



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Fernanda de Oliveira Pereira

**Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para Atenção
Primária à Saúde**

Florianópolis

2022

Fernanda de Oliveira Pereira

**Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para Atenção
Primária à Saúde**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Martins da Rosa

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Fernanda de Oliveira
Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da
Mulher para Atenção Primária à Saúde em um município de Santa
Catarina / Fernanda de Oliveira Pereira ; orientadora,
Luciana Martins da Rosa, 2022.
196 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Enfermagem. 3.
Protocolo de Enfermagem. 4. Saúde da Mulher. I. Rosa,
Luciana Martins da. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem. III. Título.

Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para Atenção Primária à Saúde em um município de Santa Catarina

O presente trabalho em nível de mestrado profissional foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof^a Dra Luciana Martins da Rosa
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dra. Jane Cristina Anders
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dra. Júlia Wakiuchi
Centro Universitário de Brusque - UNIFEBE

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Saúde e enfermagem Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem – Mestrado Profissional

Prof^a Dra. Lucia Nazareth Amante
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a Dra Luciana Martins da Rosa
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Dedico este trabalho ao meu amor, que sempre esteve do meu lado, me apoiando e incentivando durante todos os momentos. Sua presença durante essa jornada tornou tudo mais fácil.

Agradecimentos

Esperança

*Quando a tempestade passar,
E se amanssem as estradas
E sejamos sobreviventes
de um naufrágio coletivo
Com o coração choroso
e um destino abençoado
vamos nos sentir bem-aventurados
tão só por estar vivo.
Lembremos tudo aquilo que perdemos
seremos mais generosos
vamos suar empatia.
Mario Benedetti*

Nesses dois anos e meio de mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Passamos, nestes últimos anos por momentos de muitas dificuldades, tristezas e sofrimentos. Por isso, quero colocar aqui neste espaço um instante de esperança. Esperança para dias melhores e que nos tornemos cada vez mais fortes, mais generosos e repletos de empatia.

Expresso aqui, através de palavras sinceras, um pouquinho a importância que estas pessoas tiveram, e ainda têm nesta conquista e minha gratidão a todas elas. Agradeço à minha orientadora Luciana Martins da Rosa, por toda a paciência, dedicação, carinho, compreensão e ensinamento que me ajudaram no desenvolvimento e escrita dessa dissertação. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o seu apoio.

Passo a agradecer a todos os professores da UFSC do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Curso de Mestrado Profissional, pelos conhecimentos que me transmitiram e que foram importantes no desenrolar deste trabalho.

Agradeço aos meus pais pelos estímulos para estudar e gostar de aprender. Agradeço aos meus irmãos, Henrique e Marcela, que sempre me apoiaram nesta vida. A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência.

Agradeço a todos os colegas enfermeiros que colaboraram na adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem para o município de Brusque. E aos colegas do curso de mestrado pelas experiências e reflexões compartilhadas.

E a minha amada Letícia, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo sem a atenção devida e depois de tantos momentos de lazer perdidos. Obrigada pelo presente de cada dia, pelo seu sorriso e por saber me fazer feliz.

RESUMO

O trabalho dos enfermeiros das Unidades Básicas do Município de Brusque, conta com a implementação dos Protocolos de Enfermagem para Atendimento a Pacientes Crônicos, à Demanda Espontânea e a Atenção no pré-natal de baixo risco, outros protocolos inexistem. Assim, o objetivo geral deste estudo é validar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis adaptado para implementação na Atenção Primária de Brusque; como específicos, caracterizar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde gerais de mulheres cadastradas no serviço de saúde da atenção primária na cidade de Brusque; adaptar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis para a realidade da Atenção Primária de Brusque. Trata-se de um estudo metodológico, incluindo etapas de adaptação e de validação com aplicação da técnica *Delphi*. A população do estudo descritivo e retrospectivo que caracterizou o perfil das usuárias constituiu-se dos cadastros individuais de mulheres com 18 anos ou mais, registrados até o mês de setembro de 2021 no sistema de gestão em saúde do município. As variáveis do estudo abrangeram dados sociodemográficos e as condições de saúde gerais. Os achados foram submetidos às medidas de frequência e discutidos à luz de literatura científica atualizada. Considerando a relevância desses resultados foi solicitada a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por se tratar de uma investigação retrospectiva que foi disponibilizada pelo serviço de forma anonimizada. A técnica *Delphi*, incluindo formulários online construídos no Google Forms para apresentação dos conteúdos do protocolo, objeto desta investigação, aos participantes enfermeiros, representou a estratégia para o registro das contribuições na etapa de adaptação e da validação do protocolo. Na etapa de adaptação foram incluídos enfermeiros que atuam no cenário do estudo, três ou mais anos, e na etapa de validação enfermeiros com títulos de especialista nas áreas de Saúde da Família ou Saúde da Mulher. Na primeira fase da investigação, dez participantes examinaram os conteúdos e na segunda fase seis. A concordância foi registrada com o uso de escala Likert de quatro pontos e aplicado de Índice de Validade de Conteúdo com o score $\geq 0,9$. Aconteceram duas rodadas para que o protocolo conseguisse ser validado, pois foram solicitadas inclusões no capítulo 1 e capítulo 2. Ficando, então, o Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para o município de Brusque com nove capítulos: Atenção às queixas mais frequentes na Atenção Primária, Infecções Sexualmente transmissíveis, Planejamento Reprodutivo, Prevenção do câncer de colo de útero, Prevenção do câncer de mama, Menopausa e Climatério, Informações para atendimento à adolescente, Infertilidade e Violência contra mulher. Entende-se que o protocolo validado permitirá um melhor planejamento da assistência à mulher, além de auxiliar na tomada de decisão, enfatizando o papel do enfermeiro e aumentando sua autonomia no atendimento às demandas femininas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Enfermagem de Atenção Primária, Protocolos clínicos.

Abstract

The work of nurses from the Basic Units of the Municipality of Brusque, relies on the implementation of Nursing Protocols for the Care of Chronic Patients, Spontaneous Demand and Care in low-risk prenatal care, other protocols do not exist. Thus, the general objective of this study is to validate the Women's Health nursing protocol adopted by the Florianópolis Health Department, adapted for implementation in the Primary Care of Brusque; as specific, to characterize the sociodemographic profile and general health conditions of women registered in the primary care health service in the city of Brusque; adapt the Women's Health nursing protocol adopted by the Florianópolis Health Department to the reality of Primary Care in Brusque. This is a methodological study, including adaptation and validation steps with application of the Delphi technique. The population of the descriptive and retrospective study that characterized the profile of the users consisted of the individual records of women aged 18 years or older, registered until September 2021 in the health management system of the municipality. Study variables encompassed sociodemographic data and general health conditions. The findings were submitted to frequency measurements and discussed in the light of updated scientific literature. Considering the relevance of these results, an exemption from the Free and Informed Consent Term was requested, as it is a retrospective investigation that was made available by the service in an anonymized form. The Delphi technique, including online forms built on Google Forms to present the contents of the protocol, object of this investigation, to the participating nurses, represented the strategy for recording contributions in the adaptation and validation phase of the protocol. In the adaptation stage, nurses who worked in the study setting for three or more years were included, and in the validation stage, nurses with specialist titles in the areas of Family Health or Women's Health. In the first phase of the investigation, ten participants examined the contents and in the second phase, six. Agreement was recorded using a four-point Likert scale and a Content Validity Index was applied with a score of ≥ 0.9 . There were two rounds for the protocol to be validated, as inclusions were requested in chapter 1 and chapter 2. Thus, the Women's Health Nursing Protocol for the city of Brusque has nine chapters: Attention to the most frequent complaints in Primary Care , Sexually Transmitted Infections, Reproductive Planning, Cervical Cancer Prevention, Breast Cancer Prevention, Menopause and Climacteric, Information for adolescent care, Infertility and Violence against women. It is understood that the validated protocol will allow better planning of assistance to women, in addition to assisting in decision making, emphasizing the role of nurses and increasing their autonomy in meeting female demands.

Keywords: Women's Health, Primary Care Nursing, Clinical Protocols.

Lista de quadros

Quadro 1 - Avaliação pelos participantes experts do capítulo 1 Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque.	65
Quadro 2 - Avaliação pelos participantes <i>experts</i> do capítulo 2 Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque.	66
Quadro 3 - Avaliação pelos participantes <i>experts</i> dos capítulos 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque.....	67
Quadro 4 - Segunda rodada de avaliação pelos participantes <i>experts</i> , após as adaptações nos capítulos 1 e 2 do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque.....	68

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Quantitativo de mulheres segundo faixa etária.....	46
Tabela 2 - Declaração raça/cor das mulheres.....	46
Tabela 3 - Informações educacionais das mulheres.....	47
Tabela 4 - Mulheres e situação no mercado de trabalho.....	47
Tabela 5 - Quantidade de mulheres por ocupação.....	48
Tabela 6 - Orientação sexual das mulheres.....	49
Tabela 7 - Situação de Saúde Geral da população feminina.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SC - Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
MS - Ministério da Saúde
NHS - National Health Service
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAISM - Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	18
1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 A EPISTEMOLOGIA DO CONHECIMENTO FEMININO.....	19
2.2 SAÚDE DA MULHER.....	21
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE DA MULHER.....	23
2.4 A ENFERMAGEM E O PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	26
3 MÉTODO.....	29
3.1 ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO.....	30
3.1.1 Cenário do estudo.....	30
3.1.2 População do estudo.....	30
3.1.3 Coleta de dados.....	31
3.1.4 Análise dos dados.....	32
3.1.5 Cuidados Éticos	33
3.2 ESTUDO DE VALIDAÇÃO.....	32
3.2.1 Participantes do estudo.....	32
3.2.2 Encontro prévio.....	33
3.2.3 Etapas metodológicas de adaptação e de validação.....	34
3.2.3.1 <i>Apresentação do protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher da Atenção Primária de Florianópolis.....</i>	<i>34</i>
3.2.3.2 <i>Etapa de adaptação.....</i>	<i>37</i>
3.2.3.3 <i>Etapa de validação.....</i>	<i>38</i>
3.2.4 Cuidados éticos.....	39
4 RESULTADOS.....	41
4.1 MANUSCRITO: AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE.....	41
4.2 PRODUTO DO ESTUDO: ETAPAS DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO	58
4.2.1 Análise da etapa de adaptação do protocolo.....	58
4.2.2 Adaptações solicitadas pelos enfermeiros.....	60

4.2.3 Análise da etapa de validação do protocolo.....	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido – participante enfermeiro especialista etapa de validação.....	79
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido – participante enfermeiro etapa de adaptação.....	81
APÊNDICE C- Isenção do TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido).....	83
APÊNDICE D - Formulário para preenchimento das informações profissionais dos enfermeiros.....	84
APÊNDICE E- Questionário I para adaptação do protocolo de enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque.....	85
APÊNDICE F - Questionário II para adaptação do protocolo de enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque.....	94
APÊNDICE G - Questionário I para validação do protocolo de enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque.....	99
APÊNDICE H - Questionário II para validação do protocolo de enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque.....	109
APÊNDICE I - Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque.....	110
ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP.....	193

1 INTRODUÇÃO

As mulheres representam a maioria da população brasileira, cerca de 51%, e são as principais usuárias dos serviços de saúde, seja para o seu próprio atendimento ou acompanhando seus filhos, familiares, amigos ou vizinhos. Em relação às horas semanais dedicadas às atividades produtivas, elas ainda conciliam trabalho remunerado com afazeres domésticos e cuidados das crianças ou de outros membros da família (IBGE, 2018).

Neste contexto, diversos aspectos da vida, como renda, condições de trabalho, meio ambiente e lazer influenciam na situação de saúde das mulheres (IBGE, 2018). Além desses aspectos, a raça, etnia, moradia, alimentação e desigualdade de gênero mostram a vulnerabilidade feminina no processo de adoecimento e sofrimento. As mulheres vivem mais e também adoecem mais do que os homens. O motivo está muitas vezes relacionado a fatores biológicos e de discriminação social (BRASIL, 2011).

As principais causas de mortalidade feminina apontadas são as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Quanto à morbidade, hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, osteoporose e doenças reumáticas foram as mais prevalentes. O expressivo número de mortes por violência contra mulher associa-se ao contexto de morbimortalidade, diretamente influenciado pelo desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2011).

Reconfigurar o espaço e o reconhecimento das mulheres na sociedade brasileira tem sido um desafio importante das políticas públicas do país. Ainda que não seja possível, neste estudo, elencar todas as distintas políticas instituídas, é importante destacar que nos últimos anos, essas políticas contribuíram para o rompimento da extrema desigualdade econômica e social que marca a história do nosso Brasil, possibilitando, assim, uma mudança significativa na vida de muitas mulheres.

Destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004), construída em parceria com movimentos de mulheres de diversos setores da sociedade. Esta política aderiu o interesse feminista de que a saúde da mulher não está ligada apenas às questões reprodutivas e sexuais, mas também aos aspectos socioculturais e a diversidade das regiões do país, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde (BRASIL, 2011). Além disso, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Por conseguinte, houve a ampliação do leque de ações voltadas para a agenda de saúde

da mulher, que passaram a incluir a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina como: mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas, portadoras de deficiência, entre outras (OLIVEIRA, 2016).

Neste retrato social e de saúde, fica evidente que a luta pela saúde da mulher tem importante interface com a qualidade do atendimento. Este, por sua vez, guarda forte relação com os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), que configura o primeiro contato (vínculo) com a atenção à saúde, a integralidade, a longitudinalidade e coordenação, que são fundamentais para a compreensão da mulher em suas particularidades e subjetividades. A APS ainda articula entre as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, disponíveis e acessíveis na rede de serviços. Para auxiliar este processo, linhas de cuidados para o acompanhamento e transformação do processo de sofrimento e adoecimento desse grupo vêm sendo implementadas (TEIXEIRA et al., 2017).

Nesse sentido, a APS compreende-se como a “porta de entrada” para as ações de atenção à saúde da mulher. O cuidado prestado pelos diversos profissionais deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, construído segundo as especificidades do ciclo vital feminino, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. Os profissionais inseridos neste espaço devem formar uma equipe interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, valorizando diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva no contexto em que as necessidades são geradas (GALVÃO et al., 2019).

Dentro desse cenário, a Enfermagem possui um papel central na inserção de novas condutas e rotinas na prestação do cuidado no âmbito da APS, ao lidar diretamente com as demandas advindas das mulheres de forma conjunta, além de construir um plano terapêutico baseado em evidências científicas. O que exige uma busca constante pela qualidade do cuidado prestado por seus profissionais, obtida não somente pelas vias de formação, mas com a adoção de tecnologias e instrumentos que estabeleçam diretrizes que possam nortear e qualificar as suas práticas, como exemplo, os protocolos (BRASIL, 2018).

Quanto ao uso de protocolos sustentando as ações dos profissionais da área da saúde, o *National Health Service* (NHS) refere que desde os anos de 1990 os profissionais não-médicos têm ampliado suas funções e responsabilidades nos cuidados dos pacientes, principalmente na APS. A enfermagem gradativamente assumiu atividades antes exercidas

somente pelos médicos, guiando e respaldando suas condutas de prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde por meio de protocolos de cuidados. Neste universo os enfermeiros atuantes na APS assumem a responsabilidade de atuação na atenção integral da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e idoso, saúde coletiva e de execução de atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Assim, enfermeiros vêm desenvolvendo consultas de enfermagem, solicitando exames complementares, transcrevendo/prescrevendo medicações, atuando no planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação da unidade e, considerando as necessidades reais da população adstrita. Além disso, detém como função realizar supervisão e ações de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem, visando o melhor desempenho de suas funções, conforme as atribuições estabelecidas na Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei nº 7.498 (BRASIL, 1986) e pelo Decreto nº 94.406 (COFEN, 1987), bem como a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 (COFEN, 2009) e definidas nos protocolos de saúde.

Nesse âmbito, o Ministério da Saúde (MS) aponta que a assistência de enfermagem voltada especialmente, para atenção à saúde da mulher na APS, acompanha o que o sistema de saúde tem priorizado, que é o cuidado direcionado a saúde sexual e reprodutiva, com foco no pré-natal, parto, puerpério, planejamento reprodutivo, orientação de grande relevância social e epidemiológica. Também tem como prioridade na saúde pública a prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama. No entanto, o atendimento integral das mulheres – com acolhimento de suas demandas e necessidades, garantia do acesso e respostas satisfatórias – ainda está em processo de consolidação (BRASIL, 2016).

Desta forma, para facilitar a tomada de decisão assistencial pelos enfermeiros e aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde na Atenção Primária, os Protocolos de Enfermagem da APS cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação desses trabalhadores, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2018).

Os protocolos desenvolvidos caracterizam-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, baseando os cuidados em evidências diagnósticas, procedimentos, tratamento medicamentoso, orientações para mudança no estilo de vida e monitoramento individual. O uso de protocolos é considerado relevante e efetivo para o sistema de saúde,

pois ao padronizar as condutas clínicas com base em evidências científicas, promove maior segurança aos usuários e profissionais, estabelece limites de ação e cooperação entre os envolvidos, reduz a variabilidade do cuidado e norteia o profissional para a tomada de decisão em relação às condutas. Em alguns momentos, a necessidade de se ter protocolos pode surgir para organizar os serviços de saúde e sistematizar a oferta da assistência, além de incorporar novas tecnologias, respaldar legalmente as ações, dar maior transparência e controle dos custos, dentre outros benefícios (PIMENTA et al., 2015).

Atualmente, a prática de trabalho dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do Município de Brusque, localizado no estado de Santa Catarina - SC, conta com a implementação de alguns dos Protocolos de Enfermagem, como: o Protocolo de Atendimento a Pacientes Crônicos e o de Atendimento à Demanda Espontânea. O processo iniciou-se com a parceria entre o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC) e a equipe de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, que desenvolveram os protocolos e vêm capacitando os profissionais da rede pública do estado à medida que os municípios assinam o Termo de Adesão com o COREN-SC.

