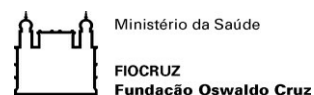




**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**



**Manual do Residente de Medicina da Família e Comunidade:
Capítulo Atenção à Saúde da Mulher**

Campo Grande
2023

Ísis Taborda Silva

**Manual do Residente de Medicina da Família e Comunidade:
capítulos Atenção à Saúde da Mulher e Atenção ao Pré-natal**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: João Alfredo Cadorin

Campo Grande
2023

SILVA, Ísis Taborda, **Manual do Residente de Medicina da Família e Comunidade:** Capítulo Atenção à Saúde da Mulher. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

RESUMO

Frente ao vasto campo de atuação da Medicina de Família e Comunidade tem-se a necessidade de acesso a material teórico de qualidade que facilite a conduta clínica no consultório, no momento de atendimento à paciente. Este trabalho tem como objetivo elencar em um rol taxativo as mais atualizadas condutas e sanar as principais dúvidas quanto à saúde da mulher e seus principais agravos. Este capítulo pertencerá ao livro Manual do Residente de MFC, produzido pelos integrantes da turma de Residência em Medicina de Família e Comunidade SESAUFiocruz de Campo Grande - MS. A metodologia utilizada no estudo foi a pesquisa a partir de revisões bibliográficas, livros-texto e protocolos das principais entidades de relevância no tema, realizando resumo e organizando a informação de forma clara e objetiva. O resultado obtido foi a criação de um manual orientador para atendimento ambulatorial mais célere e assertivo, no tocante à saúde da mulher. Conclui-se que a atenção primária a saúde lida com uma vasta gama de assuntos, dos mais simples até os mais complexos, de pacientes de todas as faixas etárias e ciclos de vida. Sendo assim, o acesso a um guia que otimize as condutas e retire dúvidas pontuais pode e irá auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisões. O manejo aprimorado das pacientes é uma realidade possível através da capacitação dos profissionais, para o fortalecimento da APS e a construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade, resolutivo e consistente.

Palavras-chave: saúde, medicina de família e comunidade, saúde da mulher, atenção primária em saúde, residência de medicina de família e comunidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA	6
HIPÓTESE	6
OBJETIVO PRIMÁRIO	6
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	6
MÉTODOS	7
DISCUSSÃO	7
RESULTADOS	8
1. Contracepção	8
2. Alterações da mama	21
3. Corrimento vaginal	43
4. Amenorreia.....	500
5. Sangramento uterino anormal	577
6. Menopausa e climatério	68
7. Infertilidade.....	77
CONCLUSÕES	822
REFERÊNCIAS.....	83

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde é uma das principais portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). É o serviço de saúde mais acessível à população brasileira em geral, sendo local de atendimento de homens, mulheres e crianças das mais diversas faixas etárias. 17,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais procuraram algum serviço da Atenção Primária nos seis últimos meses do ano de 2019. Entre esses atendimentos 69,9% eram mulheres ¹.

Percebe-se a tendência mundial e cultural do maior autocuidado que mulheres dedicam a sua saúde devido aos seus ciclos de vida, como a preocupação com planejamento reprodutivo, atendimento de pré-natal, puerpério e prevenção de doenças como o câncer de colo uterino e câncer de mama. Além disso, a mulher geralmente é a responsável pelo cuidado familiar, acompanhando os filhos quando estes necessitam do atendimento em saúde, já configurando uma oportunidade para elas mesmas buscarem atendimento.

Sendo assim, é fundamental que o profissional médico, especialista em medicina de família ou não, tenha os conhecimentos necessários para atender a demanda dessa população. Considerando tal necessidade, deu-se início a produção do capítulo de abordagem aos problemas de saúde da mulher, parte do manual do residente de Saúde de Família e Comunidade.

O manual abrange as principais queixas relacionadas à saúde da mulher fora do ciclo gravídico-puerperal, buscando fontes literárias confiáveis e aplicando a medicina baseada em evidências para resolução efetiva desses problemas.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como prestar um atendimento de qualidade as mulheres na atenção primária a saúde? Como otimizar a conduta clínica das queixas mais prevalentes na APS?

HIPÓTESE

Formulação do Manual do residente de Medicina da Família e comunidade: capítulos Atenção à Saúde da Mulher, contendo os subcapítulos: contracepção, alterações da mama, corrimento vaginal, amenorreia, sangramento uterino anormal, menopausa e climatério e infertilidade.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Este trabalho tem como objetivo listar as mais atualizadas condutas e responder as principais dúvidas, com base na medicina baseada em evidência, quanto a atenção à saúde da mulher e seus principais agravos. Este capítulo pertencerá ao livro Manual do Residente de MFC, produzido pelos integrantes da turma de Residência em Medicina de Família e Comunidade SESAUFiocruz de Campo Grande - MS.

Servirá de guia apropriado para consulta rápida ao profissional médico durante as consultas.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Pesquisar na literatura as principais condutas e protocolos sobre a rotina de atendimento à mulher, para estabelecer uma rotina básica e minimizar possíveis intercorrências
- Sistematizar as condutas e trazer leitura dinâmica por meio de fluxogramas
- Melhorar a atenção à Saúde da Mulher e seus principais agravos
- Qualificar os profissionais médicos que atuam na Atenção Primária a Saúde de Campo Grande - MS

MÉTODOS

Para formulação do manual, foi realizada revisão bibliográfica crítica nos principais protocolos e referências no assunto abordado. Foi realizada pesquisa e resumo, assim como comparações entre as fontes, com base nas últimas atualizações disponíveis.

Os temas dos subcapítulos foram escolhidos de acordo com o Currículo Baseado em Competências do Médico de Família e Comunidade ² Foram abordadas as competências essenciais do Maneja apropriadamente os problemas mais frequentes e relevantes na saúde da mulher.

Foram estruturados seguindo uma lógica prática de atendimento em consultório. Cada subcapítulo traz particularidades que complementam a abordagem dos pacientes.

DISCUSSÃO

O presente capítulo foi desenvolvido em 7 subcapítulos, tendo como temas: contracepção, alterações da mama, corrimento vaginal, amenorreia, sangramento uterino anormal, menopausa e climatério e infertilidade, que são temas que fazem parte do atendimento ambulatorial do Médico de Família e Comunidade quando se depara com questões relacionadas à saúde da mulher.

Portanto, reuniu-se de forma clara, objetiva com leitura rápida e intuitiva as respostas para as maiores dúvidas e desafios que o profissional de medicina pode enfrentar no momento da consulta, na esperança, expectativa e com a finalidade precípua de que o manual ao qual este trabalho integra possa melhorar a confiança na relação médico-paciente, por meio de um atendimento que busque a saúde e o bem-estar da mulher, de uma forma mais eficaz e assertiva.

RESULTADOS

1. Contracepção

A contracepção é definida como o conjunto dos métodos físicos ou químicos que visam evitar, de modo reversível e temporário ou irreversível, a fecundação de um óvulo por um espermatozoide, ou, quando há fecundação, evitar que ocorra a nidação do ovo ³.

Para OMS⁴, planejamento familiar/anticoncepção é a possibilidade do indivíduo ou casal ter a oportunidade de escolha do número desejado de filhos, do momento que desejam tê-los e do espaçamento das gravidezes, utilizando para isso métodos contraceptivos.

Antes de discorrermos sobre os métodos contraceptivos propriamente ditos, 2 conceitos ligados ao planejamento familiar devem ser elucidados:

- Critérios de elegibilidade

Os critérios são orientações da OMS⁵ sobre a segurança do uso dos diversos métodos contraceptivos em condições de saúde específicas. Divide-se em 4 categorias, na qual o médico assistente deve se basear para prescrição do método contraceptivo:

Tabela 1 - Critérios de Elegibilidade.

Categoria	Definição
Categoria 1	Uma condição para a qual não há restrição para o uso do método contraceptivo
Categoria 2	Uma condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados
Categoria 3	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método
Categoria 4	Uma condição que representa um risco de saúde inaceitável se o método contraceptivo for utilizado

Fonte: *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2015. Tradução pela autora.*

Nas categorias 1 e 4, são recomendações claramente definidas com a categoria 1 o uso sem restrições e, portanto, aprovado, e a categoria 4 o método não deve ser utilizado ⁶.

Na categoria 2, torna-se necessário um parecer clínico abrangente, tomada de decisão compartilhada com a paciente, explicação sobre benefícios e malefícios e acompanhamento regular ⁶.

No atendimento de uma mulher com condição clínica classificada por categoria 3 exige juízo clínico especializado, avaliação da gravidade da condição e da aceitabilidade de outros métodos alternativos e acessíveis que devem ser considerados ⁶.

Em indivíduos com deficiência física considerando incapacidade de discernimento e cognição ou gravidade da condição de saúde com risco de agravo ou morte, as decisões devem ser compartilhadas pelo cuidador ou responsável legal ⁶.

Semelhante situação deve ser considerada quando a anticoncepção for oferecida a adolescentes com idade inferior a 14 anos (vulnerabilidade legal), quando o Estatuto da Criança e do Adolescente sempre deve ser considerado, bem como o fato de a idade não ser condição de saúde que impossibilita o uso de método anticoncepcional (ECA - Toda a adolescente tem direito à contracepção, independentemente da presença ou autorização dos responsáveis). Em relação ao início da atividade sexual antes dos 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir quando o profissional possui informação de sua não-ocorrência, sempre deixando registrado em prontuário médico ⁷.

**Para acesso a lista completa dos
Critérios Médicos de Elegibilidade
para Uso de Métodos
Anticoncepcionais,
acessar QRcode a seguir:**



- Eficácia

A eficácia de um método contraceptivo é a capacidade desse método de proteger contra a gravidez não desejada e não programada. É expressa pela taxa de falhas própria do método, em um período de geralmente 1 ano. O índice mais utilizado para esse fim é o índice de Pearl, que é assim calculado ⁶:

$$\text{Índice de Pearl} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de falhas} \times 12 \text{ meses} \times 100 \text{ (mulheres)}}{\text{N}^\circ \text{ total de meses de exposição}}$$

Tabela 2 - Índice de Pearl dos principais métodos contraceptivos

Anticoncepcional	Uso correto ou perfeito	Uso habitual ou comum	Continuidade
MUITO EFETIVOS			
Implante	0,05	0,05	78%
Vasectomia	0,1	0,15	100%
DIU-LNG	0,2	0,2	81%
Esterilização feminina	0,5	0,5	100%
DIU-Cu	0,6	0,8	78%
EFETIVOS			
Lactação/amenorreia	0,9	2,0	-
Injetáveis mensais	0,3	3,0	56%
Pílulas combinadas	0,3	3,0	68%
Pílulas progestagênios	0,3	3,0	68%
Anel vaginal	0,3	3,0	68%
Adesivo	0,3	3,0	68%

MODERADAMENTE EFETIVOS			
Condom masculino	2,0	16,0	53%
Tabelinha (Ogino-Knauss)	2,0-5,0	-	51%
Diagrama com espermicida	6,0	16	-
POUCO EFETIVOS			
Coito interrompido	4,0	27	42%
Espermicida isolado	18	29	-

Fonte Organização Mundial de Saúde. Apêndice D Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Anticoncepcionais. In: Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde. 2009

1.1 Métodos naturais ou comportamentais

São os métodos baseados na identificação do período fértil durante o qual os casais se absterem das relações sexuais ou praticam coito interrompido, a fim de diminuir a chance de gravidez. São reconhecidos cinco principais métodos contraceptivos comportamentais⁶:

- a) Temperatura basal: Identifica a fase lútea do ciclo menstrual por aumento da temperatura basal. Esse método se baseia no fato de haver alteração na temperatura basal durante a fase lútea do ciclo reprodutivo. Na primeira fase do ciclo, a temperatura permanece estável, ocorrendo aumento de pelo menos 0,4 °F (0,2 °C) acima da temperatura de base registrada no início da manhã, quando ocorre a ovulação. Esse aumento é monitorado ao longo de três dias consecutivos, até o ponto em que ocorre aumento da temperatura, definindo o período fértil ⁶.

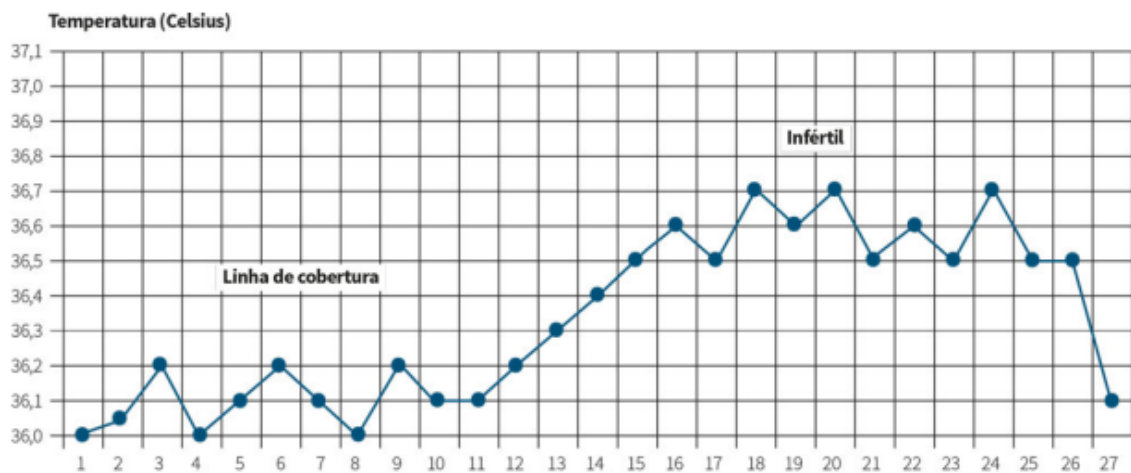


Figura 1 - Curva de temperatura basal bifásica (ciclo ovulatório). A ovulação ocorreu no 14º dia do ciclo. Fonte: Fernandes CE et al ⁶.

- b) Ogino-Knauss (tabelinha): Estima o período fértil com base na última menstruação. A determinação do período fértil baseia-se nos seguintes pressupostos: a ovulação deve ocorrer 14 dias (mais ou menos 2) antes do início da menstruação; o óvulo, após expelido pelo ovário, tem uma sobrevivência média de 12 a 24 horas, e o espermatozoide pode fecundá-lo até 48 a 72 horas após sua ejaculação na vagina. Estudos empregando testes de gestação altamente sensíveis estabeleceram que a mulher é fértil do 5º dia antes da ovulação até 24 horas após ⁸.

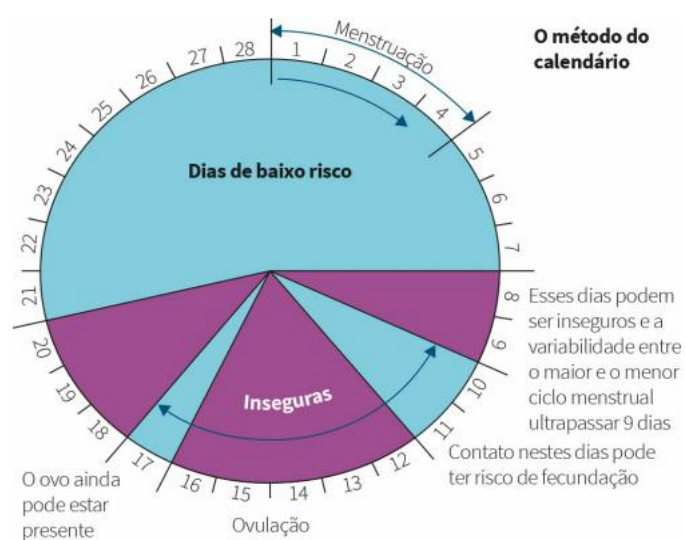


Figura 2 - Definição do ciclo menstrual. Fonte: Fernandes CE et al ⁶.

- c) Muco cervical: Identifica o início e o fim do período fértil com base na característica do muco cervical. Quanto maior a finlância do muco, mais fértil a paciente se encontra. Regra geral, finlância menor do que 2 cm significa período não fértil, e finlância maior do que 2 cm sugere proximidade com o período fértil. A melhor maneira de se obter uma informação apropriada é por meio do controle do muco por três ciclos, oferecendo uma orientação mais personalizada, por haver uma variabilidade individual ⁹.
- d) Amenorreia lactacional: baseada na supressão da ovulação durante a amamentação com efetividade limitada a 6 meses ⁹.
- e) Sintotérmico: com base no muco cervical, calendário e temperatura basal ^{6,7,9}.

Os métodos comportamentais têm benefícios únicos e limitações importantes. Os benefícios estão na compreensão aprimorada do processo reprodutivo, além de ser opção para pacientes que por motivações pessoais (religiosa, sociocultural, filosófica), preferem um método mais natural. As limitações estão relacionadas à necessidade de abstinência periódica, o que é evidenciado pelas taxas de falha relativamente alta, e outras condições interferirem nos sinais e sintomas apresentados pela mulher, como doenças, insônia, uso de medicamentos ⁶.

Não existem estudos de boa qualidade comparando a eficácia de diferentes métodos contraceptivos naturais. Esses métodos possuem benefício incerto em relação à anticoncepção, não devendo ser utilizados como primeira opção para esse propósito ⁸.

1.2 Métodos de barreira

São métodos que impedem a ascensão dos espermatozoides do trato genital inferior para a cavidade uterina por meio de ações mecânicas e/ou químicas. Seus benefícios vão além de prevenir gestação, prevenindo transmissão de IST's também ⁸.

- a) Preservativo masculino: Feito de látex, em várias cores e tamanhos, distribuída pelo SUS, pode ser usada com dois propósitos concomitantes - prevenção contra IST's e prevenção contra gravidez. Sempre orientar sobre o uso correto, tendo em vista que índice de falha aumenta devido a não utilização correta pelo usuário ⁸.

- b) Preservativo feminino: O preservativo feminino também é um método de barreira com dupla função – proteger contra gravidez e IST. O preservativo feminino consiste em um tubo de poliuretano que é inserido na vagina antes da relação sexual, cobrindo a genitália feminina interna e externa e a base do pênis. É mais resistente que o látex, não tem odor e pode ser usado com lubrificantes oleosos ou aquosos. Não depende da ereção masculina e não precisa ser removido imediatamente após a ejaculação. Ele bloqueia o sêmen com a mesma eficácia que os preservativos masculinos ⁸.
- c) Espermicidas: A geleia espermicida imobiliza e destrói os espermatozoides, formando uma película que recobre a vagina e o colo do útero, para impedir a penetração de espermatozoides no canal cervical. Principal componente comercializado é o nonoxinol-9I. O espermicida mostrou-se mais eficaz quando aplicado até 30 minutos antes da relação sexual, devendo-se evitar duchas vaginais por no mínimo 8 horas após o coito. Não é recomendado seu uso concomitante a preservativos ⁸.
- d) Diafragma: O diafragma é uma membrana côncava de borracha que deve ser colocada na vagina antes de cada relação sexual com ou sem a geleia espermicida, de modo que recubra o colo uterino em toda a sua superfície. Exige manipulação genital e conhecimento da anatomia feminina, sendo necessário explicar o método para a paciente ⁸.

1.3 Métodos hormonais anticoncepcionais combinados

a) Contraceptivo oral combinado:

Os contraceptivos orais (COs) combinados contêm esteroides sintéticos similares aos hormônios sexuais femininos, usados em uma combinação de estrogênio e progestagênio. O etinilestradiol (EE) é o estrogênio mais utilizado nos contraceptivos distribuídos no Brasil ⁸. Já os progestágenos, a maior parte é derivada da 19-nortestosterona, alguns da progesterona e mais recentemente surgiu o análogo da espironolactona ⁹.

Atualmente, há uma variedade de anticoncepcionais hormonais que podem ser oferecidos, com diferentes doses de estrogênio e tipos de progestagênios. Dessa forma, o médico assistente necessita conhecer a diferença de utilização das doses de

estrogênio e o perfil de ação de cada tipo de progesterona para individualizar sua prescrição e diminuir efeitos colaterais e riscos futuros ⁶.

Os COs combinados diminuem a secreção de gonadotrofinas, impedindo o pico do LH e, portanto, inibindo a ovulação. Adicionalmente, o progestagênio espessa o muco cervical, atrofia o endométrio e altera a motilidade tubária, interferindo no transporte e na fixação do óvulo. O estrogênio tem papel secundário, inibindo o desenvolvimento folicular, além da função de estabilização do endométrio, a fim de evitar a sua descamação irregular (*spotting*) ⁸.

