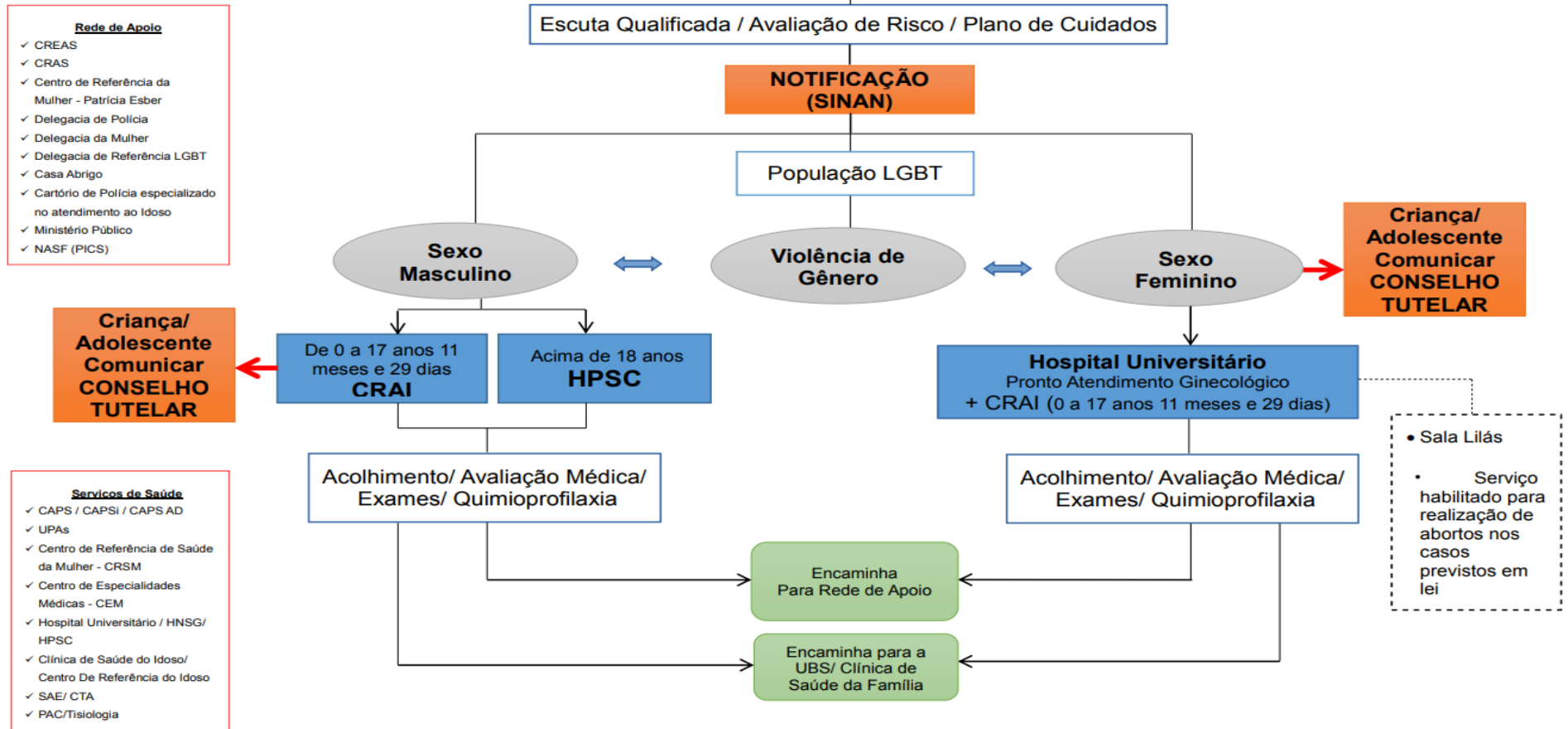
ANEXOS

Anexo I - Fluxo de violência do município de Canoas

 **PREFEITURA DE CANOAS**

Secretaria Municipal de Saúde
DPAS
Atualizado em 25/09/2019

FLUXO DE VIOLÊNCIA SEXUAL





Anexo II – Calendário de aplicações contraceptivas trimestrais


CALENDÁRIO DE APLICAÇÕES CONTRACEPTIVAS TRIMESTRAIS																															
Aplicada em	Janeiro																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	Março										Abril																				
Aplicada em	Fevereiro																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
	Abril										Maio																				
Aplicada em	Março																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Maio										Junho																				
Aplicada em	Abril																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
	Junho										Julho																				
Aplicada em	Maio																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Julho										Agosto																				
Aplicada em	Junho																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
	Agosto										Setembro																				
Aplicada em	Julho																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Setembro										Outubro																				
Aplicada em	Agosto																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Outubro										Novembro																				
Aplicada em	Setembro																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
	Novembro										Dezembro																				
Aplicada em	Outubro																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Dezembro										Janeiro																				
Aplicada em	Novembro																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
PRÓXIMA APLICAÇÃO	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
	Janeiro										Fevereiro																				
Aplicada em	Dezembro																														
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PRÓXIMA APLICAÇÃO	23	24	25	26	27	28	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Exemplo: Se a aplicação de Acetato de medroxiprogesterona for no dia 10 de junho, a próxima será dia 2 de setembro





Anexo III – Termo de Ciência e Responsabilidade




TERMO DE CIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____

RG _____, por meio deste instrumento, declaro estar ciente sobre os riscos da administração do anticoncepcional **ENANTATO DE NORESTISTERONA 50 MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG** fora do prazo, conforme fui orientada.

Canoas, ____ de _____ de _____.

Assinatura



TERMO DE CIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____

RG _____, por meio deste instrumento, declaro estar ciente sobre os riscos da administração do anticoncepcional **ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 MG** fora do prazo, conforme fui orientada.

Canoas, ____ de _____ de _____.

Assinatura





REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. Diário Oficial. República Federativa do Brasil, 1955.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher/ Assistência ao Planejamento Familiar – 4a ed. Brasília, 2001.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.





http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)

Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves. Secretaria Municipal, de Saúde. Protocolo para dispensação e aplicação de anticoncepcionais injetáveis no município. Bento Gonçalves, 2019.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás/ organizadores Clari Fátima Weirich Rosso... [et al]. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p.il.

Rotinas em Obstetrícia (ARTMED-5º edição) 2010, Fernando Freitas e outros.