A Secretaria Municipal de Saúde de Brusque/SC possui um protocolo próprio de enfermagem para a atenção primária no pré-natal de baixo risco. Outros protocolos inexistem, assim, os gestores em saúde identificam a necessidade de elaboração de protocolo que abranja todos os ciclos de vida da mulher, este adequando-se às necessidades da região, isto é, a adequação às ações locais, conectando com a realidade do trabalho, na perspectiva dos princípios e atributos de uma APS forte, constituída por profissionais com constante aprimoramento de seus conhecimentos.

O Protocolo de Atenção Integral de Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS FLORIANÓPOLIS, 2020) é entendido pelos gestores de saúde de Brusque como de excelência, no entanto, alguns conteúdos não atendem as necessidades de saúde deste município. Portanto, recomendam que o protocolo seja adaptado para implementação municipal.

Brusque é uma cidade com quase 141 mil habitantes, desses 49,5% são mulheres, e em seu território vem aumentando seu percentual de cobertura na atenção primária nos últimos anos. Dados de 2017 mostram que a cidade apresenta uma cobertura de 89,4% e 31 Unidades Básicas de Saúde (SMS BRUSQUE, 2018).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Brusque do período de 2018-2021 reúne e organiza as propostas de ação, principalmente voltadas para ampliação do acesso da população aos serviços. Este documento ainda traz poucas especificações na separação de

gênero, como: número da população por raça/cor, renda per capita, envelhecimento, escolaridade, diagnóstico epidemiológico por doenças específicas, entre outras (SMS BRUSQUE, 2018). Assim, além da necessidade de adaptação do Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis para o contexto de Brusque e sua implementação, há a necessidade de caracterização do perfil das mulheres deste município.

Entende-se que a caracterização do perfil das mulheres assistidas na APS de Brusque pode contribuir para o melhor desenvolvimento do protocolo, para que se estabeleçam estratégias que facilitem a vigilância no cuidado da saúde da mulher na APS de Brusque.

A implementação de um trabalho em um dado território é sempre precedida da elaboração de um diagnóstico local. Nesse sentido, quando se propõe contemplar as questões de saúde da mulher, é necessário incorporar algumas informações como: quem são as mulheres que ali residem, quais as atividades desenvolvidas por elas, de que adoecem e morrem essas mulheres que compõem a população adscrita neste espaço. É importante conhecer o perfil das usuárias, considerando, minimamente: a idade, a identificação de gênero, a escolaridade e a ocupação; a identificação de chefes de família ou desempregadas e em outra situação de vulnerabilidade social e possíveis doenças ou agravos que podem estar associadas. O planejamento das ações direcionadas às mulheres, a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, deve se basear nas informações sistematizadas nas etapas do Diagnóstico Situacional, no cadastramento das famílias e em informações sobre o perfil epidemiológico. A partir delas é possível priorizar as intervenções sobre os problemas de saúde femininos apresentados considerando a frequência, a gravidade e a vulnerabilidade (DIAS; SILVA, 2013).

A adaptação do protocolo de atenção à saúde da mulher e sua validação irão representar um importante passo para a implementação desde, que contribuirá para a melhoria do acesso e cuidados prestados às mulheres e aumentará o reconhecimento e a autonomia da enfermagem na atenção básica de Brusque.

Os resultados de sua utilização, em muitos municípios que já implantaram, demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa. Além disso, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos

procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente (SALES et al.,2018).

1.1 PERGUNTAS DE PESQUISA

Diante desta contextualização surgem as seguintes questões norteadoras deste estudo:

- a) qual o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres cadastradas na Atenção Primária à Saúde do município de Brusque/SC/Brasil?
- b) quais os conteúdos devem ser adaptados do Protocolo de Enfermagem da Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2020) para compor o protocolo de enfermagem para saúde da mulher assistidas na Atenção Primária à Saúde do município de Brusque/SC/Brasil?
- c) Os conteúdos do protocolo adaptado serão validados pelo experts com índice de Validade de Conteúdo igual ou superior a 0,9%?

1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Considerando as questões norteadoras do estudo, foram definidos os objetivos apresentados a seguir

Objetivo geral:

- Validar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis adaptado para implementação na Atenção Primária de Brusque.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e as condições/situações de saúde gerais de mulheres cadastradas no serviço de saúde da atenção primária na cidade de Brusque;
- Adaptar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis para a realidade da Atenção Primária de Brusque.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi elaborada com o desenvolvimento de revisão narrativa, que descreve e discute o “estado da arte”, sob ponto de vista teórico e contextual. Constitui, basicamente, a análise da literatura publicada em livros, artigos publicados em anais de congressos, artigos de revistas impressas e/ ou eletrônicas e análise crítica pessoal.

O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de maio de 2020 a outubro de 2020. Foram pesquisadas bases de dados científicas, tais como: SciELO, MEDLINE, LILACS e PubMed, e utilizado os seguintes descritores: Enfermagem de Atenção Primária, Saúde da Mulher e Protocolos clínicos. O banco de dados foi sendo complementado com materiais como livros, protocolos, cadernos de saúde e políticas públicas sobre a temática. Por fim, estes materiais foram lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

2.1 A EPISTEMOLOGIA FEMININA: ALGUNS APONTAMENTOS

A imagem da mulher na sociedade por muitos anos esteve ligada ao lar, à procriação, alguém com a função de agradar o outro. Excluídas e colocadas em segundo plano na história, reflexo de uma discriminação homem-mulher, ao atribuir aos homens uma condição de donos do saber e às mulheres o papel feminino, subordinado ideologicamente ao poder masculino, em um enredo voltado para o engrandecimento das ações masculinas. Era a dona de casa, companheira e mãe de seus filhos, mas sem voz ativa ou direito a emitir suas opiniões, manifestar-se publicamente ou votar. Essa visão entre homens e mulheres, vincula o universo masculino, à cultura, a racionalidade e ao público, determinando a sua dita superioridade em relação ao universo feminino. Enquadrado como, emocional, abstrato e restrito ao âmbito privado (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

Os autores como Pereira e Carmo (2015) afirmam que, por muito tempo no mundo, as ciências naturais e humanas concentraram suas atenções no espaço racional do lugar público e descrevem este espaço como ocupado predominantemente por homens. E ainda discursam que o espaço privado, destinado à mulher, não era considerado relevante, por isso a mulher esteve invisível nos fatos históricos. Contextualizando com a teoria do conhecimento, podemos afirmar que reflexões filosóficas acerca do pensamento racional surgiram na Grécia Antiga, quando ocorreu a mudança do saber explicado através da consciência mítica para a razão, ou seja, o surgimento do conhecimento intelectual. No entanto, os principais

pensadores dessa época, Sócrates, Platão e Aristóteles revelam uma visão antropocêntrica desses saberes que exclui as mulheres dessa elaboração (FARHERR, 2016).

Durante o período medieval fica ainda mais evidente essa exclusão da participação da mulher na construção do pensamento filosófico. Esta época caracteriza-se pela constituição de um pensamento subordinado à Igreja Católica, instituição detentora de grande parte do conhecimento produzido na antiguidade Greco-romana como também provedora da educação durante séculos. As instituições eclesiásticas influenciaram, durante a sociedade medieval, com a formação moral que definia os papéis sociais ligadas ao gênero, a partir dos discursos religiosos, surgindo então, a figura da mulher comparada à responsável pelo pecado original, e à mãe de cristo, a santa e modelo feminino a ser seguido, criando, assim, representações por meio dessas figuras, que se relacionam entre o poder e o imaginário. Assim, podemos articular com a categoria de gênero, sendo apresentadas como submissas e controladas pelo poder masculino, estabelecendo uma subjetividade nas práticas sociais, nas políticas culturais e nas diferenças entre os sexos (SILVA, 2014).

Com o advento da Modernidade, há uma ruptura das concepções do saber adquirido, a uma quebra na autoridade imposta e hierarquizada da escola cristã. O principal filósofo a inaugurar o pensamento moderno foi Descartes. Este é um momento marcado por uma valorização do homem, do humano em detrimento do sagrado, coloca o indivíduo como central na busca de conhecimento. O sujeito pensante foi a primeira certeza estabelecida por René Descartes. Outros filósofos, também dessa época, no entanto, apresentavam um discurso mais sexista, Rousseau dizia que a educação feminina tinha que ser pautada ao doméstico, pois, segundo ele, elas não deveriam ir em busca do saber, considerado contrário à sua natureza. Kant influenciado por essas ideias descreve sobre a mulher e sua vida destinada a servir ao homem, não a reconhecendo enquanto sujeito atuante da história, reforça a inferioridade feminina com relação à sua incapacidade de raciocinar como o homem (FARHERR, 2016).

A filosofia pós-Kantiana, traz os conceituados “filósofos da diferença”, como Foucault, Derrida, Lyotard, entre outros, os quais enfatizaram que todo o conhecimento é e está em construção. Desta maneira, pode-se dizer que na contemporaneidade surgem novas epistemologias, marcadas por outras ideias de produção do conhecimento. Chamam a atenção para o fato de que o sujeito deve ser considerado como efeito das determinações culturais, inserido em um ambiente complexo de relações sociais, sexuais e étnicas. Assim, afirma que o conhecimento se constrói através das experiências, emoções do indivíduo em interação, em diálogo e pontos de vista, alterando as observações, teorias e hipóteses (CALVELLI; LOPES,

2011).

Então, é a partir do século XX, em que há uma mudança do interesse na compreensão sobre cultura e inicia-se uma valorização da cultura popular, através da quebra de barreiras da hierarquização acadêmica, voltasse o olhar às questões referentes a grupos de classes operárias de mulheres, de negros e outras minorias. Essas temáticas aparecem em um cenário contido de vários movimentos sociais, como os movimentos feministas iniciados na década de 1960, que contribuíram para despertar o desejo de se estudar sobre a história das mulheres (PEREIRA; CARMO, 2015).

Especificamente, a questão das relações sexuais e da mulher nasce a partir das lutas pela emancipação deste sujeito antes definido como “sexo frágil”. A concepção dos estereótipos, preconceituosos e criados como hierarquias de valores está sendo, com muita luta, desconstruído pelas próprias mulheres. Ao longo do tempo elas foram se inserindo nos ambientes educacionais, no mercado de trabalho, quebrando as barreiras do silêncio e da invisibilidade que lhe foi imposta no decorrer da história. Nomes como Virginia Woolf da Inglaterra e Simone de Beauvoir da França, escritoras e ativistas a favor da igualdade de gênero, revelam um pouco dessa evolução. No Brasil, tivemos como a primeira feminista, ainda no século XIX, a defender o direito das mulheres, a escritora Nísia Floresta e cem anos depois temos Bertha Lutz como uma das maiores líderes na luta pelos direitos políticos das mulheres brasileiras. Assim, tem-se consciência de que diferentemente dos homens, elas foram conquistando todos os seus direitos, fossem eles civis, políticos e até mesmo sociais (FARHERR, 2016).

É na luta pela visibilidade, pela conquista e ampliação dos seus direitos específicos, pelo fortalecimento da identidade da mulher, que se constitui um campo feminista do conhecimento. Então, temos a partir do século XX, um olhar voltado para o rompimento da condição feminina no contexto a margem da realidade e o início de sua inserção nas políticas públicas. Entre elas, destacamos as políticas de saúde destinadas à mulher (RAGO, 1998).

2.2 SAÚDE DA MULHER

O ano de 1975 foi declarado como Ano Internacional da Mulher, por parte da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo considerado de fundamental importância para a atuação mais efetiva e organizada das mulheres na vida pública brasileira e na luta por conquista de direitos (FONSECA, 1999). No que diz respeito às políticas públicas, as questões colocadas pelos movimentos de mulheres, na passagem dos anos 1970 para 1980,

coincidiram com as demandas colocadas pelos movimentos sociais em seu conjunto e dizem respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde (SANTOS, 2005).

As mulheres passaram a manifestar suas reivindicações: direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico. Tanto nos espaços acadêmicos quanto nos movimentos sociais organizados cresceu o interesse pelo tema Saúde da Mulher. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantisse o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM (SANTOS, 2005).

O PAISM foi lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem para saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde da mulher”. Pela primeira vez, foi proposto um programa que contemplava as questões relativas à reprodução, garantindo à mulher o direito de regulação da fecundidade. O PAISM foi pioneiro, até mesmo no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por essa razão, os movimentos de mulheres reivindicaram a sua implementação. Seu conteúdo incluiu plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela OMS, em 1988, ampliada e consolidada no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995. A adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (OSIS, 1998).

E no ano seguinte ao lançamento do PAISM, iniciou-se a distribuição de documentos técnicos às Secretarias Estaduais que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério. Mais tarde, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade. Para assegurar que o programa tivesse êxito várias experiências foram feitas em saúde: capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como formas alternativas de atendimento (CASSIANO et al., 2014).

A inclusão de todas essas ações básicas na assistência integral à saúde da mulher nos

ciclos de vida resulta da introdução do enfoque de gênero nas análises sobre a sua condição, contribuindo com uma visão crítica do modo como as intervenções sobre o corpo da mulher a subjugavam, desrespeitando sua condição de cidadã. Nesse sentido, essa incorporação reafirma a necessidade de se reconhecer as desigualdades existentes nas relações de gênero e o seu papel diferenciado no processo saúde/doença, resgatando as particularidades das mulheres em sua dimensão de geração, classe social, raça/etnia e orientação sexual e inova, principalmente, por incluir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (LEÃO; MONTE, 2013).

Cabe ressaltar, que as diretrizes do programa de atenção integral à saúde da mulher foram elaborados dentro da ótica da Atenção Primária, segundo o conceito da integralidade da assistência e englobam todas as fases da vida, da adolescência até a velhice, respeitando-se a especificidade de cada uma dessas fases. Assim, a prática educativa deveria permear todas as ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários para essa clientela. (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E À SAÚDE DA MULHER

A APS se fundamenta dentro dos conceitos de territorialização e adscrição, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico e em uma população adscrita. O cuidado centrado na pessoa aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva (BRASIL, 2017).

Nos anos 1980, a integração das ações na APS começou a ser discutida, na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas (COELHO, et.al., 2009).

As mulheres representam a maioria da população brasileira (50,7%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade

(BRASIL, 2011).

Buscando melhorias no contexto do cuidado à mulher, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (PNAISM). Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer, principalmente de mama e de colo de útero. Além disso, propõe formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (DINIZ et.al, 2013).

O PNAISM deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 93.288.442 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias: – 10 a 14 anos – 7.257.654; – 15 a 19 anos – 7.766.963; – 20 a 29 anos – 16.976.970; – 30 a 39 anos – 17.401.394; – 40 a 49 anos – 14.854.848; – 50 anos e mais – 29.030.613. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 64.257.829 e representam 69% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (IBGE, 2020).

A maior dificuldade enfrentada pelas mulheres pode ser demonstrada pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Estudos e pesquisas de estatística de gênero desenvolvidas pelo IBGE em 2016 informam que em relação aos rendimentos médios do trabalho, as mulheres seguem recebendo cerca de $\frac{3}{4}$ do que os homens recebem. Nesta comparação, os resultados por nível de instrução apontam que o diferencial de rendimentos é mais elevado na categoria ensino superior completo ou mais, em que as mulheres receberam 63,4% do que os homens (IBGE, 2018).

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas. Analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente

vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero (BRASIL, 2011).

No âmbito da violência contra a mulher, registros policiais têm mostrado que a maioria dos atos praticados, seja de natureza física, sexual ou psicológica, são cometidos por pessoas da família dentro da unidade doméstica. Este é um problema multidimensional e um problema de saúde pública, pois envolve a assistência com base na sua coletividade sem excluir o individual, ter um olhar do todo, possuindo como principal abordagem a atenção interdisciplinar, não somente acolher as vítimas, como também realizar vigilância do problema subsidiando a implementação de medidas preventivas e assistenciais às vítimas (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Ao discutir sobre a razão da mortalidade materna, identifica-se que a nível global encontra-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos. Também observa-se que, há maior prevalência à medida que as faixas etárias se elevavam, pelo risco de maiores complicações e doenças crônicas já existentes, como a hipertensão arterial, cardiopatias e HIV. A maioria dos óbitos acontece com as mulheres negras e quanto menor a escolaridade maior a razão de mortalidade. A raça deve ser analisada com cuidado, pois permite avaliar questões sociais e as desigualdades enfrentadas por esse grupo para acesso aos serviços de saúde (SCARTON et al., 2019).

Ressalta-se que a maioria dos óbitos maternos se concentra no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto), além de ser considerado uma fase de morbidade significativa, que se estende para o puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45º dia). Estudos apontam que as causas estão atreladas a não adesão das mulheres à consulta puerperal. Os motivos encontrados foram: a falta de informação por parte dos profissionais das ações pós-parto; falta de medicamentos e equipamentos; falta de qualificação profissional; barreiras culturais; e percepção de que o cuidado pós-parto é para a criança, além disso, as ações educativas à puérpera ainda são realizadas de forma tradicional, o que também desestimula a participação das mesmas (BARATIERI; NATAL, 2019).

Ao avaliar a taxa de infecções por doenças sexualmente transmissíveis (ISTs), surpreende-se com o aumento de casos de sífilis em gestantes, evidenciado pelo Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016. Esse revela que em 2015 foram notificados 33.365 casos de sífilis na gestação, sendo a taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos. Em 2010 a taxa era de 3,3 casos por mil nascidos vivos, revelando um crescimento de 202% em cinco anos (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

A sífilis congênita, na maioria das vezes, está associada principalmente às gestantes que não realizam a triagem para sífilis, e/ou aquelas que muitas vezes não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Segundo o Ministério da Saúde, 56,5% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% receberam a terapêutica adequada (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

A APS é a principal responsável pela atenção à mulher, por meio da integração do conhecimento técnico e a capacidade de acolher, apoiar e detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, realizar prevenção, tratamento e acompanhamento da mulher, com encaminhamento para outros serviços quando necessário. No que se refere ao atributo coordenação do cuidado, quando viabilizado por uma rede de serviços, é capaz de ofertar uma resposta integral e articulada em todos os níveis de atenção. Entendido como a articulação entre os serviços de saúde, independentemente do local onde sejam prestados, pode garantir a sincronização em torno de um mesmo objetivo. Envolve a realização de ações que conjugam o planejamento da assistência e de fluxos, o compartilhamento de informações sobre o processo assistencial entre as redes de atenção e o monitoramento de pacientes com diferentes necessidades (CRUZ et al., 2019).