A prescrição de CO inicia com as apresentações de baixa dosagem – 35 µg de EE. Os COs com 20, 30 e 35 µg de EE possuem a mesma eficácia contraceptiva e mesmo perfil de efeitos colaterais, sendo a escolha norteadada pelo controle dos sangramentos de escape, pelo padrão de sangramento de retirada (amenorreia, pouco fluxo, fluxo normal) ou pelo progestagênio em associação. Na escolha dos progestagênios, devem-se considerar suas propriedades farmacológicas e o risco de trombose venosa profunda (TVP) ⁸.

Inicia-se o uso dos comprimidos no 1º dia da menstruação. Recomenda-se a ingestão diária de 1 comprimido, sempre no mesmo horário até o término da cartela. Após um intervalo de 7 dias (4 dias para os contraceptivos com 15 µg de EE), recomeça-se com nova cartela, desde que a menstruação tenha ocorrido, geralmente 3 a 5 dias depois do término da cartela. Se, por esquecimento ou outro motivo qualquer, um comprimido deixou de ser ingerido no horário habitual, ele poderá ser ingerido em até 12 horas sem perda de eficácia. Intervalos > 12 horas colocam em risco a eficácia do método. Se houver esquecimento da ingestão de 2 pílulas ou mais, deve-se tomar os comprimidos esquecidos, utilizar os restantes de maneira habitual e fazer uso de proteção adicional (preservativo) nos próximos 7 dias. Quanto maior for o tempo sem tomar a pílula, maior é o risco de falha. Diarreia, vômitos (até 3 horas após a ingestão) ou uso de alguns fármacos, como anticonvulsivantes, antirretrovirais e antibióticos de largo espectro (como rifampicina e rifabutina), podem interferir na absorção da pílula, diminuindo a sua eficácia. Nesses casos, há necessidade de anticoncepção adicional (método de barreira) ⁸.

O CO combinado mais utilizado na APS e disponível no SUS é o Ciclo-21:

CICLO 21 → 0,15 mg de levonorgestrel + 0,03 mg de etinilestradiol.

São contraindicações absolutas ao uso de CO: trombose arterial ou venosa atual ou passada, migrânea clássica com sinais focais ou em mulheres com idade ≥ 35 anos, diabetes melito com complicações renais ou retinopatia ou mais de 20 anos de doença, fumantes com idade ≥ 35 anos, doença vascular ou cardíaca com hipertensão pulmonar, prolapso sintomático de válvula mitral, icterícia colestática na gestação, hepatite infecciosa (até 6 meses após a normalização dos testes de função hepática), cirrose, hepatite crônica ativa, tumor hepático, icterícia provocada por CO, hipertensão arterial, epilepsia, câncer genital estrogênio dependente, glaucoma, gestação, coagulopatias e sangramentos genitais sem diagnóstico ⁵.

b) Anel vaginal:

Composto por dispositivo plástico flexível, que libera diariamente estradiol e etonogestrel, o anel vaginal é inserido na vagina por um período de 3 semanas. Após 21 dias de uso, remove-se o anel, mantendo-se um intervalo livre de 7 dias, quando deve ocorrer a menstruação. Esse método oferece a vantagem de não exigir memorização diária para seu uso. Não é necessário remover o anel para relações sexuais ou para coleta do citopatológico. Os critérios de elegibilidade são os mesmos utilizados para os COs combinados ⁸.

b) Adesivo transdérmico (patch):

O adesivo contraceptivo libera, diariamente norelgestromina e EE. Deve ser aplicado 1 vez por semana, com trocas sempre no mesmo dia da semana, por 3 semanas consecutivas, seguidas de 1 semana de intervalo. A eficácia contraceptiva é similar à dos COs, porém a adesão ao uso pode ser maior por não depender de ingestão diária. Os critérios de elegibilidade são semelhantes aos dos COs combinados ⁸.

c) Contraceptivo injetável combinado:

Uma combinação de 50 mg de enantato de noretisterona com 5 mg de valerato de estradiol aplicada mensalmente, por via intramuscular, confere efeito contraceptivo efetivo e um bom controle do ciclo menstrual. A primeira aplicação deve ser feita no 1º dia do ciclo, e depois a cada 30 dias, com tolerância de 3 dias para mais ou para menos ⁸.

1.4 Métodos hormonais anticoncepcionais de progestágeno isolado

a) Pílula de progestágeno:

No Brasil, encontram-se formulações com 0,35 mg de noretindrona e 0,75mg de desogestrel. Sua principal indicação é na anticoncepção de mulheres com contraindicação ao uso de estrogênio ou para coadjuvante no tratamento de doenças estrogênio-dependentes. Sua ação contraceptiva se deve principalmente à atrofia endometrial e ao espessamento cervical, uma vez que as gonadotrofinas não são consistentemente suprimidas (cerca de 40% das usuárias ovulam durante o uso). A pílula deve ser ingerida diariamente e no mesmo horário, sem pausas, para conferir boa eficácia contraceptiva ⁸.

b) Contraceptivo injetável:

Utiliza-se o acetato de medroxiprogesterona de depósito, na dose de 150 mg a cada 3 meses. O efeito contraceptivo se deve à inibição da ovulação e à atrofia endometrial, o que também causa sangramentos irregulares ou amenorreia durante o seu uso. É indicado para mulheres com epilepsia, já que os níveis altos de progestagênio aumentam o limiar das convulsões. Seu uso está associado à amenorreia (que pode ser um objetivo do tratamento) e ao lento retorno da fertilidade (média de 9 meses), não sendo indicado para mulheres que desejam gestar no curto prazo ⁸.

1.5 Métodos de dispositivos LARCS (*Long-acting reversible contraceptives*)

Métodos de longa duração são aqueles cuja administração é maior ou igual a três anos. Não necessitam de motivação diária das pacientes para obter alta eficácia, uso adequado e boa taxa de continuidade. São eles: o implante de etonogestrel e o DIU (dispositivo intrauterino) de cobre ou o DIU de levonorgestrel ⁶.

a) DIU

Os dispositivos intrauterinos (DIUs) são feitos de polietileno ou de metal, e há vários formatos e tamanhos. Os modelos mais conhecidos no Brasil são o T, o Multiload 375, com cobre, e os modelo de DIUs medicado com progestagênio – o Mirena®, contendo 52 mg de levonorgestrel (SIU-LNG) e o Kyleena®, contendo 19,5 mg de levonorgestrel. O maior benefício dos DIUs é sua alta efetividade na prevenção de gestação (> 99%). O mecanismo de ação do DIU está possivelmente relacionado

com reação citotóxica inflamatória estéril no endométrio, provocada pelo cobre, que também exerce ação tóxica sobre o espermatozoide e o ovo. É possível também a existência de efeitos ovicidas diretos do DIU, que age primariamente impedindo a fertilização ⁸.

O DIU pode ser usado em qualquer mulher sem doença genital ativa que não deseje engravidar, inclusive em nuligestas ou nulíparas, bem como logo após o parto ou aborto, na ausência de infecção pélvica ativa. A inserção do DIU é procedimento simples e ambulatorial. Pode ser feita na atenção primária à saúde, desde que o profissional tenha treinamento para isso (ver capítulo de procedimentos) ⁸.

Os profissionais de saúde desempenham papel importante no aumento da conscientização e atitudes positivas em relação ao DIU. Por ser um método seguro, conveniente e prático, ele pode ser oferecido como primeira opção de escolha, especialmente nas pacientes em risco de gravidez indesejada ⁶.

- DIU de Cobre:

A quantidade de cobre determina o tempo de contracepção: 3 anos para o modelo com 250 mm² de cobre, 5 anos para o de 375 mm² e 10 anos para os modelos com 380 mm². No Brasil, o modelo disponível nas unidades básicas de saúde é o TCU 380A. A contracepção tem início imediato, e a fertilidade é prontamente restabelecida após a retirada ⁸.

As vantagens do DIU de cobre sobre o SIU-LNG são o tempo de contracepção, 2 vezes maior, e a eficácia na contracepção de emergência. Para as mulheres que desejam apresentar ovulação e as modificações naturais do ciclo menstrual, o DIU de cobre está indicado ⁸.

- DIU de levonorgestrel

O sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) contém 52 mg de levonorgestrel e libera inicialmente 20 µg/dia desse progestagênio, diminuindo para 14 µg/dia após 5 anos. Mais recentemente, foi disponibilizado no mercado o DIU hormonal de baixa dose, o Kyleena®, contendo 19,5 mg de levonorgestrel; tal como o DIU de cobre, é detectável à radiografia e não contém látex ⁸.

Nos DIUs medicados, o progestagênio liberado torna o muco cervical mais espesso, atuando como barreira ao espermatozoide, além de provocar decidualização endometrial e atrofia glandular, alterações hostis à implantação. O SIU-LNG reduz significativamente o fluxo menstrual e pode ser terapêutico em mulheres com

sangramento menstrual excessivo. Os benefícios não contraceptivos do SIU incluem redução do sangramento excessivo, da anemia, da dismenorreia, da dor relacionada à endometriose, da hiperplasia endometrial, da DIP e do câncer de colo do útero. A duração do DIU com levonorgestrel foi programada para 5 anos, tanto o Mirena quanto o Kyleena. Por não conter estrogênios, podem ser utilizados em situações que contraindiquem os contraceptivos combinados ⁸.

Algumas queixas são mais prevalentes nos primeiros meses de uso, como acne, dores nas mamas, cefaleia e alteração de humor. A principal alteração e a causa mais comum de descontinuidade do método é a modificação do padrão de sangramento, principalmente nos primeiros três meses de uso ⁶.

1.6 Implantes subdérmicos

Os implantes subdérmicos de progestagênio são métodos LARC. No Brasil, disponibiliza-se o Implanon NXT®, um único tubo de 4 cm, que libera 68 µg de etonogestrel por dia, sendo que os níveis caem para 30 µg/dia em 2 anos. Esse implante deve ser retirado em, no máximo, 3 anos. A inserção do implante é subdérmica na face interna do braço não dominante da paciente, é um procedimento fácil e rápido que pode ser realizado no consultório. O efeito contraceptivo do implante se dá pela inibição da ovulação, que ocorre em 8 horas após a sua colocação, quando inserido no 1º dia do ciclo menstrual. Além disso, existe alteração do muco cervical, que se torna pouco permeável à penetração espermática, e diminuição da espessura endometrial. Por não conter estrogênios, os implantes podem ser utilizados em situações que contraindiquem os contraceptivos combinados. Seu principal efeito colateral é o sangramento uterino irregular, que costuma diminuir com o tempo de uso. O retorno da fertilidade é imediato após a remoção do implante ⁸.

1.7 Método definitivo ¹⁰

As esterilizações feminina e masculina são métodos que devem ser considerados definitivos. O casal, além de entender e concordar com o procedimento, deve ser informado em linguagem acessível e assinar consentimento após estar plenamente esclarecido sobre o procedimento, suas consequências, falhas e eventuais complicações. Conforme Lei n.14.443 de setembro de 2022 ¹⁰, há mudanças quando a permissão dos procedimentos de esterilização permanente: A esterilização no Brasil somente é permitida nas seguintes situações:

- homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
- risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por 2 médicos

A ligadura tubária é um dos métodos contraceptivos mais efetivos e deve estar amplamente disponível, sendo o método de escolha para a esterilização feminina. Existem várias técnicas cirúrgicas de ligadura tubária: laparotomia, minilaparotomia, videolaparoscopia e histeroscopia ⁸.

Já a vasectomia é o método de escolha para a esterilização masculina. O procedimento consiste na oclusão do canal deferente, sendo é um dos métodos mais simples, seguros e satisfatórios para a anticoncepção. É facilmente praticada por profissionais treinados, ambulatorialmente, sob anestesia local e com cuidados habituais para pequenas cirurgias. Recomenda-se a anticoncepção com outros métodos até 60 dias após o procedimento, período necessário para o desaparecimento dos espermatozoides ⁸.

1.8 Contracepção de emergência

A contracepção de emergência se refere ao uso de medicamentos ou dispositivos como medidas de emergência para prevenir gravidez indesejada, diante da falha de outro método contraceptivo ou relação sexual sem proteção. Seu uso deve ser ocasional ou como contracepção de *back-up*, não sendo indicado como método contraceptivo primário rotineiro. Os contraceptivos hormonais de emergência disponíveis no Brasil são a combinação de etinilestradiol e levonorgestrel (2 comprimidos com 50 µg de EE e 0,25 mg de levonorgestrel, ou 4 comprimidos com 30 µg de EE e 0,15 mg de levonorgestrel, divididos em 2 doses, a cada 12 horas, chamado método Yuzpe) e formulações com levonorgestrel exclusivamente, na dose de 2 comprimidos de 0,75 mg ou 1 comprimido de 1,5 mg. Quando comparado com o método Yuzpe, o levonorgestrel mostrou ser mais efetivo na prevenção de gravidez e está associado a menor índice de efeitos colaterais, como náuseas e vômitos ⁸.

2. Alterações da mama

As doenças da mama englobam uma ampla variedade de patologias, benignas e malignas. A principal queixa da mulher em consulta médica é a dor mamária (mastalgia) seguida de achado de nódulo ⁸.

Propedêutica inicial: Anamnese + exame físico das mamas

- Anamnese

Além da habitual anamnese médica, há alguns pontos importantes que se necessita destacar:

- Situação menstrual, o uso de anticoncepcionais, terapia de reposição hormonal, idade da paciente (há aumento da incidência de tumores de mama com o aumento da idade), uso de bebidas alcoólicas e tabagismo ^{6,8,9}.
- História familiar, é necessário investigar se há casos de câncer de mama (em qual idade, se bilateral e em quais parentes) e outros tipos de câncer ¹¹.

- Exame físico das mamas

Inspeção

Estática: paciente sentada, observar volume das mamas, formato das mamas e a aparência da pele, pesquisar a presença de lesões cutâneas, ulcerações, retrações, abaulamentos e espessamentos da pele ⁹.

Dinâmica: paciente sentada, solicita-se que a paciente realize alguns movimentos, como a elevação dos braços acima da cabeça, a colocação das mãos na cintura, o deslocamento dos cotovelos para a frente e a inclinação do tronco em direção ao examinador, para que seja observada a presença de retrações ¹¹.

Palpação e expressão mamilar

Inicialmente paciente sentada, inicia-se a palpação das cadeias ganglionares da fossa supraclavicular e infraclavicular bilateral e da região cervical. Para a palpação da região axilar é fundamental o relaxamento dos músculos peitorais, sendo a palpação da axila realizada com as mãos invertidas, ou seja, para examinar a axila

direita o examinador deve segurar o braço direito da paciente em seu ombro direito e realizar a palpação com a mão esquerda, seguindo o mesmo raciocínio na outra axila. Passada a fase de exame com a paciente sentada, ela é orientada a deitar-se em decúbito dorsal para que se inicie a etapa de palpação das mamas ⁶.

É importante posicionar a mão da paciente atrás de cada respectiva mama, para alongar o músculo peitoral e facilitar o exame. A palpação deve ser realizada com as polpas dos dedos indicador, médio e anular, podendo essa ser feita por deslizamento da face palmar na mama, em movimento circular no sentido horário – técnica de Velpeaux –, ou pelo dedilhamento semelhante ao tocar de piano – técnica de Bloodgood. Não importa a técnica de palpação, fundamental é que toda a mama seja palpada e que a pressão utilizada para a examinar não provoque desconforto na paciente. A compressão suave da aréola e da papila completa a palpação, devendo apenas tentar reproduzir uma descarga espontânea, portanto evitar fazer essa manobra comprimindo energicamente o mamilo e desestimular tal conduta como parte do autoexame ¹¹.

Tabela 3 - Alterações suspeitas no exame físico das mamas.

Inspeção	- Edema, eritema e/ou espessamento cutâneo com infiltração localizada ou difusa da pele - Lesões papilares ou areolares, unilaterais, de aspecto descamativo e eczematosas - Retração da pele e/ou do mamilo à inspeção estática ou dinâmica; mamilo invertido de maneira progressiva e recente
Palpação	- Nódulo endurecido, fixo, maldefinido e/ou irregular - Linfonodos axilares, infra ou supra-axilares, de aspecto endurecido e pouco móveis
Expressão mamilar	- Descarga papilar unilateral, uniductal, espontânea, de coloração cristalina ou sanguinolenta

Fonte: Adaptado de Duncan BB et al ⁸. e Gusso G et al ⁹.

2.1 Doenças benignas da mama

O termo inclui um grupo de lesões que podem se apresentar de variadas formas na prática clínica, sendo importante o médico de família saber diferenciar as alterações benignas das alterações possivelmente malignas, a fim de diminuir a angústia e sofrimento das pacientes. A incidência das lesões benignas mamárias começa a aumentar durante a segunda década de vida, com picos na quarta e quinta década. Diferentemente, as lesões malignas continuam a aumentar após a menopausa ⁶.

De forma a categorizar as doenças e auxiliar no raciocínio clínico, podemos dividi-las conforme apresentação clínica: nódulos mamários, mastalgia, fluxo mamilar e processos inflamatórios da mama.

a) Nódulos de mama

O achado de um nódulo palpável na mama representa uma situação muito assustadora para a maioria das mulheres. Apesar de 80% dos tumores mamários palpáveis terem origem benigna, a propedêutica deve ser realizada para a exclusão de lesão maligna ¹¹.

A avaliação de uma paciente com nódulo mamário palpável deve ter como metas o diagnóstico correto da lesão e o uso racional dos métodos disponíveis, para evitar atrasos no diagnóstico ¹¹.

Fluxograma de investigação:

Anamnese (identificar fatores de risco para CA de mama) + exame físico (identificar sinais de malignidade) + solicitar USG/mamografia (mamografia para mulheres maiores de 35 anos e para mulheres mais jovens com alto risco de câncer de mama devido história familiar) ⁹.

Diante de uma massa mamária palpável, a diferenciação inicial entre conteúdo sólido e cístico pode ser feita através da PAAF. Trata-se de procedimento de fácil execução com desconforto mínimo e baixo custo, sendo diagnóstico e terapêutico em casos de cistos simples, o que tranquiliza muito a paciente. Trata-se de uma estratégia eficaz com ótimo custo-benefício e capaz de diminuir o atraso diagnóstico por não postergar a investigação na dependência de exames complementares de imagem que podem demorar muito na rede pública ¹¹.

As pacientes com nódulos com características benignas devem, em sua maioria, ser acompanhadas com exames de imagens a cada 6 meses, sem a necessidade de investigação cito/histológica. Em alguns casos, porém, recomenda-se biópsia. As principais indicações para o procedimento invasivo em tumores com

características benignas são: idade maior que 35 anos, alto risco familiar para câncer de mama, impossibilidade de seguimento semestral, desejo de uso de terapia hormonal, planejamento de gravidez, cancerofobia, pré-operatório de cirurgia estética mamária ¹².

Tabela 4 - Características de benignidade.

Característica	Padrão de benignidade
Forma	Redonda, elipsoide ou com até 3 lobulações
Margens	Bem definidas
Distorção arquitetura	Ausente
Relação altura/largura	Menor que 1
Sombra acústica	Ausente
Tamanho	Menor que 2 cm

Fonte: Adaptado de Fernandes et al ⁶.

Tabela 5 -Principais diagnósticos diferenciais

Fibroadenomas	Tumor mais comum de mama (35% dos casos), típico de mulheres jovens (menos de 30 anos), tumor firme, elástico, com bordas regulares e lisas, crescem na gestação e amamentação e involuem na menopausa. Fibroadenoma juvenil é comumente encontrado entre 10 e 18 anos de idade e geralmente tem crescimento rápido. Fibroadenoma gigante aquele maior que 5 cm. O fibroadenoma não eleva o risco para câncer de mama.
Tumor phyllodes	Característica semelhante aos fibroadenomas, mas suas dimensões habitualmente são superiores e apresentam crescimento rápido. Encontrado em mulheres de 40 a 50 anos de idade.
Hamartoma	Tumor de tecido mamário encapsulado, de limites bem precisos
Esteatonecrose	A esteatonecrose apresenta-se como um nódulo de limites maldefinidos, de consistência aumentada, relacionado com cirurgias prévias nas mamas, trauma direto nas mamas ou radioterapia.
Adenomas	O adenoma pode ser tubular, lactacional, apócrino, ductal ou pleomórfico, a depender do tipo de proliferação que ocorre. O

	quadro clínico se assemelha ao fibroadenoma.
Cistos	De bordas lisas e bem definidas, podem ser únicos ou múltiplos e de tamanho e consistência variáveis. Podem ser simples (conteúdo líquido) ou complexos (apresentam vegetações ou debris em seu interior).
Ectasia ductal	Espessamento do ducto mamário, podendo se apresentar como nódulo retroareolar endurecido, comumente associado à sensibilidade dolorosa durante a palpação, inversão de mamilo e fluxo papilar. Acomete mulheres na quarta década de vida e na perimenopausa. Pode mimetizar neoplasia maligna.
Papiloma	Geralmente acomete mulheres entre 30 e 50 anos, apresentando-se como fluxo papilar sanguinolento associado a nódulos próximos à aréola.

