



PROTOCOLO DE  
**Enfermagem**  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MÓDULO **2**

*Saúde da Mulher*



**Coren**<sup>PR</sup>  
Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

[www.corenpr.gov.br](http://www.corenpr.gov.br)

PROTOCOLO DE  
***Enfermagem***  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MÓDULO **2**

*Saúde da Mulher*

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
Módulo 2 – Saúde da Mulher

Publicação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná para orientar as equipes das Secretarias Municipais de Saúde na construção de protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

COMISSÃO Vera Rita da Maia  
ORGANIZADORA Daiane Alves dos Santos  
Fabíola Schirr Cardoso  
Deliziê Martins  
Carmen Cristina Moura dos Santos  
Gláucia Buss Guimarães  
Karla Crozeta Figueiredo  
Ramony Filippini Martins  
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
Ester do Nascimento Ribas  
Fernando Miguel de Sousa

AUTORES Alessandra Crystian Engles dos Reis  
MÓDULO 2 - SAÚDE DAS MULHERES Tatiane Herreira Trigueiro  
Marilene Loewen Wall  
Deisi Forlin Benedet  
Kátia Vezzozo  
Marcelexandra Rabelo  
Vânia Muniz Nequer Soares

Ano da publicação: 2020  
Conselho Regional de Enfermagem do Paraná  
Rua Prof. João Argemiro Loyola, 74 – Seminário – Curitiba-PR  
corenpr.gov.br | faleconosco@corenpr.gov.br  
ISBN 978-65-89228-03-5



# *Conselho Regional de Enfermagem do Paraná*

## *Gestão 2018-2020*

*Simone Aparecida Peruzzo – Presidente*

*Vera Rita Da Maia – Secretária*

*Sidinéia Corrêa Hess – Tesoureira*

### **CONSELHEIROS EFETIVOS**

*Alessandra Sekscinski*

*Eziquiel Pelaquine*

*Marcio Roberto Paes*

*Maria Cristina Paganini*

*Marta Barbosa*

*Tereza Kindra*

### **CONSELHEIROS SUPLENTE**

*Alessandra Ferla Martins*

*Amarilis Schiavon Paschoal*

*Cleonice Diniz Da Fonseca Advente*

*Janyne Dayane Ribas*

*Junia Selma De Freitas*

*Katia Mara Kreling Vezozzo*

*Odete Miranda Monteiro*

*Ramone Aparecida Przenyczka*

*Roseli De Jesus Dos Santos*

# *Palavra da presidente*

É com muita satisfação que o Coren/PR apresenta à categoria a série de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, resultado do trabalho desenvolvido pelo GT Protocolos, composto por profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde e na área acadêmica, verdadeiras referências em assistência de enfermagem, gestão e ensino.

O GT Protocolos deu continuidade ao trabalho desenvolvido no Paraná pela Comissão Estadual de Atenção à Saúde, estabelecida no Coren/PR em janeiro de 2018, uma resposta às medidas jurídicas adotadas em 2017 que proibiam enfermeiros de requisitarem consultas e exames complementares na Atenção Básica, que ameaçavam restringir a atuação profissional da Enfermagem.

Durante o ano de 2018, a comissão do Coren/PR promoveu o debate interno e com a comunidade sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, a abrangência dos protocolos de enfermagem, as questões éticas e legais, bem como a autonomia profissional.

Em março de 2019, o Cofen lançou as diretrizes para elaboração de protocolos na Atenção Básica, vindo ao encontro do trabalho que já estava sendo desenvolvido no Paraná. As diretrizes do Cofen consolidaram os trabalhos e o Grupo de Trabalho decidiu elaborar os Protocolos do Paraná por módulos, com apoio das comissões do Coren e de experts, com base em um modelo pré-estabelecido pelo GT.

Foi então designado no Paraná o Grupo de Trabalho Protocolos de Enfermagem (GT Protocolos), que teve a função de elaborar os protocolos propriamente ditos.

Nosso objetivo é oferecer subsídios técnicos à equipe de enfermagem que atua nas Unidades de Atenção Primária com o apoio de documentos que norteiam a assistência, contribuindo com a valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria.

Apropriem-se destes materiais e os utilizem para adaptá-los à realidade dos diferentes municípios. Este instrumento de apoio certamente contribuirá para ampliar a visibilidade da assistência, o protagonismo e liderança da equipe de Enfermagem.

*Simone Peruzzo*  
Presidente do Coren/PR

# Apresentação

A Atenção Primária à Saúde da Mulher visa oferecer prevenção e cuidados em qualquer época de sua vida. Para tanto, no âmbito da equipe de enfermagem é na consulta ginecológica do(a) enfermeiro(a) que serão identificadas potenciais demandas da vida sexual e reprodutiva, sejam espontâneas ou por algum desconforto prévio. É durante a abordagem ginecológica que além da entrevista, prevê o exame físico, o(a) profissional dará ênfase às mamas e às estruturas da pelve, externa e interna, com o auxílio do exame especular, e levantará potenciais riscos e complicações à saúde da mulher.

A abordagem ginecológica vai além da procura por desconforto e riscos, pois nessa consulta a mulher pode exteriorizar suas intimidades, medos, frustrações, que por vezes estão naturalizados em seu cotidiano, possibilitando ao(à) profissional identificar diagnósticos de cuidado e traçar condutas que oferecerão uma melhor qualidade à vida sexual e reprodutiva da mulher, entendendo que a sexualidade perpassa seu modo de vida de forma integral e, consequentemente, sua expressão social.

Com o objetivo de instrumentalizar a consulta de enfermagem na Saúde da Mulher, com sustentação legal, segurança e qualidade o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, com base nas “Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais” concentra neste módulo as ações pertinentes ao Enfermeiro, destacando que é em seu fazer profissional que ele constrói sua identidade. Esta é a primeira vez que este Conselho Regional produz material condutor para dinamizar o cuidado à mulher e ao processo de trabalho da equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde - APS em todo o Estado do Paraná.

Salienta-se que para efeitos legais, este documento está de acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e com a Resolução COFEN Nº 195/1997, a qual estabelece a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro(a), sendo válido como protocolo institucional.

# Sumário

<i>Apresentação</i> .....	6
<i>1. Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia</i> .....	9
Coleta de dados.....	10
Algoritmo – Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia .....	14
<i>2. Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia com demanda relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis</i> .....	15
2.1 Algoritmo – Consulta do(a) Enfermeiro(a) à mulher com sintomas de Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	16
Corrimentos Vaginais.....	17
2.2.1 Candidíase Vulvovaginal .....	17
2.2.1.1 Coleta de Dados .....	17
2.2.2 Vaginose Bacteriana .....	18
2.2.2.1 Coleta de Dados .....	18
2.2.3 Tricomoníase .....	18
2.2.3.1 Coleta de Dados .....	18
2.2.4 Algoritmo Desconforto Relacionado a Corrimento Vaginal.....	20
2.3 Cervicites e Corrimentos Uretrais.....	22
2.3.1 Coleta de Dados .....	22
2.3.2 Algoritmo – Cervicites e Corrimentos Uretrais sem Laboratório.....	23
2.4 Úlceras Genitais.....	24
2.4.1 Sífilis .....	24
2.4.1.1 Coleta de Dados .....	24
2.4.2 Herpes.....	25
2.4.2.1 Coleta de Dados .....	25
2.4.3 Algoritmo – Úlceras Genitais.....	26
2.5 Verrugas Anogenitais .....	28
2.5.1 Papilomavírus Humano – HPV.....	28
2.5.1.1 Coleta de Dados .....	28
2.5.1.2 Algoritmo – Abordagem à Mulher Portadora de Verrugas Anogenitais ..	29
<i>3. Infecção do Trato Urinário</i> .....	30
3.1 Coleta de Dados.....	30

3.2 Algoritmo – Consulta do(a) Enfermeiro(a) à Mulher com Infecção do Trato Urinário .....	31
4. <i>Planejamento Reprodutivo</i> .....	32
4.1 Coleta de Dados.....	37
4.2 Algoritmo – Planejamento Reprodutivo .....	38
5. <i>Demandas na Síndrome Climatérica</i> .....	39
5.1 Coleta de Dados.....	40
5.2 Algoritmo – Demandas da Síndrome Climatérica.....	41
6. <i>Referências</i> .....	44

#### LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tratamento Sífilis .....	27
Quadro 2 – Tratamento Herpes.....	27
Quadro 3 – Classificação dos critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos.....	32
Quadro 4 – Condição clínica e a indicação conforme a classificação e categorias dos critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos disponíveis na rede de atenção.....	33
Quadro 5 – Orientações para os sinais e sintomas da Síndrome Climatérica.....	41

#### LISTA DE ALGORITMOS

Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia .....	14
Consulta do(a) Enfermeiro(a) à mulher com sintomas de Infecções Sexualmente transmissíveis .....	16
Algoritmo Desconforto Relacionado a Corrimento Vaginal.....	20
Cervicites e Corrimentos Uretrais sem Laboratório .....	23
Úlceras Genitais.....	26
Abordagem à Mulher Portadora de Verrugas Anogenitais .....	29
Consulta do(a) Enfermeiro(a) à Mulher com Infecção do Trato Urinário.....	29
Planejamento Reprodutivo.....	38
Demandas da Síndrome Climatérica .....	41



# Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia

A consulta do(a) Enfermeiro(a) deve ser realizada de forma sistemática a partir da empatia para com a mulher sob seus cuidados, a fim de alcançar resultados que favoreçam a monitorização quanto à manutenção de sua saúde e resolutividade de potenciais demandas.