2.4 A ENFERMAGEM E O PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os enfermeiros que atuam na Atenção Primária, em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvem seu processo de trabalho, tanto dentro da unidade de saúde como na comunidade, supervisionando e ampliando o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares e técnicos de enfermagem, realizando ações que promovam saúde, assistindo às pessoas e ampliando a atenção e o cuidado a todos os grupos populacionais (BASSOTO, 2012).

Atualmente, a equipe que atua na ESF é formada por um médico, uma/o enfermeira/o, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Sabe-se que o(a) profissional enfermeiro(a) encontrou um promissor espaço de trabalho e ampliou sua inserção, crescendo significativamente em competência profissional, desempenhando funções com autonomia e obtendo reconhecimento social. Assumindo muitas vezes a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS. O seu

papel implica relacionar todos os fatores sociais, econômicos e culturais, apresentados e não apenas lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar (COSTA; MIRANDA, 2008).

Por isso, a ESF, exige dos enfermeiros uma ampliação de suas práticas e a utilização de conhecimentos para lidar com a complexidade que é a APS, nos contextos pessoal, familiar e social, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, a reabilitação e a assistência de enfermagem de qualidade a saúde de seus usuários. Para que a/o enfermeira/o realize uma consulta na área da mulher, é necessário que ele esteja preparado para atender às demandas desta mulher, aceitando seus valores e lembrando que ela faz parte de um núcleo familiar. Além disso, a mulher é um ser holístico constituído de corpo, mente e espírito, desta forma a saúde será apenas o resultado das necessidades humanas atendidas (MENDES, 2016).

A consulta de enfermagem desenvolve-se a partir do Processo de Enfermagem, que nada mais é que um método de resolução de problemas organizado para ajudar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações relacionadas a um problema real ou potencial de saúde. Desta forma, através do raciocínio clínico, o enfermeiro é capaz de chegar a conclusões efetivas a respeito das necessidades humanas afetadas. Para realizarmos o Processo de Enfermagem, é necessário que haja a fundamentação em uma teoria que dê sustentação para tal atividade e que funcione. (PIMENTA et al, 2015).

Então, para assegurar a autonomia da categoria, à Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7498/86 (COFEN, 1986) estabelece a importância dos protocolos em programas de Saúde Pública, para atividades como prescrição de medicamentos; assim como a Portaria 2436/2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), e também menciona os protocolos para práticas como consulta de enfermagem, solicitação de exames, entre outras. A implementação dos protocolos contribui de forma efetiva para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas evidências mais recentes (BRASIL, 2018).

Os cuidados baseados em protocolos são vistos como um mecanismo para facilitar a prática profissional da enfermagem norteando as ações sem engessá-las, propiciando o acompanhamento de seu desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional, através da sistematização da assistência de enfermagem, com vistas à realização de pesquisas que informem o bem-estar da pessoa cuidada, o grau da humanização no atendimento e a necessidade de treinamento dos profissionais (BRASIL, 2018).

Desta forma, para facilitar a tomada de decisão assistencial pelos enfermeiros e aliados

ao objetivo de qualificar as ações de saúde na Atenção Básica, os Protocolos de Enfermagem da Atenção Básica cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dessas(es) trabalhadoras(es), conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2018).

A atualização do Protocolo de Enfermagem, por secretarias de saúde com apoio dos Conselhos Regionais de Enfermagem, tem a intenção de aumentar o acesso dos usuários nas unidades da APS. Conforme orientações do Ministério da Saúde, o direcionamento das agendas dos postos de saúde deve ser para o atendimento de 70% das demandas espontâneas dos usuários e 30% para o atendimento da demanda programada (BRASIL, 2013).

Os protocolos desenvolvidos caracterizam-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, baseando os cuidados em evidências diagnósticas, procedimentos, tratamento medicamentoso, orientações para mudança no estilo de vida e monitoramento individual. O uso de protocolos é considerado muito relevante e efetivo para o sistema de saúde, pois ao padronizar condutas clínicas com base em evidências científicas, promove maior segurança aos usuários e profissionais, estabelece limites de ação e cooperação entre os envolvidos, reduz a variabilidade do cuidado e norteia o profissional para a tomada de decisão em relação às condutas. Em alguns momentos a necessidade de se ter protocolos podem surgir para organizar os serviços de saúde e sistematizar a oferta da assistência, além de incorporar novas tecnologias, respaldar legalmente as ações, dar maior transparência e controle dos custos, dentre outras (PIMENTA et al, 2015).

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico que inclui estudo descritivo e retrospectivo e estudo de validação, com aplicação da técnica *Delphi* para as etapas de adaptação e validação do protocolo de enfermagem à saúde da mulher, objeto da investigação.

Os estudos metodológicos visam à investigação de métodos para coleta e organização dos dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado (MELO et al., 2017).

A técnica *Delphi* é um método que busca facilitar e melhorar a tomada de decisões, sistematiza o julgamento de informações; é útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. É realizada de forma coletiva por especialistas, também chamados de peritos, juízes ou *experts* (MARQUES; FREITAS, 2018). Para a aplicação da referida técnica, o pesquisador deve elaborar um questionário objetivo, estruturado ou não, explorando os pontos que deseja saber a opinião dos especialistas (SILVA et al., 2018).

Esta técnica é formada por duas etapas: uma constrói o desenvolvimento de um instrumento e a outra se realiza a análise e julgamento dos especialistas, juízes experientes em determinada área, a qual caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe. É por meio de indicadores mensuráveis e conceitos que se consegue avaliar a profundidade com que cada item da medida comprova e valida o conteúdo que se propõe investigar (CRESTANI; MORAES; SOUZA, 2016). Neste estudo o método de escalonamento que será utilizado para a obtenção de consensos será o de *Likert*.

A escala *Likert* apresenta normalmente um escalonamento de três ou mais pontos, cujos avaliadores registram as concordâncias, discordâncias ou dúvidas, quanto ao que é afirmado em cada item avaliado, em relação à capacidade de mensuração a qual o instrumento se propõe (CASTRO; REZENDE, 2009).

No estudo observacional retrospectivo, o investigador atua meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora possa, neste meio tempo, realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados. Os dados são coletados a partir de informações do passado, através da análise de registros, entrevistas e assim por diante. O objetivo deste estudo é identificar a frequência com que ocorrem as exposições nos diferentes grupos (ROMANOWISKI; CASTRO; NERIS, 2019).

A seguir apresenta-se a descrição metodológica do estudo observacional retrospectivo e do processo de adaptação e validação do Protocolo Saúde da Mulher. Considerando que o cenário do estudo é o mesmo em ambos os métodos, sua descrição será apresentada somente uma única vez.

3.1 ESTUDO OBSERVACIONAL

3.1.1 Cenário do estudo

O cenário em que a pesquisa se desenvolveu foi a Secretaria de Saúde do Município de Brusque, que se localiza na região do Vale do Itajaí no Estado de Santa Catarina. Mais precisamente no setor da APS, que hoje conta com a coordenação de atenção básica que tem cinco enfermeiras gestoras e possui 31 UBS e um total de 34 equipes de ESF e conta com um enfermeiro em cada equipe, totalizando 34 enfermeiros, e essas equipes representam uma cobertura de 89,4% de todo o território de Brusque.

As UBS são responsáveis pelo atendimento primário à população estimada em de 140.597 habitantes com resolução de 85% dos casos. Realizam em média 30.000 atendimentos por mês, desde consultas em demanda livre e demanda programada. São responsáveis pela oferta de serviços como: acompanhamento de pré-natal de baixo risco, puericultura, acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, pacientes acamados. Realizam visita domiciliar, vacinação, exames citopatológicos, lavagem de ouvido, retirada de pontos, curativos, além de outros serviços e possuem farmácia para entrega das medicações básicas (SMS BRUSQUE, 2018).

3.1.2 População do estudo

A população do estudo foi constituída dos cadastros individuais das mulheres que estão cadastradas nos serviços das UBS de Brusque até o mês de setembro de 2021, registrados no sistema de gestão em saúde (G-mus). Os ACS que atuam nestas unidades são os responsáveis por realizar o preenchimento desses dados no sistema de gestão em saúde G-mus.

Como critérios de inclusão neste estudo, foram utilizados os cadastros individuais de mulheres no recorte da investigação. Assim, incluíram-se 65.506 cadastros individuais de mulheres. Como critérios de exclusão definiu-se os cadastros individuais de mulheres

menores de 18 anos.

3.1.3 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no sistema de gestão em saúde G-mus, que possui ferramentas que transferem dados para planilhas no Programa *Excel*, mediante seleção das variáveis desejadas. O acesso ao sistema ocorreu após aprovação do trabalho junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o parecer de número: 4.916.839 (Anexo A). O local onde se realizou este levantamento de dados foi na Secretaria de Saúde de Brusque, junto com uma das enfermeiras responsável pela avaliação dos indicadores, em horário e data acordada com a profissional. A coleta dos dados se limitou às variáveis do estudo, sem identificação do nome das mulheres. Na pesquisa foi respeitado os cuidados éticos garantindo o anonimato e os dados arquivados em planilhas construídas em *drive* criado especificamente para estes dados, sendo que a guarda dos mesmos foi exclusiva da pesquisadora principal deste estudo.

As variáveis do estudo foram definidas segundo os dados disponíveis nos cadastros individuais realizados pelos ACS inseridas no sistema de gestão G-mus: dados sociodemográficos e condições/situações de saúde gerais, conforme nomenclaturas adotadas pelo serviço:

- a) identificação da usuária/ cidadã: idade, raça/cor (branca, preta, parda, amarela ou indígena), situação no mercado de trabalho (empregadora, assalariada com carteira de trabalho, assalariada sem carteira de trabalho, autônoma com previdência social, autônoma sem previdência social, aposentada/ pensionista, desempregada, não trabalha); nível de escolaridade (pré-escola, classe alfabetizada (CA), ensino fundamental 1ª a 4ª série, ensino fundamental 5ª a 8ª série, ensino fundamental completo, ensino fundamental especial, ensino fundamental EJA, ensino médio, ensino médio especial, ensino médio EJA (supletivo), ensino superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado, alfabetização para adultos, nenhum); identidade de gênero (heterossexual, lésbica, transexual, bissexual, travesti);
- b) Condições/situações de saúde gerais: gestante (sim ou não), fumante (sim ou não), uso de álcool (sim ou não), faz uso de outras drogas (sim ou não), hipertensão arterial (sim ou não), diabetes (sim ou não) Acidente vascular cerebral/derrame (sim ou não), infarto (sim ou não), câncer (sim ou não), acamada (sim ou não), domiciliada (sim ou não).

3.1.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas construídas no Programa *Excel* da *Microsoft* e posteriormente submetidos às medidas de frequência, apresentados em tabelas e na forma descritiva e discutidos à luz de literatura científica atualizada.

3.1.5 Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSC e aprovado sob o parecer de número 4.916.839 (Anexo A) e a pesquisa foi desenvolvida segundo as determinações da Resolução no 466/12, do Ministério da Saúde, que trata da Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012). Diante da autorização do CEP da UFSC houve a isenção da aplicação do Termo de consentimento Livre e Esclarecido, considerando a natureza da investigação. Afirma-se que não ocorreram riscos relacionados ao desenvolvimento do estudo e que seu desenvolvimento contribui para o melhor desenvolvimento de ações que ampliem o acesso deste público a esses serviços e que se consiga estabelecer estratégias que facilitem a vigilância no cuidado da saúde da mulher.

3.2 ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Como já dito anteriormente, o estudo de validação incluiu etapas de adaptação e de validação, com uso da técnica *Delphi*, escolhida para viabilização e registro dessas etapas, descritas a seguir, bem como foram descritos os distintos participantes e outros cuidados metodológicos que foram adotados.

3.2.1 Participantes do estudo

- a) Etapa de adaptação: foram incluídos enfermeiros que atuam na Atenção Primária de Brusque/SC há mais três anos.
- b) Etapa de validação: foram incluídos os enfermeiros que atuam há mais de três anos na Atenção Primária de Brusque com título de especialista nas áreas de Saúde da Família ou Saúde da Mulher – participantes *experts*.

Como critérios de exclusão para os dois grupos de participantes foram definidos: profissionais em período de férias durante a coleta de dados, licenças de qualquer finalidade

ou afastados da atuação profissional no período da coleta dos dados.

Para a realização e seleção desses participantes foi encaminhado a todos os enfermeiros que atuam na APS, um formulário *Google Forms* para preenchimento com as seguintes informações: nome, ano de formação, tempo de atuação na Atenção Primária e se possui especialização em Saúde da Família ou Saúde da Mulher. Este formulário foi desenvolvido pela pesquisadora principal deste estudo e encaminhado à coordenação da APS para que encaminhe aos enfermeiros via *e-mail* pessoal cadastrado no serviço (Apêndice D). Após o preenchimento dos dados se formou uma planilha com as informações e se selecionou os enfermeiros de acordo com os critérios de inclusão para cada etapa. Foram selecionados seis enfermeiros para esta etapa.

3.2.2 Encontro prévio

Antes de iniciar o processo de adaptação e validação do protocolo de enfermagem foi realizado um encontro presencial com todos os enfermeiros selecionados para inclusão no estudo. A Coordenação de Atenção Primária de Saúde, a pedido da pesquisadora principal deste estudo, convidou com 30 dias de antecedência, os enfermeiros para este encontro que aconteceu no auditório da Secretaria de Saúde de Brusque.

A intenção deste encontro foi apresentar o projeto, a fim de promover a sensibilização sobre o tema e explicação de como iria ocorrer todas as etapas do projeto, com destaque para a aplicação da técnica *Delphi* nas etapas de adaptação e validação do protocolo. A apresentação expositiva dialogada sobre o projeto ainda incluiu os resultados do estudo observacional descritivo e retrospectivo proposto para estudo. Entende-se que os resultados desse estudo auxiliaram na definição das adaptações que necessitaram ser realizadas no protocolo, pois retratam as principais condições/necessidades de saúde das usuárias da SMS de Brusque.

O TCLE também foi apresentado e esclarecido. Ao término da apresentação duas vias do Termo foram entregues a cada enfermeiro, quando foi solicitada leitura na íntegra do conteúdo e, caso aceitassem a inclusão no estudo foi solicitada a assinatura do Termo, com rubrica em todas as páginas, por parte dos participantes. Previamente as vias dos Termos foram assinadas pela pesquisadora principal do estudo e pesquisadora responsável. A assinatura da pesquisadora responsável (professora orientadora desta dissertação de mestrado profissional) foi digital (assina UFSC). Os Termos assinados foram recolhidos ao término do encontro.

3.2.3 Etapas metodológicas de adaptação e de validação

Um dos pontos positivos para aplicação da técnica *Delphi* foi a possibilidade de aplicação a distância, o que permitiu a participação dos profissionais de forma *online*, diminuindo assim, em tempos da pandemia por Covid-19, o contato com outras pessoas, principalmente o contato com outros profissionais de enfermagem que estão atuando na linha de frente nas unidades básicas. Nesse caso específico, percebeu-se que o grupo de profissionais de enfermagem permaneceu mais seguro, podendo responder às questões em seu domicílio ou local de trabalho (AQUINO et al., 2020).

3.2.3.1 Apresentação do protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher da Atenção Primária de Florianópolis

Evidencia-se que as atividades do enfermeiro devem ser pautadas na interconexão do científico e do técnico, possibilitando contornar obstáculos no processo de trabalho e promover transformações em sua assistência e melhorias na qualidade de vida dos usuários. É nesse cenário, que se destacam os protocolos de cuidado à saúde, conjunto ao qual o protocolo de enfermagem pertence, instrumentos que orientam o cuidado e a gestão dos espaços de saúde, com fins de nortear fluxos, procedimentos clínicos e condutas, melhorando a racionalidade, os recursos e incrementando a probabilidade de resultados assistenciais de qualidade e a garantia da autonomia profissional (ALVES et al., 2014).

O protocolo de Enfermagem (volume 3) Saúde da Mulher: Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida, do município de Florianópolis, aprovado pela PORTARIA Nº 24/2016 e com a nova versão 1.3, atualizado em janeiro de 2020, será utilizado como referência para o processo de adaptação. Desde a instituição desse protocolo o enfermeiro pode solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, nas condições previstas no Protocolo e, no âmbito municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e a intenção de sua construção foi a de contribuir para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro,

sempre embasados nas evidências mais recentes. Este protocolo encontra-se sempre disponível no site da Secretaria de Saúde de Florianópolis e o endereço eletrônico para acesso a essa publicação científica é o <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf> (SMS FLORIANÓPOLIS, 2020).

Para efeitos legais, o protocolo encontra-se em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 de regulamentação do exercício da enfermagem e com a Resolução COFEN 195/1997 de solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro, mediante protocolo institucional.

Os principais eixos de discussão colocados neste protocolo de 87 páginas são: Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS, Planejamento reprodutivo, Prevenção de Câncer de colo de útero, Prevenção de Câncer de mama, Acompanhamento do pré-natal, Menopausa e Climatério, Orientações para atendimento a adolescentes e Infertilidade, além de anexos que trazem assuntos como as principais intercorrências relacionadas ao DIU, modelo de plano de parto, grau de recomendações de condutas, evidências sobre a realização de ultrassonografias em diferentes períodos da gestação, alterações emocionais mais comuns em puérperas.

Dentro do eixo sobre as queixas ginecológicas mais frequentes na Atenção Primária encontra-se uma discussão sobre corrimento vaginal, vulvovaginites e cervicites, infecção urinária, cólica menstrual, dispareunia, vaginismo e toque bimanual. Nas descrições do capítulo vê-se como realizar a entrevista de atendimento com foco no levantamento de dados, explicação do exame físico, principais tratamentos medicamentosos e medidas não farmacológicas para os principais corrimentos vaginais além, do fluxograma de avaliação para infecção urinária e da cólica menstrual.

Para o planejamento familiar o capítulo inicia-se com uma pequena discussão sobre pré-concepção com condutas de enfermagem no período pré-concepcional. Depois apresenta as categorias de elegibilidade para os métodos contraceptivos hormonais e o DIU de cobre disponíveis nas unidades de saúde de acordo com cada condição das mulheres seja por: idade, obesidade, tabagismo, hipertensão, amamentação, TEP, diabetes ou complicações vasculares, enxaquecas e ISTs como HIV.