Fonte: Adaptado de Silva CHM et al ¹¹ e Urbanetz AA et al ¹².

Tratamento nódulos:

Quanto a nódulos com imagem suspeita, todos devem ser submetidos à biópsia percutânea, independentemente da idade (BIRADS 4,5 e 6). A retirada cirúrgica deve ser determinada de acordo com o resultado da biópsia. Em mulheres com idade abaixo de 30 anos com exame clínico e radiológico sugestivos de alterações benignas, que não causem incômodo clínico, não se recomenda biópsia, mas sim controle clínico e radiológico. A exérese cirúrgica deve ser reservada aos casos sintomáticos, sobretudo nos nódulos maiores que 2 cm. Diante da suspeita de tumor filóide ou fibroadenoma juvenil, recomenda-se a exérese do tumor com obtenção de margens livres, para reduzir o risco de recorrência ⁶.

Tratamento cistos

A punção aspirativa com agulha fina é uma opção prática e eficaz nos cistos palpáveis. Para os cistos simples, a PAAF é ao mesmo tempo diagnóstica e terapêutica. A citologia do líquido não é recomendada e só deve ser solicitada nos casos suspeitos, tais como: cistos com conteúdo hemorrágico e cistos que recidivam em curto espaço de tempo. A exérese cirúrgica deve ser restrita aos casos de cistos complexos (com conteúdo sólido) ⁶.

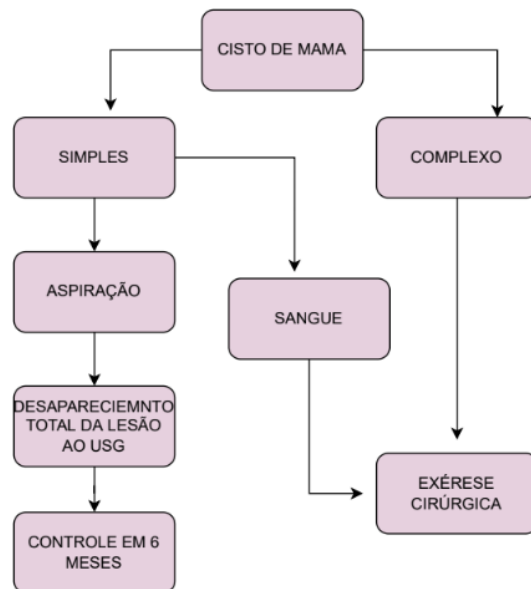


Figura 3 - Fluxograma tratamento cistos. Fonte: Fernandes CE et al ⁶.

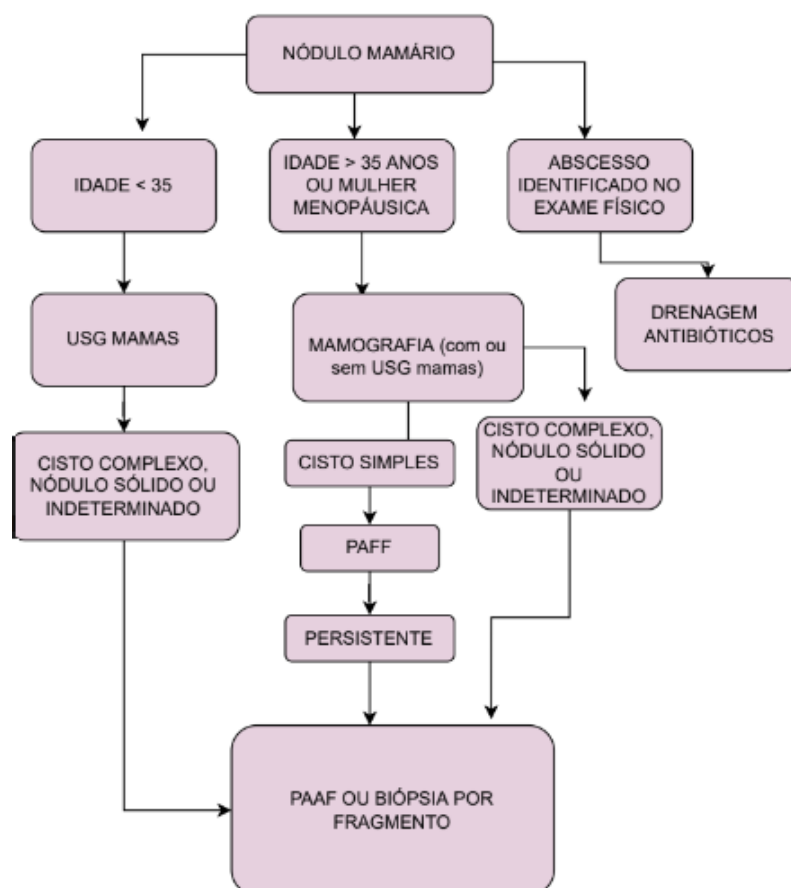


Figura 4 - Fluxograma resumo da abordagem de nódulos. Fonte: Duncan BB et al ⁸.

b) Dor mamária

Dor nas mamas é uma das principais causas que levam a paciente a procurar atendimento médico, sendo muito comum na vida das mulheres, por volta de 70% irá experimentar algum grau de mastalgia ao longo da vida. Causa angústia e ansiedade na mulher devido ao medo de se tratar de câncer de mama ^{6,11}.

Para melhor abordagem desse problema, as pacientes com mastalgia têm sido subdivididas em pacientes com mastalgia cíclica, mastalgia acíclica e dor extramamária.

A mastalgia cíclica pré-menstrual é definida como dor mamária cíclica, na menacme, sem associação a causa orgânica, que surge no período pré-menstrual, sendo mais intensa do 20º ao 28º dia do ciclo menstrual, com duração de 6 a 10 dias, e que desaparece nos primeiros dias da menstruação. Não possui fisiopatologia totalmente conhecida, porém o entendimento é que pode estar relacionada com um desequilíbrio na relação estrogênio x progesterona no final da segunda fase do ciclo menstrual. Esse desequilíbrio atua em nível central (sistema dopaminérgico), podendo acarretar secreção aumentada de prolactina, o que aumenta a sensibilidade do tecido mamário ¹¹.

A mastalgia acíclica envolve dor constante ou intermitente não associada ao ciclo menstrual, ocorre em faixa etária maior que a cíclica e deve ser diferenciada da dor musculoesquelética. Tende a ser unilateral e localizada, mas pode ser difusa e irradiar-se para a axila. Associa-se à nodularidade mamária em cerca de 50% dos casos. A dor acíclica pode resultar de gravidez, mastite, ectasia ductal, microcistos, nódulos de grande dimensão, cirurgia mamária prévia, ectasia ductal, mastites, trauma, medicamentos, entre outras ^{6,11}.

Já a dor extramamária possui características diferentes das mastalgias citadas, de diagnósticos diferenciais podemos citar dor muscular, costocondrite (síndrome de Tietze), neurite intercostal, bursite escapular, radiculopatia cervical, trauma na parede torácica/fratura de costela, herpes-zoster, pericardite, DRGE, úlcera pépticas, doenças coronarianas ⁶.

Medicamentos que podem causar mastalgia ⁶:

- Medicamentos hormonais (estrogênio, progesterona, clomifeno, ciproterona)
- Antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos (sertralina, venlafaxina, amitriptilina, haloperidol)
- Anti-hipertensivos/cardíacos (espironolactona, metildopa, digoxina)

- Antimicrobianos (cetoconazol, metronidazol)
- Outros: cimetidina, domperidona, ciclosporina

Diagnóstico e tratamento

Anamnese + exame físico - diferenciar causas mamárias e extramamárias

Os exames de imagem têm pouca validade e ficam restritos às pacientes com necessidade de rastreamento ou com suspeita de lesões focais, porém a exclusão de neoplasia mamária é essencial na investigação da mastalgia. Nos casos de suspeita de dor extramamária, exames específicos podem ser necessários para avaliar outros órgãos ⁶.

Tratamento da dor acíclica: provável causa específica, solicitar USG mama e tratar conforme causa base ⁸.

Tratamento da dor cíclica: A tranquilização da paciente com a simples informação sobre o caráter autolimitado do sintoma e a ausência de relação, em geral, com o câncer de mama é o primeiro passo. Para algumas pacientes as orientações e medidas comportamentais serão suficientes para alívio sintomático. Deve-se orientar: uso de sutiã esportivo, dieta livre de gorduras, exercícios físicos e redução da ansiedade (técnicas de relaxamento, acupuntura)⁸.

Como opção de tratamento medicamentoso podemos utilizar analgésico, AINE's, ansiolíticos⁸.

Drogas como os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e analgésicos, em geral, têm eficácia no tratamento da dor, mas apresentam alto risco de efeitos colaterais com o uso prolongado. No entanto, podem ser empregadas em casos agudos. Os AINEs na forma de gel apresentam resultados satisfatórios e menos efeitos colaterais, podendo ser uma alternativa para a dor de origem osteomuscular ⁶.

O tratamento farmacológico preferencial na mastalgia cíclica consiste no bloqueio hormonal. Os inibidores de estrogênio e de prolactina atuam na melhora do quadro, mesmo na ausência de níveis elevados desses hormônios. Os medicamentos hormonais usualmente utilizados em mastalgia são o danazol, a bromocriptina e o tamoxifeno. Devido aos efeitos colaterais do danazol e da bromocriptina (ganho de peso, hirsutismo, alteração no timbre da voz e dislipidemia), a droga de escolha para

tratamento é o tamoxifeno. Ele é utilizado na dose de 10 mg ao dia, por via oral, por três a seis meses ¹¹.

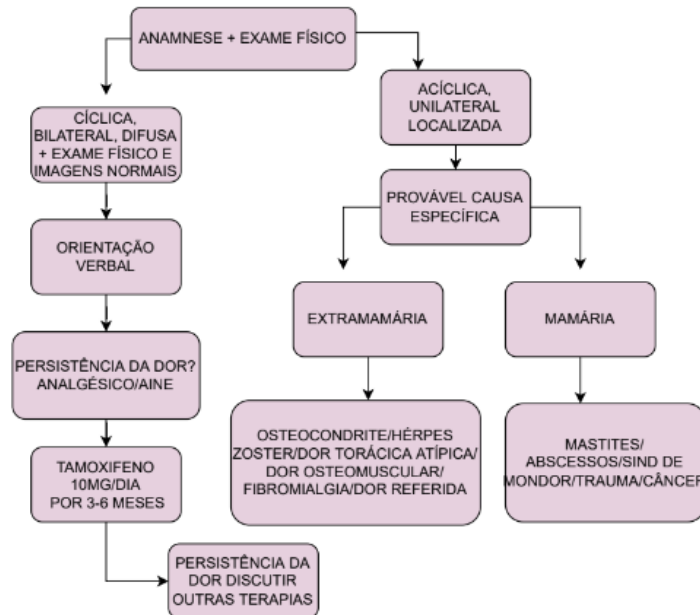


Figura 5 - Fluxograma da abordagem da Mastalgia modificado. Fonte: Fernandes CE et al ⁶.

c) Fluxo papilar

O fluxo papilar representa a terceira causa relacionada com a mama que leva uma mulher a procurar uma consulta médica. Sua prevalência é de 5% a 10%. É definida como a exteriorização espontânea de material fluido pela papila mamária fora do ciclo gravídico-puerperal. A secreção láctea é denominada de galactorreia e a não láctea, de telorreia. Na maioria das vezes (90-95%), a origem da descarga papilar é benigna e decorrente de ectasia ductal, alteração broncocística ou de lesões papilares intraductais benignas ⁶.

O derrame papilar pode ser classificado ainda em galactorreia, fisiológico ou patológico.

- Galactorreia: presença de secreção láctea fora do período de gestação ou amamentação, geralmente bilateral e multiductal. Pode ser idiopática ou secundária, sendo frequentemente ocasionada por hiperprolactinemia. As mais comuns de aumento de prolactina são os tumores hipofisários e medicamentos como estrogênio exógeno, antidepressivos tricíclicos, anti-hipertensivos, fenotiazinas, bloqueadores dos receptores de dopamina, antagonistas dos

receptores H2 e agentes antipsicóticos. Outras causas de galactorreia são exercícios físicos intensos, manipulação excessiva do mamilo, estresse, necrose hipofisária, hipotireoidismo, tumor broncogênico, hipernefromas e insuficiência renal crônica ¹¹.

- Fisiológico: geralmente é multiductal, bilateral, multicolorido (variando do branco até o esverdeado) e provocado. Pode ser secundário à manipulação do mamilo, à compressão mamária ou à estimulação sexual ¹¹.
- Patológico: normalmente é uniductal, unilateral, de coloração cristalina (tipo água de rocha) ou com presença de sangue e aspecto sanguinolento ou serossanguinolento. O derrame papilar geralmente é espontâneo, intermitente e persistente e pode estar associado a uma massa subjacente ¹¹.

A anamnese e o exame clínico são essenciais para orientar o algoritmo da investigação, separando a descarga papilar provavelmente benigna da descarga papilar patológica, que merece aprofundamento propedêutico ⁶.

Tabela 6 - Características do derrame papilar.

Características	Fisiológico	Patológico
Lateralidade	Bilateral	Unilateral
Ductos acometidos	Multiductal	Uniductal
Presença de sangue	Sem sangue	Com sangue
Coloração	várias cores - amarelo, verde, marrom	Serosa, clara, sanguinolenta
Secreção	Provocada	Espontânea

Fonte: Silva CHM et al ¹¹.

O derrame papilar patológico geralmente decorre de distúrbios benignos da mama mesmo quando há a presença de sangue. Apenas cerca de 10% de todos os casos de derrame papilar patológico decorrem do carcinoma in situ ou invasivo da mama ¹¹.

As principais causas de DP patológico são o papiloma intraductal, a ectasia ductal, a doença fibrocística da mama e o carcinoma in situ e invasivo da mama ¹¹.

Tabela 7 - Principais diagnósticos diferenciais de derrame papilar.

Papiloma intraductal	Lesão que se desenvolve em um dos ductos principais subareolares e geralmente está associada a derrame papilar seroso ou sanguíneo. Está presente em aproximadamente 35% a 50% dos casos. Na ausência de lesão evidente ao exame clínico ou por métodos de imagem, o papiloma é a causa mais frequente de derrame papilar patológico em mais de 95% das pacientes.
Papilomas intraductais múltiplos	Ocorrem em aproximadamente 10% dos casos, frequentemente acometendo o mesmo ducto.
Papilomatose juvenil	Condição rara que afeta mulheres entre 10 e 44 anos, usualmente manifestando-se por nódulo discreto. Cerca de 30% dos casos cursam com derrame papilar.
Ectasia ductal	Caracterizada por retração mamilar, com massa associada e derrame papilar viscoso, caseoso, escuro ou multicolorido. Está presente em 15% a 30% dos casos operados
Mastite periductal:	Caracterizada clinicamente por episódios de inflamação periductal, com ou sem massa associada, abscesso periareolar e fístula ductal mamária. Pode ocorrer retração mamilar e a descarga papilar é frequentemente purulenta.

Fonte: Adaptado de Fernandes CE et al ⁶.

Diagnóstico e tratamento:

A investigação clínica do DP inicia com a anamnese completa e exame clínico bem-feito. O ponto mais importante da história clínica consiste em avaliar se o DP é espontâneo ou provocado. Convém determinar, também, o início dos sintomas, sua duração, o número de ductos envolvidos, se é uni ou bilateral, e seu aspecto (multicolorido, seroso, sanguinolento, serossanguinolento) ¹¹.

Na anamnese, é fundamental avaliar os fatores de risco para câncer de mama, principalmente idade, história familiar positiva ou antecedente pessoal de câncer de

mama. O questionamento sobre o uso de medicamentos e sobre a presença de distúrbios hormonais também deve ser realizado, principalmente na presença de galactorreia bilateral. Durante o exame físico, deve ser realizado o exame completo das mamas e das axilas, investigando possíveis alterações cutâneas e a presença de linfonodomegalia palpável e massas palpáveis. Além disso, a expressão mamilar, mediante a compressão digital seletiva com o dedo indicador no sentido radial e sobre a aréola (manobra do gatilho), é de fundamental importância para a avaliação do DP¹¹.

A mamografia e a ultrassonografia possuem baixa sensibilidade no diagnóstico das descargas papilares, porém sua realização é mandatória para avaliar possíveis lesões concomitantes. A primeira deve sempre ser solicitada no rastreio do câncer de mama. A ultrassonografia complementa a mamografia, permitindo elucidar lesões sólidas/císticas, detectar algumas lesões intraductais, tais como ectasia ductal, papiloma e abscessos, além de guiar possíveis biópsias percutâneas. Somente a excisão permite um diagnóstico histológico definitivo e continua sendo o padrão-ouro nas lesões suspeitas⁶.

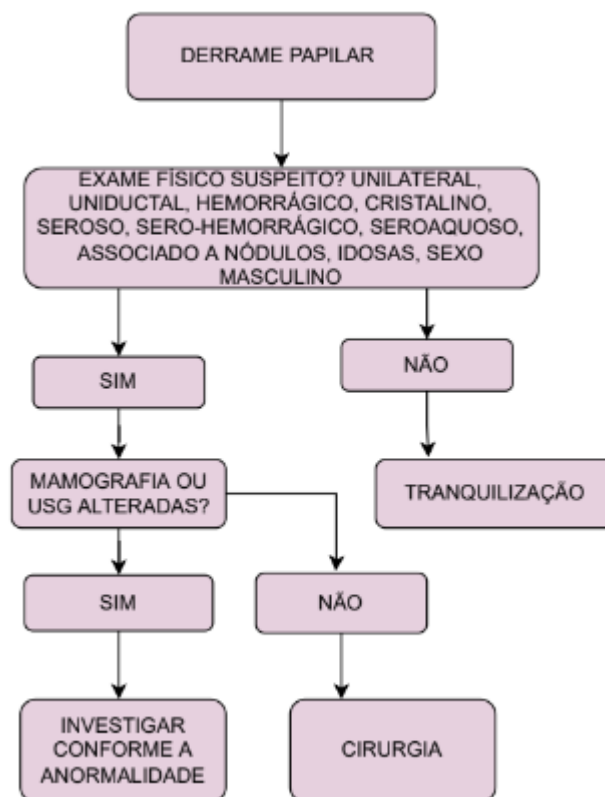


Figura 6 - Fluxograma abordagem derrame papilar espontâneo. Fonte: Fernandes CE et al⁶.

Tratamento

É avaliado a partir das características do fluxo. A maioria dos derrames fisiológicos necessitará apenas de orientação e tranquilização; os purulentos são tratados com antibioticoterapia, e nos suspeitos o tratamento cirúrgico está indicado ⁶.

Alguns pacientes com fluxos não suspeitos (multiductais, bilaterais), por exemplo, nos casos de ectasia ductal, podem necessitar de cirurgia devido ao desconforto excessivo ocasionado pelo derrame contínuo. Na presença de galactorreia, investigar e tratar a causa de hiperprolactinemia. Nos casos cirúrgicos, na paciente que ainda deseja amamentar, realiza-se uma ressecção seletiva do ducto acometido, orientado pelo “ponto de gatilho”; enquanto em mulheres sem desejo de amamentação ou pós-menopáusicas, a ressecção seletiva pode ser substituída pela ressecção dos ductos principais, com retirada em forma de cone invertido da árvore ductal ⁶.

d) Processos inflamatórios da mama

Os processos inflamatórios da mama, também denominados de mastites, são, por conceito, infecções que se instalam no tecido mamário. Podem ser de origem infecciosa ou não infecciosa, sendo a primeira etiologia mais comum. A complexidade desse tema reside em realizar o diagnóstico diferencial entre as diversas mastites, especialmente com os tipos de baixa incidência. Além disso, pode ocorrer confusão de diagnóstico entre processos infecciosos e neoplasia maligna da mama, principalmente nos casos de carcinoma inflamatório, levando a atraso no tratamento do carcinoma mamário ^{6,12}.