Durante toda a abordagem ginecológica, a mulher deve ter liberdade para formular questões e receber orientações.

Importante informar para a preparação de cada consulta (no agendamento da consulta, as orientações deverão ser entregues<sup>1</sup>):

- Não ter relações sexuais (mesmo com camisinha) e evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais, nas 48 horas anteriores à realização do exame ginecológico;
- No dia do exame, não deve estar menstruada;
- Mulheres grávidas<sup>2</sup> também podem se submeter ao exame ginecológico, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê.

Atitudes para com a mulher:

- Criar um ambiente acolhedor e comportar-se com cortesia;

---

1 Podendo ser por: aplicativo, WhatsApp, e-mail e físico.

2 Ver Capítulo para gestante (Pré-natal).

- Respeitar a privacidade a fim de promover o conforto e diminuir a tensão durante o exame;
- Orientar sobre o procedimento, buscando esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade e o medo. Importante demonstrar os materiais caso a cliente desconheça;
- Orientar para o esvaziamento vesical antes de iniciar o exame, pois a distensão vesical dificulta o exame dos órgãos pélvicos para o examinador, trazendo incômodo para a mulher examinada;
- Fornecer à mulher roupa adequada ao exame;
- Orientar a mulher a respirar com tranquilidade e relaxar durante o exame.

Atitudes do profissional examinador:

- Lavar as mãos;
- Preencher a ficha de requisição laboratorial (Papanicolau) e etiqueta de identificação de recipiente e lâmina;
- Preparar o material e equipamento necessários;
- Respeitar as normas da técnica asséptica;
- Manter a área a ser examinada descoberta e com iluminação adequada;
- Agir com segurança;
- Posicionar-se sentado(a) para realização da inspeção e do exame especular.

A educação em saúde deve permear todos os momentos da consulta, considerando as etapas a seguir.

(BRASIL, 2013b; 2016a; 2019)

## 1.1 COLETA DE DADOS

- Entrevista (será realizada antes de colocar a mulher na mesa ginecológica):

- ✓ Identificação;
- ✓ Razão da consulta;
- ✓ História atual de saúde;
- ✓ História social;
- ✓ Antecedentes clínicos e revisão dos sistemas;
- ✓ Antecedentes familiares;
- ✓ História menstrual;
- ✓ Antecedentes obstétricos;
- ✓ História relacionada ao planejamento reprodutivo;
- ✓ História sexual.

- Exame físico: verificação de sinais vitais e antropometria.

- Exame físico ginecológico:

- ✓ Se possível, o(a) examinador(a) estar acompanhado(a) de um(a) assistente;

- ✓ Explicar as etapas;
- ✓ Solicitar que a mulher retire toda a roupa e vista um avental com abertura anterior;
- ✓ Atentar-se para a comunicação não verbal;
- ✓ Atentar-se para as expressões de dor.

Dar ênfase para:

- a. Exame de mamas;
- b. Inspeção geral pélvica: vulva, vagina, útero e anexos, além do panículo adiposo;
- c. Realização do exame Papanicolau.

### *Exame físico ginecológico: Mamas*

O Exame Clínico das Mamas (ECM) deve ser realizado como parte inicial da investigação. Deve incluir a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares. Em casos de mulheres mastectomizadas, deve-se palpar a parede do tórax, pele e cicatriz cirúrgica.

#### a) Inspeção estática

- Colocar a mulher sentada na mesa ginecológica, com os braços ao lado do corpo. Desnudar primeiro uma mama, depois a outra e pedir que eleve o braço da mama que será examinada, primeiro, sobre a cabeça;
- Observar e descrever as características da mama.

#### b) Inspeção dinâmica

- A mulher permanece sentada e solicita-se elevação e abaixamento dos braços lentamente e que realize a contração da musculatura peitoral, comprimindo a palma das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado;
- Observar as características da mama.

#### c) Palpação da região axilar

- A mulher permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do(a) examinador(a), que irá palpar com a mão livre em busca de irregularidades.

#### d) Palpação da região supraclavicular

- A mulher permanece sentada mantendo a cabeça semifletida. Palpar a região à procura de linfonodos.

#### e) Palpação das mamas

- Com a mulher deitada em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca, iniciar a palpação, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar.

➤ Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada e possíveis alterações na temperatura da pele.

f) Expressão da aréola e papila mamária

➤ A mulher permanece em decúbito dorsal. Pressionar a aréola para verificar a presença de secreção.

*Exame físico ginecológico: Pélvico*

a) Inspeção externa:

✓ Ajudar a mulher a ficar em posição ginecológica, colocando os pés nos estribos da mesa ginecológica, ou colocar a perna sobre as pernas; baixar os glúteos até que sobresaiam da borda inferior da mesa; manter os joelhos bem afastados.

Observar:

✓ Maturação sexual (distribuição de pelos e do tecido adiposo, e a morfologia do panículo adiposo);

✓ Aspecto do clitóris;

✓ Grandes e pequenos lábios;

✓ Meato uretral e o períneo (pode haver cicatrizes pós-parto);

✓ Presença de abscessos da glândula de Bartholin;

✓ Orifício vaginal quanto à colpocele anterior e/ou posterior (avaliar possíveis distopias; solicitar que a mulher faça uma pressão intra-abdominal - manobra de valsava);

✓ Formato e tamanho vaginal para o exame especular;

✓ Orifício anal quanto a hemorroidas, fissuras e à integridade do esfíncter;

✓ Presença de lesões, massas, abscessos e tumores;

✓ Presença de odor com indicativo de infecção ou falta de higiene.

b) Palpação externa:

Investigar a presença palpável de anormalidades.

c) Exame especular/Inspeção interna – Papanicolau:

✓ Introduzir o espéculo;

✓ Inspeccionar o colo uterino anotando: cor, lacerações, úlceras e neoformações;

✓ Inspeccionar o orifício cervical anotando: tamanho, forma, cor, presença de

secreções e/ou pólipos;

✓ Inspeccionar a parede vaginal anotando: presença de lacerações, lesões, ulcerações;

✓ Coletar material citológico;

✓ Realizar o Teste de Schiller e avaliar;

✓ Retirar o espéculo.

d) Palpação Bimanual:

✓ Os dedos indicador e médio do(a) examinador(a), depois de lubrificados, são colocados na vagina onde a cérvix é examinada quanto à posição, formato, consistência, motilidade e lesões. A outra mão do(a) examinador(a) é colocada sobre o abdômen, entre o umbigo e a sínfise púbica, exercendo pressão para baixo em direção à mão na pelve;

✓ Avaliar o útero quanto à posição, formato, tamanho, consistência, regularidade, motilidade, massas e sensibilidade.

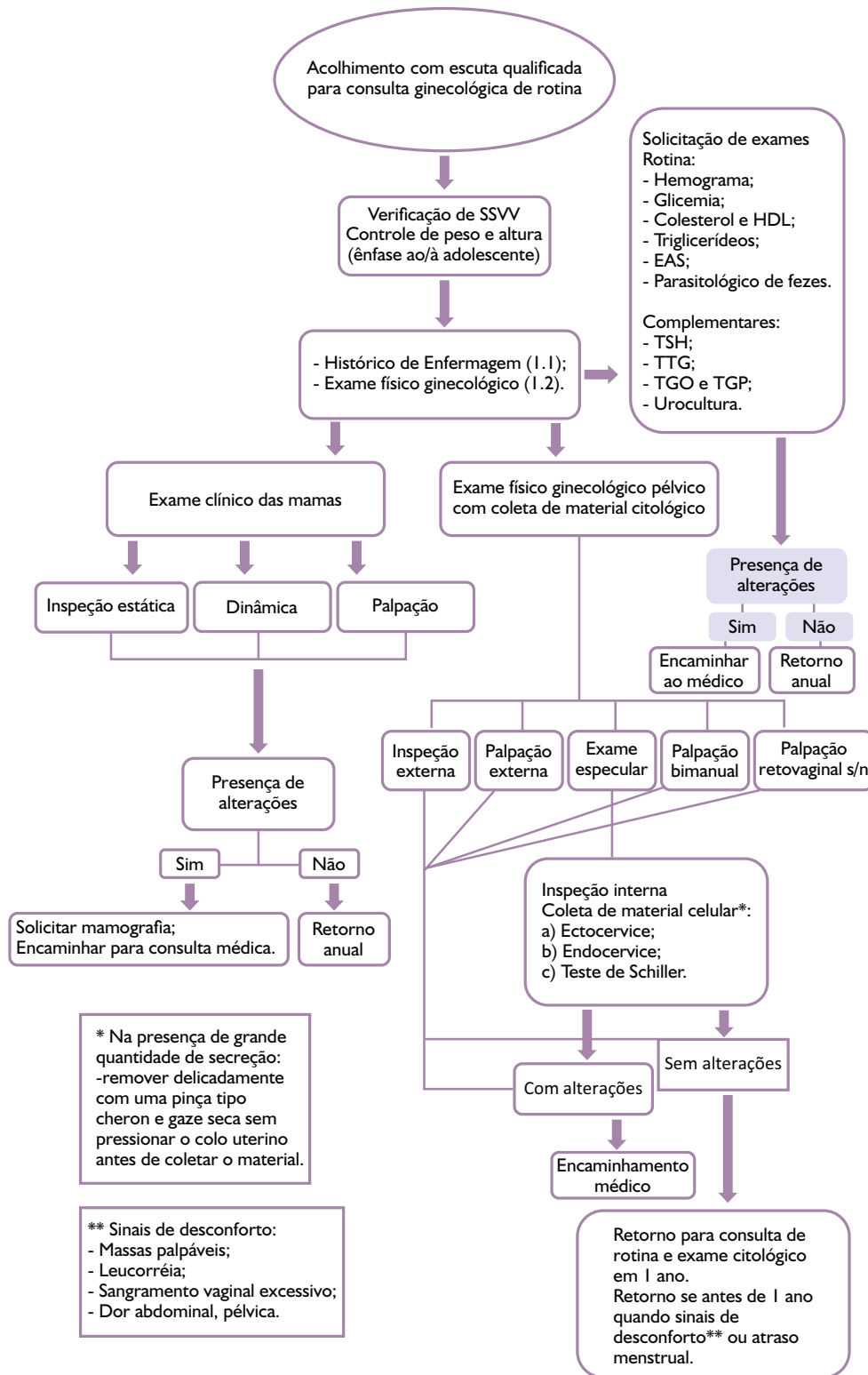
e) Palpação retovaginal (S/N):