Nos capítulos relacionados à prevenção do câncer de colo de útero e mama, a introdução mostra alguns dados epidemiológicos relevantes diante do assunto e assim justifica a importância das ações de rastreamento realizadas na Atenção Primária. Encontra-se também

a descrição dos principais achados clínicos, resultados dos exames e condutas de enfermagem em cada situação.

Para o acompanhamento do pré-natal nas UBS o protocolo de enfermagem traz os conteúdos sobre: Avaliação de risco da gestante, já que mulheres com gestação de alto risco devem ter acompanhamento conjunto com o obstetra, rotinas de consultas na unidade, os exames que devem ser solicitados e como avaliá-los, uma descrição de como deve acontecer o exame clínico obstétrico, quais são as principais modificações e desconfortos mais frequentes na gestação, assim como as condutas que podem ser tomadas mediante a essas queixas. Além de apresentar doenças infectocontagiosas que possam interferir na saúde do bebê, o desenvolvimento de um plano de parto e o pré-natal do parceiro. Esse ainda aborda o período do puerpério, com as seguintes temáticas: aleitamento materno, técnicas de amamentação, queixas e intercorrências mais comuns na amamentação.

Nos temas menopausa e climatério identificam-se orientações de enfermagem para melhoria de vida neste período, incluindo discussões quanto à reposição hormonal, as queixas mais comuns no período do climatério e como realizar o manejo.

O tópico 7 do protocolo de enfermagem discorre sobre orientações para o atendimento à adolescentes, refletindo sobre os aspectos éticos e legais no atendimento e testagem sorológica para menores de 18 anos.

Por fim, tem-se no último capítulo o tema infertilidade e neste aparecem quais os questionamentos a serem feitos durante a consulta para realização da anamnese e quais os exames o enfermeiro poderá solicitar.

3.2.3.2 Etapa de adaptação

1ª Rodada de adaptação: para coleta de dados foi enviado aos participantes *link* para acesso do protocolo de enfermagem à Saúde da Mulher de Florianópolis (volume 3). Neste momento foi orientada a leitura atenta e na íntegra do conteúdo. Também foi enviado *link* de acesso aos formulários construídos no *Google Forms*, onde os participantes puderam registrar sua concordância quanto aos conteúdos ou puderam recomendar adaptações, inclusões ou exclusões de conteúdos para o protocolo que estava sendo adaptado ao contexto de saúde de Brusque. Dez dias foram disponibilizados para retorno dos formulários preenchidos. Quando os retornos não aconteciam, novo encaminhamento era realizado e mais três dias eram disponibilizados. Tivemos um total nessa etapa de seis formulários preenchidos.

O encaminhamento dos links de acesso ocorreu via *e-mail* dos participantes, *e-mail* registrado pelo participante no TCLE para contato da pesquisadora principal. A avaliação do conteúdo foi registrada segundo escala *Likert* de quatro pontos, a saber: “Não precisa de adaptações”, “Necessita de adaptações parciais”, “Necessita de adaptações substanciais”, “Deve ser excluído”. Os participantes foram orientados que os registros “Necessita de adaptações parciais”, “Necessita de adaptações substanciais”, “Deve ser excluído” exigiam descrição dos conteúdos que precisavam ser alterados, assim, o formulário também continha espaço para esta descrição (Apêndice E).

É comum na técnica *Delphi* que o questionário seja também constituído por espaços abertos para que os participantes expressem livremente sobre os tópicos em causa e possam contribuir para minimizar os vieses resultantes da intervenção do pesquisador ao estabelecer as questões (MARQUES; FREITAS, 2018).

As respostas dos participantes foram agrupadas e submetidas às medidas de frequência. Sequencialmente, e segundo o agrupamento dos dados, a pesquisadora principal fez a adaptação dos conteúdos no protocolo, incluindo revisão narrativa da literatura sempre que necessário. Todas as atividades do processo de adaptação foram registradas em diário de campo da pesquisa.

2ª Rodada de adaptação: neste momento as adaptações no protocolo foram apresentadas aos participantes. Assim, foi encaminhado o protocolo adaptado via anexo por *e-mail*, como também foi enviado o *link* para acesso a formulários *online* para registros da concordância dos participantes diante dos conteúdos adaptados. Esses formulários (Apêndice F) também incluíam espaços para registro de novas contribuições dos participantes (sugestões de adaptação, inclusão ou exclusão de conteúdos). Escala *Likert* de quatro pontos desta rodada incluirá os termos: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente” para registro da avaliação dos conteúdos.

No encaminhamento dos formulários foi solicitada leitura atenta e na íntegra do conteúdo. As contribuições registradas nos formulários foram agrupadas, mensuradas e ajustes nos conteúdos foram realizados para apresentação na etapa de validação. Novamente dez dias foram disponibilizados para retorno dos formulários preenchidos. Quando não aconteciam, novo encaminhamento era realizado e mais três dias eram disponibilizados. Para esta segunda rodada de adaptação tivemos um total de cinco formulários respondidos.

Marques e Freitas (2018) apontam que a construção das questões para o segundo ciclo de rodas na técnica *Delphi*, parte-se da análise das respostas do grupo de enfermeiros ao primeiro questionário. É muito importante que sempre haja retorno da informação anterior,

analisada e resumida, lembrando que o *feedback* é fundamental nesta técnica. Isso também possibilita a cada um rever sua argumentação diante de cada questão.

Ao final da segunda rodada não houveram solicitações para novas adaptações, chegando-se assim, ao protocolo de enfermagem adaptado para a atenção primária de Brusque.

3.2.3.3 Etapa de validação

1ª Rodada de validação: nesta etapa o protocolo de enfermagem adaptado para o município de Brusque foi apresentado aos participantes experts que legitimaram e fizeram com que o protocolo se tornasse válido a partir das regras definidas neste estudo. O protocolo adaptado foi encaminhado na íntegra em anexo via *e-mail*. Novamente, a exemplo da etapa de adaptação, foi elaborado e enviado via *e-mail* o formulário online para registro do consenso dos experts, incluindo escala *Likert* de quatro pontos, incluindo os seguintes termos: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Concordo parcialmente”, “Concordo totalmente”. Espaço para contribuições dos especialistas para alterações, inclusões ou exclusões de conteúdo foi disponibilizado também no formulário. Dez dias foram disponibilizados para retorno dos formulários preenchidos. Quando os retornos não aconteciam, novo encaminhamento era realizado e mais três dias eram disponibilizados. Nesta etapa todos os participantes responderam aos formulários.

As respostas dos participantes experts foram submetidas às medidas de frequência e essas ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC). A concordância dos especialistas foi avaliada e as contribuições foram agrupadas submetidas às medidas de frequência, analisadas e incluídas no conteúdo do protocolo. O número de rodadas desta etapa foi definido pelo IVC atingido, ou seja, foi considerado conteúdo adaptado e validado os que atingiram a concordância $\geq 0,9$. Nesta etapa foram necessárias duas rodadas para validação do protocolo. O escore do IVC é calculado por meio da soma de concordância total ou parcial dividido pelo número de respostas totais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

3.2.4 Cuidados éticos

Como já registrado na descrição metodológica do estudo observacional, descritivo e retrospectivo, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação ética e foi desenvolvido segundo as determinações da Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, que trata da

Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012). Além disso, foi considerado o Ofício Circular nº 2/2021 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, referente às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa (BRASIL, 2021).

Para garantia do sigilo das informações de todos os envolvidos na pesquisa e anonimato dos mesmos, dos enfermeiros participantes, os dados coletados durante o desenvolvimento do estudo foram registrados em formulário do *Google Forms*, sendo a guarda desses arquivos de posse exclusiva da pesquisadora principal deste estudo. O TCLE foi aplicado presencialmente e o participante registrou no TCLE o *e-mail* para encaminhamento dos formulários *online*. A participação dos envolvidos seguiu o descrito nas etapas metodológicas de adaptação e de validação.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade, foi garantida a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e foi respeitado o desejo e a liberdade dos profissionais de quererem participar e contribuir ou não com a pesquisa. Para a garantia do anonimato e total sigilo dos participantes enfermeiros utilizamos a codificação alfanumérica romana: Enf I, Enf II, Enf III, Enf IV para o enfermeiros incluídos na etapa de adaptação e Expert I, Expert II, Expert III (...) para os enfermeiros incluídos na etapa de validação.

Afirma-se que não ocorreram riscos no desenvolvimento do estudo e que os benefícios na participação dessa pesquisa foram veneráveis, pois primeiramente a Enfermagem desempenhou o papel preponderante na efetivação do Sistema Único de Saúde nos diversos espaços: da assistência, do ensino e da pesquisa. Especificamente na APS, auxilia na ampliação do acesso e da prática clínica, nas atribuições dos profissionais de Enfermagem voltadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidade, primando pela melhoria do atendimento e buscando a organização e operacionalização do seu processo de trabalho. Os TCLE aplicados aos participantes do estudo são apresentados no Apêndice A e B.

4 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação são apresentados de acordo com a Normativa 01/MPENF/2014 do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da UFSC. Assim, apresenta-se neste capítulo o relato das atividades desenvolvidas, produto construído e manuscrito resultante do estudo descritivo. Inicia-se a apresentação dos conteúdos pelo manuscrito elaborado.

4.1 MANUSCRITO: AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES DO MUNICÍPIO DE BRUSQUE

Fernanda de Oliveira Pereira¹
Luciana Martins da Rosa²

RESUMO

A caracterização do perfil das mulheres assistidas na Atenção Primária contribui para o desenvolvimento de ações que ampliem o acesso deste público a esses serviços e estabelecer estratégias que facilitem a vigilância no cuidado da saúde da mulher. O objetivo deste estudo é o de caracterizar os dados sociodemográficos e condições de saúde geral de mulheres cadastradas nas unidades básicas do município de Brusque. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, incluindo 65.506 cadastros individuais de mulheres encontrados no sistema de gestão em saúde G-mus, dados coletados em setembro de 2021 e analisados por medidas de frequência. Os principais resultados encontrados foram: a maioria da população feminina se constitui por adultos, dos 30 aos 39 anos, um total de 15.264 mulheres (23,30%). Relacionando à raça/cor, a maioria das mulheres, 55.113 (87,05%), são brancas. Nas informações educacionais, o ensino médio completo tem o total de 9.313 (35,41%) e o ensino técnico profissionalizante totaliza 8.315 mulheres (31,76%). Quanto à situação no mercado de trabalho 57,53% das mulheres do total de cadastros preenchidos estão na participação em atividades produtivas e remuneradas e as principais ocupações no mercado de trabalho é a indústria da costura, cerca de 596 mulheres estão inseridas nesta área, representando 43,64% da população feminina. Quanto à orientação sexual observa-se que a maioria são heterossexuais, 4.640 mulheres, representando 98,8% da população. Nas condições gerais de saúde, os valores encontrados mostraram que o maior número está relacionado às doenças crônicas não transmissíveis, tem-se um total de 9.941 hipertensas e 3.197 diabéticas. Em seguida, fumantes, 2.578 mulheres, com algum diagnóstico ou problema de saúde mental, 2.143 mulheres. Conclui-se que a Atenção Primária tem um importante papel na investigação das doenças, continuidade do cuidado dos tratamentos e serviços prestados. Esta pesquisa gerou um conhecimento importante para a reflexão dos profissionais atuantes nas UBS e gestores, no que concerne o preenchimento das informações dos cadastros individuais da população, uma vez que os profissionais precisam ser qualificados, apoiados e supervisionados para o uso, correto entendimento das variáveis do sistema e geração de dados fiéis da realidade sanitária da população sob sua responsabilidade.

¹ Especialista em Saúde da Família. Professora da Unidade Curricular - Interação em Saúde na Comunidade (IESC) do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE).

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde da Mulher, Fatores sociodemográficos, Análise da Situação de saúde

INTRODUÇÃO

Informação em saúde é um instrumento efetivo para o conhecimento da realidade social, econômica e epidemiológica local, a informação em saúde serve de apoio para os processos de planejamento, decisão e gestão em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo é importante que as informações produzidas, por meio da coleta de dados, sejam eficazes e convenientes para o seu uso pelas equipes, com o intuito de produzir subsídios ao cuidado adequado (MEDEIROS et al, 2017).

Nesse cenário, com o objetivo de garantir a qualidade dos dados coletados no território e informações produzidas na Atenção Primária à Saúde (APS), o município de Brusque utiliza o sistema de gestão em saúde e prontuário eletrônico G-mus. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define ser atribuição comum a todos os profissionais das ESF, manter atualizado o cadastramento das famílias no sistema de informação e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (TOLEDO; et al 2021). Para tanto, o G-mus conta com dois softwares: Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Esses dois sistemas, por sua vez, atendem aos diversos cenários de informatização, conectividade e equipes que atuam nas unidades básicas de saúde (UBS), sendo possível a reunião de todas as informações do município, por meio do Sistema com Centralizador de que o mesmo dispõe.

Dos 140.597 mil habitantes, 49,5% são mulheres e estas são as que mais utilizam os serviços da APS. A cidade possui uma cobertura de 89,4% e 31 Unidades Básicas de Saúde e vem desenvolvendo estratégias de ampliação do acesso, como por exemplo: criando mais equipes de ESF e implementando protocolos de atendimentos para os enfermeiros das UBS. (SMS BRUSQUE, 2018).

Considera-se importante conhecer o perfil das usuárias, pois o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde e direcionadas às mulheres, deve-se basear nas informações sistematizadas e partir disso, priorizar as intervenções sobre os problemas de saúde femininos apresentados considerando a frequência, a gravidade e a vulnerabilidade (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Entende-se que a caracterização do perfil das mulheres assistidas na APS de Brusque

deva contribuir para o melhor desenvolvimento de ações que ampliem o acesso deste público a esses serviços e que se consiga estabelecer estratégias que facilitem a vigilância no cuidado. Assim, a adaptação do protocolo de enfermagem à saúde da mulher, torna-se mais específico, claro e estruturado. Gerando conhecimento técnico-científico (saber-fazer), levando a uma maior competência voltada para as necessidades em saúde da população feminina local, aumentando a autonomia profissional e a qualificação da assistência e o respaldo técnico e legal (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Assim, este estudo objetiva caracterizar os dados sociodemográficos e condições ou situações de saúde geral de mulheres cadastradas nas unidades básicas de saúde do município de Brusque.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado na Atenção primária à Saúde do município de Brusque. A cidade de Brusque está localizada na microrregião de Blumenau e na mesorregião do Vale do Itajaí, é um município brasileiro do estado de Santa Catarina. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada em 2021 é de 140.597 habitantes, sendo a 12ª maior do estado. Fundada por colonos alemães em 1860, Brusque tornou-se uma das pioneiras na indústria catarinense, em especial no ramo têxtil. Seu nome é homenagem ao presidente da província, Francisco Carlos de Araújo Brusque, o nome, no entanto, foi oficializado apenas em 1890 (SMS BRUSQUE, 2018).

Na distribuição populacional por gênero em Brusque, observa-se que 71.001 são homens e representam 50,50% da população e as 69.596 mulheres, 49,50%. Em relação à localização da população, 96,74% está na área urbana de Brusque (SMS BRUSQUE, 2018).

A população do estudo foi constituída pelos cadastros individuais das mulheres que utilizam os serviços das 31 UBS e 34 equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Brusque, registradas no sistema de gestão em saúde e prontuário eletrônico G-mus até o mês em que se realizou a coleta de dados. Foram excluídos do estudo os cadastros individuais das mulheres menores de 18 anos de idade. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam nessas unidades são os responsáveis por realizar o preenchimento desses dados no sistema de gestão em saúde G-mus.

A coleta dos dados ocorreu no sistema de gestão em saúde G-mus no mês de setembro de 2021, este sistema possui ferramentas que transferem dados para planilhas no Programa

Excel, mediante seleção das variáveis desejadas. As variáveis do estudo foram definidas segundo os dados disponíveis nos cadastros individuais realizados pelos ACS inseridas no sistema de gestão G-mus: dados sociodemográficos, condições/situações de saúde gerais, conforme nomenclaturas adotadas pelo serviço:

- a) identificação da usuária/ cidadã: idade, raça/cor (branca, preta, parda, amarela ou indígena), situação no mercado de trabalho (empregadora, assalariada com carteira de trabalho, assalariada sem carteira de trabalho, autônoma com previdência social, autônoma sem previdência social, aposentada, desempregada, não trabalha); nível de escolaridade (ensino fundamental completo, ensino fundamental especial, ensino fundamental EJA, ensino médio, ensino médio especial, ensino médio EJA (supletivo), ensino superior, alfabetização para adultos, sem instrução); ocupação; identidade de gênero (heterossexual, lésbica, transexual, bissexual, travesti);
- b) Condições/situações de saúde gerais: está em tratamento de hanseníase ou tuberculose, apresenta hipertensão, apresenta diabetes, apresenta DPOC, apresenta ICC, apresenta IRC, apresenta diagnóstico de alguma doença mental, faz uso de tabaco, faz uso de álcool, faz uso de outras drogas, teve acidente vascular cerebral/derrame, teve infarto, tem ou teve câncer, teve internação nos últimos 12 meses, está acamada, está domiciliada, está gestante.

A pesquisa foi limitada ao acesso às variáveis definidas, não foram coletados os nomes dos cadastros individuais garantindo o sigilo e anonimato das mulheres. Os dados coletados foram organizados em planilhas construídas no Programa *Excel* da *Microsoft* e posteriormente submetidos às medidas de frequência, apresentados em tabelas, na forma descritiva e discutidos à luz de literatura científica atualizada. Também foram respeitadas as determinações da Resolução no 466/12, do Ministério da Saúde, que trata da Pesquisa com Seres Humanos e o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da UFSC e aprovado sob o parecer de número 4.916.839.

RESULTADOS

Durante a análise dos dados coletados observou-se que dentro de cada variável de interesse deste estudo existem muitos campos sem informações nos registros do sistema de gestão em saúde e prontuário eletrônico G-mus, o que configura uma limitação do estudo. Diante de tal limite, identificado apenas na coleta dos dados, optou-se pela análise proporcional aos dados encontrados, ou seja, para cada variável o número de inclusões foi diverso, assim, a construção das tabelas e a descrição das informações neste estudo se

basearam nos registros encontrados, pois assim busca-se descrever uma realidade palpável.