As mastites são classificadas em ⁶:

- Aguda: a principal representante é a mastite puerperal, com evolução clínica com duração inferior a 30 dias e caracteriza-se pela infecção do parênquima mamário no puerpério ⁹;
- Crônicas: são caracterizadas por tempo de evolução maior que 30 dias ou pela recorrência após o tratamento. De evolução lenta, podem ou não ser precedidas por infecção aguda. Mais comum em mulheres jovens (30 a 40 anos), dificilmente ocorrem em mulheres na pós-menopausa. Podem ser classificadas em infecciosas (quando existe um agente infeccioso identificado) e não infecciosas ⁹.

Mastite puerperal: ocorre no período de amamentação, sendo mais comum da segunda a quinta semana do puerpério. Acometa mais as primigestas e após cesarianas eletivas. A principal porta de entrada dos germes da pele são fissuras nas papilas decorrentes da amamentação. A estase láctea e a prática de má higiene com o complexo areolopapilar (CAP) são fatores predisponentes ⁶.

A sintomatologia é baseada em dor, eritema, tumefação e hipersensibilidade, mas podem ocorrer sinais sistêmicos de infecção, como mialgia, calafrios, mal-estar e febre. No exame clínico, a mama costuma estar ingurgitada, hiperemiada e com aumento de temperatura. Quando há formação de abscesso, pode ser identificada uma massa flutuante ¹².

O tratamento consiste em combater a infecção e outras medidas anti-inflamatórias. O antibiótico de primeira escolha é a cefalosporina de 1ª geração (cefalexina, 500 mg, via oral de 12/12 horas, por 7 dias). A suspensão da amamentação não é necessária. Quando houver a formação de abscessos, é mandatória a drenagem cirúrgica e a antibioticoterapia. As medidas anti-inflamatórias têm finalidades analgésica e antitérmica ⁹.

As mastites crônicas são processos inflamatórios de evolução extremamente lenta, que podem ou não ser percebidas por infecções agudas. Tendem a ser recidivantes, com aparecimento de vários surtos. São classificadas em infecciosas (abscesso subareolar recidivante, tuberculose, hanseníase, micobactérias atípicas, fungos, actinomicose, viral, sífilis, gonocócica, helmintos, cistos epidermóides infectados) e não infecciosas (mastite periductal, granulomatosa, granuloma lipofágico, flebite superficial ou doença de Mondor, sarcoidose, lúpus, linfocítica, actínica, óleo argânico, infarto espontâneo). O tratamento consiste basicamente em tratar o agente etiológico quando identificado e referenciar ao especialista, pois muitas vezes este tipo de mastite é de difícil diagnóstico e de tratamento prolongado, necessitando de biópsias cirúrgicas. Nesse caso, é sempre importante o diagnóstico diferencial para o câncer de mama inflamatório ⁹.

2.2 Doenças malignas da mama - câncer de mama

O câncer de mama é a principal causa de morte por neoplasia no Brasil, sendo o segundo mais frequente entre as mulheres ⁶. Estima-se em torno de 66 mil novos casos de câncer de mama e essa incidência não para de crescer, como acontece no mundo todo. Felizmente, com diagnóstico precoce e tratamento adequado, as chances de cura são muito elevadas, mais de 90% ¹².

Relativamente raro antes dos 35 anos de idade, sua incidência cresce progressivamente, em especial após os 50 anos. Cerca de 90% dos casos de câncer de mama percebidos pela mulher apresentam-se como nódulo palpável, especialmente nas pacientes com menos de 40 anos e no intervalo entre as mamografias de rastreamento ¹².

Importante estar atento para os principais fatores de risco associados ao câncer de mama:

- Sexo feminino - a incidência desse tumor no homem corresponde a 1% da população feminina ¹².
- Idade - incidência cresce com a idade, a mulher de 40 a 60 tem sete vezes mais chance de desenvolver a neoplasia, e, acima de 70 anos, 15 vezes mais ¹².
- Fatores hormonais: Menarca precoce ou menopausa tardia, nuligestas ou mulheres com primeira gestação após 28 anos, uso indiscriminado de reposição hormonal ^{6,8,9,12}.
- Antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs) ^{6,8,9,12}.
- Obesidade, sedentarismo, uso abusivo de álcool ^{6,8,9,12}.

Para considerar uma mulher como de risco aumentado, necessitando de rastreamento mais intensivo, ou até de aconselhamento genético da família, devem existir pelo menos 2 ou mais casos de câncer de mama e/ou ovário em um mesmo ramo da família (materno ou paterno, considerando parentes de 1º ou 2º grau), cujo diagnóstico tenha sido feito antes dos 50 anos. História familiar (parente de 1º grau) com casos da doença em idade < 35 anos ou tumores bilaterais também são suspeitos de maior suscetibilidade familiar ⁸.

A queixa mais frequente é a presença de nódulo indolor, na maioria das vezes descoberto por acaso. Outros achados comuns são assimetria da mama com retração cutânea ou da papila, endurecimentos e alterações de contorno. Ulceração, edema, infiltração e nódulos cutâneos satélites constituem sinais de doença avançada ⁸.

A investigação inicial dos sinais e sintomas mamários, incluindo exames como mamografia e/ou US de mama, pode ser feita na APS, ajudando a decidir sobre o encaminhamento. Nos casos em que houver suspeita de doença maligna, persistência dos sintomas ou necessidade de melhor avaliação ou prosseguimento da investigação diagnóstica, o encaminhamento ao especialista deve ser prontamente realizado ⁹.

- Diagnóstico

Anamnese + exame físico e exame de imagem

Quanto à escolha do exame de imagem, olhar subtema indicação de exames de imagem. Se tratando de nódulo sólido, nódulo indeterminado ou cisto complexo, se faz a necessidade de investigação adicional com biópsia.

Dois tipos de biópsias são mais utilizados hoje para diagnosticar se um nódulo é benigno ou maligno: punção aspirativa com agulha fina (PAAF) e biópsia por fragmento, também conhecida como biópsia de “core”. Esta última, por ser um procedimento com agulha calibrosa, requer uma pequena anestesia local. Esses dois métodos podem ser mais bem aproveitados com a utilização da US ou da mamografia para localizar, com precisão, o melhor local para a retirada do material. Em alguns casos, também é necessária a realização de uma biópsia cirúrgica, para remover parte da lesão ou a lesão inteira. Esse método está sendo cada vez menos empregado para fazer diagnóstico. No caso da PAAF, o patologista realiza exame citopatológico, enquanto nas biópsias de fragmento e de peça cirúrgica, o exame é anatomopatológico. A punção aspirativa de mama auxilia no diagnóstico diferencial de lesões sólidas e císticas. Nas lesões sólidas, deve ser solicitado exame anatomopatológico do conteúdo celular; portanto, recomenda-se biópsia com retirada de fragmento do tecido suspeito. Já nos cistos, o seu conteúdo pode ser totalmente esvaziado na maioria dos casos, o que resolve o problema da mulher sem outros procedimentos ou mesmo análise do líquido aspirado ⁸.

A biópsia por fragmento de mama está indicada em mulheres com nódulo sólido, punção aspirativa insatisfatória (ausência de células) ou negativa para células malignas, achados radiológicos suspeitos, lesões persistentes do mamilo e derrame papilar serossanguinolento sem tumor palpável. A investigação de achados mamográficos de microcalcificações suspeitas é feita, na maioria das situações, por meio de exérese da área, com localização pré-cirúrgica, e confirmação radiológica da sua retirada. A mamotomia, uma biópsia feita sob visão mamográfica, com retirada de fragmentos de tecido com um dispositivo a vácuo, pode ser uma alternativa em mulheres com microcalcificações ⁸.

- Tratamento

O tratamento para o câncer de mama consiste basicamente em:

- Cirurgia (conservadora ou não e com ou sem reconstrução mamária), com pesquisa do linfonodo sentinela ⁹.
- Quimioterapia (neoadjuvante ou adjuvante) ⁹.
- Radioterapia e hormonioterapia ⁹.

Ele deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, com médicos, conter fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e enfermeiro. Em grandes serviços de oncologia, também se pode contar com equipe de voluntariado. É muito importante que o médico de família e comunidade e o enfermeiro continuem com o seguimento dessa paciente ao longo da sua doença, mesmo ela sendo acompanhada pelo centro especializado ⁹.

- Indicação de Exames e Prevenção Quaternária - MMG e USG ^{6,8,9}.

- Autoexame das mamas

O autoexame das mamas não é recomendado como forma de rastreamento do câncer de mama ⁶. A palpação aleatória das mamas pode causar mais ansiedade e levar à solicitação de exames complementares desnecessários. Não há efeito de tal prática sobre a redução da mortalidade por câncer de mama, sendo também não recomendado pelo MS.

- Exame clínico:

Recomenda-se o exame físico anual das mamas por profissional de saúde capacitado, nas mulheres com mais de 40 anos. Alterações de exame físico para suspeição de câncer de mama já descritas no início do capítulo.

- Mamografia:

A mamografia consiste no único método para rastreamento do câncer de mama com redução de mortalidade observada em ensaios clínicos randomizados ⁶.

Para as mulheres abaixo de 40 anos, no geral, não se recomenda a realização da mamografia, exceto, de forma individualizada, em mulheres com alto risco para câncer de mama ⁶:

- Mutações de BRCA1/BRCA2 – a partir dos 30 anos;
- Risco > 20% de acordo com modelos matemáticos – a partir dos 30 anos, ou 10 anos antes da idade no diagnóstico do parente de primeiro grau acometido, mas nunca antes dos 25 anos;
- Irradiação do tórax entre os 10 e 30 anos, início oito anos após o tratamento e nunca antes dos 25 anos;
- Mulheres com síndrome de Li-Fraumeni, Cowden ou parentes de primeiro grau – a partir da idade do diagnóstico sindrômico, mas nunca antes dos 25 anos;
- Mulheres com histórico de lesões precursoras – hiperplasia ductal ou lobular atípica, câncer invasivo de mama ou ovário – a partir do diagnóstico dessas lesões com finalidade de seguimento oncológico, por serem consideradas como precursoras do câncer

Quanto às recomendações de início do rastreio e periodicidade do exame, há discordância entre as principais entidades científicas ⁹:

De acordo com Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) ¹², o rastreamento do câncer de mama deve ser feito nas mulheres entre 40 e 69 anos, com periodicidade

anual. Em mulheres acima de 70 anos, recomenda-se a realização do rastreamento com a mamografia, de forma individualizada – mulheres com expectativa maior que sete anos que possam ser submetidas a tratamento do câncer, considerando suas comorbidades.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde e o INCA ¹³ recomendam mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos, com periodicidade de dois em dois anos. Em mulheres acima de 70 anos, a recomendação é não realizar exames de rastreio.

Os estudos são limitados e controversos sobre a recomendação de mamografia de rastreio dos 40-49 anos. Mesmo tendo sido a faixa etária mais bem representada nos ensaios clínicos, a redução da mortalidade em mulheres com idades entre 40 e 49 anos apresentou significância limítrofe, indicando não só menor efeito, como também maior incerteza sobre a real existência desse efeito. Diversos fatores explicam o menor efeito do rastreamento em nessa faixa etária – menor incidência de câncer de mama, menor sensibilidade da mamografia em mamas densas e a existência de mais casos de câncer com comportamento agressivo, os quais se manifestam como câncer de intervalo e diminuem a utilidade do rastreamento ¹³.

Tabela 8 - Recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama.

Recomendações do MS para rastreamento do câncer de mama com MMG	
< 50 anos	CONTRA o rastreamento (Recomendação forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
50-59 anos	RECOMENDA o rastreamento (Recomendação fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
60-69 anos	RECOMENDA o rastreamento (Recomendação forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
70-74 anos	CONTRA o rastreamento (Recomendação fraca: o balanço entre os possíveis danos e benefícios é incerto).
75 anos ou mais	CONTRA o rastreamento (Recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Periodicidade	Rastreio bienal (Recomendação forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores que a bienal).

Fonte: Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias ¹⁹.

- Ultrassonografia de mamas:

Exame complementar importante na propedêutica mamária, porém proscrito para rastreamento primário, tendo em vista que possui pouca sensibilidade para detecção de calcificações. Por outro lado, é um exame fundamental para avaliação complementar da mama densa, pois há redução na sensibilidade da mamografia para este tipo de mama (85% para 47%-64%). Portanto, a mamografia e a ultrassonografia não são concorrentes, mas métodos complementares por excelência. Nas mulheres entre 40 a 69 anos, o exame pode ser utilizado para rastreio, mas de forma individualizada (complementar à mamografia nas mulheres com mamas densas ou como “*second-look*” após RM). Sua principal indicação se dá na investigação etiológica das queixas relatadas em consulta médica ⁶.

Indicações de solicitação de ultrassonografia:

- Investigação de nódulos palpáveis, dor mamária e de fluxo papilar ⁶.
- Mamografia BIRADS 0 ⁶.
- Seguimento de lesões não palpáveis: MMG BIRADS 3 → deve ser acompanhado por USG seriados com o objetivo de provar sua estabilidade em 6, 12 e 24 meses. Se ao final de 2 anos de seguimento o achado permanecer estável, ele é reclassificado como BI-RADS categoria 2 ⁶.

- Ressonância magnética das mamas:

Nessa faixa etária não se recomenda a realização de rastreamento por RM, exceto, de forma individualizada, em mulheres com alto risco para câncer de mama, por exemplo, mutação BRCA, e aqui sim deve começar aos 25 anos ⁶.

Classificação BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System)

Criado em 1992 pelo Colégio Americano de Radiologia, com o objetivo de uniformizar o laudo mamográfico. A classificação categoriza a composição mamária e descreve as lesões quanto a morfologia, tamanho, localização, distribuição e outras alterações associadas. Os achados são então processados e categorizados, o que

inclui o grau de suspeição de malignidade. As mamografias são classificadas então em 6 categorias ^{6,8,9,12}:

Tabela 9 - Categorias de classificação das mamografias.

Classificação	Achado	Manejo
BIRADS 0	Inconclusivo	Adicionar outras incidências da mamografia ou solicitar USG.
BIRADS 1	Negativo	Rotina
BIRADS 2	Achados benignos	Rotina
BIRADS 3	Achados provavelmente benignos	Acompanhar com USG
BIRADS 4	Achados suspeitos 4A – Baixa suspeição 4B – Suspeição intermediária 4C – Alta suspeição	Biópsia
BIRADS 5	Altamente sugestivo de malignidade	Biópsia
BIRADS 6	Malignidade comprovada – biópsia prévia	Exérese

Fonte: Adaptado de Fernandes CE et al ⁶, Duncan BB et al ⁸, Gusso G et al ⁹ e Silva CHM ¹¹.

- Quando encaminhar para Emergência

Pacientes com abscessos mamários que necessitam de drenagem devem ser encaminhados aos serviços de urgência/emergência ¹⁴.

- Quando encaminhar para Especialista Focal

Deve-se compartilhar os cuidados das pacientes com alterações nas mamas nas seguintes situações:

- Pacientes com nódulos com imagem suspeita para realização de biópsia ⁶.
- Paciente com nódulos sintomáticos ⁶.
- Pacientes com cistos simples recidivantes ou cistos complexos ¹⁴.
- Pacientes com mastalgia refratária ¹⁴.
- Mulheres com queixa de secreção mamilar somente após investigação de outras causas patológicas ou fisiológicas ¹⁴.
- Pacientes com mastites crônicas ⁹.

- Mulheres com câncer de mama diagnosticado ¹⁴.
- Mulheres para seguimento de pós-operatório de câncer de mama ¹⁴.
- Paciente com ultrassonografias e/ou mamografias com alterações (BIRADS 4,5 e 6) ¹⁴.
- Mamografias com classificação BIRADS 3 devem ser repetidas com 6 meses, manutenção do padrão indica encaminhar para mastologia ¹⁴.

Uma vez que o diagnóstico de câncer de mama tenha sido estabelecido, a mulher deve ser encaminhada a um especialista para cuidadoso estadiamento da doença e conduta terapêutica ⁸.

3. Corrimento vaginal

O corrimento vaginal é uma das principais queixas ginecológicas feitas ao médico da atenção primária à saúde (APS). Deve-se, primeiramente, diferenciar o fluxo vaginal considerado normal – a mucorreia – das vulvovaginites e cervicites. As situações patológicas em que a principal queixa é o corrimento vaginal decorrem, em cerca de 90% dos casos, de três condições: vaginose bacteriana, candidíase vaginal e tricomoníase, as mais prevalentes vulvovaginites ⁹.

As vulvovaginites acometem a vulva, a vagina e podem acometer o epitélio ectocervical. Já a infecção no epitélio endocervical e canal cervical, quando presente, são chamadas de cervicites e costumam ser causada por organismos específicos, como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma hominis* (os dois últimos dificilmente são identificados em culturas, porém, para fins de tratamento, apresentam sensibilidade antimicrobiana semelhante à de *C. trachomatis*). Para facilitar a escolha do tratamento, as cervicites podem ser divididas em gonocócicas e não gonocócicas (usualmente causadas pela *Chlamydia trachomatis*) ⁸.

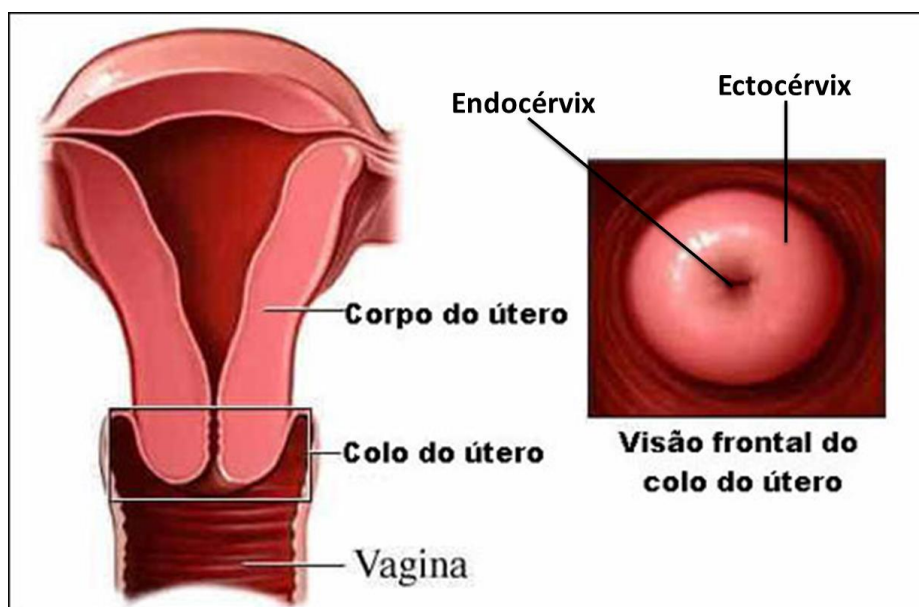


Figura 7 - Representação anatômica do colo uterino. Fonte: Tostes P. Aula I: Introdução ao exame Papanicolau – “exame preventivo” [Internet]. Disponível em: <https://blog.paulatostes.com.br/introducao-ao-exame-papanicolau/>

- Fisiológico x patológico

Mulheres que referem um corrimento vaginal tipo “clara de ovo”, sem odor fétido, sem prurido e sem dispareunia, provavelmente apresentam mucorreia. Pode acometer de 5 a 10% das mulheres e acontece geralmente por ectopia cervical ou durante a gestação. Na primeira, deve-se à maior produção de muco pelo epitélio endocervical quando em contato com o ácido vaginal e na gestação ocorre por aumento do fluxo sanguíneo na região genital ⁹.

Atualmente, o Ministério da Saúde (MS), acompanhando recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe o uso da abordagem sindrômica, baseada em fluxogramas de conduta que classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causadas ¹⁵.