✓ Em casos de prolapso das estruturas pélvicas ou afrouxamento visível do períneo, verificar com o exame de toque vaginal e retal possível comprometimento tecidual.

De acordo com a anamnese e o exame físico solicitar os exames de apoio diagnóstico laboratorial e de imagem (Ver Algoritmo 1.1.2) para os procedimentos.

(BRASIL, 2013b; 2016a; 2019)

### 1.1.1 Algoritmo Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia



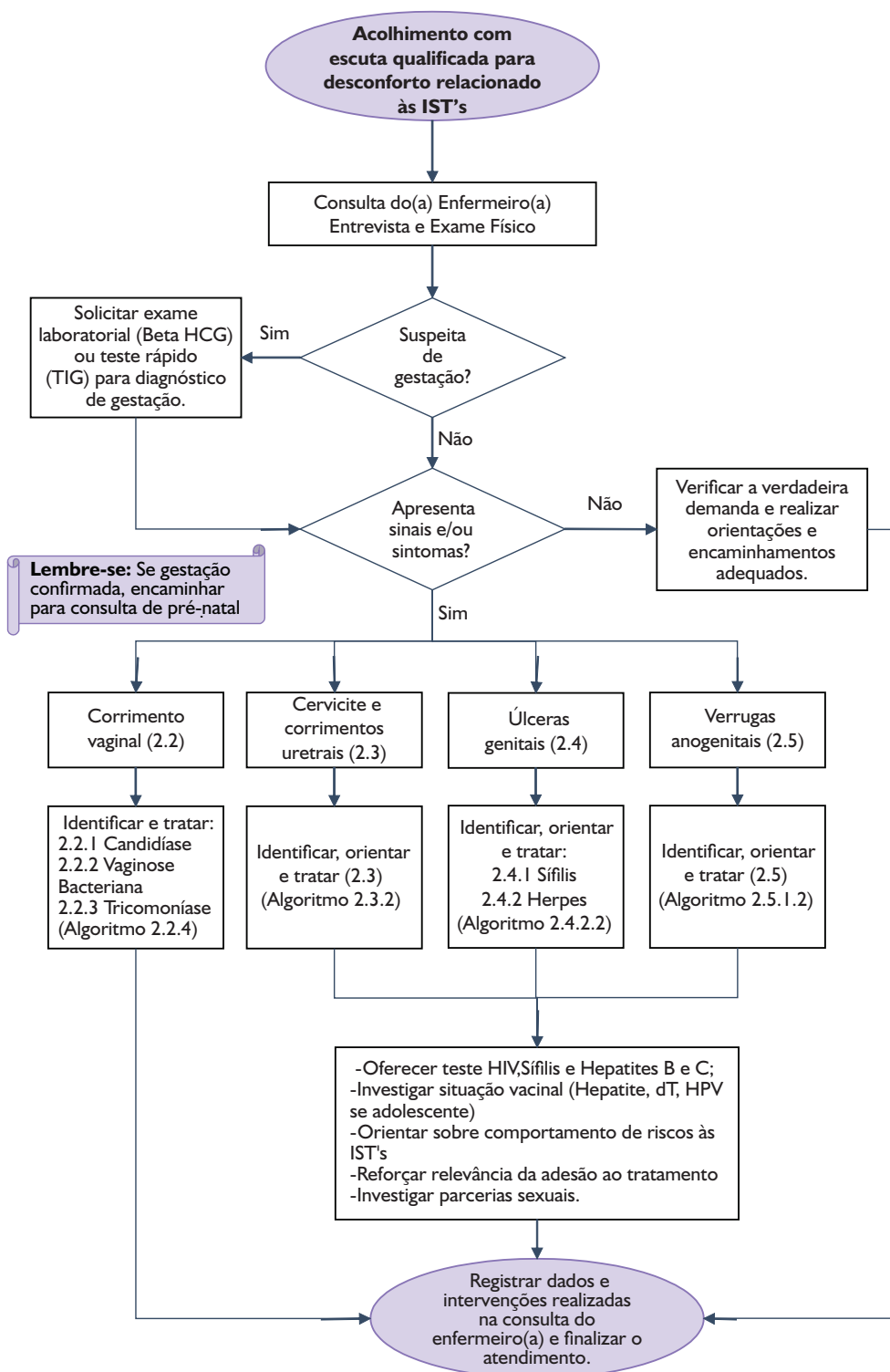
Fonte: Elaborado pelos autores, baseado em Brasil (2016a).

## *Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia com demanda relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis*

A estimativa da incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é de que ocorram mais de um milhão de novos casos a cada dia no mundo, dentre os quais e os de maior frequência estão o Papiloma Vírus Humano (HPV), clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (WHO, 2016).

Entre as principais manifestações clínicas decorrentes das IST encontram-se o corrimento vaginal, as cervicites, o corrimento uretral, as úlceras genitais e as verrugas anogenitais, que apesar da variação em suas especificidades são manifestações com etiologias bem estabelecidas, facilitando a escolha e a realização dos testes para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2019).

## 2.1 ALGORITMO CONSULTA DO(A) ENFERMEIRO(A) À MULHER COM SINTOMAS DE IST (INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS)





## 2.2 CORRIMENTOS VAGINAIS

A presença de corrimento vaginal é uma demanda frequente nos serviços de saúde. Inicialmente é preciso atenção para diagnosticar e orientar as mulheres quanto ao aumento do muco fisiológico, caracterizado como mucorreia, que ao exame especular mostra-se como presença de muco claro e límpido, sem acometimentos inflamatórios da parede vaginal ou alteração do pH (4,0 e 4,5). Cabendo orientações sobre a fisiologia normal da vagina e as relações com a idade e as variações hormonais que podem levar ao aumento da produção de muco (BRASIL, 2016a).

### 2.2.1 *Candidíase Vulvovaginal (CVV)*

Infecção endógena do trato reprodutivo, que causa corrimento vaginal, não considerada IST. O agente etiológico presente em 80% a 92% dos casos de CVV é a *Candida albicans*; as espécies *glabrata*, *tropicalis*, *krusei*, *parapsilosis* são responsáveis pelos demais casos. Em algumas mulheres, de 10% a 20%, a colonização pelo fungo pode ocorrer de maneira assintomática e regredir durante a vida reprodutiva sem causar danos (BRASIL, 2019).

#### 2.2.1.1 *Coleta de dados de Enfermagem*

##### - Entrevista

- ✓ Gestante ou apresenta atraso menstrual;
- ✓ Quatro ou mais episódios sintomáticos no intervalo de um ano;
- ✓ Aumento de peso nos últimos meses;
- ✓ Portadora de Diabetes mellitus (descompensado);
- ✓ Uso de corticoide;
- ✓ Uso de contraceptivos orais;
- ✓ Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia;
- ✓ Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência);
- ✓ Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local;
- ✓ Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos);
- ✓ Infecção pelo HIV;
- ✓ Prurido vaginal intenso;
- ✓ Dispareunia.

##### - Exame físico

- ✓ Secreção vaginal sem odor, de coloração esbranquiçada, aspecto grumoso aderida à parede vaginal e ao colo do útero;
- ✓ Presença de edema de vulva e hiperemia de mucosa;
- ✓ No teste de pH vaginal não sofre alteração, permanecendo ácido (<4,5);

✓ Na citologia a fresco, mediante utilização de soro fisiológico e hidróxido de potássio a 10%, é possível visibilizar a presença de hifas e/ou esporos dos fungos.

(BRASIL, 2016a; 2019)

### 2.2.2 Vaginose Bacteriana (VB)

Também é uma infecção do trato reprodutivo, que causa corrimento vaginal e não é considerada IST. É caracterizada pela desordem do trato genital inferior com maior frequência entre mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não), associada à redução de lactobacilos protetores da flora vaginal normal e consequente crescimento de microrganismos, principalmente a *Gardnerella vaginalis*, que caracterizam corrimento de odor fétido, acentuado após coito ou menstruação devido à alcalinização do conteúdo vaginal (pH>4,5) (BRASIL, 2019).