Segundo o arquivo extraído do sistema de gestão em saúde (G-mus), utilizado pelo município de Brusque, pela coleta de dados simplificada (CDS) obteve-se um quantitativo de 65.506 mil mulheres cadastradas em 31 UBS do município que se encontram dentro da faixa etária de 18 anos ou mais, conforme tabela 1.

Faixa etária das mulheres

A faixa etária dos 30 aos 39 anos foi a mais incidente (15.264 mulheres), seguido da faixa etária dos 20 a 29 anos (13.375 mulheres). Observamos um total de 12.906 de mulheres com mais de 60 anos e isso representa 19,7% das mulheres da cidade. Observa-se também que um total 49.768 mil mulheres encontram-se na faixa etária entre 25 a 64 anos, o que representa um percentual de 76% dessa população feminina e 17.702 mil mulheres foram identificadas entre os 50 e 69 anos (27% da população feminina analisada) (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantitativo de mulheres segundo faixa etária. Brusque, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Faixa etária	nº	%
18 a 19 anos	1.391	2,12%
20 a 29 anos	13.375	20,50%
30 a 39 anos	15.264	23,30%
40 a 49 anos	12.003	18,30%
50 a 59 anos	10.567	16,10%
60 a 69 anos	7.135	10,89%
70 a 79 anos	3.574	5,44%
80 anos ou mais	2.197	3,35%
Total	65.506	100%

FONTE: Brusque, 2021.

Declaração raça/cor

Os cadastros individuais mostram que a maioria das mulheres (87,05%) se declaram brancas (Tabela 2).

Tabela 2 - Declaração raça/cor das mulheres. Brusque, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Raça/ Cor	n	%
Branca	55.113	87,05%
Parda	6.550	10,35%
Preta	1.113	1,75%
Amarela	524	0,83%
Indígena	9	0,02%
Total	63.309	100%

Fonte: Brusque - SC, 2021.

Informações educacionais das mulheres

Um total de 9.313 das mulheres, o que representa 35,41%, possui o ensino médio completo, 8.350 mulheres (31,76%) possuem o ensino técnico profissionalizante, 3.980 possuem o ensino fundamental completo, seja pelo método tradicional ou EJA, e 3.657 mulheres possuem ensino superior. Mulheres que realizam ou realizaram a alfabetização para adultos têm-se um total de 17 e 820 mulheres, o que representa 3,12% da população feminina, não possuem alfabetização.

Tabela 3 - Informações educacionais das mulheres. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2021.

Informações educacionais	nº	%
Sem Instrução	820	3,12%
Alfabetização para adultos	17	0,06%
Ensino fundamental/EJA	3.980	15,74%
Ensino médio	9.313	35,41%
Ensino médio, 2º ciclo (científico, técnico)	8.350	31,76%
Superior	3.657	13,91%
Total	26.295	100%

Fonte: Brusque - SC, 2021

Situação no mercado de trabalho e principais ocupações das mulheres de Brusque

A tabela 4 mostra o quantitativo de mulheres que declararam as suas relações com o mercado de trabalho em Brusque. Tem-se um total de 19.804 mulheres na participação em atividades produtivas e remuneradas, valor encontrado na soma das mulheres com carteira assinada ou não, declaradas autônomas com previdência social ou não, servidoras públicas, militares, empregadoras e que exercem outras atividades, isso representa 57,53% da

população feminina. Aposentadas têm-se um número de 5.476, o que representa 15,91% e mulheres que não trabalham 7.399 (21,5%). O total de desempregadas é 1.744, o que representa 5,06% em relação ao total de mulheres.

Tabela 4 - Mulheres e situação no mercado de trabalho. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2021.

Situação no mercado de trabalho	n	%
Ass. com carteira de trabalho	13.973	40,59%
Não trabalha	7.399	21,50%
Aposentada	5.476	15,91%
Desempregada	1.744	5,06%
Autônomo com previdência social	1.697	4,93%
Outro	1.350	3,93%
Autônomo sem previdência social	1.098	3,18%
Ass. sem carteira de trabalho	1.000	2,90%
Empregadora	475	1,38%
Servidor público/ Militar	211	0,62%
Total	34.423	100%

Fonte: Brusque - SC, 2021.

Agora avaliando os principais cargos que essas mulheres ocupam no mercado de trabalho de Brusque. Durante a análise desses dados foram unidas as categorias e ocupações por proximidade para não termos uma tabela muito extensa, pois apresentava-se descrições mais específicas de cada ocupação. Por exemplo, colocou-se na ocupação de costureiras/ indústria da costura / modelista de roupa/ revisora de tecido todos os cargos ligados a esta área como: costureira de peças sob encomenda, costureira de reparação de roupas, costureira de confecção em série, costureira a máquina na confecção em série.

Observa-se então que esta é a maior área de ocupação pelas mulheres, cerca de 610 mulheres estão inseridas neste ramo, o que representa 43,64% da população feminina. Depois se tem um total de 205 mulheres inseridas nas ocupações de auxiliar de serviços gerais, empregada doméstica, cozinheira, embaladora e mecânica, representando 14,67%, seguido dos cargos de vendedora, comerciante, operadora de caixa (123 mulheres), 10,15%, depois têm-se os cargos de professoras e coordenadoras pedagógicas (120 mulheres) que representa 8,79% e em seguida as ocupações profissionais como agentes comunitárias de saúde, cuidadoras de idosos, doulas e técnicas de enfermagem (98 mulheres) representando 7,01% da população. A totalidade dos dados é apresentada na tabela 5.

Observou-se também que há um grande quantitativo de mulheres com esses dados não

preenchidos. Somente 1.398 mulheres apresentaram a ocupação registrada em seus cadastros.

Tabela 5- Quantidade de mulheres por ocupação. Brusque, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Ocupação	n	%
Costureira/ Indústria da costura/ Modelista de roupa / Revisora de tecido	610	43,64%
Aux. serv. gerais/ Empr. doméstica/ Cozinheira/ Embaladora/ Mecânica	205	14,67%
Vendedora/ Comerciante / Operadora de Caixa	142	10,15%
Coordenadora pedagógico/ Professora	123	8,79%
Agentes comunitárias/ Cuidadores de idosos/ Doulas/ Téc. de Enfermagem	98	7,01%
Gerente de diferentes atividades/ Recepcionistas	96	6,86%
Fisioterapeuta/ Médica/ Enfermeira/ Nutricionista/ Psicólogo	68	4,87%
Geóloga/ Engenheira/ Jornalista/ Contadora	49	3,51%
Empresário de espetáculo	7	0,50%
Total	1.398	100%

Fonte: Brusque - SC, 2021.

Orientação sexual e identidade de gênero

Em relação aos dados coletados sobre orientação sexual, 4.696 mulheres informaram sua sexualidade. Nota-se que a maioria das mulheres que declararam sua orientação sexual se consideram heterossexuais, 4.640 mulheres, o que representa uma porcentagem de 98,8%.

Tabela 6 - Orientação sexual das mulheres. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2021.

Orientação sexual	n	%
Heterossexual	4.640	98,80%
Homossexual (gay / lésbica)	50	1,07%
Bissexual	6	0,13%
Total	4.696	100%

Fonte: Brusque - SC, 2021.

Situação/ condição de saúde geral das mulheres

Para a análise dos dados de situação geral de saúde das mulheres, os valores de porcentagem foram contabilizados a partir do número total de mulheres que possuem cadastro (65.506 mulheres), pois não é obrigatório que a mulher esteja inserida em um dos campos apresentados. Porém, percebe-se um grande afastamento numérico dos valores encontrados em relação aos índices de prevalência de algumas doenças e situações de saúde existentes.

Pode-se observar na Tabela 7 que dentro da situação de saúde geral, o maior número está relacionado às doenças crônicas: 9.941 mulheres apresentam hipertensão e 3.197

diabetes. Porém, o valor de prevalência do estado de Santa Catarina para hipertensão é de 27,5% o que nos daria um total de mais de 18.000 mulheres, o dobro do número registrado nos cadastros e o valor do índice de prevalência para diabetes é de 7,5% o que daria um total de mais de 4.900 mulheres. O que reflete o grande número de cadastros não preenchidos corretamente.

O número de mulheres que estão fumando é 2.578 o que representa 3,93% da população feminina e o número de mulheres que tiveram diagnóstico de saúde mental por profissionais da saúde é 2.143, representando 3,27%. Analisando-se o número de gestante pelo total de mulheres que encontram-se em idade fértil (calculamos da idade de 18 até 50 anos - 42.033) temos um total de 37 grávidas para cada 1000 mulheres.

Além desses valores descritos pode-se observar ao longo da tabela situações como: se teve internação nos últimos 12 meses, se teve AVC, se já teve infarto, se encontra-se acamada ou domiciliada, se tem ICC ou IRC, todas essas condições estão relacionadas ao envelhecimento ou a complicações das doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Tabela 7 - Situação de Saúde Geral da população feminina. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2021.

Situação de Saúde Geral	n	%
Sem Registro	41.788	63,79%
Tem hipertensão arterial	9.941	15,17%
Tem diabetes	3.197	4,88%
Está fumante	2.578	3,93%
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental	2.143	3,27%
Está gestante	1.558	2,38%
Teve internação nos últimos 12 meses?	982	1,49%
Está acamada / Está Domiciliada	828	1,26%
Tem ou teve câncer	785	1,20%
Teve AVC / derrame / Infarto	705	1,08%
Faz uso de álcool / Faz uso de outras drogas	447	0,68%
Tem Insuficiência cardíaca (ICC) / Tem Insuficiência Renal (IRC)	375	0,58%
Apresenta DPOC/ Enfisema	158	0,25%
Está com tuberculose	17	0,03%
Está com hanseníase	4	0,006%
Total	65.506	100%

Fonte: Brusque - SC, 2021.

DISCUSSÃO

A região sul do Brasil, onde está localizado o estado de Santa Catarina, segundo os relatos históricos ficou um longo tempo à margem dos principais roteiros de povoamento. A partir do século XVI os portugueses começaram a ocupar áreas litorâneas de Santa Catarina. Entretanto, as áreas florestais, que ainda permaneciam intactas, tornaram-se, no decorrer do séc. XIX, objeto de numerosas tentativas de colonização por parte de grupos europeus de origem não lusitana, contando para isso com a iniciativa oficial e privada, como atestam a vinda dos primeiros imigrantes alemães que se fixaram no Rio Grande do Sul e, mais tarde, em Santa Catarina (ROLKE, 2016).

Já a presença do negro na região pode ser explicada pelas migrações internas, atraídas pelo desenvolvimento econômico e pelo deslocamento das frentes pioneiras associadas ao plantio do café, no Paraná por exemplo. Detentora de 14,8% da população total do Brasil, a Região Sul, no que diz respeito à sua composição por cor ou raça, evidencia as características históricas peculiares na formação desse contingente populacional, com o predomínio absoluto da população autodeclarada branca (83,6%) e os menores percentuais, entre todas as macrorregiões brasileiras, de participação regional das populações autodeclaradas preta (3,7%) e parda (11,5%). Especificamente no estado de Santa Catarina o percentual de brancos é de 89,3%, pardos 7% e negros é 2,8% (IBGE, 2018). Nesta perspectiva, observa-se que esta condição continua interferindo na composição da raça em Santa Catarina, influenciando os achados deste estudo.

Um ponto de debate importante, quando analisado o contexto geral da sociedade brasileira, é a reprodução das desigualdades através do papel da variável cor/raça no sistema de exclusão social. Se fizermos uma análise comparativa entre os dados raça/cor e os efeitos na educação, as desigualdades vivenciadas pelos negros em todas as esferas da vida social revela o drama da marginalização econômica e da injustiça social (ARTES; UNBEHAUM, 2021). Assim, vê-se que Brusque, composta por sua maioria de pessoas brancas, representa uma Unidades da Federação de melhores índices educacionais, quando comparada a cidades dos estados do Nordeste que constituem os piores índices educacionais do país (ARTES; UNBEHAUM, 2021).

Entretanto, quando se fala em educação voltada para as questões relacionadas à saúde, observa-se que existe muito ainda a ser investido. Comparações internacionais de despesas com saúde evidenciam o baixo investimento público do Brasil nesta área. Enquanto em 2014, foi gasto 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro com o SUS, a média de gastos

públicos de países com sistemas universais de saúde, tais como Alemanha, Suécia, Reino Unido, Espanha e França, chegaram a 8% (MAZON; FREITAS; COLUSSI, 2021).

E uma outra crítica levantada por alguns autores é a de que o modelo educacional brasileiro do XIX, que ainda gera influências no tempo atual, provocava um esforço educacional com a intenção de moldar o cidadão para o trabalho, transformando-o em um bom trabalhador, limitando os conhecimentos à esfera de suas ocupações (FERRARO; ROSS, 2017).

Pode-se observar que dentre os cadastros preenchidos com as informações sobre escolaridade, a maioria das mulheres, apresenta o ensino médio completo ou possuem o ensino técnico profissionalizante, tidos como exigências mínimas do mercado, para os postos de trabalho com carteira assinada. Também, observa-se que a maioria das mulheres ocupam cargos e empregos braçais e tecnicistas dentro do mercado de trabalho da cidade. O que confirma que a mão de obra trabalhadora em sua maioria viveu e ainda recebe influência da reformulação no ensino, na década de 70, durante o governo militar, que propôs a abolição de disciplinas com conotações críticas e implementou o tecnicismo em diversos níveis da educação (SOUZA, 2018).

Além disso, a cidade de Brusque pela sua história de colonização alemã, cultura conservadora e rígida, encontra dificuldades e pouco apoio das famílias para se trabalhar, por exemplo, temas como educação sexual e drogas nas escolas, criando projetos de leis que proíbem que professores e profissionais da saúde discutam esses assuntos dentro dos espaços educacionais. No cenário atual, se faz cada vez mais necessário falar sobre sexualidade e drogas em nossas escolas, pois nossos jovens e crianças debatem o assunto com constante frequência entre eles, deixando passar informações e orientações que são fundamentais para terem uma vida saudável e segura (SANTOS et al, 2021).

Conforme proposto por Paulo Freire, a educação é um processo constante de criação do conhecimento e de busca da transformação da realidade, sustentada pelo diálogo como compromisso humanista e conscientizador (RIBEIRO; et al, 2018). Diante disso, a APS tem um importante papel na educação para a saúde e ampliação do acesso aos serviços para a melhoria das condições de saúde da população. A partir dos dados extraídos do sistema de gestão em saúde do município de Brusque, é possível pensar em algumas estratégias que a Atenção Primária deve oferecer às mulheres de seu território como por exemplo, para prevenção do câncer de mama e colo de útero que estão entre os quatro tipos de cânceres mais incidentes em mulheres.

Como prevenção primária desses tipos de cânceres, tem-se práticas como o estímulo a

manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável, estímulo a prática de atividades físicas, aconselhamento para a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo e aconselhamento quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais e distribuição dos mesmos nas UBS, são medidas com o objetivo é intervir na exposição à estes fatores de risco, que podem ser modificáveis, para assim prevenir o câncer. Além disso, disponibilizar e realizar a vigilância para a vacinação em crianças entre as idades de 9 a 11 anos contra HPV para iniciativa de prevenção do câncer de colo do útero (INCA; 2021).

Para atividades de prevenção secundária a Atenção Primária deve ofertar os procedimentos de coleta de citopatológicos, com o intuito de rastreamento de células precursoras ao câncer de colo de útero e solicitar exames de mamografia para rastreamento de câncer de mama, obviamente, conforme indicação. Além disso, coordenar o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quando necessário. As ações voltadas para prevenção terciária auxiliam na reabilitação, para o retorno às atividades de vida diária e a reinserção na comunidade; orientando quanto aos cuidados; mantendo o acompanhamento clínico e o controle da doença e orientando quanto aos direitos das portadoras de câncer e facilitando o acesso a elas, quando necessário (DEPALLENS et al; 2020).

Conhecer as indicações para o rastreamento, de acordo com faixa etária e condições clínicas é importante para qualificar o cuidado e evitar o rastreamento em mulheres fora do preconizado e da periodicidade recomendada, evitando intervenções desnecessárias. É importante também a realização de busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essas doenças (BRASIL, 2016).

No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste. Brusque, como município localizado na região sul do país, está dentro desta análise. Para o ano de 2021 foram estimados 66.280 casos novos no país, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2021).

A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação

inadequada, tabagismo entre outros) (BRAY et al., 2018).

Pensar que essas ações e estratégias também irão reduzir outros tipos de câncer como o de cólon/ reto e pulmão que são o segundo e o terceiro mais frequente nas mulheres da região sul do país, e que os fatores de risco estão diretamente associados ao consumo de tabaco prolongado, consumo excessivo de álcool, inatividade física, obesidade e alto consumo de carne vermelha (INCA, 2021). No quadro da avaliação das situações gerais de saúde das mulheres de Brusque observa-se uma porcentagem relativamente baixa para o preenchimento dos dados de tabagismo, consumo de álcool e outras drogas comparada a pesquisas realizadas pelo IBGE publicadas em 2015 que referem 12,5% das mulheres acima de 18 anos fazerem uso do tabaco.

Além de ações voltadas para a prevenção de doenças, pode-se levantar várias outras intervenções que a atenção primária pode desenvolver para as mulheres em Brusque, como por exemplo a promoção do envelhecimento saudável e o cuidado resolutivo à saúde da pessoa idosa. Pois, o crescimento da população idosa, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo de forma sem precedentes. As projeções indicam que em 2050, a população idosa será de 1,9 bilhão de pessoas (SOUZA, SILVA, BARROS, 2021). Na cidade de Brusque já podemos observar que 19,7% das mulheres encontram-se com mais de 60 anos.