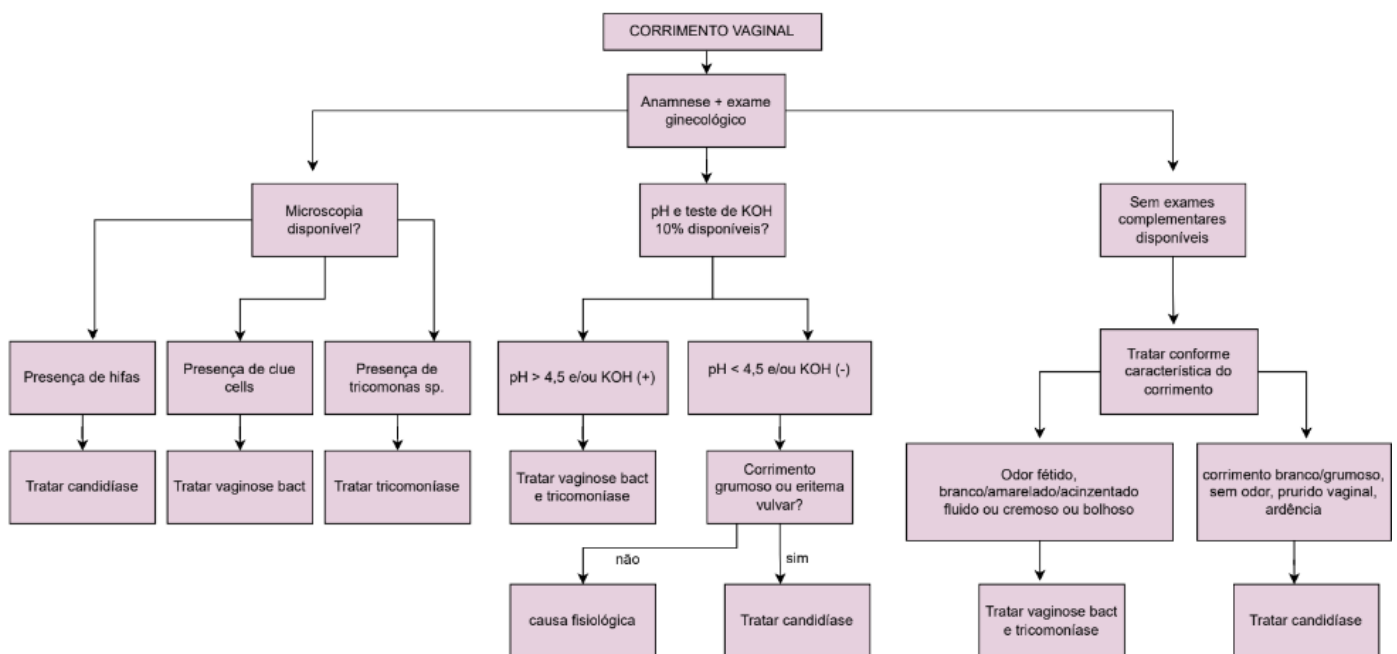


Figura 8 - Fluxograma abordagem corrimento vaginal. Fonte: Adaptado de Brasil ¹⁵.

- Abordagem

A anamnese de uma mulher com queixa de corrimento vaginal deve incluir: aspecto, quantidade, odor do corrimento; prurido; inflamação local; disúria; dispareunia; dor pélvica e uso de preservativos em relações sexuais recentes ⁸.

Exame físico: de suma importância a realização de exame especular, para visualização adequada da vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino ⁸.

Exames complementares: realização do teste do pH vaginal, se necessário e disponível, colocando a fita de papel indicador na parede vaginal lateral, por 1 minuto, evitando tocar o colo uterino. Quando necessário e disponível, fazer coleta de material para a realização de bacterioscopia e do teste de Whiff (se positivo, a aplicação de 1 a 2 gotas de KOH a 10% na lâmina com a secreção vaginal ocasiona o surgimento de um odor fétido de peixe em putrefação, em geral associado à vaginose bacteriana)^{8,9}.

O exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica) e a colposcopia não devem ser realizados com o intuito de diagnosticar vulvovaginites e cervicites, uma vez que são pouco sensíveis para essa finalidade, e sim apenas para rastreio do câncer cervical⁶.

- Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana ocorre pelo desequilíbrio da flora vaginal normal (principalmente pela proliferação aumentada das bactérias anaeróbias, como *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp.*, *micoplasmas*, entre outras), associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos. Não é classificada como uma IST, mas pode ser precipitada pela relação sexual. A vaginose bacteriana apresenta-se como um corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, com aspecto branco/amarelado/acinzentado, fluido ou cremoso e, eventualmente, bolhoso^{8,9}.

Se microscopia disponível, o diagnóstico é realizado com 3 de 4 critérios de Amsel^{8,9}:

- pH vaginal > 4,5
- Liberação de odor fétido quando aplicado KOH a 10% em esfregaço de secreção em lâmina (teste das aminas [*whiff test*] positivo)
- Presença de células epiteliais vaginais recobertas por *Gardnerella*, tornando sua aparência granulosa e seus limites imprecisos (*clue cells*)
- Corrimento acinzentado, homogêneo e fino

Tratamento:

- Antibiótico via oral: Metronidazol 500 mg, de 12/12 horas, por 7 dias OU clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias^{6,8}.

- Antibiótico via vaginal: Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador à noite, por 5 dias, OU clindamicina creme a 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias ^{6,8}.
- Recorrente: metronidazol 500 mg, 2 ×/dia, por 10-14 dias ⁸.

Obs: metronidazol é considerado o tratamento de primeira linha ^{6,8}.

- Candidíase vulvovaginal

Essa infecção da vulva e da vagina é causada por fungos (*Candida albicans* e outras espécies não *albicans*) que habitam normalmente a mucosa vaginal e digestiva. Devido algumas condições clínicas, a população de fungos cresce de forma descontrolada de modo a causar sintomatologia. Prurido vulvovaginal, corrimento branco, grumoso e com aspecto de “leite coalhado”, ardor ou dor à micção, hiperemia, edema vulvar, fissuras e dispareunia, são as principais queixas clínicas. A principal forma de transmissão não é a sexual – portanto, não é considerada uma IST. Os fatores predisponentes são gravidez, diabetes melito (DM) descompensado, obesidade, uso de contraceptivos orais de alta dosagem, uso de antibióticos, corticoides ou imunossupressores, hábitos de higiene e vestuários inadequados, contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes ou alterações no sistema imunológico ⁹.

Se disponíveis, fita para teste de pH e microscopia são auxiliares no diagnóstico, sendo o pH vaginal < 4,5 (pH normal) e presença de hifas e esporos na microscopia da secreção vaginal após aplicação de KOH (identificado em 65% dos casos) ⁸.

Tratamento:

- Antifúngico via oral: Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 200 mg, VO, de 12/12 h, por 1 dia OU Cetoconazol 400 mg, VO, por 5 dias. (Eficácia similar entre as opções) ^{6,8}.
- Antifúngico via vaginal: Miconazol creme 2%, 1 aplicação à noite, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação à noite, por 14 dias OU Clotrimazol creme 1%, 1 aplicação à noite, por 6-12 dias. (Eficácia similar entre as opções) ⁸.
- Recorrente: Fluconazol 150 mg, VO, 1 ×/dia, por 3 dias ou por 10-14 dias, ou ainda por 3 dias nos dias 1, 4 e 75 (tratamento indutivo inicial), seguido de 1 ×/semana, por 6 meses⁸.

OBS: Contraindicado uso de antifúngico oral durante gestação e amamentação!

- Tricomóníase

A tricomóníase, causada pelo *Trichomonas vaginalis*, caracteriza-se por corrimento abundante, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica, sintomas urinários, hiperemia da mucosa com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa) e teste de Schiller positivo com aspecto “tigroide”⁹.

Se microscopia disponível, realizar exame a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação do parasita ao microscópio. Visualiza-se o movimento do protozoário e um grande número de leucócitos⁶. Considerada IST, portanto sendo obrigatório tratamento de parceiros sexuais, mesmo que assintomático (a)^{6,8,9}.

Tratamento

- Antibiótico via oral: Metronidazol 500 mg, de 12/12 horas, por 7 dias OU Metronidazol 2 g, em dose única OU tinidazol 2 g, em dose única OU Secnidazol 2 g dose única^{6,8}.
- Antibiótico via vaginal: não há indicação, o tratamento é sempre sistêmico.
- Lembrar de tratar parcerias sexuais. Para fins de comunicação ou convocação, são consideradas parcerias sexuais: pessoas com as quais a paciente se relacionou sexualmente entre 30 e 90 dias⁹.

- Gonorreia

A cervicite gonocócica causada pela *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo gram negativo) é assintomática em 60 a 80% dos casos. Quando sintomática, pode apresentar colo edemaciado, hiperemiado, mucorréia (eventualmente purulenta), friável (sangra fácil ao toque), acentuação do ectrópio (mácula rubra), dispareunia e dor à mobilização do colo uterino ao exame ginecológico. Em decorrência do processo inflamatório desencadeado, a cervicite por NG costuma ser quase sempre muito mais exuberante e sintomática do que a causada pela CT⁶. Se não realizado tratamento, a infecção pode acarretar sequelas, como infertilidade, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, trabalho de parto prematuro ou prematuridade. Considerada IST, portanto sendo obrigatório tratamento de parceiros sexuais, mesmo que assintomático (a)^{6,8,9}.

Tratamento

- Antibióticos: Ceftriaxona 500 mg, IM, em dose única + Azitromicina 1 g, VO, em dose única OU Ciprofloxacino 500 mg, VO, em dose única + Azitromicina 1 g, VO, em dose única ⁸.
- Alternativa: Cefixima 400 mg, VO, em dose única (se demais opções contraindicadas)⁸.

- Clamídia

As cervicites não gonocócicas, que podem ser decorrentes de infecção por *Chlamydia trachomatis* (bacilo gram-negativo), entre outros patógenos, geralmente são assintomáticas ⁹. É a mais frequente IST causada por bactéria em todo o mundo, superando a infecção gonocócica e sífilis ⁶. Apesar de serem assintomáticas, em longo prazo, sobretudo nas mulheres, podem ocasionar diversas morbidades. Mais de um terço das mulheres infectadas por clamídia terá doença inflamatória pélvica (DIP), um quinto poderá se tornar infértil e um décimo poderá ter gestação ectópica, além de dor pélvica crônica ⁹.

As manifestações clínicas da cervicite clamidiana são discretas e frequentemente passam despercebidas. Quando apresenta quadro clínico, podem ocorrer os mesmos sintomas descritos para cervicite por gonorreia: colo edemaciado, hiperemiado, mucorreia (eventualmente purulenta), friável (sangra fácil ao toque), acentuação do ectrópio (mácula rubra), dispareunia e dor à mobilização do colo uterino ao exame ginecológico. Considerada IST, portanto sendo obrigatório tratamento de parceiros sexuais, mesmo que assintomático (a) ^{6,8,9}.

Tratamento

- Antibiótico via oral: Azitromicina 1 g, VO, em dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 7-10 dias ^{6, 8}.
 - Alternativa: Estearato de eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias OU Ofloxacino 400 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias OU ofloxacino 400 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias OU Levofloxacino 500 mg, VO, 1 x/dia, por 7 dias.
- Obs: doxiciclina contraindicada em gestantes ^{6,8}.

Considerando-se a possibilidade de associação da *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e a dificuldade prática do diagnóstico, recomenda-se o tratamento de ambas com o esquema de ceftriaxona + azitromicina ⁶.

Por serem infecções em sua maioria assintomáticas e por apresentarem importantes sequelas, há recomendação para rastreamento de clamídia e gonococo, conforme o Ministério da Saúde, nas seguintes situações: gestantes com idade ≤ 30 anos (na primeira consulta de pré-natal), pessoas com diagnóstico de outra IST (no momento do diagnóstico), pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos (semestral) e vítimas de violência sexual (no atendimento inicial e 4-6 semanas após exposição) ⁸.

- Quando encaminhar para Emergência

Diante do diagnóstico de cervicite ou uretrite, o profissional da APS deve encaminhar a mulher para serviço de urgência quando não houver melhora após 48 horas do início do tratamento com antibióticos; se houver sinais que sugiram gravidade ou comprometimento sistêmico importante; quando o diagnóstico for feito durante a gestação; e quando ocorrer na adolescência, dependendo da situação, se for avaliado risco de a adolescente não seguir o tratamento prescrito ⁸.

- Quando encaminhar para Especialista Focal

Todas as IST's devem ser tratadas na atenção primária, sendo reservado o encaminhamento a especialidade focal quando houver falha no tratamento inicial ¹⁴.

4. Amenorreia

Alterações menstruais estão entre as causas mais comuns de consulta médica em mulheres. A amenorreia – ausência de menstruação – em mulheres jovens pode estar associada a situações fisiológicas ou ao uso de medicações ou ser a manifestação de doenças físicas e/ou psicológicas. Investigar sua etiologia é importante para instituir a terapêutica adequada e prevenir complicações no longo prazo⁸.

Definição - primária x secundária

Como primeiro passo na investigação etiológica, é necessário diferenciar amenorreia primária de amenorreia secundária:

- Amenorreia primária é a ausência da menstruação em meninas que nunca apresentaram fluxo menstrual espontâneo. Deve ser investigada após os 14 anos de idade em adolescentes sem desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (pelos pubianos, mamas) e sempre após os 16 anos⁸.
- Amenorreia secundária é a ausência de menstruação por três ciclos em mulheres que já apresentaram fluxo menstrual espontâneo⁸.

Podemos também classificar as diferentes etiologias de amenorreia pelo compartimento anatômico que está comprometido naquela morbidade:

Tabela 10 - Causas da Amenorreia.

Fisiológica	- Gravidez, amamentação, menopausa
Não fisiológica: Hipotalâmica	-Disfuncional: estresse, exercício físico, perda de peso, dieta, má nutrição, anorexia, bulimia, pseudocise - Congênita: Sd de Kallmann, hipogonadismo hiponadotrófico idiopático - Infecciosa: tuberculose, sífilis, meningite, sarcoidose - Tumores craniofraingioma, hemartoma, tumor de seio endodérmico

Hipofisária	- Tumores: prolactinoma, adenoma, craniofaringioma, tumores funcionantes (secretores de ACTH, TSH, GH) - Infarto: síndrome de Sheehan - Outras: após radioterapia e cirurgias do SNC
Ovariana	- Disgenesia gonadal - Falência ovariana precoce - Síndrome do ovário resistente - Quimioterapia/radioterapia e cirurgia ovariana
Uterovaginal	- Agenesia uterina - Feminização testicular - Hímem imperfurado - Septos vaginais e malformações - Síndrome de Asherman - Radioterapia pélvica
Extrínseca ao eixo hipotálamo-hipófise-gônada	- Tireoidopatias - Doenças da glândula suprarrenal - Doença sistêmica grave
Multifatoriais	- Síndrome dos ovários policísticos

Fonte: Duncan BB et al ⁸.

- Investigação amenorreia primária

No caso da amenorreia primária, os exames iniciais incluem dosagem de LH e FSH para avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-ovários quando são inexistentes caracteres sexuais secundários. Quando a menina já possui caracteres sexuais secundários, mas ainda não menstruou, a US pélvica está indicada para avaliar útero e anexos. Além disso, podem ser úteis, dependendo da avaliação inicial: cariótipo, tireotrofina (TSH), prolactina, estradiol. O teste de gravidez (β -HCG) também deve ser realizado diante de qualquer suspeita de gestação ⁹.

Quando o FSH estiver aumentado, a causa é ovariana – metade das amenorréias primárias corresponde à disgenesia gonadal. Nesse grupo, a solicitação de cariótipo é imperativa, pois, sempre que houver a presença do cromossomo Y,

deve ser realizada a gonadectomia, pelo risco de malignização da gônada disgenética⁸.

Quando o FSH estiver diminuído ou com níveis dentro da faixa da normalidade (no limite inferior, associado a níveis estrogênicos baixos), devem ser excluídas alterações hipotalâmicas e/ou hipofisárias, sendo o retardo constitucional da puberdade e as doenças crônicas as afecções mais comumente encontradas⁸.

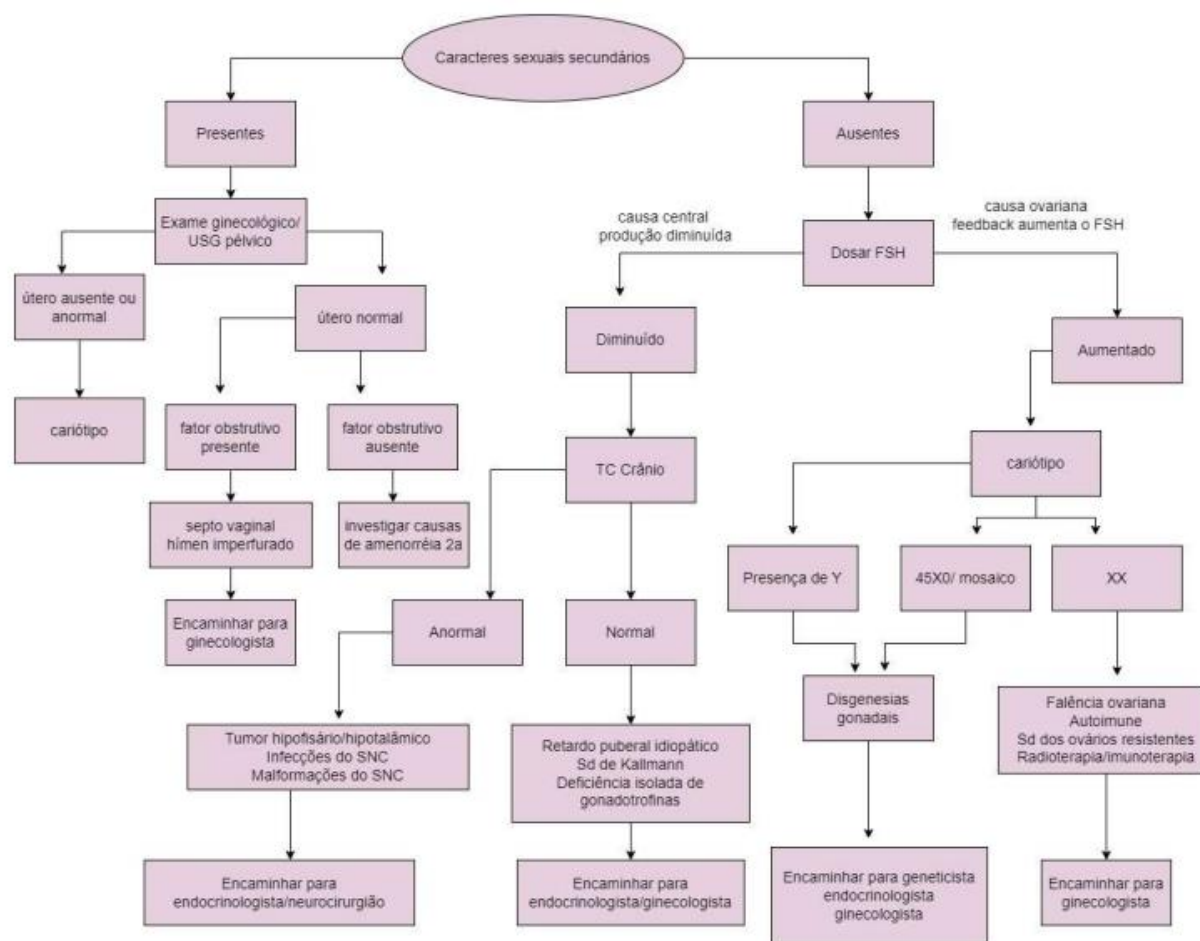


Figura 9 - Fluxograma da investigação de amenorreia primária. Fonte: Adaptado de Duncan BB et al⁸, Gusso G et al⁹.

- Investigação amenorreia secundária

Como passo inicial da investigação da amenorreia secundária, é necessário solicitar um exame de gravidez. Teste positivo deve-se iniciar o pré-natal, teste negativo deve-se continuar com a investigação. O próximo passo será a solicitação de TSH e prolactina. Se TSH alterado, segue-se o tratamento da doença tireoidiana.

Se prolactina alterada, é necessário repetir exames e elencar possíveis causas de hiperprolactinemia ⁸.

A hiperprolactinemia pode ser fisiológica/transitória (manipulação das mamas, estresse, alimentação), secundária ao uso de medicamentos e outras substâncias, hipotireoidismo, tumores ou idiopática. Permanecendo-se elevada, procede-se à investigação de outras causas, como tumores do SNC ⁸. Tumores produtores de PRL (prolactinomas) costumam apresentar níveis altos de prolactina (> 100 ng/mL) ⁸.

Depois de descartadas essas hipóteses, realiza-se o teste do progestagênio. O esquema mais utilizado é o do acetato de medroxiprogesterona, 10 mg/dia, via oral, durante 7 a 10 dias. Se ocorrer o sangramento por privação entre 2 a 7 dias após, o teste é positivo e significa que há produção estrogênica endógena adequada para proliferar o endométrio, mostrando também que tanto este quanto o trajeto canalicular estão preservados. Nesse caso, com os níveis de prolactina e TSH normais, será feito o diagnóstico de anovulação crônica ⁹.

Se não ocorrer o sangramento (teste negativo), possivelmente haverá um defeito canalicular ou ausência de estrogênio no endométrio, indicando um possível caso de hipoestrogenismo. Nesses casos, procede-se a uma segunda etapa diagnóstica. Simula-se um ciclo hormonal artificial, administrando-se, por via oral, estrogênios conjugados, 1,25 mg/dia, durante 21 dias, associando acetato de medroxiprogesterona, 10 mg, nos últimos 7 a 10 dias. Se não ocorrer sangramento, mesmo após dois ciclos repetidos, o diagnóstico é de alteração uterina, como sinéquias; então, a paciente deve ser referenciada ao ginecologista para a confirmação com procedimentos de imagem ⁹.