#### 2.2.2.1 Coleta de dados de Enfermagem

- Entrevista

- ✓ Predisposição para aquisição de IST;
- ✓ Cirurgias ginecológicas recentes;
- ✓ Puérpera com história de ruptura prematura de membranas; corioamnionite; prematuridade e endometrite pós-cesárea;
- ✓ Quando presente nos procedimentos invasivos, como no caso de curetagem uterina, biopsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), aumenta o risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

- Exame físico

- ✓ Ao exame especular corrimento fino, branco e homogêneo.

(BRASIL, 2016a; 2019)

### 2.2.3 Tricomoníase

O agente etiológico dessa vulvovaginite é o protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis*. A alcalinização do pH vaginal (6,7 a 7,5), favorece a transmissão de outros agentes infecciosos que podem levar à DIP ou à VB, e em caso de gestação, pode evoluir para rotura prematura de membranas.

(BRASIL, 2019)

#### 2.2.3.1 Coleta de dados

- Entrevista

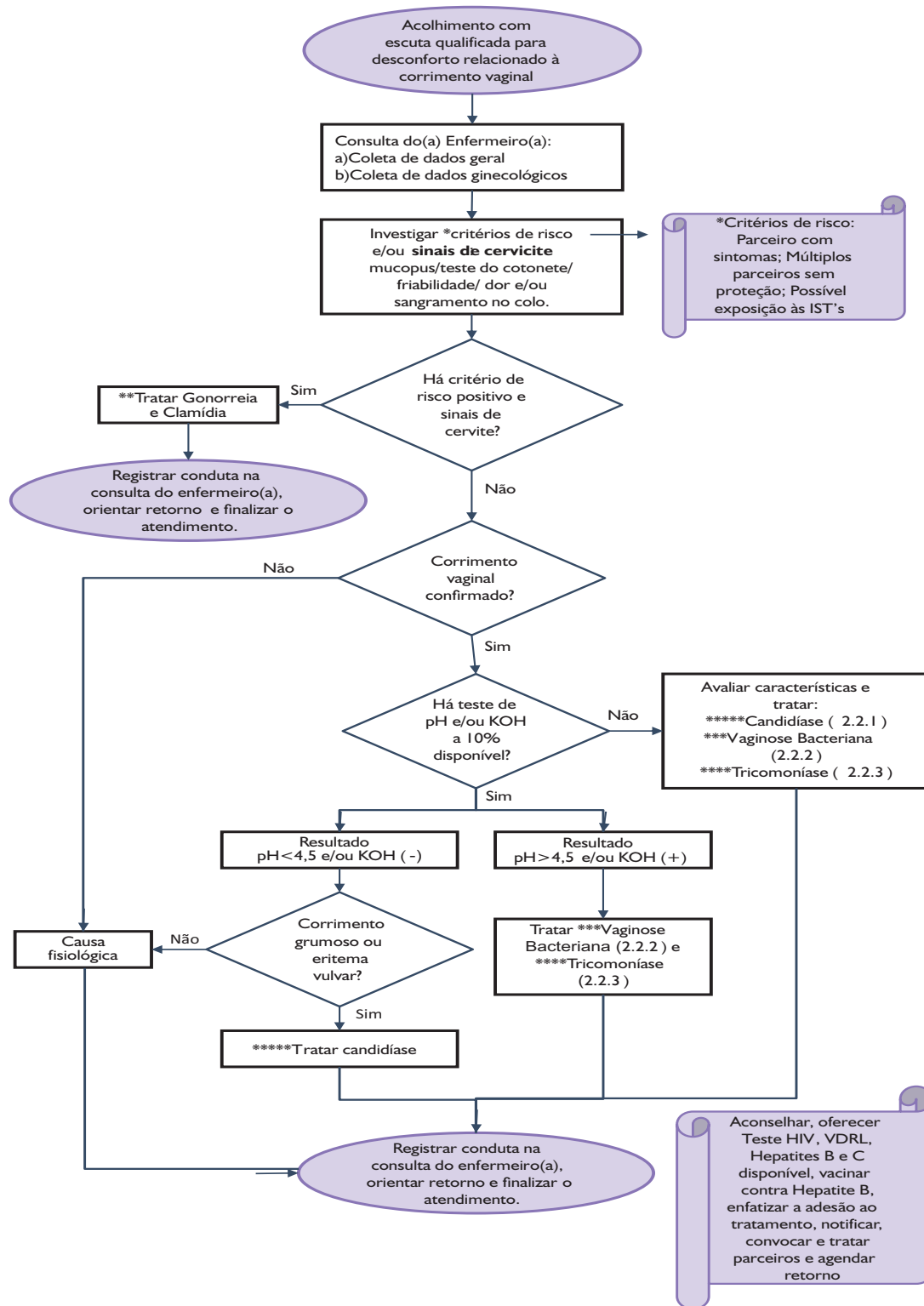
- ✓ Relato de prurido;
- ✓ Pode haver sinusiorragia e dispareunia;
- ✓ Disúria.

- Exame físico

- ✓ Ao exame especular, o colo uterino apresenta-se com aspecto de morango ou framboesa devido às microulcerações e à cervicite;
- ✓ Teste de Schiller com aspecto “onçoide” ou “tigroide”;
- ✓ Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe).

(BRASIL, 2016a; 2019)

## 2.2.4 Algoritmo Desconforto Relacionado a Corrimento Vaginal



**\*\* Tratamento**

**Infecção gonocócica NÃO complicada** (uretra, colo do útero, reto e faringe):

- Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

**Infecção gonocócica disseminada:**

- Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

**Infecção por Clamídia:**

- Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única; ou  
- Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes).

**\*\*\* Tratamento Vaginose Bacteriana:**

**Primeira opção:** Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias; OU -Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias.

**Segunda opção:** Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias.

**Infecções recorrentes:** Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias; OU -Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses.

Gestantes utilizar a primeira opção.

**\*\*\*\* Tratamento Tricomoníase:**

Primeira opção (inclui gestantes e lactantes):

- Metronidazol 400 mg, 5 comp., VO, dose única, (dose total 2 g); ou – Metronidazol 250 mg, 2 comp., VO, 2X/dia, por 7 dias.

**\*\*\*\*\* Tratamento Candidíase**

Miconazol creve 2%, via vaginal, um aplicador cheio, a noite ao deitar-se, por 7 dias; ou

Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, a noite ao deitar-se, por 14 dias; ou

Fluconazol 150mg, VO dose única; ou

Itraconazol 100mg, 2 comp., VO, 2X/dia, por 1 dia .

Os parceiros devem ser tratados com o mesmo esquema.

Fonte: Brasil (2019); Adaptado Brasil (2015a) apud Coren-Go (2017).

## 2.3. CERVICITES E CORRIMENTOS URETRAIS

As cervicites estão relacionadas principalmente com infecções pelas bactérias *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Frequentemente são assintomáticas (70% a 80% dos casos). A prevalência dessas cervicites está relacionada ao uso irregular de preservativo, vida sexual ativa com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outras IST (BRASIL, 2019).