Propor a otimização das oportunidades de saúde, participação como forma de empoderamento e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas é uma modalidade de promoção de saúde e ao mesmo tempo uma estratégia para promover o envelhecimento ativo nas UBS, resultando em um bem-estar individual e coletivo. Para que uma idosa possa seguir uma vida caracterizada como ativa, a equipe de saúde das UBS deve levar em consideração sua capacidade funcional, seu grau de independência e autonomia, além do controle e estabilidade das doenças crônicas (SOUZA, SILVA, BARROS, 2021).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), estabelecem um problema de saúde pública, pelas suas elevadas prevalências e os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e têm contribuído para a elevação da mortalidade, hospitalizações e perda de qualidade de vida (CARIÉS; CHIACHIO, 2020).

O tratamento, prevenção e o controle do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica são fundamentais para a diminuição de seus agravos. Tomar medidas para a mudança de estilos de vida torna-se indispensável para o controle dessas doenças. Manter

uma alimentação saudável, adesão ao tratamento farmacológico, praticar atividade física regularmente, são práticas que atuam no controle e terapêutica (STOPA et al., 2018).

Um dos fatores limitantes para a pesquisa, visto como muito importante para uma análise mais próxima da realidade, foi a inconsistência dos dados, pois muitos cadastros não continham as informações sociodemográficas e condições de saúde preenchidas nos cadastros. Esses dificultadores deixam o questionamento sobre até onde as estatísticas referentes aos quesitos escolaridade, situação no mercado de trabalho, ocupações, sexualidade e identidade de gênero e situações/ condições de saúde da população feminina atendida nas UBS de Brusque corresponde à realidade e quantas mulheres poderiam ter um tratamento diferenciado no sentido de ter promoção de sua saúde?

Pode-se observar que o números relativos às mulheres com diagnóstico de hipertensão e diabetes está muito abaixo do esperado pelo cálculo de prevalência do estado de Santa Catarina. Assim, como os dados sobre o número de mulheres tabagistas. E o número de mulheres com diagnóstico de algum problema de saúde mental encontram-se subestimados visto que alguns estudos sobre o índice de morte por suicídio e tentativas de suicídio na região do vale do itajaí estão entre os mais altos do estado de Santa Catarina (OLIVEIRA; et al, 2016; BENETTI; MOLINA; KORNIN, 2018).

Assim, vê-se que a implementação de um Protocolo de Enfermagem de Saúde da Mulher adaptado para a Atenção primária de Brusque contribuirá como um instrumento de respaldo ético-legal que facilite a tomada de decisão assistencial, aliada ao objetivo de qualificar as ações do cuidado oferecidos pelos enfermeiros(as) as mulheres que utilizam dos serviços das UBS, reconhecendo o conjunto de necessidades em Saúde dessas mulheres e organizando as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para os serviços do SUS tem importante papel na investigação das doenças e condições de saúde que acometem as mulheres de seu território, assim como a continuidade do cuidado nos acompanhamentos ou nos encaminhamentos para os tratamentos necessários.

É possível identificar que a estratificação de dados, através do sistema de gestão em saúde, pode constituir nas ações da ESF para desenvolver planejamentos mais específicos e

direcionados. Entretanto, os dados precisam ser produzidos com maior fidedignidade, de maneira a garantir a qualidade da informação para subsidiar as intervenções de saúde e as tomadas de decisão.

Atores como os agentes comunitários de saúde, enfermeiros e demais profissionais precisam desempenhar seu papel na produção desses dados que subsidiarão não só as análises estatísticas como também as estratégias e ações de saúde destinadas à população feminina que é assistida pelas UBS de Brusque. Isso também demonstrará a importância de se ter políticas públicas que possam promover a equidade de acesso aos serviços prestados pelas unidades de saúde.

Uma vez conhecida a população e suas necessidades em saúde no território, busca-se maior qualidade da atenção à saúde, respondendo de forma efetiva as demandas, no momento em que as pessoas precisam. Além de ampliar o acesso aos recursos e aos serviços das UBS e persistir na busca à integralidade que compreende a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde.

Esta pesquisa gerou um conhecimento importante para a reflexão dos profissionais atuantes nas UBS e gestores, no que concerne o preenchimento das informações dos cadastros individuais da população, uma vez que os profissionais precisam ser qualificados, apoiados e supervisionados para o uso, correto entendimento das variáveis do sistema e geração de dados fiéis da realidade sanitária da população sob sua responsabilidade. Nessa perspectiva, também se acredita na pertinência de realização de novas pesquisas que se proponham a analisar outros dados no sistema G-mus.

REFERÊNCIAS

ARTES, A.; UNBEHAUM, S. As marcas de cor/raça no ensino médio e seus efeitos na educação superior brasileira. **Educ. Pesqui.** São Paulo, v. 47. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/188208/173826> . Acesso em: 25 de maio de 2022.

BENETTI, I.C.; MOLINA, L.R.; KORNIN, A. Características do suicídio em Santa Catarina: um estudo do período de 2007 a 2016. **Estud. psicol.** Natal. v. 23, n.4. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000400007. Acesso em: 23 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 01 ago de 2020.

BRAY, F. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries

and 25 major cancers in 2018. **European Journal of Cancer**, v.103, p. 356-387. 2018.

CARIES, S.S.G.; CHIACHIO, N.C.F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre os trabalhadores da indústria de Vitória da Conquista, Bahia. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v. 14, n. 51. 2020. Disponível em: <file:///home/fernanda/Transfer%C3%A2ncias/2563-10509-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

COLUSSI, C.F.; PEREIRA, K.G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). p.86. 2016. Acessado em: 25 de maio de 2022. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf

DEPALLENS, M.A; GUIMARÃES, J.M.M.; FARIA, L.; CARDOSO, A.J.C., ALMEIDA-FILHO, N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface**. Botucatu. v.24, n. (Supl. 1). 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rdzMfmGPVPfT4J3q5KFGxrP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

FERRARO, A.R.; ROSS, S.D. Diagnóstico da escolarização no Brasil na perspectiva da exclusão escolar. **Revista Brasileira de Educação**. v. 22 n. 71. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/M6xDfVFpDrghp4D35fwM3Cn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 7, n.1(supl1), p.752-757. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

IBGE. **Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n.38. 2018. Disponível: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf. Acesso em: 02 ago de 2020.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. Estudos e pesquisas: Informações Demográficas e Socioeconômicas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro : INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2022.

MAZON, L.M.; FREITAS, S.F.T.; COLUSSI, C.F. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 26, n.4, p.1521-1532. 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232021000401521&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 de maio de 2022.

MEDEIROS, J.B.; HOLMES, E.S.; ALBUQUERQUE, S.G.E.; SANTOS, S.R. O E-sus atenção básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS.** v. 20, n. 1, p. 145-149.2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15784/8244>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

OLIVEIRA, R.M.; KOCH, D.B.; OLIVEIRA, M.R. de, RAMOS, F.; SOUZA, M.C.S.A. Estudo Epidemiológico de suicídios no Vale do Itajaí-SC. **Saber Humano - Revista Científica da Faculdade Antonio Meneghetti.** v. 6, n. 8, p. 175-191. 2016. Disponível em: <https://saberhumano.emnuvens.com.br/sh/article/view/145/176>. Acesso em: 25 de junho de 2022.

RIBEIRO, K.G.; et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online].** v. 22, n. (suppl 1). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3X3TL3CwsbdDTtg5wmjPZB/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

ROLKE, H. **Raízes da imigração alemã: História e Cultura Alemã no Estado do Espírito Santo.** Coleção Canaã. v. 23. Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. 2016. Disponível em: https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Livros/APEES_23_Ra%C3%ADzes_da_Imigra%C3%A7%C3%A3o_Alem%C3%A3_Helmar_R%C3%B6lke.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2022.

SANTOS, A.L.R.; ASSIS, A.L.R.; MARRA, B.P.; OLIVEIRA, M.E.P. **Educação sexual no ambiente escolar.** Centro Universitário Unabetim. Betim 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14452/7/EDUCA%C3%87%C3%83O%20SEXUAL%20NO%20AMBIENTE%20ESCOLAR.pdf>. Acesso em: 10 junho de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde: 2018 - 2021.** Brusque. 2018.

SOUZA, EM.; SILVA, D.P.P.; BARROS, A.S. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva [online].** v.26, n.4, p.1355-1368. 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232021000401355&script=sci_abstract. Acesso em: 15 de junho de 2022.

STOPA, S.R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública [online].** v. 34, n. 10. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZLsYZr7HhBSvfk4jrXpqv9w/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 de junho de 2022.

TOLEDO, P.P.S.; et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva [online].** v. 26, n. 6, p. 2131-2140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

4.2 PRODUTO DO ESTUDO: ETAPAS DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO

Apresenta-se neste subtítulo os resultados obtidos nas etapas de adaptação e validação do protocolo de Saúde da Mulher do município de Florianópolis para o município de Brusque.

4.2.1 Análise da etapa de adaptação do protocolo

Logo após a coleta e análise dos dados sobre as condições sociodemográficas e situações de saúde das mulheres que possuem cadastro nas UBS de Brusque, deu-se o seguimento para o estudo de validação, este dividido em duas etapas: adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher - Brusque.

Assim, realizou-se a primeira reunião em conjunto com os enfermeiros que trabalham na Atenção Primária da cidade e que apresentavam os critérios de inclusão para a realização da pesquisa (para a etapa de adaptação, enfermeiros que atuam na Atenção Primária de Brusque há mais três anos, e para etapa de validação os enfermeiros que atuam há mais de três anos na Atenção Primária de Brusque com título de especialista nas áreas de Saúde da Família ou Saúde da Mulher – participantes *experts*).

Esta primeira reunião aconteceu no dia 24 de novembro de 2021 no auditório da Secretaria de Saúde de Brusque, todos foram convidados com 30 dias antecedentes ao evento, através de e-mail e chamados da própria coordenação da APS de Brusque, porém devido a alguns afastamentos, férias e algumas recusas, contou-se com a participação de dez enfermeiros, o que abriu precedentes para a realização de mais uma reunião.

Essa segunda reunião aconteceu no dia 10 de dezembro de 2021, incluindo a participação de seis enfermeiros que não estavam presentes no primeiro encontro, também houve o envio prévio de um e-mail para o convite desses enfermeiros. Ambos os encontros, tiveram o objetivo de apresentar os dados analisados da coleta de dados simplificada do sistema G-mus (dados sociodemográficos e condições de saúde das mulheres) e apresentar o projeto de pesquisa, a fim de promover a sensibilização sobre o tema e explicação de como ocorrerão todas as etapas, com destaque para a aplicação da técnica *Delphi* nas etapas de adaptação e validação do protocolo. A partir daí foram entregues e assinados os termos de consentimento para a participação dos enfermeiros, de acordo com a etapa que cada um se incluía.

Estimava-se a inclusão de 20 enfermeiros para a etapa de adaptação e um total de seis

enfermeiros para a etapa de validação. Porém, teve-se apenas a participação de um total de 16 enfermeiros nas reuniões, dez enfermeiros participantes da etapa de adaptação e seis enfermeiros participantes da etapa de validação. A justificativa se deu pois houve, do período da coleta de dados sociodemográficos até a etapa de adaptação, três demissões, dois enfermeiros em licença, dois enfermeiros de férias no período que as reuniões aconteceram e três enfermeiros que não compareceram aos encontros deduzindo-se que não se interessaram em participar.

Então, conforme combinado, foi enviado para os e-mails dos respectivos enfermeiros inscritos no processo de adaptação, o Protocolo de Saúde da Mulher - volume 3 do município de Florianópolis, para que os mesmo pudessem ler este protocolo na íntegra e começassem a pensar no que deveria ser adaptado para o Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque.

Infelizmente entre os dias 20 de dezembro 2021 a 02 de janeiro de 2022 houve recesso dos trabalhos nas UBS de Brusque e os questionários, produzidos através de formulários do *Google Forms* (APÊNDICE E), com perguntas a respeito de cada capítulo do protocolo, somente começaram a serem respondidos a partir do dia 3 de janeiro de 2022. Então para cada capítulo foi enviado um questionário com as seguintes perguntas: “O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?” “O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem nas principais queixas ou precisa de adaptações?” “O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessário ou necessita de adaptações?” “O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou precisa de adaptações?” “Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou precisam de adaptações?” Para cada pergunta havia disponível a escala *Likert* de quatro pontos, a saber: “Não precisa de adaptações”, “Necessita de adaptações parciais”, “Necessita de adaptações substanciais”, “Deve ser excluído” e espaços para o preenchimento das adaptações ou para a descrição dos conteúdo que deveriam ser excluídos.

Foram disponibilizados dez dias para que os enfermeiros respondessem a todos os questionários, porém dentro desse prazo, somente quatro enfermeiros haviam respondido, foi enviado novo e-mail e solicitado resposta em três dias então mais dois enfermeiros responderam os questionários. Mesmo com o envio de e-mails a cada três dias para que os enfermeiros participassem e respondessem as questões, após o período de 16 dias, seis dos

dez enfermeiros responderam aos questionários. As adaptações recomendadas são registradas a seguir.

4.2.2 Adaptações solicitadas pelos enfermeiros

Na primeira etapa de adaptação a avaliação do conteúdo foi registrada segundo escala *Likert* de quatro pontos, a saber: “Não precisa de adaptações”, “Necessita de adaptações parciais”, “Necessita de adaptações substanciais”, “Deve ser excluído”.

Para o primeiro capítulo do Protocolo com o assunto: “Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS” foram solicitadas algumas exclusões quanto aos conteúdos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessário.

Foi solicitado a exclusão do texto que orienta no exame clínico dos prolapso genitais “discutir com fisioterapeuta do NASF”, pelos ENF 2, ENF 3 e ENF 4 com a justificativa de que o município não possui mais equipe NASF. Também foi solicitado a exclusão no fluxograma 1.1 “Corrimento Vaginal e Cervicite” o uso de KOH a 10% para diagnóstico, a justificativa é que o município não realiza teste de aminas (ENF 1, ENF 2 e ENF 3).

Já no fluxograma 1.2 “Avaliação de infecção urinária” e quadro 1.2 “Tratamento de sintomas urinários em mulheres” foi solicitada a exclusão sobre o tratamento e acompanhamento da infecção urinária em gestantes, a solicitação de exclusão pelos ENF 1, ENF 2 e ENF 3 foi justificada pois o município possui um protocolo de pré-natal instituído e tais orientações encontram-se neste protocolo.

Ainda no primeira capítulo apontaram como necessidade de adaptações substanciais no conteúdo de dispareunia e vaginismo, inserir a necessidade de interconsulta ou encaminhamento ao médico de família no caso das mulheres no climatério/menopausa que precisam de estrogenização local, caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos. A justificativa pelos ENF 1, ENF 2 e ENF 4, foi a de não possuir estrogênio tópico nas farmácias da rede do município para a prescrição dos enfermeiros. Também foi solicitada adaptações substanciais, por parte de todos os seis enfermeiros que participaram do processo de adaptação, quanto à sequência lógica do conteúdo com informações corretas e claras a necessidade da inclusão de um capítulo sobre tratamento de ISTs para dar mais autonomia aos enfermeiros durante as avaliações ginecológicas.

Para o segundo capítulo do Protocolo de Florianópolis com o assunto: “Planejamento Reprodutivo” foram solicitadas algumas adaptações quanto ao assunto: “os fluxogramas e os

quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado".

Colocaram como necessidade de adaptações substanciais no quadro 3.3, que apresenta a “Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)”, para a inserção/remoção do DIU de Cobre foi solicitado pelos ENF 1, ENF 2, ENF 3 e ENF 5 que a usuária fosse encaminhada para o serviço especializado na Clínica da Mulher, justificando que nas unidades de saúde os médicos não realizam esta inserção/remoção e os enfermeiros não foram capacitados para realização de tal procedimento.

Para o terceiro capítulo do Protocolo de Florianópolis com o assunto: "Prevenção do Câncer de Colo de útero" foi solicitada apenas uma adaptação, quanto ao assunto: “Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado”.

Descreveram como necessária adaptação parcial, solicitado pelo ENF 6, no Quadro 3.2 que apresenta as “Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino”, em caso de alterações nos resultados como: Adenocarcinoma in situ ou invasor e necessidade de realizar colposcopia - encaminhar para o serviço especializado do município na Clínica da Mulher.

Para o quinto capítulo do protocolo de Florianópolis que aborda o tema “Acompanhamento Pré-natal” foi solicitada a exclusão total, por todos os seis enfermeiros que participam do processo de adaptação, com a justificativa de que o município já possui um protocolo próprio que foi construído por profissionais de diferentes categorias - médicos, enfermeiros, dentistas tanto da atenção primária como dos serviços especializados.

No sexto capítulo do protocolo de Florianópolis “Menopausa e climatério” foi solicitada a exclusão da prescrição de Terapia Reposição Hormonal (TRH), na questão que discute se o conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias, pois não há essa medicação disponível nas farmácias da APS do município. Porém, os ENF 1, ENF 4 e ENF 6, solicitaram que colocasse no texto que caso fosse necessário tal conduta, encaminhar ou discutir junto ao médico de família os casos.

No capítulo oito do protocolo de Florianópolis com o tema sobre “Infertilidade”, na questão que discute se o conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias, foi solicitado pelos ENF 1, ENF 2 e ENF 3 adaptações substâncias. Quando houver demanda sobre dificuldade para engravidar, realizar a consulta de acolhimento com anamnese, discutir o caso junto com o médico de

família e se necessário o médico solicitará os exames para investigação e encaminhamento. Então, não caberá ao enfermeiro a solicitação dos exames para investigação e encaminhamento, pois os atendimentos ao casal, quanto a questão de infertilidade, acontecem fora do município.

Além disso, foi solicitado pelos ENF 1, ENF 2 e ENF 4 a criação de um capítulo que discutisse e abordasse o conteúdo de violência contra mulher, pois o município possui um serviço especializado desde 2019 para lidar com casos de violência sexual, o Serviço de Atenção Integral às pessoas em Situação de Violência Sexual (Savs).

Todas as solicitações de adaptações foram realizadas pela autora deste trabalho no período de 15 dias, porém no início do ano de 2022, devido ao aumento da demanda e novos casos de suspeita de Covid-19 na região, os próprios enfermeiros solicitaram mais tempo para responder aos formulários. Então, somente em março foram enviados os novos formulários (APÊNDICE F) após as adaptações e de forma unânime responderam que o protocolo adaptado não necessitava de mais adaptações. Dos seis enfermeiros que responderam aos primeiros formulários um deixou de atuar na atenção primária, então, teve-se a participação de cinco enfermeiros respondendo ao segundo bloco de formulários.