Nas mulheres que sangram após o uso de estrogênio e progestagênio, fica confirmada a permeabilidade do trato genital e o hipoestrogenismo, fazendo-se necessárias dosagens de gonadotrofinas. Quando o FSH está elevado, trata-se de falência ovariana. Nesses casos, devem ser investigadas história pregressa de irradiação, quimioterapia, castração (química ou cirúrgica) e história familiar de falência ovariana (idade em que ocorreu a menopausa da mãe e das irmãs) ⁸.

Um FSH baixo indica alteração hipofisária ou hipotalâmica. Embora a maioria dessas doenças possa ser diagnosticada pela história e pelo exame físico (doença crônica debilitante, anorexia nervosa/bulimia, estresse importante, exercício físico em excesso, desnutrição), alguns tumores do SNC (prolactinomas, tumores hipofisários secretores de hormônio, craniofaringioma, germinoma, hamartoma, teratomas e

carcinomas metastáticos) devem ser excluídos, havendo necessidade de exames de imagem, como TC e/ou RM. Para isso, devem ser encaminhadas para serviço especializado. Infecções (tuberculose, sífilis, encefalite/meningite), aneurismas, síndrome da sela vazia, aneurisma arterial, síndrome de Sheehan, pan-hipopituitarismo e doenças inflamatórias/infiltrativas (sarcoidose, hemocromatose) também ocasionam amenorreia hipogonadotrófica. O tratamento é realizado de acordo com a etiologia⁸.

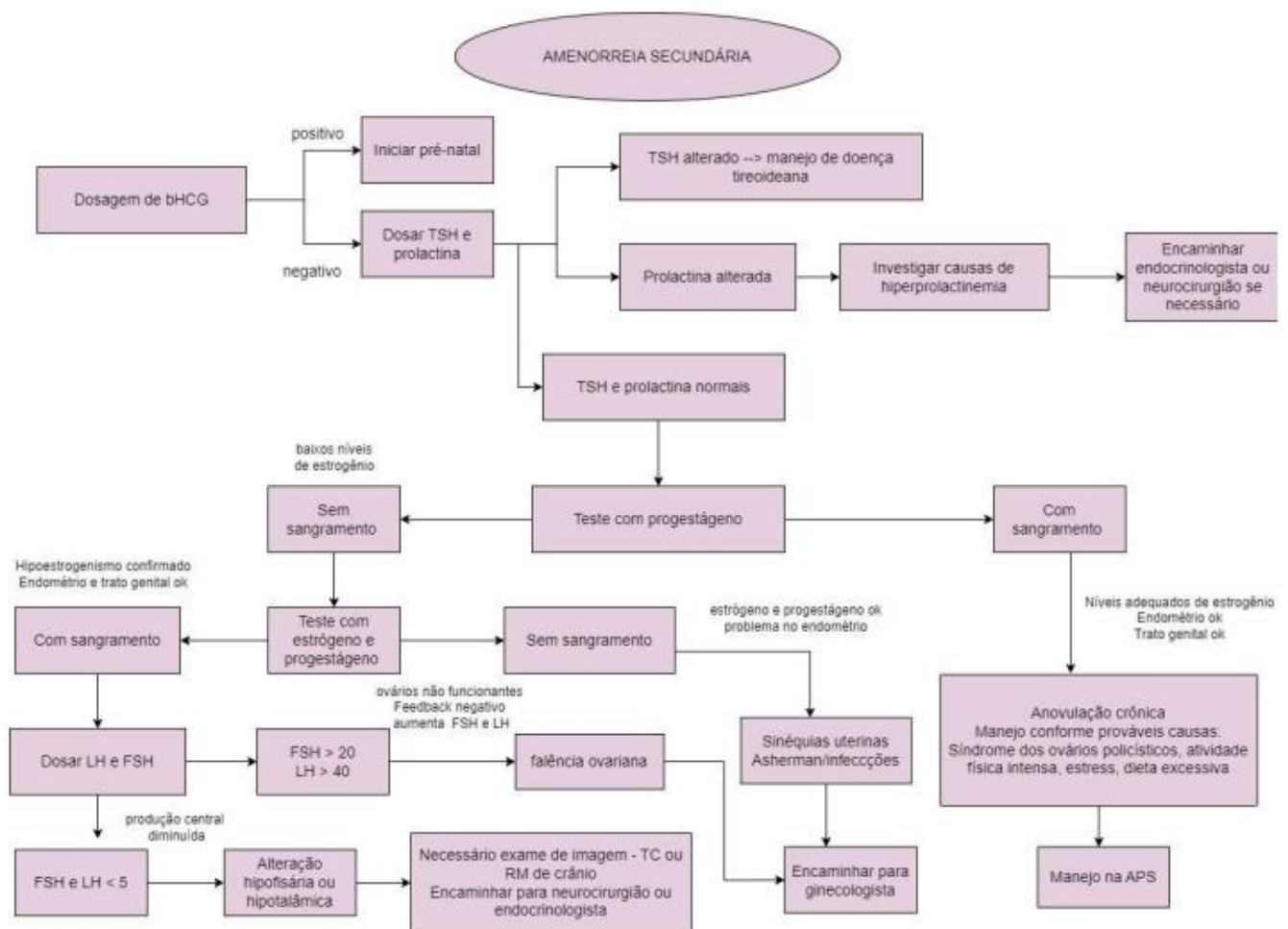


Figura 10 - Fluxograma da investigação da amenorreia secundária. Fonte: Adaptado de Duncan BB et al⁸, Gusso G et al⁹.

- Síndrome dos ovários policísticos

A SOP é a causa mais comum de amenorreia secundária, excluída a gestação. É caracterizada pela disfunção ovulatória, hiperandrogenismo e ovários morfologicamente policísticos. Os achados e manifestações clínicas são variados,

destacando-se hirsutismo, distúrbios menstruais, acne, obesidade, alopecia androgenética, infertilidade e acantose nigrican ⁸.

Os critérios diagnósticos da SOP são muito discutidos. Sendo um diagnóstico de exclusão, para sua confirmação deve haver pelo menos 2 de 3 critérios: hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, ciclos irregulares (anovulação) ou ovários de característica policística à US ⁸.

O tratamento baseia-se no desejo e clínica da paciente. A primeira linha de tratamento de mulheres com SOP é a readequação alimentar e a atividade física. Avaliar se há resistência insulínica e síndrome metabólica, importante fator de risco de doença metabólica (diabetes) e cardiovascular, analisando o uso de metformina ⁸.

Hirsutismo, irregularidade menstrual, proteção endometrial (hiperplasia e até câncer devido à anovulação) devem ser tratados com contraceptivos orais combinados ⁶. Progestagênios com baixa androgenicidade (norgestimato, desogestrel e gestodeno) ou aqueles antiandrogênicos (drospirenona, acetato de ciproterona) podem ser utilizados com bom efeito sobre a acne, além de restabelecer o ciclo menstrual ⁹.

Havendo desejo reprodutivo, induz-se a ovulação (após identificação da permeabilidade tubária e avaliação espermática normal) com citrato de clomifeno, ainda o medicamento de primeira escolha. Doses de 50 a 150 mg via oral/dia, durante 5 dias, iniciando no 2º ou 3º dia do ciclo ⁶. Quando houver falhas, utilizam-se as gonadotrofinas. Nesses casos, as mulheres devem ser referenciadas ao ginecologista especialista em infertilidade, pela especificidade da abordagem que se faz necessária ⁹.

- Indicação de Exames e Prevenção Quaternária.

Alguns exames subsidiários serão úteis para a identificação etiológica da amenorreia. Ressalta-se que a anamnese e o exame físico irão direcionar a solicitação desses exames, não sendo necessária a realização de todos. ⁶

- Cariótipo → Útil na amenorreia primária (disgenesias gonádicas) ou secundária (falência ovariana antes dos 30 anos de idade) ⁶.
- RNM Crânio → anormalidade encefálica, sela túrcica (adenomas hipofisários), pélvica (malformações da genitália interna) ⁶.

- USG → Presença ou ausência de genitália interna. Um dos critérios para o diagnóstico da SOP. Pode ser útil na avaliação da adrenal e da tireoide ⁶.
- Histeroscopia → avaliação de sinéquias uterinas ou estenoses cervicais ⁶.
- Histerossonografia → avaliação de sinéquias uterinas ou estenoses cervicais ⁶.

- Quando encaminhar para Especialista Focal

As mulheres com amenorreia devem ser referenciadas para serviço especializado nas seguintes situações:

- História de exposição à radioterapia e/ou à quimioterapia no passado ⁸.
- Suspeita de lesões tumorais ou infiltrativas do SNC ⁸.
- Falência ovariana ⁸.
- Disgenesia gonadal ⁸.
- Desejo de gestação ⁸.
- Dificuldade de manejo pelo médico na APS ⁸.

Algumas mulheres com amenorreia devem ser referenciadas ao especialista focal, mas o médico de família e comunidade é o orientador do cuidado, pois o vínculo existente entre o médico, as adolescentes e as mulheres, junto com suas famílias, é muito importante no processo terapêutico. Na atenção básica, o médico de família e comunidade descarta as causas fisiológicas, inicia a investigação com exames complementares de fácil acesso e pode realizar os testes de progestagênio, para então referenciar ao ginecologista aquelas mulheres que tenham dificuldade de elucidação diagnóstica ou necessitem de uma abordagem cirúrgica ⁹.

5. Sangramento uterino anormal

Sangramento uterino anormal (SUA) é definido como sangramento excessivo ou que ocorre fora do padrão menstrual normal em relação a intervalo, duração e/ou quantidade de sangramento, por pelo menos 6 ciclos menstruais da mulher ⁸.

Quando há alguma alteração no ciclo menstrual, entende-se que há alguma alteração no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, sendo papel do médico e família iniciar a investigação, conduzir conforme suas atribuições e referenciar para a especialidade focal se necessário.⁸

- Ciclo menstrual normal

Para reconhecer anormalidades no ciclo menstrual, é necessário primeiro conhecer seus critérios de normalidade, os quais tiveram modificações recentemente e foram adotados pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em 2017. Os critérios para determinar se um ciclo menstrual é normal (dados entre os percentis 5 e 95%) são: frequência (24 a 38 dias); duração (até 8 dias); regularidade (a menstruação é considerada regular se existir diferença entre o ciclo mais longo e o ciclo mais curto em até 9 dias); volume do fluxo (referido como normal pela paciente)⁹.

Ao avaliar se o padrão de menstruação de uma mulher é normal ou não, é importante considerar as mudanças de ciclo menstrual esperadas nos extremos da vida reprodutiva feminina – adolescência e perimenopausa. Nessas fases, podem ocorrer ciclos irregulares e com quantidades não comuns de sangramento, devido à anovulação e à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário ou à diminuição na produção dos hormônios ovarianos, respectivamente ⁸.

Lembrando que, na prática clínica, em considerável número de pacientes, não se consegue identificar algo incomum que justifique o sangramento anormal. Outra dificuldade é caracterizar corretamente o volume de sangue perdido, já que essa verificação é, na prática, feita a partir de informações fornecidas pela própria paciente e não por métodos objetivos ⁶.

- Diagnóstico

De modo a sistematizar e auxiliar a memorização das causas de SUA, a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) criou o termo PALM-COEIN, um método mnemônico que é formado com as letras iniciais das causas de

sangramento, sendo alocadas em dois grupos: estrutural (PALM) e não estrutural (COEIN).

Tabela 11 - Causas de sangramento uterino anormal.

Causa estrutural (PALM)	Causa não estrutural (COEIN)
Pólipos	Coagulação
Adenomiose	Ovulação
Leiomiomatose	Endometrial
Malignidade/hiperplasia	Iatrogênica
	Não classificada de outra forma

Fonte: Adaptado de Fernandes et al ⁶, Duncan BB et al ⁸, Gusso G et al⁹.

- Abordagem inicial e exames complementares

A investigação começa com uma boa história clínica, sendo importante os seguintes dados ⁸:

- Idade
- História menstrual
- Antecedentes gineco-obstétrico
- Início do sangramento
- Tipo de distúrbio menstrual
- Mudança de peso
- Uso de medicamentos e/ou droga
- Atividade física e estresse
- Método de anticoncepção
- Tratamentos prévios
- Cirurgias prévias
- Sintomas de hipotireoidismo, coagulopatias e doenças crônicas

Exame físico + exame ginecológico - avaliar presença de sangramentos na vulva ou vagina. Em caso de hematomas, escoriações, lesões nas paredes vaginais, a violência sexual deve ser investigada, principalmente em crianças e adolescentes ⁹.

- Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

Em muitos casos, mesmo com uma anamnese bem detalhada e um exame físico adequado, pode-se não identificar a causa do sangramento vaginal, sendo necessários exames complementares⁹.

- Hemograma. Realizar em todas as pacientes para avaliação de anemia.
- Tireotrofina (TSH). Para exclusão de hipotireoidismo
- Ultrassom: Deve ser solicitada US transvaginal, que é o exame de imagem de primeira linha na pesquisa das causas no SUA. A US transabdominal é reservada para pessoas virgens e para grandes tumorações pélvicas. Com a US, pode-se diagnosticar e localizar as causas de SUA estruturais.

A investigação com relação custo-efetividade mais favorável em mulheres com baixo risco é a US; nas mulheres com risco moderado (sangramento pré-menopausa), é a biópsia cega; e nas mulheres com alto risco (sangramento após a menopausa), a diferença entre os métodos é mínima, com a histeroscopia se mostrando um pouco melhor⁸.

- Causas estruturais

- a) Pólipos

Os pólipos endometriais e endocervicais são geralmente assintomáticos. O pólipo endometrial pode ser causa de SUA, e o pólipo endocervical pode exteriorizar-se pelo orifício externo da cérvix e causar sangramento após relações sexuais. O diagnóstico pode ser feito pelo exame especular (no caso de pólipos endocervicais exteriorizados), por ultrassonografia (US), histerossonografia e histeroscopia associada ou não com histologia, sendo a histeroscopia o exame padrão-ouro para seu diagnóstico^{6,9}.

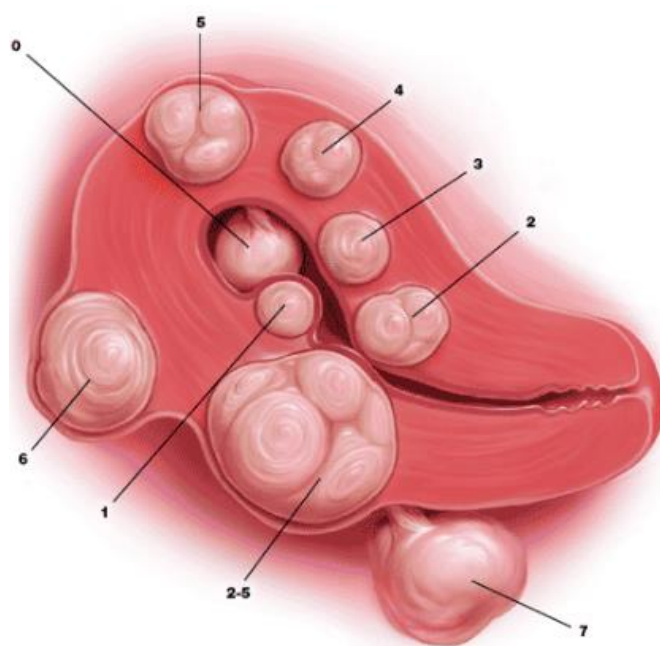
- b) Adenomiose

É definida como a presença de glândulas e estroma endometrial na musculatura uterina. A frequência de adenomiose na população varia muito na literatura e é maior quanto mais metódica for sua pesquisa. Quando sintomática, apresenta-se, por ordem de frequência, com fluxo aumentado, dismenorria, sangramento irregular e dispareunia. O diagnóstico é histológico. Entretanto, a adenomiose pode ser identificada com os aparelhos modernos de US de alta definição⁸.

c) Leiomiomatose

Leiomioma ou mioma é um tumor benigno da musculatura uterina. Acomete 20 a 25% das mulheres e é mais frequente em negras e nulíparas⁸. Os leiomiomas, dependendo da sua localização no útero, podem ser classificados em submucosos, intramurais e subserosos. Eles podem ser assintomáticos, mas, com frequência, são causa de sangramento. O sangramento depende de tamanho, número, localização e grau de vascularização⁶. Os leiomiomas submucosos são os que mais contribuem para a gênese de SUA, mas o intramural com componente submucoso também pode causar sangramento. O diagnóstico por US é feito com facilidade, e a histeroscopia pode ser necessária para o diagnóstico diferencial entre pólio e leiomioma submucoso⁹.

A seguir a classificação dos diferentes tipos de miomas de acordo com sua localização, segundo a FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia:



Legenda:

- Submucoso:
 - 0 - Submucoso pediculado
 - 1 - Submucoso, > 50% intramural
 - 2 - Submucoso, < 50% intramural
- Intramural:
 - 3 - Intramural tangenciando o endométrio;
 - 4: intramural
- Subseroso
 - 5 - Subseroso, > 50% intramural
 - 6 - Subseroso, < 50% intramural
 - 7 - Apêdiculado
- 2-5 Híbrido
apresenta componente submucoso, intramural e subseroso

Figura 11 – Classificação dos diferentes tipos de miomas de acordo com a sua localização. Fonte: imagem Fetalmed e legenda adaptada de Fernandes CE et al⁶.

d) Malignidade e hiperplasia

Entre as causas estruturais, essas patologias são as menos comuns. Elas surgem com mais frequência no climatério pós-menopausal e senilidade, mas podem ocorrer em mulheres jovens com diagnóstico de SOP que não fazem tratamento hormonal ⁹. A hiperplasia endometrial resulta da hiperestimulação estrogênica endometrial, absoluta ou relativa, endógena ou exógena, como anovulação crônica e terapia de reposição hormonal inadequada ⁸.

Essas alterações devem ser suspeitadas quando, à US, há história de SUA associada a endométrio espessado, sendo necessária a confirmação com histeroscopia (ou curetagem uterina) e histologia ⁹.

- Causas não estruturais

a) Coagulação

O sangramento menstrual volumoso é prevalente em mulheres que apresentam defeitos na função das plaquetas ⁹. Cerca de 10 a 48% das adolescentes com SUA têm alguma coagulopatia, sendo a mais relevante a doença de von Willebrand. O fator de von Willebrand é a proteína responsável pela adesão entre as plaquetas e formação do trombo. Então, nessa condição, há sangramento profuso desde a menarca ou primeiras menstruações. É causa frequente da anemia mais grave nessa fase da vida da mulher ⁶.

b) Ovulação

O sangramento uterino de origem anovulatória ocorre por alterações nos mecanismos de regulação do eixo Hipotálamo-hipófise-ovários. Em adolescentes jovens, as menstruações irregulares são frequentemente devidas a ciclos anovulatórios por imaturidade do eixo. No primeiro ano após a menarca, mais de 85% de todos os ciclos são anovulatórios e, quatro anos após a menarca, apenas 56% dos ciclos são ovulatórios. Os ciclos anovulatórios são causas de SUA devido à ausência de produção cíclica da progesterona ou por produção deficiente da progesterona. Em vista disso, podem ocorrer alterações menstruais, que variam desde amenorreia, sangramento irregular e volume do fluxo leve a volumosos, que podem exigir intervenção para tratamento. Os ciclos anovulatórios podem ocorrer nas

endocrinopatias: SOP, hiperprolactinemia, hipotireoidismo, obesidade, estresse mental, exercícios extenuantes, anorexia etc.⁹.

c) Endometrial

Considerada causa de exclusão, se o ciclo menstrual é regular, ovulatório, e não existe outra causa identificada, o SUA ocorre por um distúrbio na regulação local da hemostasia no endométrio. Há aumento da produção de vasodiladores (prostaglandina E2, prostaciclina), diminuição na produção de vasoconstritores (prostaglandina F2, endotelina 1) e, por produção excessiva de ativador de plasminogênio, lise acelerada do coágulo endometrial⁹. Diagnóstico difícil de ser realizado, sendo necessário primeiro afastar todas as outras causas de SUA.⁹

d) Iatrogênica

Aqui entram os dispositivos e medicamentos que podem ser causas de SUA: dispositivos intrauterinos, tanto medicados como não medicados; anticoncepcional hormonal combinado e os contraceptivos progestagênicos, reposição hormonal, uso oral de anticoagulantes ou preparações de heparina, ou medicações que reduzem os níveis circulantes de estrogênios e progesterona (ácido valproico, rifampicina, griseofulvina); uso de anabolizantes; ou, com menor possibilidade, o tabagismo^{6,9}.