### 2.3.1 Coleta de dados

#### - Entrevista

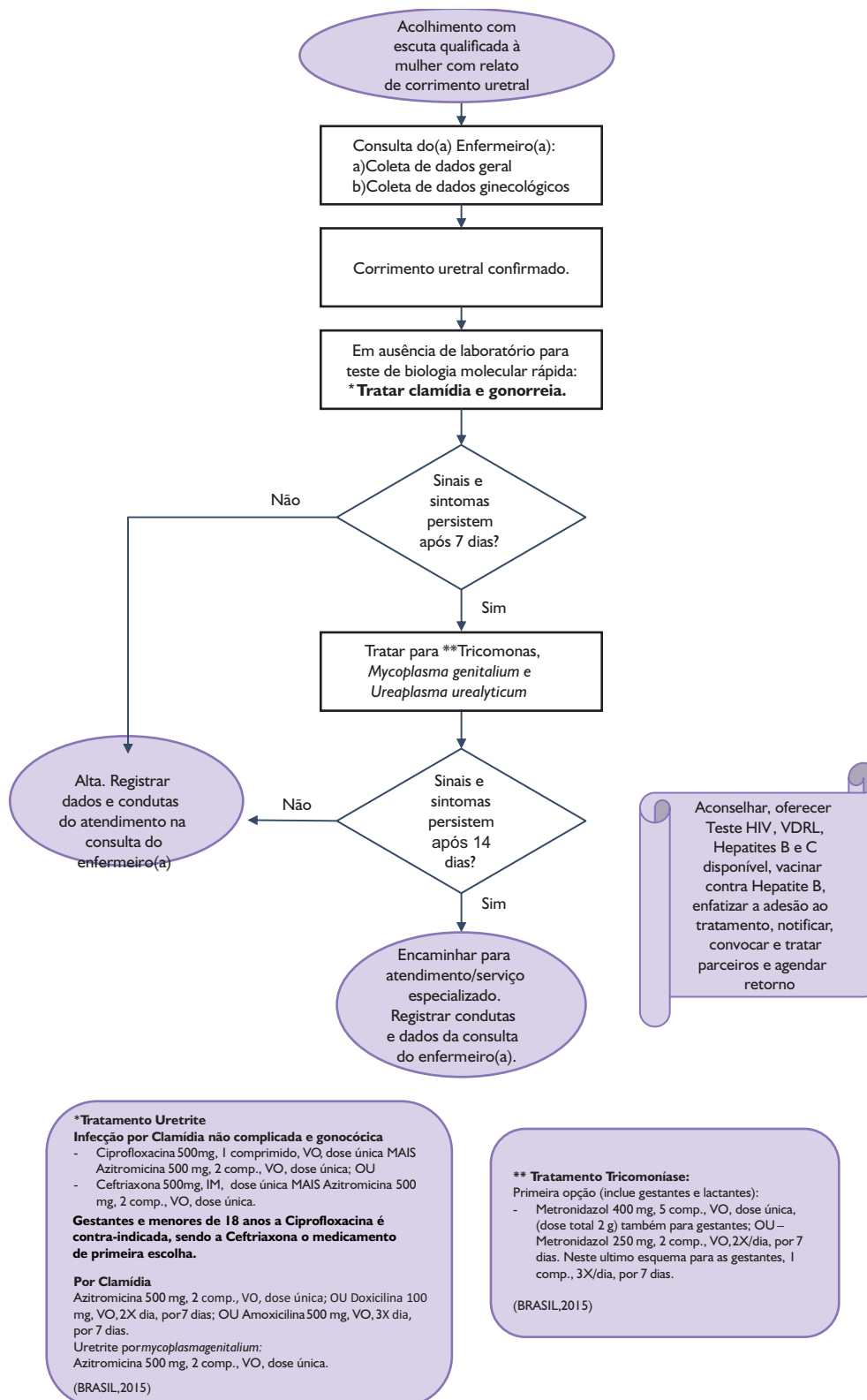
- ✓ Vida sexual ativa;
- ✓ Uso irregular de preservativo;
- ✓ Novas ou múltiplas parcerias sexuais;
- ✓ Parcerias com IST;
- ✓ História prévia ou presença de outras IST;
- ✓ Relato de corrimento vaginal e/ou uretral;
- ✓ Sangramento intermenstrual ou pós-coito;
- ✓ Dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica;
- ✓ Relato de febre.

#### - Exame físico

- ✓ Dor à mobilização do colo uterino;
- ✓ Material mucopurulento no orifício externo do colo;
- ✓ Edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab;
- ✓ Pus uretral (pressão da uretra para cima provocada pela falange do dedo indicador do(a) examinador(a));
- ✓ Pode haver febre.

(BRASIL, 2016a; 2019)

### 2.3.2 Algoritmo Cervicites e Corrimentos Uretrais sem Laboratório



## 2.4 ÚLCERAS GENITAIS

### 2.4.1 Sífilis

O agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum*, com lesões secundárias ricas em treponemas, sendo de notificação compulsória (BRASIL, 2016b; 2019). Os dados mais recentes mostram que em 2016, o número de notificações no Paraná foi de 5.561 casos de sífilis adquirida, 2.064 casos de sífilis gestacional e 725 casos de sífilis congênita. Ainda em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,5 casos de sífilis adquirida/100 mil habitantes, enquanto no Estado do Paraná a taxa alcançou o valor 49,5/100 mil. (BRASIL, 2018a).

A sífilis é uma infecção de múltiplos estágios, intercalando fases sintomáticas e assintomáticas que podem variar quanto ao tempo conforme o estado imunológico do hospedeiro e tratamento adequado (BRASIL, 2016b; 2018b).

#### 2.4.1.1 Coleta de dados

##### - Entrevista

- ✓ Vida sexual ativa;
- ✓ Uso irregular de preservativo;
- ✓ Novas ou múltiplas parcerias sexuais;
- ✓ Parcerias com IST;
- ✓ História de nódulo indolor com ferida subsequente em qualquer local do corpo, com ênfase para a genitália;
- ✓ Sintomas de infecção.

##### - Exame físico

###### Fase primária:

- ✓ Nódulo indolor único, ou úlcera advinda de nódulo anterior;

###### Fase secundária:

- ✓ Sinais sistêmicos de infecção;
- ✓ Erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco;
  - ✓ Lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no diagnóstico secundário);
  - ✓ Placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas;
  - ✓ Lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma alto);
  - ✓ Alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada.

(BRASIL, 2016b; 2018b)



## 2.4.2 Herpes

As infecções herpéticas são predominantemente ocasionadas pelos vírus HSV 1 e 2, responsáveis por lesões periorais e genitais, respectivamente. Sendo sintomático em aproximadamente 13% a 37% dos casos. (BRASIL, 2015a; 2019). Infecção não curável, porém tratável.

### 2.4.2.1 Coleta de dados

#### -Entrevista

- ✓ Atividade sexual desprotegida;
- ✓ História de ferida genital há menos de 12 meses;
- ✓ Prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.

#### - Exame físico

- ✓ Lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, dolorosas e de localização variável na região genital;
- ✓ Pode haver febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Pode simular quadro de infecção urinária baixa;
- ✓ A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos. (BRASIL, 2019)



Quadro 1 – Tratamento Sífilis

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa (exceto para Gestantes)	Seguimento (teste não Treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxicilina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxicilina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Trimestral

Fonte: (BRASIL, 2019, p. 151).

Quadro 2 – Tratamento Herpes

Condição Clínica	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias <b>OU</b> Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.  O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias <b>OU</b> Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de herpes genital  (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO 2x/dia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano).  Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital ou imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos de PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio.  Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400mg, 3x/dia.	

Fonte: Brasil (2019, p. 149).

Observações:

- ❖ O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente;
- ❖ O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;
- ❖ Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;
- ❖ É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;
- ❖ A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;
- ❖ É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.

## 2.5 VERRUGAS ANOGENITAIS

### 2.5.1 HPV (*Papiloma Virus Humano*)

Corresponde a uma das IST mais frequentes no mundo, sendo majoritariamente assintomática. Também, como no caso da Herpes, é uma infecção não curável, porém tratável.

#### 2.5.1.1 Coleta de dados

- Entrevista

- ✓ Atividade sexual sem uso de preservativo.

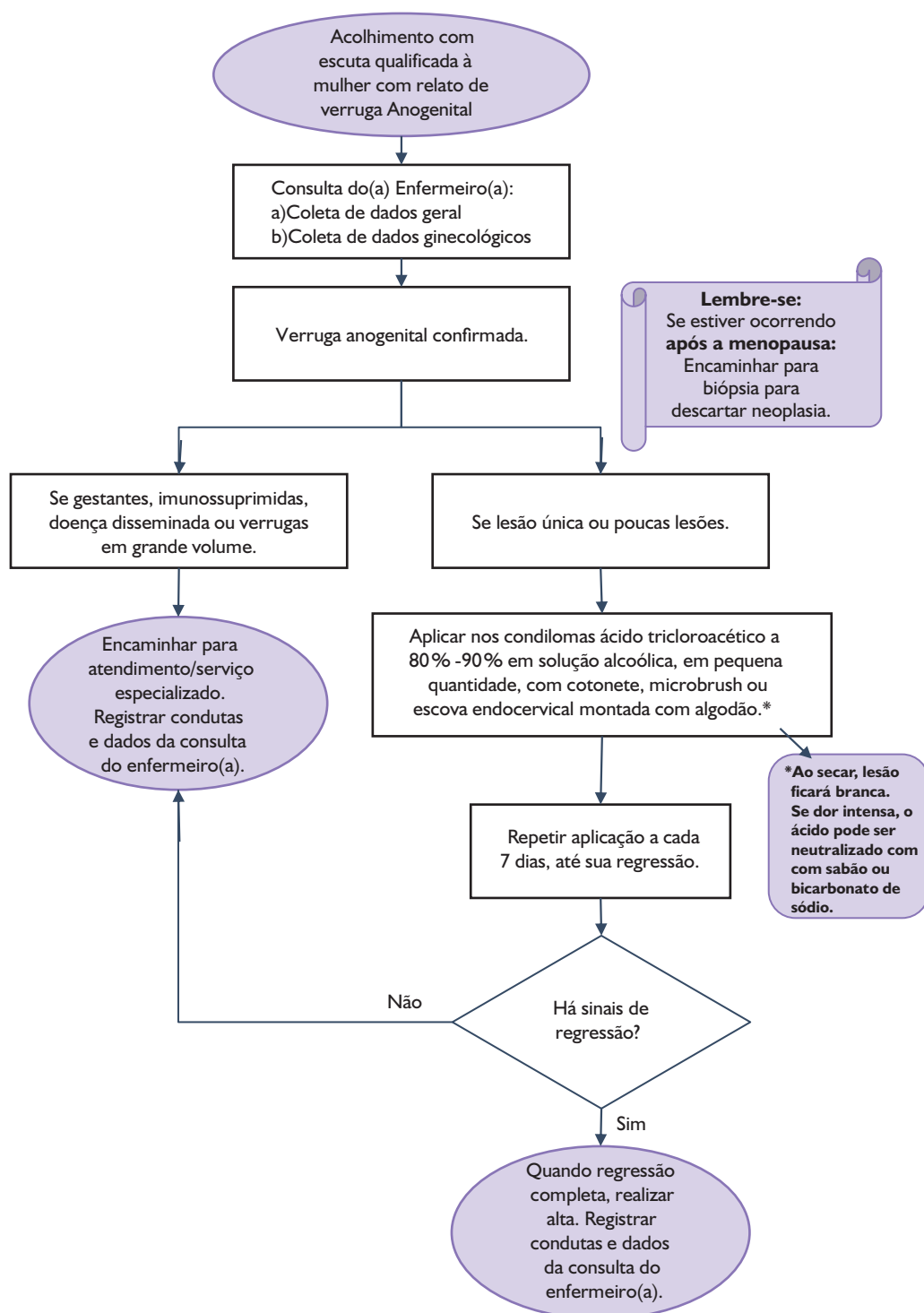
- Exame físico

Exame especular ou colposcopia:

- ✓ Presença de lesões acetobranças e ou condiloma acuminado (verrugas genitais ou “cristas de galo”). Lesões na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. As maiores se assemelham à “couve-flor” e as menores possuem aparência de pápula ou placa, podendo ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas. São lesões de alta transmissibilidade.
- ✓ Podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

(BRASIL, 2019; CURITIBA, 2019)

### 2.5.1.2 Algoritmo Abordagem à mulher portadora de Verrugas Anogenitais



Fonte: Adaptado de Brasil (2016a).