Assim, o Protocolo de Saúde da Mulher adaptado para o município de Brusque, conta com nove capítulos com os seguintes temas: Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Planejamento Reprodutivo, Prevenção de Câncer de colo de útero, Prevenção de Câncer de mama, Orientações para atendimento a adolescentes, Menopausa e climatério, Infertilidade e Violência Contra Mulher.

Durante o tempo de espera das respostas dos enfermeiros em relação às adaptações realizadas no protocolo de enfermagem à saúde da mulher, a autora deste trabalho foi desenvolvendo o protocolo adaptado no modelo de e-book para acesso fácil dos enfermeiros por qualquer ferramenta tecnológica como celular, computador e tablet. E este e-book foi encaminhado para os enfermeiros da etapa de validação.

4.2.3 Análise da etapa de validação do protocolo

A etapa de validação se iniciou algumas semanas após o processo de adaptação, pois as coordenadoras da Atenção Básica que trabalham na secretaria de saúde do município de Brusque, quiseram apresentar o projeto do protocolo de enfermagem para o secretário de saúde, em uma reunião, e garantir que após o processo de validação não houvesse nenhum impedimento para sua implementação.

A reunião se deu de forma tranquila e não houve nenhum impeditivo. Então, no início do mês de abril de 2022, deu-se início à etapa de validação do protocolo de Enfermagem saúde da Mulher adaptado para a atenção primária de Brusque. Lembrando que nesta etapa foram incluídos os enfermeiros que atuam há mais de três anos na Atenção Primária de Brusque com título de especialista nas áreas de Saúde da Família ou Saúde da Mulher – participantes *experts*. Com isso tivemos a participação de seis enfermeiros.

Foi construído um formulário *Google Forms* para cada capítulo. A avaliação do conteúdo foi registrada segundo escala *Likert* de quatro pontos, a saber: “Discordo totalmente= 1”, “Discordo parcialmente= 2”, “Concordo parcialmente= 3”, “Concordo totalmente= 4”.

Então, primeiramente foi enviado por *e-mail*, a todos os participantes dessa etapa, o protocolo adaptado na íntegra, para que fosse realizada a leitura completa. Posteriormente foram enviados os formulários com as perguntas para o julgamento dos especialistas a respeito do conteúdo escrito em cada capítulo (APÊNDICE G): “O conteúdo presente, ao longo do capítulo, corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?; “As informações contidas neste capítulo seguem uma sequência lógica, com ideias corretas e claras?; “As informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários?; “Os conteúdos apresentados no capítulo, dispõem de todos os itens necessários e facilitam o processo para diagnóstico de enfermagem?; “Os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?; “Este capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?”. Encontrava-se também disponível no formulário espaço para contribuições dos especialistas para alterações, inclusões ou exclusões de conteúdo. Os participantes tiveram o período de 15 dias para responder ao questionário.

Nesta etapa as respostas dos participantes *experts* foram submetidas às medidas de frequência e essas ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC). A concordância dos especialistas foi avaliada e as contribuições foram agrupadas e submetidas às medidas de frequência, analisadas e incluídas no conteúdo do protocolo. O quadro 1 apresenta a média de concordância dos participantes *experts* acerca dos conteúdos apresentados em cada capítulo do protocolo de enfermagem saúde da mulher adaptado para o município de Brusque.

Na primeira rodada do processo de validação, no primeiro capítulo houve a seleção de concordo totalmente pelos seis enfermeiros *experts* nos quesitos: o conteúdo presente, ao

longo do capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza a APS de Brusque, as informações contidas neste capítulo seguem uma sequência lógica, com ideias corretas e claras, os conteúdos apresentados no capítulo, dispõem de todos os itens necessários e facilitam o processo para diagnóstico de enfermagem e este capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio, fechando o IVC total de 1,0 para cada item.

No quesito: Às informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários, houve a seleção de por um *expert* de discordo parcialmente o que mostrou um IVC total igual a 0,83. Necessitando realizar adaptações para alcançar o IVC total de 0,9 estipulado.

No quesito: os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado apresentou uma seleção de concordo parcialmente e cinco concordo totalmente, contabilizando um IVC total de 1,0, não necessitando de adaptações.

Quadro 1 - Avaliação pelos participantes experts do capítulo 1 Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2022.

	Escala Likert								
	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		ICV total
	1		2		3		4		
Capítulo 1: Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS	n	%	n	%	n	%	n	%	
O conteúdo presente, ao longo do capítulo, corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
As informações contidas neste capítulo seguem uma sequência lógica, com ideias corretas e claras	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
Os conteúdos apresentados no capítulo, dispõem de todos os itens necessários e facilitam o processo para diagnóstico de enfermagem	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
Às informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários	-	-	1	16,70	-	-	5	66,66	0,83

Os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado	-	-	-	-	1	16,70	5	83,30	1,0
Este capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0

Fonte: Brusque - SC. 2022.

O *Expert* II selecionou “discordo parcialmente” e encaminhou como sugestão inserir no Capítulo 1 do protocolo “Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS” no quadro 1.1 - “Síntese de tratamento de corrimento vaginal ou cervicites” no tratamento medicamentoso para candidíase o creme vaginal Nistatina.

No capítulo 2 do Protocolo de Enfermagem adaptado para o município de Brusque com o tema "Infecções Sexualmente transmissíveis" houve a seleção de concordo totalmente pelos seis enfermeiros *experts* nos quesitos: o conteúdo presente, ao longo do capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza a APS de Brusque, as informações contidas neste capítulo seguem uma sequência lógica, com ideias corretas e claras, os conteúdos apresentados no capítulo, dispõem de todos os itens necessários e facilitam o processo para diagnóstico de enfermagem e este capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio, fechando o IVC total de 1,0 para cada item.

No quesito: Às informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários e os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado, houve a seleção por um *expert* de discordo parcialmente o que mostrou um IVC total igual a 0,83. Um dos *expert* também selecionou concordo parcialmente e 4 *experts* colocaram que concordam totalmente. Porém devido ao valor total do IVC houve necessidade de alterações.

Quadro 2 - Avaliação pelos participantes *experts* do capítulo 2 Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2022.

	Escala Likert								ICV total
	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		
	1	2	3	4					
Capítulo 2: Infecção Sexualmente Transmissíveis	n	%	n	%	n	%	n	%	

O conteúdo presente, ao longo do capítulo, corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
As informações contidas neste capítulo seguem uma sequência lógica, com ideias corretas e claras	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
Os conteúdos apresentados no capítulo, dispõem de todos os itens necessários e facilitam o processo para diagnóstico de enfermagem	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
As informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários	-	-	1	16,67	1	16,67	4	66,66	0,83
Os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado	-	-	1	16,67	1	16,67	4	83,30	0,83
Este capítulo do protocolo apresenta uma estética agradável, agradável e que facilita o seu manuseio	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0

Fonte: Brusque-SC. 2022.

O *Expert II* no Capítulo 2 “Infecções Sexualmente transmissíveis” solicitou inserir as informações a respeito da prescrição do Prep (Profilaxia pré-exposição) e PEP (Profilaxia Pós Exposição) no conteúdo sobre HIV conforme encontra-se descrito na Instrução Normativa nº02/2022 da secretaria municipal de saúde de Brusque que estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. O memo *Expert II* também solicitou que no capítulo 2 do protocolo no conteúdo que aborda as informações sobre sífilis fosse melhor descrito os segmentos para diagnóstico, tratamento e acompanhamento utilizando como referência a cartilha informativa de sífilis do município de Brusque que foi construída a partir das orientações do novo Manual de gestão de Alto Risco do Ministério da Saúde (versão preliminar) lançada em 2022. O Manual indica que para pessoas com teste rápido para sífilis reagente e assintomática, sem histórico de tratamento, é necessário solicitar VDRL e orientar retorno com resultado, se VDRL reagente irá tratar, notificar e monitorar. Se não reagente, solicitar exame FTA-BS se exame reagente tratar, notificar e monitorar e se não reagente descartar.

O demais capítulos do protocolo adaptado para Brusque: Planejamento Reprodutivo, Prevenção de câncer de colo de útero, Prevenção de câncer de mama, Menopausa e Climatério, Orientações para atendimento a adolescente, Infertilidade e Violência contra

Mulher receberam a seleção de concordo totalmente em todos os quesitos avaliados pelos seis enfermeiros *experts*. Recebendo o IVC total 1,0 em todos os quesitos.

Quadro 3 - Avaliação pelos participantes *experts* dos capítulos 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2022.

	Escala Likert									
	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		ICV total	
	1		2		3		4			
Capítulos: Planejamento Reprodutivo, Prevenção de câncer de colo de útero, Prevenção de câncer de mama, Menopausa e Climatério, Orientações para atendimento a adolescente, Infertilidade e Violência contra Mulher	n	%	n	%	n	%	n	%		
O conteúdo presente, ao longo dos capítulos, corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0	
As informações contidas nestes capítulos seguem uma sequência lógica, com ideias corretas e claras	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0	
Os conteúdos apresentados nos capítulos, dispõem de todos os itens necessários e facilitam o processo para diagnóstico de enfermagem	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0	
Às informações ao longo dos capítulos incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0	
Os fluxogramas, quadros, imagens presentes nos capítulos indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0	
Estes capítulos do protocolo apresenta uma estética agradável, agradável e que facilita o seu manuseio	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0	

Fonte: Brusque-SC. 2022.

A autora realizou as alterações no período de uma semana no protocolo e encaminhou os formulários para a segunda rodada para validação das alterações feitas (APÊNDICE H). Os seis enfermeiros concordaram totalmente atingindo o IVC de 1,00 no quesito “as informações ao longo de todo o protocolo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários” do primeiro capítulo. E no segundo capítulo também houve concordância dos seis enfermeiros com a seleção de

concordo totalmente no quesitos “as informações ao longo de todo o protocolo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários” “Os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado” atingindo assim o IVC 1,0.

Quadro 4 - Segunda rodada de avaliação pelos participantes *experts*, após as adaptações nos capítulos 1 e 2 do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher Adaptado para Brusque. Brusque, Santa Catarina, Brasil. 2022.

	Escala Likert								
	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Concordo parcialmente		Concordo totalmente		ICV total
	1		2		3		4		
Capítulo 1: Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS	n	%	n	%	n	%	n	%	
Às informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
Capítulo 2: Infecção Sexualmente Transmissíveis	n	%	n	%	n	%	n	%	
Às informações ao longo do capítulo incorporam de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessários	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0
Os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado	-	-	-	-	-	-	6	100	1,0

Fonte: Brusque - SC. 2022.

A versão final do protocolo (APÊNDICE I) depois de ser finalizado o processo de validação ficou composto por um total de nove capítulos: 1. Atenção às queixas mais frequentes na APS, 2. Infecções sexualmente transmissíveis, 3. Planejamento reprodutivo, 4. Prevenção de câncer de colo de útero, 5. Prevenção de Câncer de mama, 6. Menopausa e climatério, 7. Orientações para atendimento à adolescente, 8. Infertilidade e 9. Violência contra mulher.

O protocolo foi construído em modelo *e-book* na plataforma online *Canva* e somente poderá ter acesso no formato online para o público quando for inserido no site da secretaria de saúde do município de Brusque. Esta inserção acontecerá após a implementação do protocolo que se iniciará no mês de Julho de 2022.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou a validação do Protocolo de Enfermagem à Saúde da Mulher para a Atenção Primária do município de Brusque, sendo esse considerado válido por enfermeiros especialistas na área de Saúde da Mulher e Saúde da Família. O protocolo validado é considerado um recurso essencial para guiar os profissionais de enfermagem no planejamento da assistência à mulher, além de auxiliar na tomada de decisão, enfatizando o papel do enfermeiro e aumentando sua autonomia no atendimento às demandas femininas.

Um desafio a ser alcançado agora é implementar o protocolo no município para que seja utilizado por todos os enfermeiros da Atenção Primária e desenvolver um grupo de trabalho que se responsabilize em mantê-lo atualizado, para isto acredito que o caminho seja a educação permanente com ações pontuais de capacitação e atuação direta e contínua através da revisão anual visando atualizações de acordo com as últimas evidências científicas e novos estudos para validar a sua eficácia.

Cabe ainda incluir que a participação no Programa de mestrado profissional foi de imensa valia pois trouxe a base para o conhecimento necessário para a elaboração e implementação para a realização deste projeto, além de facilitar através do apoio da orientadora o caminho para tal. A participação no programa de mestrado trouxe a contribuição na formação técnica necessária para esta construção e a melhora na utilização de ferramentas de pesquisa e aprimoramento técnico-científico, além da satisfação pessoal e evolução da carreira.

REFERÊNCIAS

ALVES, K.Y.A; et al. Análise do conceito “Protocolos de Enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.8, n.1, p.177-82. jan. 2014. Disponível em: <file:///home/fernanda/Transfer%C3%AAncias/9622-17504-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 jan de 2021.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.16, n.7. Jul, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006#:~:text=commit%C3%AA22%2C%2044.-,%C3%8Dndice%20de%20qualidade%20de%20conte%C3%BAdo%20\(IVC\),o%20instrumento%20como%20um%20todo](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006#:~:text=commit%C3%AA22%2C%2044.-,%C3%8Dndice%20de%20qualidade%20de%20conte%C3%BAdo%20(IVC),o%20instrumento%20como%20um%20todo). Acesso em: 20 mai de 2021.

ANGERAMI, E.L.S.; MENDES, I.A.C. Marco teórico das investigações em enfermagem sua relação com as teorias de Enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, v.10, n.2, p.22-24, 1989.

AQUINO, E.M.L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.25, supl.1. jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext. Acesso em: 20 mai de 2021.

ARTES, A.; UNBEHAUM, S. As marcas de cor/raça no ensino médio e seus efeitos na educação superior brasileira. **Educ. Pesqui**. São Paulo, v. 47. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/188208/173826> . Acesso em: 25 de maio de 2022.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciências & saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p. 4227-38. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104227&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 20 set de 2020.

BASTOS, J.L.D; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **ScientiaMedica**. Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232. out./dez. 2007. Revisado em jun. 2013. Disponível em: <file:///home/fernanda/Transfer%C3%AAncias/2806-Article%20Text-42422-2-10-20130619.pdf>. Acesso em: 15 set de 2020.

BATEY, M.V. Conceptualization: Knowledge and logic guiding empirical research. **Nursing Re-search**. New York, 26(5): 324-9, Sept./Oct.1977.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 10 ago de 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Diretrizes para elaboração de protocolos de**

Enfermagem em Atenção Primária à Saúde dos Conselhos Regionais/ Conselho Federal de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **DECRETO N 94.406/87.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1987. seção I, fls. 8853 - 8855.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei N 7.498/86, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 927.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 01 ago de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em 01 ago de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 01 ago de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 fev. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 25 mai de 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 out. 2020.

BRAY, F. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. **European Journal of Cancer**, v.103, p. 356-387. 2018.

CALVELLI, H.G; LOPES, M.F. A teoria do conhecimento e a epistemologia feminista. **In Livro de Anais do Congresso Scientiarum Historia IV.** p. 347-353. 2011. Disponível em: <http://www.hcte.ufrj.br/downloads/sh/sh4/trabalhos/Haudrey.pdf>. Acesso em: 22 set de 2020.

CARIES, S.S.G.; CHIACHIO, N.C.F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre os trabalhadores da indústria de Vitória da Conquista, Bahia. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v. 14, n. 51. 2020. Disponível em: <file:///home/fernanda/Transfer%C3%A2ncias/2563-10509-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

CASSIANO, A.C.M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas

desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. Brasília. v.2, n.65, p.227-24. abr/jun. 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em: 05 ago de 2020.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **RemE - Rev. Min. Enferm.** v.13, n.3, p. 429-434. jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>. Acesso em: 30 out de 2020.

COELHO, et.al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.154-60. jan-mar 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>. Acesso em: 15 ago de 2020.

COLUSSI, C.F.; PEREIRA, K.G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). p.86. 2016. Acessado em: 25 de maio de 2022. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf

CORTES,L.F; PADOIN,S.M.M; BERBEL,N.A.N. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 71, n.2, p. 471-476. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000200440&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 out de 2020.

DEPALLENS, M.A; GUIMARÃES, J.M.M.; FARIA, L.; CARDOSO, A.J.C., ALMEIDA-FILHO, N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface**. Botucatu. v.24, n. (Supl. 1). 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rdzMfmGPVPfT4J3q5KFGxRP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

DIAS, E.C.; SILVA, T.L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo. v. 38, n.127, p. 31-43. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 set de 2020.

FARHERR, Jaime. As mulheres na filosofia, o feminismo e a ética. In: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ. Superintendência de Educação. **Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor PDE: Produção Didático-pedagógica**, 2013. Curitiba: SEED/PR., 2016. V.2. (Cadernos PDE). Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=20> Acesso em: 15 set de 2020.

FERRARO, A.R.; ROSS, S.D. Diagnóstico da escolarização no Brasil na perspectiva da exclusão escolar. **Revista Brasileira de Educação**. v. 22 n. 71. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/M6xDfVFpDrghp4D35fwM3Cn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 7, n.1(supl1), p.752-757. 2018. Acessado em: 25 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>

FONSECA, R.M.G.S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. **Saúde e Sociedade**, v.2, n. 8,p.3-32. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901999000200002&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 02 ago de 2020.

GALVÃO, J. R, et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v.35, n. 12. 28 nov 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2019.v35n12/e00004119/> Acesso em: 15 set de 020.

HARZHEIM, E.“Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.25, n.4. Apr. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401189. Acesso em: 20 mai de 2021.

IBGE. Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica**. n.38. 2018. Disponível: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf. Acesso em: 02 ago de 2020.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. Estudos e pesquisas: Informações Demográficas e Socioeconomicas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro : INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2022.

LEÃO, R.A, MONTE, A.A.L. Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres no Brasil: notas para o debate. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. UFMA. São Luís, MA. 2013.

LOPES, M.N; DELLAZZANA-ZANON, L.L; BOECKEL, M.G. A Multiplicidade de Papéis da Mulher Contemporânea e a Maternidade Tardia. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 917-928. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018. Acesso em: 10 ago de 2020.