- Não classificada

Este grupo é reservado para entidades raras e que têm relação indeterminada com os sintomas de SUA, como malformações arteriovenosas (MAVs) e istmocele (pequena cavidade formada na região da cicatriz uterina de uma cesariana anterior)⁹.

- Tratamento

A conduta frente ao SUA deve obedecer a alguns princípios antes da individualização, principalmente nos casos de SUA agudo com repercussão hemodinâmica, sendo necessário tratar a hemorragia mesmo sem saber a causa. Primeiro deve-se considerar a forma de apresentação clínica, dividindo a urgência da não urgência⁶.

Mulheres com sinais de alerta para hipovolemia: letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes e diminuição do débito urinário, devem ser encaminhadas ao serviço de urgência imediatamente¹⁶.

Para tratamento de SUA crônico e sem repercussões hemodinâmicas, temos as seguintes opções medicamentosas ^{8,9,12}:

- Diu com progestagênio ou implante subdérmico com otonogestrel (↓ fluxo 65 a 97%)
- Anti-inflamatório não esteroidal (AINE) (↓ fluxo 20 a 40%)

Ácido mefenâmico, 500 mg, 1 cp de 8/8h, por 5 dias

Diclofenaco sódico, 50 mg, 1 cp de 8/8h, por 5 dias

Ibuprofeno 600mg, 1 cp de 12/12h, por 5 dias

- Contraceptivos orais combinados (↓ fluxo 43%), sempre no primeiro dia do ciclo, 1 cp de 12/12h, por 7 dias, e depois 1 cp, por dia 21 dias

- Progestagênio

Oral (↓ fluxo 65% a 83%): noretisterona 5 mg, 1cp de 8/8h ou medroxiprogesterona 10mg 1x ao dia, iniciando no 5º dia do ciclo e mantendo por 21 dias

Injetável (↓ fluxo 80% a 97%): medroxiprogesterona 150mg IM a cada 3 meses

- Antifibrinolíticos (↓ fluxo 40 a 60%)

Ácido tranexâmico: 250 mg, 2 cp, 3 a 4 vezes por dia por 4 dias

Ácido aminocaproico: 250 mg, 2 cp, 4 vezes por dia por 4 dias

Tratamento conforme a causa:

- Causas estruturais

Pólipos

Diante de um resultado de US sugestivo de pólipos endometrial, referenciar para ginecologista, para realizar histeroscopia a fim de realizar a exérese do pólipo. Se o resultado da US foi espessamento endometrial, há necessidade de realizar o diagnóstico diferencial entre pólipo, hiperplasia ou neoplasia maligna endometrial, podendo ser indicada histerossonografia ou histeroscopia. Confirmado o diagnóstico, a exérese será realizada por histeroscopia ⁹.

Adenomiose

Para o tratamento da adenomiose, prescreve-se a medicação anovulatória por pelo menos 9 meses. ⁹

- ACO contínuo, por 9 meses.

- Desogestrel, 75 mcg, via oral, uso contínuo, por 9 meses.
- Medroxiprogesterona, 150 mg IM a cada 3 meses, por 9 meses
- DIU de desogestrel ou implante subdérmico de otonogestrel
- Danazol ou agonista de hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa): essas medicações geralmente são reservadas para serviços de referência, devido ao custo.

Na falha do tratamento medicamentoso, referenciar para ginecologista ⁹.

O tratamento definitivo da adenomiose é a histerectomia, via vaginal, abdominal ou videolaparoscópica, podendo-se considerar o uso de gestrinona ou análogos em mulheres sintomáticas que queiram engravidar. Uma alternativa é a ablação endometrial histeroscópica, que não trata a doença básica, mas controla o sintoma de sangramento uterino aumentado ⁸.

Leiomiomatose

Inicialmente, o tratamento é medicamentoso, podendo ser realizado em serviço de atenção primária. Os medicamentos e posologias são os mesmos apresentados na seção de tratamento de SUA crônico.⁹

Danazol (GnRHa) é a medicação mais efetiva no tratamento do leiomioma, mas o uso por longo tempo é limitado pelo custo e pelos efeitos colaterais.⁹

Cirurgia: não havendo melhora do sangramento, a paciente deve ser referenciada para ginecologista, podendo ser indicada exérese do mioma ou histerectomia ⁹.

Malignidade/hiperplasia

O diagnóstico de endométrio espessado e/ou heterogêneo por US pélvica, associado ao sangramento uterino, exige a realização de exame histopatológico, para o diagnóstico diferencial entre hiperplasia e neoplasia maligna do endométrio. Referenciar para ginecologista, para histeroscopia ou curetagem uterina e exame histopatológico ⁹.

- Causas não estruturais

Coagulação ⁹:

Mulheres com suspeita clínica ou com diagnóstico prévio de doença hematológica precisam de acompanhamento no setor de hematologia, como geralmente apresentam SUA de difícil controle, a melhor conduta é referenciá-las para o setor secundário (hematologia e ginecologia). Essas pacientes não podem usar medicações contendo estrogênio, sendo que os progestagênios são prescritos para controle do sangramento e funcionam também como contraceptivos. O GnRHa, devido ao alto custo, é reservado para os casos que não melhoram com os progestagênios:⁹

- Desogestrel, 75 mcg, VO, de forma contínua
- Medroxiprogesterona, 150 mg, IM a cada 3 meses
- DIU de progestagênio ou Implante subdérmico de etonogestrel
- GnRHa, 3,75 mg, IM, mensal ou 11,25 mg, IM, trimestral por 3 a 6 meses

Ovulação

Após o tratamento da fase aguda do SUA, quando há suspeita de disfunção ovulatória, deve-se prescrever o tratamento de manutenção por pelo menos 3 meses, para que a espessura endometrial se normalize. Assim que a medicação da fase aguda é interrompida, ocorrerá um novo sangramento por privação, momento em que se prescreve a medicação da fase de manutenção.⁹

Se prescreve contraceptivos hormonais combinados ou não, de uso por qualquer via injetável mensal, adesivo, anel. Após 3 meses de tratamento de manutenção deve-se proceder a pesquisa da causa da disfunção ovulatória na atenção primária e, eventualmente, referenciar para seguimento conjunto com ginecologista⁹.

Endometrial

A maioria dos casos é de diagnóstico difícil, sendo um diagnóstico de exceção. Nesses casos, a conduta é semelhante à conduta da disfunção ovulatória. Frente a falha terapêutica após 3 meses, encaminhar para seguimento conjunto com ginecologista⁹.

latrogênica

Pesquisar o uso de fármacos que interferem no sistema de coagulação, na síntese de prostaglandinas ou que causam hiperprolactinemia: suspender ou trocar as medicações, se possível. Não sendo possível suspender a medicação, associar ACO ou progestagênios.⁹

Pesquisar uso de contraceptivos atuais ⁹:

- Uso de ACO de baixa dosagem de EE (15 a 20 mcg) → aumentar dose de EE ou prescrever outro trocar progestagênio
- Uso irregular de ACO → orientar uso correto
- ACO de uso estendido (uso contínuo) → suspender por um mês e associar preservativo
- Contraceptivos de progestagênicos → medicamentos para tratamento de SUA crônico ou trocar anticoncepcional
- Uso de DIU de cobre → Se sangramento discreto orientar que, nos 3 primeiros meses após a inserção, podem ocorrer pequenas perdas sanguíneas, as quais diminuem posteriormente. Sangramento persistente e/ou volumoso: realizar exame físico e US pélvica para afastar patologia cervical, gravidez ectópica e DIP. Afastada outras doenças, prescrever AINE por 4-5 dias ou desogestrel, 75 mcg, VO, contínuo. Se persistir o sangramento, trocar o método anticoncepcional.

Não classificada de outra forma

São causas mais raras de sangramento, realizada o diagnóstico, a paciente deve ser referenciada para tratamento com especialidade focal. Neste intervalo, é importante realizar a inibição da menstruação, com qualquer método disponível (ACO, contraceptivo com progestagênio uso contínuo, DIU levonorgestrel, implante subdérmico etonogestrel).⁹

- Quando encaminhar para Emergência

Mulheres com sangramento volumoso e/ou persistente com repercussões no estado geral (palidez cutânea, mucosas hipocoradas, hipotensão e taquicardia) devem ser referenciadas rapidamente ao serviço de urgência. Sangramentos persistentes podem evoluir para anemia grave e trazer consequências próprias desse estado ⁹.

- Quando encaminhar para Especialista Focal

Diante das seguintes situações, sugere-se encaminhamento para ginecologista ⁸:

Mulher na menacme com:

- Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem); ou
- SUA associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- SUA associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial ≥ 12 mm por US pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual); ou sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade > 45 anos e pelo menos mais um fator de risco, como obesidade, nuliparidade, diabetes, anovulação crônica, uso de tamoxifeno)
- SUA que realizaram investigação inicial na atenção primária, mas com falha em estabelecer o diagnóstico

Mulher na menopausa com: espessura endometrial ≥ 5 mm evidenciada na US pélvica transvaginal; ou SUA e impossibilidade de solicitar US pélvica transvaginal.⁸

6. Menopausa e climatério

O climatério é o período da vida da mulher que compreende a transição entre o estágio reprodutivo e o estágio não reprodutivo ⁶. É considerado fase biológica da vida da mulher e não processo patológico ⁹.

A menopausa ocorre em torno dos 50 anos de idade e corresponde à data da última menstruação em consequência da falência ovariana. Seu diagnóstico é retrospectivo, após 12 meses de amenorreia. A menopausa é classificada como natural ou artificial (iatrogênica) e como precoce (antes dos 40 anos) ou tardia (após os 55 anos) ⁹.

Há muita confusão quanto a definição de climatério e menopausa, sendo que para isso foi desenvolvido o sistema STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop), com o intuito de normatizar a nomenclatura para os diferentes estágios do envelhecimento reprodutivo ⁹.

A transição menopáusica começa com variações na duração do ciclo menstrual e elevação do FSH sérico e termina com o último período menstrual, a menopausa. O estágio -2 (precoce) é caracterizado por uma duração variável do ciclo (com mais de 7 dias de diferença da duração normal, que é de 21 a 35 dias). O estágio -1 (tardio) é caracterizado pela falha de dois ou mais ciclos e um intervalo de amenorreia ≥ 60 dias, sendo este um período no qual os fogachos são comuns. ⁹

A perimenopausa começa no estágio -2 da transição menopáusica e termina 12 meses após o último período menstrual. A menopausa é definida por 12 meses de amenorreia após o último período menstrual. Reflete uma depleção folicular completa ou quase completa e deficiência extrema da secreção ovariana de estrogênio. A pós-menopausa divide-se em 2 estágios. O estágio +1 (precoce) compreende os primeiros 5 a 8 anos após a última menstruação. É caracterizado por decréscimo adicional e completo da função ovariana e perda óssea acelerada, com persistência frequente dos fogachos. O estágio +2 (tardio) começa 5 a 8 anos após o último período menstrual e termina com a morte. ⁹

Três principais categorias são definidas a partir das características do ciclo menstrual: estágio reprodutivo, transição menopausal e pós-menopausa. Exames complementares e sintomatologia são utilizados como critérios de apoio. ⁸

Tabela 12 -Representação Sistema STRAW.

MENARCA					ÚLTIMA MENSTRUACÃO (0)					
Estágios	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminologia	REPRODUTIVO				TRANSIÇÃO MENOPAUSAL		PÓS-MENOPAUSA			
	Inicial	Pico	Final		Inicial	Final	Inicial			Final
					PERIMENOPAUSA					
Duração	Variável				Variável	1-3 anos	2 anos (1 + 1)		3-6 anos	Até o fim da vida
Critérios principais										
Ciclo menstrual	Variável a regular	Regular	Regular	Variações sutis no fluxo e duração	Duração variável	Amenorreia > 60 dias				
Critérios de apoio										
Endócrinos										
FSH			Baixo	Variável	Levemente elevado	> 25 UI/L	Elevado		Estabilizado	
AMH			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo		Muito baixo	
Inibina B			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo		Muito baixo	
CFA			Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Muito baixa		Muito baixa	
Características descritivas										
Sintomas						Sintomas vasomotores prováveis	Sintomas vasomotores muito prováveis			Sintomas urogenitais

Fonte: Gusso G et al ⁹.

- Diagnóstico

O diagnóstico de síndrome do climatério é baseado em uma história clínica minuciosa complementada por exame físico completo. Algumas mulheres podem passar por esse período de transição sem queixas (15-30% das mulheres ⁸), entretanto outras podem apresentar diversos sintomas ⁶.

Entre as queixas apresentadas pelas pacientes, destaca-se a referência à irregularidade menstrual, fogachos, irritabilidade, alterações no padrão do sono, artralguas/mialgias, palpitações, diminuição da memória e do interesse pelas atividades de rotina, diminuição da libido, dispareunia e sintomas geniturinários ⁹.

Os sintomas vasomotores, conhecidos também como ondas de calor ou fogachos, são os mais frequentemente associados ao climatério. Consistem em sensações súbitas de calor na região central do corpo, mais notadamente na região da face, tórax e pescoço, com duração média de 3-4 minutos. A temperatura corporal pode demorar até 30 minutos para voltar ao normal após um fogacho. As ondas de calor que ocorrem durante a madrugada frequentemente provocam insônia ⁶.

A síndrome geniturinária da menopausa (SGM) se refere ao conjunto de sinais e sintomas vulvovaginais decorrentes do hipoestrogenismo, envolvendo mudanças nos lábios maiores/menores, clítoris, vestibulo/introito, vagina, uretra e bexiga. Esse

termo tem sido sugerido como alternativa à denominação atrofia vaginal. Os sintomas associados à SGM, sendo o ressecamento um dos mais prevalentes, que pode manifestar-se como prurido, ardor, dispareunia, entre outros, afetam de 20% a 45% das mulheres na pós-menopausa, podendo ser progressivos e se intensificar sem tratamento ¹⁷.

Alterações do ciclo menstrual são comuns e motivo frequente para procura por atenção médica durante o climatério. No final dos anos reprodutivos, antes da transição menopausal, a primeira alteração que se nota é o encurtamento do intervalo entre os sangramentos menstruais. Com o passar dos anos, o processo de depleção folicular continua e episódios de anovulação se tornam frequentes. Consequentemente, o estímulo endometrial contínuo do estrogênio sem a contraposição da progesterona torna o intervalo entre os ciclos menstruais mais longo, passando de 25-35 dias para 40-50 dias. Na sequência, episódios mais longos de amenorreia passam a ocorrer, interrompidos por episódios de sangramento menstrual de volume variável. Esse padrão de sangramento menstrual pode durar de 1-3 anos antes do último episódio de sangramento menstrual (menopausa) ⁶.

Alterações do humor são frequentes durante a transição menopausal. As mudanças físicas decorrentes do envelhecimento associadas à síndrome do ninho vazio contribuem para aumento nos sentimentos negativos ⁶.

Para mulheres com mais de 45 anos com queixas sugestivas de hipoestrogenismo, como sintomas vasomotores, alterações típicas do padrão menstrual e alterações do humor, o diagnóstico de síndrome do climatério não necessita de confirmação por outros exames complementares. Se houver dúvidas quanto à sintomatologia, a dosagem do hormônio folículo-estimulante (FSH) na fase folicular precoce pode confirmar o diagnóstico de falência ovariana. Valores de FSH acima de 40 UI/L indicam hipofunção ovariana ^{6,9}.

- Tratamento não hormonal

As pacientes que apresentam sintomas vasomotores leves devem ser orientadas quanto a mudanças de estilo de vida, não sendo indicado inicialmente o tratamento farmacológico. Resfriar o ambiente, tomar banhos frequentes, usar roupas leves, arejadas e confortáveis, que possam ser facilmente retiradas, uso de leques e evitar “comportamentos-gatilho”, como consumo de álcool e alimentos condimentados, são medidas que podem ser eficientes para alívio sintomático ^{8,9}.

Além disso, dieta saudável e controle do peso, prática de exercícios físicos regulares e cessação do tabagismo podem melhorar os sintomas de boa parcela das mulheres^{8,9}.

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina são as primeiras opções no tratamento das ondas de calor nas pacientes com contraindicação aos métodos hormonais mulheres¹⁸.

Redução na severidade e no número de episódios de fogachos foi evidenciada em ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo, envolvendo as substâncias paroxetina (10-25 mg), escitalopram (10-20 mg/dia), citalopram (10-20 mg/dia), venlafaxina (37,5-150 mg/dia) e desvenlafaxina (100-200 mg/dia) mulheres⁸. Embora sejam superiores ao placebo no alívio dos sintomas, esses medicamentos apresentam piores resultados quando comparados com TH.⁹

Uma opção não hormonal secundária ao alívio dos sintomas vasomotores é a utilização da gabapentina (900-2400 mg/dia), um anticonvulsivante que parece ter efeito direto no centro termorregulador do hipotálamo¹⁸.

A literatura leiga tem reservado grande espaço para os fitoestrogênios (isoflavonas). São um grupo de compostos não esteroides encontrados em diversas plantas, que apresentam semelhança estrutural com o 17- β estradiol, obtidos a partir do metabolismo da soja, lentilhas, feijão, grãos integrais, frutas e cereais com ação comprovada nos receptores estrogênicos. Apesar do grande entusiasmo e da ampla propaganda na mídia, a literatura ainda é controversa: poucos estudos investigaram especificamente os efeitos colaterais dos fitoestrogênios, e os resultados dos estudos são de difícil interpretação, pois as preparações dos fitoestrogênios não são padronizadas. Até o momento, as evidências existentes são controversas no que se refere ao uso de compostos à base de fitoestrogênios no tratamento dos sintomas climatéricos ou na prevenção das consequências da menopausa em longo prazo⁸.

- Tratamento farmacológico - terapia hormonal

A terapia hormonal (TH) é a terapia mais efetiva em reduzir os sintomas vasomotores. Esse termo é usado para descrever a terapia de reposição isolada com estrogênios, a terapia combinada de estrogênios/progestagênios ou o uso de tibolona em mulheres nos períodos perimenopáusico e pós-menopáusico. Atualmente, o uso da TH está indicado nas seguintes situações: presença de sintomas vasomotores

moderados a graves, na síndrome genitourinária da menopausa, prevenção da perda de massa óssea e menopausa precoce ¹⁷.

A eficácia da TH para aliviar os sintomas vasomotores está bem estabelecida, sendo considerada o tratamento mais efetivo para os sintomas vasomotores em mulheres na peri e pós-menopausa, sendo que os benefícios sobrepõem os riscos quando indicada para mulheres abaixo de 60 anos ou com menos de dez anos de menopausa ¹⁷.

Em mulheres que possuem útero, a TRH estrogênica deve ser sempre combinada com algum progestogênio, de forma cíclica ou contínua, com o intuito de proteção endometrial contra hiperplasia e câncer de endométrio ¹⁸.

No Brasil, a TH está disponível em diferentes vias de administração e esquemas terapêuticos, e a escolha deve ser individualizada. A via oral é a mais conhecida; quando ingeridos, os hormônios são absorvidos e metabolizados primeiramente no fígado, para depois entrarem na circulação sistêmica. Esse metabolismo de primeira passagem provoca grandes concentrações hormonais no nível dos sinusoides hepáticos, aumentando a síntese e a secreção de renina e de vários fatores de coagulação, o que pode ser prejudicial. A via parenteral (transdérmica, percutânea ou subcutânea), por evitar o metabolismo de primeira passagem hepática, tem maior indicação nos casos de hipertensão arterial sistêmica e história familiar de fenômenos tromboembólicos. A via vaginal é usada principalmente em mulheres que apresentam apenas sintomas urogenitais ⁸.

Para tanto, é prudente investigar as comorbidades associadas à formação de placas de aterosclerose, como tabagismo, diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial descontrolada, antes de escolher a via de administração preferencial ¹⁷.

Os esquemas terapêuticos podem ser cíclicos ou contínuos. O esquema cíclico consiste no uso de estrogênio durante 30 dias ao mês e progestagênio por 12 a 14 dias ao mês. Esse esquema costuma produzir sangramento vaginal de privação. O uso contínuo de estrogênio e progestagênio ao longo do mês leva, em geral, à amenorreia em 6 a 12 meses. Atualmente, tem sido preconizado o uso de doses menores de estrogênio associado ao progestagênio (TH de baixa dose), uma vez que há eficácia no alívio sintomático e menos efeitos colaterais ⁸.