## *Infeção do Trato Urinário*

A Infeção do Trato Urinário (ITU) caracteriza-se pela presença de microrganismos no trato urinário, sendo a *E. coli* o principal agente bacteriano (80% a 95%). A infeção pode ser sintomática ou assintomática (bacteriúria assintomática) e divide-se conforme a região acometida, englobando quando sintomática a cistite e uretrite quando infeção baixa, ou como pielonefrite quando incide as vias altas do trato urinário (BRASIL, 2013c; 2015c; 2016a; CURITIBA, 2019).

### **3.1 COLETA DE DADOS**

#### - Entrevista

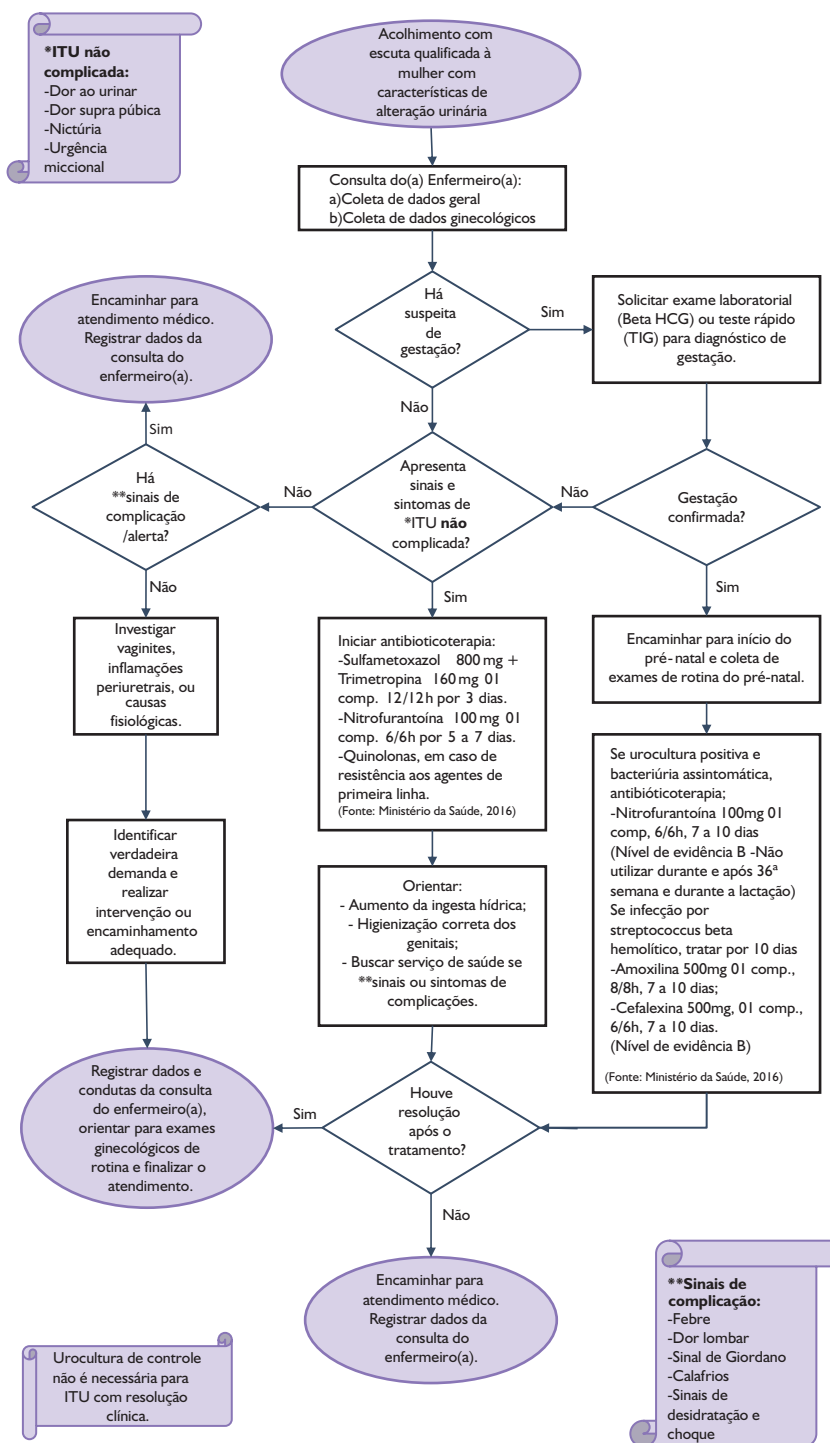
- ✓ Gestante ou idosa (ou fatores de imunossupressão associados);
- ✓ Disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal;
- ✓ Antecedente pessoal de infeção do trato urinário e nefrolitíase.

#### - Exame físico

- ✓ Sem alterações visíveis;
- ✓ Pode apresentar dor à palpação suprapúbica e/ou manobra de Giordano positiva nos casos de maior gravidade.

(BRASIL, 2016a)

### 3.2 ALGORITMO CONSULTA DO(A) ENFERMEIRO(A) À MULHER NA ITU



Fonte: Adaptado de Brasil (2015c); Brasil (2016a); Curitiba (2019).

## Planejamento Reprodutivo

A anticoncepção envolve a oferta de informação, aconselhamento, prescrição conforme os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2016) e acompanhamento clínico, em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013a).

A escolha do método contraceptivo envolve eficácia, efeitos secundários adversos, aceitabilidade, disponibilidade da rede pública, facilidade de uso, reversibilidade, proteção contra IST (BRASIL, 2013a).

Para a prescrição dos métodos contraceptivos de forma segura, devem-se seguir os Critérios Médicos de Elegibilidade (CME) organizados em quatro categorias (WHO, 2016), conforme o quadro abaixo.

Quadro 3 – Classificação dos critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos.

Categoria 1	Não há restrição para o uso do método contraceptivo. ❖ Pode ser prescrito pelo(a) Enfermeiro(a).
Categoria 2	As vantagens de usar o método geralmente superam o risco. ❖ Pode ser prescrito pelo(a) Enfermeiro(a), mediante acompanhamento clínico dos sinais e sintomas decorrentes do uso do método.
Categoria 3	Os riscos comprovados superam as vantagens de usar o método. ❖ Prescrição NÃO realizada pelo(a) Enfermeiro(a).
Categoria 4	O risco de saúde é inaceitável se o método contraceptivo for usado. ❖ Prescrição NÃO realizada pelo(a) Enfermeiro(a).



Quadro 4 – Condição clínica e indicação conforme classificação e categorias dos critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos disponíveis na rede de atenção.

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
<b>Doenças cardiovasculares</b>					
Acidente vascular cerebral	4	2 m	3	2m	1
Isquemia cardíaca	4	2 m	3	2m	1
Fatores de risco múltiplo (n)	3/4	2	3	2	1
<b>Dores de cabeça</b>					
Não relacionadas com enxaquecas	1	1	1	1	1
Enxaquecas com aura(s)	4 s	2 m,s	2 m	2 m	1
<b>Tromboembolismo venoso</b>					
História anterior	4	2	2	2	1
História corrente	4	31	31	31	1
Cirurgia com prolongamento de imobilização	4	2	2	2	1
<b>Hipertensão (o)</b>					
40-159 sistólica e 90-99 diastólica ou controlada adequadamente	3	1	2	1	1
>160 sistólica e >100 diastólica	4	2	3	2	1
<b>Diabetes (q)</b>	2q	2	2q	2	1
<b>Doenças do Fígado</b>					
Tumor do fígado (i)	4j	3	3	3	1
Hepatite ativa	<sup>3</sup> / <sub>4</sub> k,a	1	1	1	1
<b>Fumantes</b>					
Idade menor 35 anos	2	1	1	1	1
Idade maior ou igual a 35 anos	3r	1	1	1	1

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
Infecção por HIV (estágio 3 ou 4)	1	1	1	1	3a
<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis</b>					
Gonorreia e Clamídia	1	1	1	1	4a
Outras IST e Vaginites	1	1	1	1	2
Aumento de risco de IST	1	1	1	1	2/3 b
<b>Doença Inflamatória Pélvica (c)</b>					
Aguda	1	1	1	1	4a
Passada	1	1	1	1	1
<b>Sangramento vaginal inexplicável</b>	2	2	3	3	4a
<b>Câncer de mama (atual)</b>	4	4	4	4	1
<b>Câncer de colo do útero (pré- tratamento)</b>	2	1	2	2	4a
<b>Neoplasia Intraepitelial Cervical</b>	2	1	2	2	1
<b>Miomas uterinos</b>	1	1	1	1	1h
<b>Sépsis Puerpe- ral e pós-aborto</b>	1	1	1	1	4
<b>Pós-parto e Aleitamento</b>					
<48 horas	4d	2	3	2	1
>48 horas até <4 semanas	4 d,f	2	3	2	3
4 semanas até <6 semanas	4f	2	3	2	1
6 semanas até <6 meses	3g	1	1	1	1
<b>Nulípara</b>	1	1	1	1	2
<b>Adolescentes menarca com idade &lt;18 anos</b>	1	1	1	1	2

Condição/ Método	Anticoncepcio- nal Combinado oral e injetável	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona oral	Anticoncep- cional apenas de progeste- rona injetável	Implantes	DIU de cobre
<b>Obesidade</b> IMC maior ou igual a 30 kg/m <sup>2</sup>	2	1	1p	1	1
<b>Interações medicamentosas</b>					
Rifampicina/ Rifabu-tina	3 x	3	1-2 w	2	1
Terapia Antiretroviral	1-2 y	1-2 y	1-2 y	1-2 y	2/3 az
Certos anticon- vulsivantes (t)	3 u	3 v	1-2 w,v	2 v	1

Fonte: WHO (2015).

#### Legenda:

- a- Se a condição se desenvolver durante o uso do método, pode continuar usando-a durante o tratamento.
- b- Se a probabilidade for muito alta de exposição à gonorreia ou clamídia = 3.
- c- Se doença inflamatória pélvica anterior (DIP) considerar todos os métodos = 1, incluindo DIU.
- d- Se <3 semanas, não estar amamentando e nenhum outro fator de risco para tromboembolismo venoso (TEV) = 3.
- e- Se não amamentar = 1.
- f- Se 3 a <6 semanas, não amamentando e sem outros fatores de risco para TEV = 2, com outros fatores de risco para TEV = 3
- g- Se ≥6 semanas e não amamentar = 1.
- h- Se a cavidade uterina estiver distorcida impedindo a inserção = 4.
- i- Refere-se ao adenoma hepatocelular (benigno) ou carcinoma/hepatoma (maligno).
- j- Se adenoma CIC = 3, se carcinoma / hepatoma CIC = 3/4.
- k- Contraceptivo injetável combinado = 3.
- l- Se estabelecido em terapia de anticoagulação = 2.
- m- Se condição desenvolvida durante este método, considere mudar para o método não hormonal.
- n- Fatores de risco: idade avançada, tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemias conhecidas.

- o- Se não é possível medir a pressão arterial e nenhum histórico conhecido de hipertensão, pode usar todos os métodos. Sistólica ou a pressão arterial diastólica pode estar elevada.
- p- Se a faixa etária <18 anos e obesos, contraceptivo injetável trimestral = 2.
- q- Para insulino-dependente e não insulino-dependente. E se complicado ou > 20 anos de duração, contraceptivo combinado oral e injetável = 3/4; contraceptivo injetável trimestral = 3.
- r- Se < 15 cigarros/dia, contraceptivo injetável combinado = 2. Se ≥ 15 cigarros/dia, contraceptivo combinado oral = 4.
- s- Aura é sintoma neurológico focal, como luzes cintilantes. Se não houver aura e idade < 35, contraceptivo combinado oral e injetável = 2, contraceptivo oral de progesterona = 1. Se nenhuma aura e idade ≥ 35, contraceptivo combinado oral e injetável = 3, contraceptivo oral de progesterona = 1.
- t- Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato e lamotrigina.
- u- Se barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona ou topiramato contraceptivo combinado injetável = 2.
- v- Se lamotrigina = 1.
- w- Contraceptivo injetável trimestral= 1
- x- Contraceptivo combinado injetável= 2.
- y- Se a terapia antirretroviral com EFV, NVP, ATV / r, LPV / r, DRV / r, RTV: COC / P / CVR, CIC, POP, NET-ET, Implantes = 2; Injetável trimestral = 1. Para todos os NRTIs, ETR, RPV, RAL, cada método = 1.
- z- Se a Fase 3 ou 4 da OMS (HIV grave ou doença avançada) DIU = 3.

Algumas condições são categorias 1 e 2 para todos os métodos, sendo elas:

**Condições reprodutivas:** Doença benigna da mama ou massa não diagnosticada, Tumores ovarianos benignos, incluindo Cistos, Dismenorréia, história de Endometriose, histórico de Diabetes gestacional, de Hipertensão arterial durante a gravidez, de Cirurgia pélvica, incluindo operação Cesariana, Gravidez ectópica anterior, doença inflamatória pélvica anterior, pós-aborto (sem sepses) e pós-parto ≥ 6 meses.

**Condições médicas:** Depressão, Epilepsia, Doença assintomática do HIV ou doença clínica leve (Fase 1 ou 2 da OMS), Anemia por deficiência de ferro, doença falciforme e talassemia, Malária, Cirrose leve, Esquistossomose, Distúrbios venosos superficiais, incluindo varizes, Distúrbios da tireóide, Tuberculose (não pélvica), Doença cardíaca valvular não complicada, Hepatite viral (aguda ou crônica).

**Outras:** História familiar de câncer de mama, História familiar de tromboembolismo venoso (TEV), Cirurgia sem imobilização prolongada, Uso de antibióticos (excluindo rifampicina / rifabutina).

## 4.1 COLETA DE DADOS

### -Entrevista

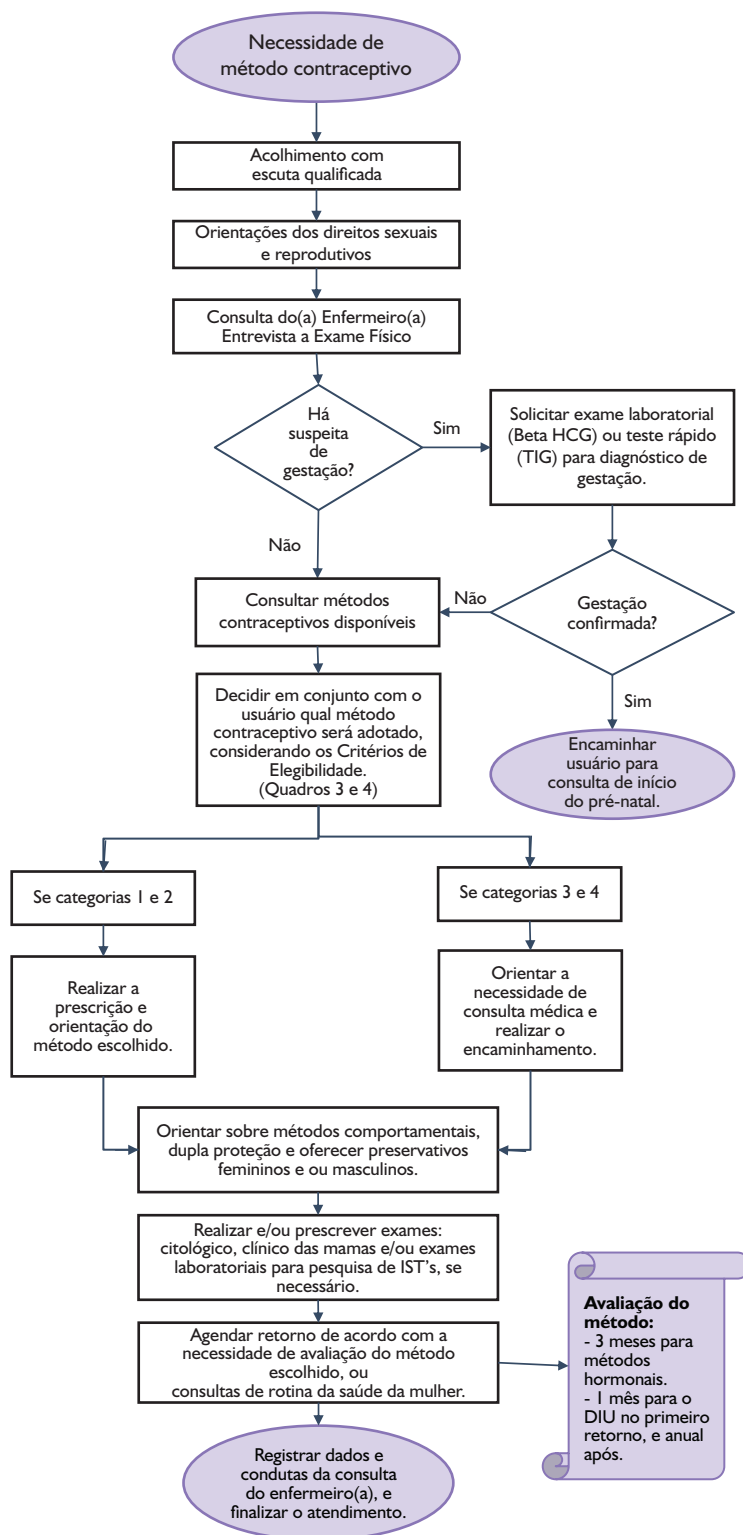
- ✓ Considerar o contexto social, cultural, religioso;
- ✓ Investigar o uso de drogas, parceria sexual, hábitos sexuais, vulnerabilidades para IST ou gestação não planejada;
- ✓ Investigar sobre histórico de exame preventivo de colo uterino anterior;
- ✓ Questionar sobre desejo de concepção;
- ✓ Atentar para disfunções sexuais como desejo sexual hipoativo, aversão sexual, falha na fase de excitação sexual ou falha de resposta genital, disfunção orgásmica, vaginismo, dispareunia e para dificuldades sexuais;
- ✓ Investigar o uso de medicamentos contínuos e comorbidades físicas (agudas e crônicas);
- ✓ Investigar, sempre que pertinente, questões sobre identidade de gênero e orientação sexual;
- ✓ Investigar data da última menstruação (DUM), antecedentes ginecológicos e obstétricos;
- ✓ Reforçar o sigilo profissional sobre aspectos discutidos durante a consulta.