As contraindicações à TH são: história de câncer de mama, câncer de endométrio, sangramento genital não esclarecido, doença arterial coronariana, porfiria, antecedentes de doença tromboembólica ou AVC, doença hepática em

atividade ou aquelas pacientes de alto risco para o desenvolvimento de tais complicações. Em mulheres saudáveis, o risco de um evento adverso é baixo, sendo seguro para a maioria das pacientes⁹.

A terapia estrogênica local (vaginal) tem se mostrado mais efetiva para tratar os sintomas da SGM, com 80% a 90% das mulheres relatando melhora dos sintomas comparadas a 75% das mulheres usuárias de TH sistêmica por via oral, sendo, atualmente, a via de escolha para mulheres que apresentam apenas queixas de hipoestrogenismo local¹⁷.

Tibolona – utilizada na Europa nos últimos 20 anos – é um esteróide sintético cujos metabólitos apresentam propriedades estrogênicas, androgênicas e progestogênicas (reduz os sintomas vasomotores e possui efeitos benéficos na densidade mineral óssea quando comparado com placebo). A tibolona na dose diária de 2,5 mg parece ser menos eficaz do que a TH combinada no alívio dos sintomas da menopausa, embora reduza a incidência de sangramento vaginal⁹.

Tabela 13 - Apresentações orais de terapia hormonal.

Estrogênio isolado	Combinados cíclicos
Estrogênios conjugados 0,3mg	EC 0,625mg + AMP 5mg
Estrogênios conjugados 0,625mg	17-B-estradiol 1mg + gestodeno 0,25mcg
17-B-estradiol 1mg	17-B-estradiol 1mg + diidrogesterona 10mg
Valerato de estradiol 1mg	17-B-estradiol 1mg + trimegestona 0,25mg
Valerato de estradiol 2mg	17-B-estradiol <u>1mg</u> + noretisterona 1mg
Estriol 1mg	Valerato de estradiol 2mg + levonorgestrel 0,25mg
Estriol 2mg	Valerato de estradiol 2mg + ciproterona 1mg
Combinados contínuo	Progestogênio isolado
EC 0,625mg + AMP 2,5mg	AMP 2,5mg/5mg/10mg
17-B-estradiol <u>1mg</u> + noretisterona 0,5 mg	Progesterona miconizada 100mg/200mg
17-B-estradiol <u>2mg</u> + noretisterona 1mg	Diidrogesterona 10mg
17-B-estradiol 1mg + diidrogesterona 5 mg	Acetato de noretisterona 0,35mg
17-B-estradiol 1mg + trimegestona 0,125mg	Acetato de nomegestrol 5mg
	DIU de levonorgestrel
	Tibolona
	Tibolona 1,25mg ou 2,5mg

Fonte: Passos EP et al¹⁸

Tabela 14 - Outras vias de administração.

Via percutânea
- Estradiol 0,6mg/g – 0,75mg/1,25mg – 1,0mg/g
Via transdêrmica (adesivo)
- Estradiol 25 mcg/dia – 50mcg/dia – 100mcg/dia
- Estradiol + acetato de norestisterona (contínuo ou cíclico)
Via vaginal
- Estrogênios conjugados 0,625 mg/g
- Estriol 1mg/g (disponível no SUS)
- Promestrieno 10mg/g

Fonte: Passos EP et al ¹⁸

Por quanto tempo manter a terapia de reposição hormonal?

Não existe consenso na literatura quanto a duração segura da manutenção da TH. A duração deve sempre ser individualizada com base na preferência da paciente e no equilíbrio entre riscos e benefícios. A decisão de se continuar a TH deve ser baseada na prevenção e na manutenção da qualidade de vida, visto que em até 50% das mulheres os sintomas vasomotores podem retornar após cessar o tratamento. Vale acrescentar que em reanálise sobre os dados do estudo Women's Health Initiative, as mulheres que tiveram maior benefício com o uso da TH foram aquelas com idade entre 50 e 59 anos ou com menos de dez anos de pós-menopausa, informação que pode ajudar na escolha médico-paciente sobre a suspensão da TH.¹⁷

- Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

Não há uma lista preestabelecida de exames complementares obrigatórios para mulheres no climatério. É essencial que cada mulher seja avaliada de forma individualizada para que seja realizado o rastreamento oportunístico dessa paciente, visando atender suas necessidades de prevenção de doenças e promoção de saúde⁶.

Abaixo discussão sobre a indicação de exames de rastreio:

Rastreio câncer de ovário e câncer de endométrio

Até o presente momento não há evidências científicas que justifiquem o rastreamento do câncer de ovário e do câncer de endométrio em mulheres que apresentam risco habitual para essas neoplasias. Portanto, a solicitação de ultrassonografia pélvica e transvaginal para mulheres na pós-menopausa que não

apresentem sinais e sintomas sugestivos de doenças ovarianas ou endometriais apresenta mais risco do que benefício, não sendo indicado realização ⁶.

Rastreio câncer de colo uterino

O exame citopatológico de colo uterino, exame utilizado como rastreio de neoplasias de colo uterino, é indicado para mulheres com vida sexual prévia, com idade entre 25 - 64 anos, com intervalo anual entre os dois primeiros exames. Após dois resultados normais, orienta-se a coleta com intervalo trienal. Após os 64 anos de idade, se a mulher nunca apresentou histórico de lesão precursora pré-invasiva, o rastreamento citológico pode ser interrompido caso a paciente possua dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Se a mulher nessa faixa etária nunca tiver realizado rastreamento, orienta-se que sejam realizados dois exames citopatológicos com intervalo de 1-3 anos. Caso os dois exames sejam negativos, o rastreamento pode ser interrompido ⁶.

Rastreio câncer de mama

Já abordado no capítulo de alterações na mama.

Rastreio câncer colorretal

Os exames complementares disponíveis geralmente são classificados entre estruturais, como a colonoscopia, e não estruturais, como o sangue oculto nas fezes. Um resultado positivo em um exame não estrutural necessita de confirmação através da colonoscopia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que o esquema de rastreamento seja adaptado aos recursos disponíveis em cada região. Segundo a OMS, o rastreamento sistemático com pesquisa de sangue oculto nas fezes para pessoas acima de 50 anos deve ser realizado em países com condições de garantir confirmação diagnóstica e tratamento. O Ministério da Saúde do Brasil considera que, em nível individual, pessoas com risco habitual de câncer colorretal devem realizar rastreamento a partir dos 50 anos de idade, através de sangue oculto nas fezes anualmente, ou colonoscopia sem periodicidade estabelecida ⁶.

Rastreio de osteoporose

Quanto a necessidade de rastreamento para osteoporose com densitometria óssea, até o momento não existe a recomendação de rastreio universal para mulheres na pós-menopausa. De acordo com a International Society for Clinical Densitometry (ISCD), a densitometria óssea deve ser considerada quando for de auxílio na decisão sobre o tratamento preventivo da fratura osteoporótica. Segundo a ISCD, uma densitometria óssea deveria ser realizada em mulheres com idade > 65 anos ou no período pós-menopáusico, se apresentarem fatores de risco, por meio do escore Fracture Risk Assessment Tool (FRAX®), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que prediz o risco de fratura de quadril e de fratura osteoporótica maior em 10 anos. O FRAX Brasil está disponível desde 2013 e conta com modificações em relação à versão original, considerando as características da população brasileira. (link [ABRASSO](#))⁸.

- Quando encaminhar para Especialista Focal
Referenciar para o especialista focal nas seguintes situações⁹:
 - Menopausa precoce
 - Esclarecimento de dúvidas quanto aos riscos ou contraindicações da TH
 - Prescrição e controle da TH, nos casos em que não esteja capacitado a fazê-lo
 - Na presença de efeitos colaterais persistentes e de difícil controle da TH
 - Metrorragias depois de estabelecida a menopausa
 - Sangramento uterino anormal em mulheres usando terapia TH
 - Esclarecimento de sintomas suspeitos de neoplasia ginecológica e mamária

7. Infertilidade

A infertilidade é definida como a incapacidade de um casal obter gestação após 1 ano de relações sexuais regulares sem o uso de qualquer método contraceptivo. Se a mulher tiver idade ≥ 35 anos, considera-se o tempo de tentativa de 6 meses ⁸.

O aumento da infertilidade, nos últimos anos, parece estar relacionado, entre outros fatores, com a tendência dos casais em retardar a parentalidade. A fertilidade feminina cai para 62% a partir dos 40 anos de idade e dos 45 a 49 anos, cai para 14%⁹.

Segundo a literatura existente, as causas de infertilidade são assim divididas: 40% são fatores masculinos, 25% são fatores anatômicos femininos, 25% são fatores hormonais femininos e 10% dos casos apresentam-se como sem causa aparente ^{9,18}.

- Abordagem e exames iniciais

Estando o casal apto à procriação, há que se considerar a existência de múltiplos fatores que, muitas vezes, participam de modo associado na etiopatogenia da infertilidade. Especial atenção é dada àquelas causas que, devido à sua frequência, têm maior importância na investigação⁶. Em função disso, deve ser realizada investigação na APS das causas mais prevalentes de infertilidade.

Assim sendo, a propedêutica básica da infertilidade compreende:¹²

- Anamnese do casal
- Exame físico minucioso da parceira
- Avaliação do fator masculino - rastreio de IST'S, avaliação seminal (espermograma)
- Avaliação do fato feminino - rastreio de IST'S, avaliação da ovulação, avaliação da cavidade uterina e permeabilidade tubária

Anamnese

Iniciar pelo atendimento do casal, realizando anamnese completa. No caso da mulher, deve-se verificar idade, tempo de infertilidade, uso de fármacos, características do ciclo menstrual, história das gestações (se existir), infecções e cirurgias pélvicas, tabagismo, exposição a substâncias tóxicas ou a fatores ambientais e tratamentos prévios para a infertilidade. No caso do homem, deve-se verificar uso de álcool e/ou drogas, função erétil, história médica (uso de fármacos, infecções,

diabetes, traumas testiculares, doenças da infância, criptorquidismo, varicocele, cirurgias pélvicas prévias). Questionar se o casal ou um deles já gerou filhos ⁹.

Exame físico

Realizar exame físico completo, inclusive exame ginecológico. No exame físico, alguns sinais podem ajudar a elucidar a causa da infertilidade, como obesidade central, aumento de pelos e acne, que podem estar associados a estados androgênicos e anovulatórios. Mulheres com hipotireoidismo podem apresentar queda de cabelos, pele seca e alterações de peso ⁸. Avaliar alterações de genitália interna ou externa através do exame ginecológico.

Rastreio de IST'S

Realizar rastreamento para doenças infecciosas, tanto para o homem quanto para parceira: anticorpo antívirus da hepatite C (anti-HCV), antígeno de superfície para hepatite B (HBsAg), anticorpo antívirus da imunodeficiência humana (anti-HIV), venereal disease research laboratory (VDRL), clamídia para imunoglobulina G (IgG) e vírus da leucemia de células T humanas tipos 1 e 2 (HTLV-1/2) ^{8,18}.

Avaliação da ovulação

As causas mais comuns de disfunções ovulatórias incluem, entre outras, a síndrome dos ovários policísticos (SOP) ou ovários androgênicos, obesidade, ganho ou perda de peso excessivo, exercícios extenuantes, hiperprolactinemia e disfunções da tireoide ¹⁸.

É fundamental realizar uma caracterização detalhada do ciclo menstrual, obtendo informações sobre o intervalo, a duração e a regularidade do ciclo, assim como o volume do fluxo menstrual. A maioria das mulheres ovulatórias apresenta ciclos regulares e previsíveis, ocorrendo a intervalos de 24 a 38 dias, com 4 a 8 dias de duração e com fluxo normal, acompanhados por um padrão consistente de sintomas pré-menstruais. Apesar de a história de ciclos menstruais regulares ser altamente sugestiva da presença de ciclos ovulatórios, de acordo com o último consenso da American Society for Reproductive Medicine (ASRM), recomenda-se a realização de uma avaliação mais objetiva da ovulação, por meio da realização da dosagem de progesterona cerca de 7 dias antes do dia esperado da próxima

menstruação ⁶. Uma concentração de progesterona maior que 3 ng/mL fornece uma evidência confiável de ocorrência da ovulação ^{6,18}.

A dosagem seriada de progesterona, classicamente usada para avaliar qualidade de corpo lúteo, tem baixo valor preditivo e, por isso, não é recomendada. Avaliação de temperatura basal, mucocervical, citologia ovulatória e dosagem de estradiol pouco acrescentam na investigação da ovulação, não sendo recomendadas¹⁸.

Nos casos de irregularidade menstrual, com consequente suspeita de anovulação crônica, solicitar dosagens séricas de hormônio folículo-estimulante (FSH), prolactina (PRL) e hormônio estimulante da tireoide (TSH) e avaliar necessidade de solicitação de USG TV. Atentar para coletas até o 5º dia do ciclo menstrual, preferencialmente até o 3º dia do ciclo. Se pacientes em amenorreia solicitar coleta em qualquer dia ¹⁸.

Avaliação da cavidade uterina

Anormalidades da cavidade uterina são encontradas em 10 a 15% das mulheres que procuram tratamentos para a infertilidade ¹⁸.

A USG transvaginal deve ser o exame inicial de investigação de anormalidades uterinas. Ela pode identificar a presença de miomas, sugerir malformações müllerianas, patologias ovarianas e endometriais, como os pólipos. Nos casos em que não foi possível definir com precisão alguma anormalidade uterina, outros métodos diagnósticos podem ser utilizados para a realização de um diagnóstico mais acurado da patologia uterina, então, podem ser utilizadas a histerossonografia, a US transvaginal em 3D, a ressonância magnética (RM), a histerossalpingografia (HSG) e a histeroscopia (HSC). Esta última é considerada padrão-ouro para diagnóstico e tratamento das patologias intrauterinas ¹⁸.

Avaliação da permeabilidade tubária

Estima-se que a doença tubária seja responsável por 14% das causas de subfertilidade feminina, sendo consequência de infecção, endometriose e/ou cirurgias prévias, devendo ser rotineiramente investigada em casais inférteis após a avaliação da ovulação e do fator masculino ⁶.

A histerossalpingografia (HSG) e a cromotubagem realizada durante a laparoscopia são os métodos utilizados com maior frequência para investigar as

doenças tubárias. A ultrassonografia vem sendo cada vez mais utilizada para essa finalidade, tanto com contraste líquido como com espuma, com as vantagens principais de ser um exame mais rápido e menos dolorido ¹⁸.

Avaliação do fator masculino

A pesquisa da infertilidade masculina fundamenta-se basicamente na avaliação do espermocitograma, o qual deve ser feito com 3 a 7 dias de abstinência sexual. Pela variabilidade da produção espermática, analisar um mínimo de duas amostras, com intervalo de 1 a 2 semanas entre as coletas. Nos casos em que o espermocitograma está alterado, buscam-se outras causas que possam interferir na produção espermática, solicitando-s: TSH, prolactina, FSH, testosterona, cariótipo (suspeita de insuficiência testicular e testículo diminuído), US testicular com Doppler ⁹.

- Tratamento

O tratamento da infertilidade conjugal depende das alterações encontradas nos exames. Mulheres com disfunções ovulatórias devem ter seu distúrbio básico corrigido com medicações específicas: tratamento de disfunções da tireoide, correção da hiperprolactinemia ou mudanças no estilo de vida e indução da ovulação no caso de ovários policísticos.⁸

No caso de síndrome dos ovários policísticos (SOP), a indução da ovulação pode ser feita inicialmente com citrato de clomifeno na dose de 50 mg/dia até o máximo de 150 mg/dia, o que aumenta em cerca de 3 vezes a probabilidade de gestação, promovendo-a em 8 a 50% das pacientes. Esse medicamento é utilizado do 3º ao 7º dia do ciclo menstrual, e seu uso costuma ser realizado em serviços especializados, que disponham de acompanhamento com ultrassonografia (US) para melhor visualizar a resposta ovulatória ^{8,9}.

Outro medicamento efetivo na indução da ovulação em mulheres com SOP é a metformina, que aumenta em cerca de 80% a probabilidade de ovulação. Contudo, ela apresenta resultados inferiores aos do clomifeno. A coadministração de metformina e clomifeno, por outro lado, apresenta melhores taxas de ovulação e gestação ^{8,9}.

Homens que apresentam alterações no sêmen após duas coletas devem ser encaminhados para investigação especializada (urologia/andrologia) e tratamentos específicos. Alterações na histerossalpingografia geralmente indicam necessidade de

realização de laparoscopia em hospital. Para algumas situações, como obstrução tubária, endometriose grave ou baixa contagem de espermatozoides, as opções terapêuticas incluem técnicas de reprodução assistida, como inseminação intrauterina ou fertilização in vitro ⁸.

Tabela 15 - Possibilidades terapêuticas conforme a causa.

Fatores tuboperitoneais	- Cirurgia (salpingoplastia, lise de aderências, tratamento cirúrgica da endometriose) - Técnicas de reprodução assistida
Fatores masculinos	- Tratamento medicamentoso - Cirurgia (correção de varicose, reversão de vasectomia) - Técnicas de reprodução assistida
Fatores hormonais	- Tratamento da endocrinopatia - Indução da ovulação - Técnicas de reprodução assistida
Fatores desconhecidos	- Técnicas de reprodução assistida

Fonte: Duncan BB et al ⁸.

- Quando encaminhar para Especialista Focal

De acordo com o resultado dos exames iniciais ou se houver indicação de prosseguir a investigação com exames que não estão disponíveis na APS, sugere-se encaminhar a mulher para serviço especializado ⁸.

Paciente em conduta expectante, com resultados de exames da propedêutica inicial sem alterações, aguardar 6 meses para encaminhamento ao serviço especializado.

CONCLUSÕES

O aprendizado é um processo contínuo que necessita de acesso à informação de fontes confiáveis. A atenção primária a saúde lida com uma vasta gama de assuntos, dos mais simples até os mais complexos, de pacientes de todas as faixas etárias e ciclos de vida. Sendo assim, o acesso a um guia que otimize as condutas e retire dúvidas pontuais pode e irá auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisões.

O manejo aprimorado das pacientes é uma realidade possível através da capacitação dos profissionais, para o fortalecimento da APS e a construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade, resolutivo e consistente.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita [Internet]. Brasília: SAPS, 2020 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>
- 2 - Lermen Junior N, organizator. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>
- 3 - Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- 4 - Fundação Oswaldo Cruz. Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. Planejamento familiar/Contracepção [Internet]. Rio de Janeiro: OMS, 2022 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/planejamento-familiarcontracepcao>
- 5 - Organização Mundial de Saúde. Universidade Johns Hopkins. Apêndice D Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Anticoncepcionais. In: Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde. Genebra: OMS, 2009 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/planejamento-familiar-um-manual-global-oms/>
- 6 - Fernandes CE, Sá MFS, Silva Filho AL, Pompei LM, Machado RB, Podgaec S, organizators. Tratado de ginecologia Febrasgo. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- 7 - Conselho Federal de Medicina. Adolescência, contracepção e ética – Diretrizes [Internet]. Brasília: FEBRASGO, SBP, 2006 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/artigos/adolescencia-contracepcao-e-etica-diretrizes/>
- 8 - Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, organizators. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. 2 v.
- 9 - Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizators. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- 10 - Brasil. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determina prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União. 2022 Set 05, 169 (seção 1) p 5.
- 11 - Silva CHM, Couto HL, Almeida Júnior WJ. Manual SOGIMIG: mastologia. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

- 12 - Urbanetz AA, organizator. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. 2. ed. Barueri: Editora Manole, 2021.
- 13 - Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>
- 14 - Campo Grande (MS). Resolução nº 574, de 18 de dezembro de 2020. Aprova o protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos da secretaria municipal de saúde de Campo Grande MS e dá outras providências. Diário Oficial de Campo Grande – MS. 2020 dez 21 [cited 2023 Jan 16]. Available from: https://prefcg-repositorio.campogrande.ms.gov.br/wp-cdn/uploads/sites/3/2020/12/7438-SUPL-I-6157-SUPLEMENTO_6157_21_12_2020.pdf
- 15 - 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, 2022 [cited 2023 Jan 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf
- 16 - Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [cited 2023 Jan 16]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
- 17 - Pompei LM, Machado RB, Wender MCO, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC). São Paulo: Leitura Médica, 2018.
- 18 - Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JÁ, Menke CH, Freitas F, organizators. Rotinas em ginecologia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- 19 - A. Migowski. G. Azevedo e Silva, M. B. K. Dias, M. D. P. E. Diz, D. R. Sant’Ana e P. Nadanovsky. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro-RJ, 2018;