### -Exame físico

- ✓ Exame ginecológico (mamas e pelve) com coleta de material citopatológico de colo de útero (ver informações na seção 1). Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia);

Rastreamento de IST (ver informações na seção 2). Consulta do(a) Enfermeiro(a) em Ginecologia com demanda relacionada às IST.

## 4.2 ALGORITMO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



## *Demandas na Síndrome Climatérica*

Recomenda-se a consulta com o(a) enfermeiro(a) para um acolhimento humanizado e a confirmação do climatério e da menopausa quando a mulher encontra-se na faixa etária esperada e apresente queixas sugestivas e/ou 12 meses consecutivos de amenorreia. Deve ser também uma oportunidade para rastrear o risco de doenças cardiovasculares, cânceres de colo e de mama, bem como checagem sorológica por meio dos testes rápidos.

As queixas podem ser transitórias ou não transitórias (Brasil, 2008; 2016a). Dentre as manifestações transitórias encontram-se:

- **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.

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 (BRASIL,2016a).

Quanto às alterações não transitórias pode-se citar:

- **Urogenitais:** mucosa mais delgada, propiciando prolapso 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 óssea 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).

Algumas mulheres buscam a terapia da reposição hormonal (TRH); cabe ao(à) enfermeiro(a) encaminhar para avaliação e conduta médica e orientar sobre as indicações, contraindicações e limitações no tempo de uso e idade, pois seu uso prolongado pode aumentar as chances de câncer de mama e doenças cardiovasculares (BRASIL,2016a).

Atenção à adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, que reduz essas manifestações (BRASIL,2016a).

## 5.1 COLETA DE DADOS

### -Entrevista

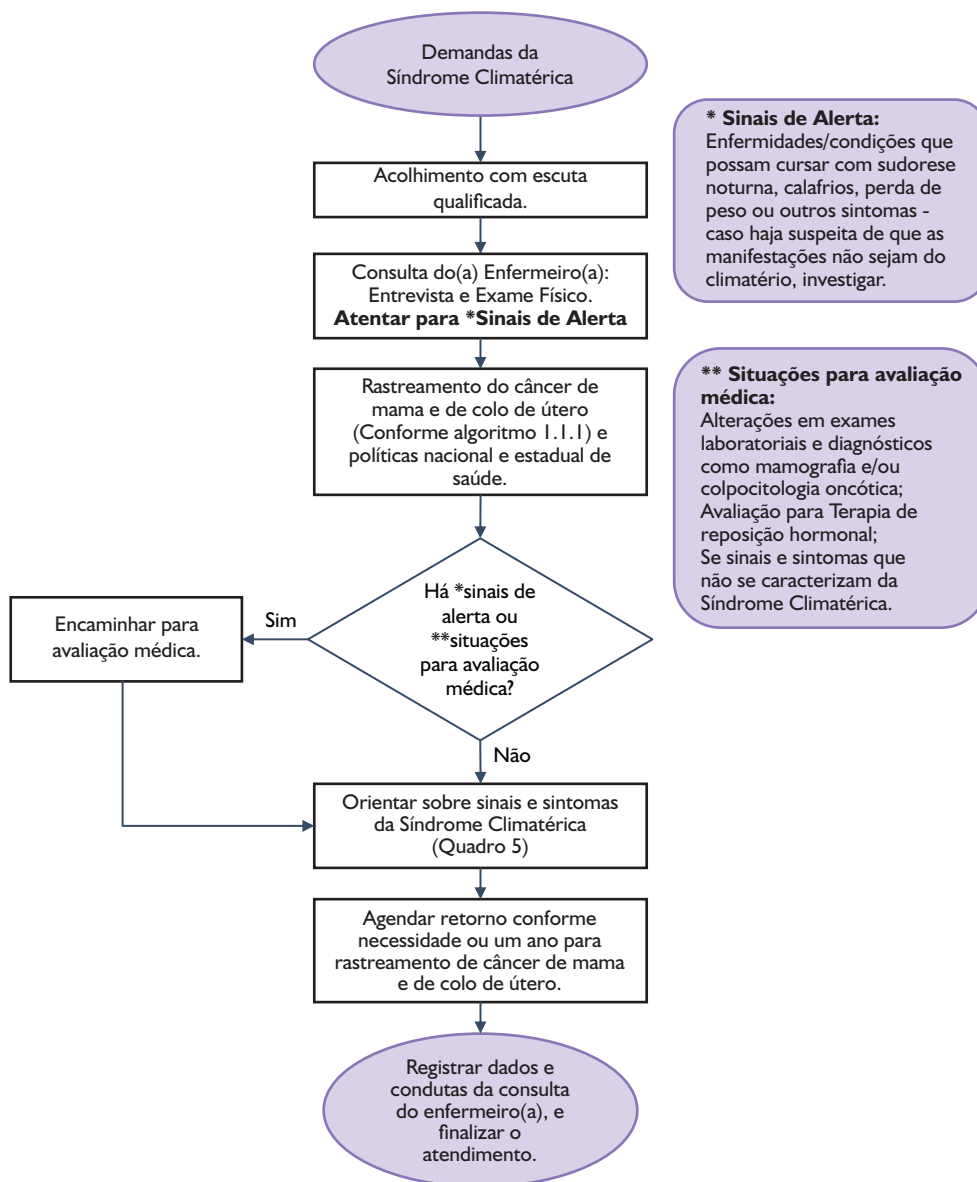
- ✓ História de doença(s) atual(is);
- ✓ História familiar;
- ✓ Hábitos de vida;
- ✓ Comportamento sexual;
- ✓ Uso de medicamentos;
- ✓ Data da última menstruação (DUM);
- ✓ Uso de métodos contraceptivos;
- ✓ Data do último exame ginecológico e da coleta do citológico de colo de útero e prevenção de câncer de mama.

### -Exame físico

- ✓ Exame ginecológico (conforme seção 1) – Clínico das mamas e se necessário solicitar mamografia; exame pélvico externo e interno com coleta de citológico – observa-se a necessidade do uso de estrogênio oral ou tópico prévio ao exame, de preferência aqueles à base de estriol (creme) 2cc intravaginal por sete dias;
- ✓ Avaliar dados antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e circunferência de cintura).
- ✓ Avaliação de risco cardiovascular (Pressão arterial, circunferência abdominal > que 80 cm).



## 5.2 ALGORITMO DEMANDAS DA SÍNDROME CLIMATÉRICA



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 5 – Orientações para os sinais e sintomas da Síndrome Climatérica

**FOGACHOS E SUORES NOTURNOS:**  
Dormir em ambiente bem ventilado; usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se for percebida a chegada dos sintomas; usar tecidos que deixem a pele “respirar”;

beber um copo de água ou suco quando da 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.

#### PROBLEMAS COM O SONO

Se os suores noturnos/fogachos estiverem interrompendo o sono, observar as orientações indicadas no item anterior. 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. Praticar atividades físicas na maior parte dos dias, mas nunca a partir de três horas antes de ir dormir. 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. Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno. Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis. Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde. 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.

#### SINTOMAS UROGENITAIS

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.

#### TRANSTORNOS PSICOSSOCIAIS

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 encaminhamento para tratamento médico de depressão e ansiedade quando necessário.

#### SEXUALIDADE

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 conforme prescrição médica.

A contracepção no climatério precisa ser orientada para prevenir gestações em idade avançada, uma vez que é risco para a mulher. Vide planejamento reprodutivo.

*Fonte: (BRASIL, 2016a).*

# Referências

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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.124 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 26, direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Controle dos Cânceres de Colo Uterino e Mama**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Cadernos de Atenção Básica, nº 9. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS (Coren-GO). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Org. Claci Fátima Weirich Rosso et al., 3ª ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (Coren-SC). **Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, 2016/2017.

CURITIBA (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. 146p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021**. Geneva: WHO, 2016.

World Health Organization (WHO). Geneva: WHO, 2013. Tradução: BRASIL. Coordenação de Laboratório do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



©COREN/PR 2020

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte  
e que não seja para qualquer fim comercial.

Revisão de Texto, Projeto Gráfico, Diagramação e Capa: Agência Três Criativos