MARQUES,J.B.V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**. Campinas,v.29, n.2, maio-ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73072018000200389&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 nov de 2020.

MASSAROLI, A. et al. Método Delphicom referencial metodológico para la investigación en enfermería. **Texto contexto enferm**. Florianópolis. v.26, n.4, jan.2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400320#:~:text=o%20m%C3%A9todo%20Delphi%20comprovou%20seu,

%C3%A1rea%20da%20enfermagem%20e%20sa%C3%BAde. Acesso em: 08 mar de 2021.

MAZON, L.M.; FREITAS, S.F.T.; COLUSSI, C.F. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 26, n.4, p.1521-1532. 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232021000401521&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 de maio de 2022.

MEDEIROS, J.B.; HOLMES, E.S.; ALBUQUERQUE, S.G.E.; SANTOS, S.R. O E-sus atenção básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**. v. 20, n. 1, p. 145-149. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15784/8244>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

MEDEIROS, P.F; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 17. n.1, p. 296. jan-abr.2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>. Acesso em: 20 ago de 2020.

MELO, W.S et al. Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.70, n.3. maio/jun. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300526&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=Trata%2Dse%20de%20uma%20pesquisa,ferramentas%20e%20m%C3%A9todos%20de%20pesquisa. Acesso em: 15 ago de 2020.

OLIVEIRA, R.M.; KOCH, D.B.; OLIVEIRA, M.R. de, RAMOS, F.; SOUZA, M.C.S.A. Estudo Epidemiológico de suicídios no Vale do Itajaí-SC. **Saber Humano - Revista Científica da Faculdade Antonio Meneghetti**. v. 6, n. 8, p. 175-191. 2016. Disponível em: <https://saberhumano.emnuvens.com.br/sh/article/view/145/176>. Acesso em: 25 de junho de 2022.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.25-32, 1998. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>. Acesso em: 05 out de 2020.

PEREIRA; M.C.S.P, CARMO; L.T.F. A Construção de uma história das mulheres: uma abordagem transdisciplinar. In: **EDUCERE - XII Congresso Nacional de Educação**. Paraná: PUCPR, 2015. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/21938_10874.pdf. Acesso em: 15 ago de 2020.

PIMENTA, C.A.M, et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta...[et al.]**; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: **PEDRO, J. M.; GROSSI, M. P. Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998. Disponível: http://www.historiacultural.mpbnet.com.br/feminismo/Epistemologia_Feminista.pdf. Acessado em: 05 ago de 2020.

RIBEIRO, K.G.; et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 22, n. (suppl 1). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3X3TL3CwsbdDTtgg5wmjPZB/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

ROCHA, P.K; PRADO, M.L; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 65, n.6, p. 1019-25. nov-dez,2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600019. Acesso em: 30 out de 2020.

ROLKE, H. **Raízes da imigração alemã: História e Cultura Alemã no Estado do Espírito Santo**. Coleção Canaã. v. 23. Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. 2016. Disponível em: https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Livros/APEES_23_Ra%C3%ADzes_da_Imigra%C3%A7%C3%A3o_Alem%C3%A3_Helmar_R%C3%B6lke.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2022.

ROMANOWSKI, F.N.A.; CASTRO, M.B.; NERIS, N.W. Manual de tipos de estudos. Pró-reitoria de pós-graduação, pesquisa, extensão e ação comunitária. Programa de pós-graduação em odontologia. Anápolis. p. 39. 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2022.

SALES, C.B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.71, n.1, Jan-Feb. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000100126&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 set de 2020.

SANTOS, A.L.R.; ASSIS, A.L.R.; MARRA, B.P.; OLIVEIRA, M.E.P. **Educação sexual no ambiente escolar**. Centro Universitário Unabetim. Betim 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14452/7/EDUCA%C3%87%C3%83O%20SEXUAL%20NO%20AMBIENTE%20ESCOLAR.pdf>. Acesso em: 10 junho de 2022.

SANTOS, J. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. **In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, MA. Ago. 2005. Disponível: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf. Acesso em: 05 out de 2020.

SANTOS, J.J.S.F.L. **A utilização de grupos de foco na planificação da formação interna numa Câmara Municipal**. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. p. 93. 2010.

SCARTON, J; et al.. Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **J. res.: fundam. care. online**. Rio de Janeiro. v. 11,n. 3, p. 816-22. abr-jul. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-987303>. Acesso em: 20 set 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde: 2018 - 2021**. Brusque. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (volume 3) - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida.** Florianópolis, versão 1.3, 2020. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_01_2020_18.06.36.bec8823827025a10fda4d49948ab3948.pdf. Acesso em: 20 set 2020.

SILVA, A.C. História Das mulheres na Idade Média: Abordagens E Representações Na Literatura Hagiográfica (Século XIII). In: **Anais do IV Congresso Internacional de História.** Universidade Federal de Goiás, 2014, p. 1-15. Disponível em: [http://www.congressohistoriajatai.org/anais2014/Link%20\(14\).pdf](http://www.congressohistoriajatai.org/anais2014/Link%20(14).pdf). Acesso: 10 ago de 2020.

SILVA, L.E.L; OLIVEIRA, M.L.C Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saude.** Brasília, v. 25. n.2 p.331-342. abr-jun. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200331&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=foram%20notificados%201.924%20casos%20de,for%C3%A7a%20\(48%2C0%25\)%2C](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200331&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=foram%20notificados%201.924%20casos%20de,for%C3%A7a%20(48%2C0%25)%2C). Acesso em: 20 set de 2020.

SILVA, R.D.N et.al. Avaliação e classificação da estenose vaginal na braquiterapia: validação de conteúdo de instrumento para enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**,v.27, n.2. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200314 & script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 out de 2020.

SOUZA, EM.; SILVA, D.P.P.; BARROS, A.S. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.26, n.4, p.1355-1368. 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232021000401355&script=sci_abstract. Acesso em: 15 de junho de 2022.

STOPA, S.R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 34, n. 10. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZLsYZr7HhBSvfk4jrXpqv9w/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 de junho de 2022.

TEIXEIRA, M.S, et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-7.2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 ago de 2020.

TOLEDO, P.P.S.; et al. Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 6, p. 2131-2140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

TOSO, B.R.G.O, FILIPPON, J, GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 69, n. 1, p. 169-77.2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0182.pdf>. Acesso em: 10 ago de 2020.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. O Método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 26,n. 4. 2017; 26(4). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400611&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 out de 2020.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido – participante enfermeiro especialista etapa de validação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

Projeto de pesquisa:

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM SAÚDE DA MULHER PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para Atenção Primária à Saúde em um município de Santa Catarina, porém antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda o motivo desta pesquisa estar sendo realizada, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve, e os possíveis benefícios e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem-informada. Este documento fornece informações sobre a pesquisa, visando firmar uma autorização por escrito para sua participação de maneira a tornar esta participação espontânea e voluntária. O presente estudo é um projeto de pesquisa desenvolvido pela Mestranda e Enfermeira Fernanda de Oliveira Pereira, sob a orientação da Professora Dra. Luciana Martins da Rosa do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional - da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem por objetivos: Validar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde do município de Brusque. Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres cadastradas no serviço de saúde da atenção primária na cidade de Brusque; Adaptar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis para a realidade da Atenção Primária de Brusque. Ao participar deste estudo você colaborará para a validação do protocolo de enfermagem em Saúde da Mulher na Atenção Primária de Brusque, promovendo assim uma melhor qualidade da assistência a ser prestada. Sua participação abrangerá a responsabilidade de responder a questionários enviados de maneira *online* por Formulários *Google*, para a validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher adaptado a partir do modelo da SMS de Florianópolis pelos próprios enfermeiros atuantes do município de Brusque. Considera-se improvável qualquer dano material ou imaterial ocasionado por esta pesquisa. Contudo, os riscos que podem ser previstos são a quebra do sigilo não intencional e a participação ao responder os questionários pode ocupar o seu tempo podendo gerar cansaço por ficar muito tempo sentado e/ou dificuldade relacionado a uso da plataforma *online*. Quanto ao desconforto relacionado ao tempo para preenchimento dos formulários online, recomendo que o inicie o registro das respostas após a leitura de cada capítulo do protocolo, pois os formulários encontram-se divididos por capítulos, e em um momento que tiver com um tempo estimado de pelo menos 1 hora para responder a cada formulário. Você tem liberdade para decidir participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso, dentro e fora do seu ambiente de trabalho; será garantido o esclarecimento de dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo; os dados serão usados exclusivamente para a concretização e divulgação dos resultados desta pesquisa. Você receberá duas vias, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, rubricadas e assinadas pelas pesquisadoras deste estudo, caso você decida participar, assine um dos termos e o entregue durante o encontro prévio, este ficará sob a guarda da pesquisadora principal deste estudo. Eu, Fernanda, afirmo que guardarei este termo por cinco anos e recomendo que faça o mesmo, caso aceite ser participante deste estudo. Ainda registro que a assinatura da Professora Dra. Luciana Martins da Rosa neste Termo será digital, considerando o contexto da pandemia. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Eu, pesquisadora principal deste estudo, prestarei a atenção devida, objetivando redução total dos possíveis riscos e desconfortos. Para a garantia do anonimato e total sigilo dos participantes enfermeiros utilizaremos a codificação alfanumérica romana: Expert I, Expert II, Expert III (...). Conforme preceitos legais, se

este estudo lhe causar danos, diante de fatos devidamente comprovados, você terá direito a indenização pela pesquisadora do estudo. Todos os danos se ocorrerem serão comunicados ao Comitê de Ética em Pesquisa que realizou a apreciação ética do estudo. A participação neste estudo não lhe trará custo material ou financeiro e você também não receberá pagamento pela sua participação, entretanto a Secretaria Municipal de Saúde de Brusque emitirá um certificado de participação e aprimoramento equivalente há 30 horas . No entanto, caso ocorram despesas comprovadamente vinculadas à sua participação neste estudo, devidamente comprovadas, estarei a sua disposição para eventuais ressarcimentos. Esclareço, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e que todos os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Este estudo será desenvolvido de acordo com as normas da Resolução 466/2012, que define os cuidados necessários para a pesquisa com seres humanos. Além disso, será considerado o Ofício Circular nº 2/2021 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, referente às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa. Se você concordar em participar deste estudo, pedimos que assine este documento e o entregue neste encontro. Ainda esclareço que, quando da publicação dos resultados deste estudo mantereirei seu anonimato, e a divulgação dos resultados abrangerá a totalidade dos resultados da pesquisa, não questões isoladas, ou seja, apresentaremos os resultados de todos os participantes deste estudo, após análise, para que possa contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e para melhor cuidarmos de outras pessoas. Assim, estaremos primando para manutenção do sigilo da sua participação e reduzindo os riscos de quebra de sigilo não intencional. Agradecemos sua atenção e colaboração.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com as pesquisadoras deste estudo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisadora principal: Fernanda de Oliveira Pereira CPF 089325646-39, Endereço profissional: R. Dorval Luz, 123 - Santa Terezinha, Brusque - SC, 88352-400, telefone (47) 991789187. *E-mail*: fecfhbv@gmail.com. Endereço residencial: R. Maria das Dores Santos Muller, 289, 803B, Praia Brava, Itajaí.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa. CPF: 853602879-34. Telefone: (48) 37219480. *E-mail*: luciana.m.rosa@ufsc.br Endereço profissional: Centro de Ciências da Saúde – CCS, Bloco I, sala 512. Campus Universitário – Trindade - Florianópolis - Santa Catarina – Brasil. CEP: 88040-900. Endereço residencial: Av. Mauro Ramos 1250, bloco A2, ap 31, Florianópolis/SC, CEP: 88020-301.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094.

Nome do participante do estudo: _____

Assinatura do participante: _____

E-mail para encaminhamento dos formulários online do estudo: _____

Pesquisadora principal: Fernanda de Oliveira Pereira

Assinatura da pesquisadora: _____

Pesquisadora responsável: Luciana Martins da Rosa

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: __ / __ / __

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido – participante enfermeiro etapa de adaptação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

Projeto de pesquisa:

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM SAÚDE DA MULHER PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para Atenção Primária à Saúde em um município de Santa Catarina, porém antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda o motivo desta pesquisa estar sendo realizada, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve, e os possíveis benefícios e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem-informada. Este documento fornece informações sobre a pesquisa, visando firmar uma autorização por escrito para sua participação de maneira a tornar esta participação espontânea e voluntária. O presente estudo é um projeto de pesquisa desenvolvido pela Mestranda e Enfermeira Fernanda de Oliveira Pereira, sob a orientação da Professora Dra. Luciana Martins da Rosa do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional - da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem por objetivos: Validar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher na APS do município de Brusque. Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres cadastradas no serviço de saúde da atenção primária na cidade de Brusque; Adaptar o protocolo de enfermagem de Saúde da Mulher adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis para a realidade da Atenção Primária de Brusque. Ao participar deste estudo você estará colaborando para a adaptação do protocolo de enfermagem em Saúde da Mulher na Atenção Primária de Brusque, promovendo assim uma melhor qualidade da assistência a ser prestada. Sua participação abrangerá a adaptação do Protocolo de Enfermagem para Saúde da Mulher, a partir do modelo de protocolo da SMS de Florianópolis para o município de Brusque. Você receberá por *e-mail* questionários, produzidos no *Google Forms*, para serem respondidos sobre os conteúdos presentes no protocolo de Enfermagem Saúde da mulher da SMS de Florianópolis. Considera-se improvável qualquer dano material ou imaterial ocasionado por esta pesquisa. Contudo, os riscos que podem ser previstos são a quebra do sigilo não intencional e a participação ao responder os questionários pode ocupar o seu tempo podendo gerar cansaço por ficar muito tempo sentado e/ou dificuldade relacionado a uso da plataforma *online*. Quanto ao desconforto relacionado ao tempo para preenchimento dos formulários *online*, recomendo que o inicie o registro das respostas após a leitura de cada capítulo do protocolo, pois os formulários encontram-se divididos por capítulos, e em um momento que tiver com um tempo estimado de pelo menos 1 hora para responder a cada formulário. Você tem liberdade para decidir participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso, dentro e fora do seu ambiente de trabalho; será garantido o esclarecimento de dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo; os dados serão usados exclusivamente para a concretização e divulgação dos resultados desta pesquisa. Você receberá duas vias, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, rubricadas e assinadas pelas pesquisadoras deste estudo, caso você decida participar, assine um dos termos e o entregue durante o encontro prévio, este ficará sob a guarda da pesquisadora principal deste estudo. Eu, Fernanda, afirmo que guardarei este termo por cinco anos e recomendo que faça o mesmo, caso aceite ser participante deste estudo. Ainda registro que a assinatura da Professora Dra. Luciana Martins da Rosa neste Termo será digital, considerando o contexto da pandemia. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Eu, pesquisadora principal deste estudo, prestarei a atenção devida, objetivando redução total dos possíveis riscos e desconfortos. Para a garantia do anonimato e total sigilo dos participantes enfermeiros utilizaremos a codificação alfanumérica romana: Enf I, Enf II, Enf III, Enf IV(...). Conforme preceitos legais, se este estudo lhe

causar danos, diante de fatos devidamente comprovados, você terá direito a indenização pela pesquisadora do estudo. Todos os danos se ocorrerem serão comunicados ao Comitê de Ética em Pesquisa que realizou a apreciação ética do estudo. A participação neste estudo não lhe trará custo material ou financeiro e você também não receberá pagamento pela sua participação, entretanto a Secretaria Municipal de Saúde de Brusque emitirá um certificado de participação e aprimoramento equivalente há 30 horas. No entanto, caso ocorram despesas comprovadamente vinculadas à sua participação neste estudo, estarei a sua disposição para eventuais ressarcimentos. Esclareço, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e que todos os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Este estudo será desenvolvido de acordo com as normas da Resolução 466/2012, que define os cuidados necessários para a pesquisa com seres humanos. Além disso, será considerado o Ofício Circular nº 2/2021 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, referente às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, visando preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa. Se você concordar em participar deste estudo, pedimos que assine este documento e envie por e-mail. Ainda esclareço que, quando da publicação dos resultados deste estudo mantereí seu anonimato, e a divulgação dos resultados abrangerá a totalidade dos resultados da pesquisa, não questões isoladas, ou seja, apresentaremos os resultados de todos os participantes deste estudo, após análise, para que possa contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e para melhor cuidarmos de outras pessoas. Assim, estaremos primando para manutenção do sigilo da sua participação e reduzindo os riscos de quebra de sigilo não intencional. Agradecemos sua atenção e colaboração.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com as pesquisadoras deste estudo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Pesquisadora principal: Fernanda de Oliveira Pereira CPF 089325646-39, Endereço profissional: R. Dorval Luz, 123 - Santa Terezinha, Brusque - SC, 88352-400, telefone 47 991789187. *E-mail*-fecfhbv@gmail.com. Endereço residencial: R. Maria das Dores Santos Muller, 289, 803B, Praia Brava, Itajaí.

Assinatura da pesquisadora:

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa. CPF: 853602879-34. Telefone: (48) 37219480. *E-mail*: luciana.m.rosa@ufsc.br Endereço profissional: Centro de Ciências da Saúde – CCS, Bloco I, sala 512. Campus Universitário – Trindade - Florianópolis - Santa Catarina – Brasil. CEP: 88040-900. Endereço residencial: Av. Mauro Ramos 1250, bloco A2, ap 31, Florianópolis/SC, CEP: 88020-301.

Assinatura da Pesquisadora

Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094.

Nome do participante do estudo: _____

E-mail para encaminhamento dos formulários online do estudo: _____

Assinatura do participante: _____

Pesquisadora principal: Fernanda de Oliveira Pereira

Assinatura da pesquisadora: _____

Pesquisadora responsável: Luciana Martins da Rosa

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: __ / __ / __

APÊNDICE C – Isenção do TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL

Eu, Fernanda de Oliveira Pereira, pesquisadora principal pelo projeto de pesquisa intitulado “Adaptação e validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher para Atenção Primária à Saúde em um município de Santa Catarina” sob a orientação da Professora Dra. Luciana Martins da Rosa do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - Mestrado Profissional - da Universidade Federal de Santa Catarina, solicito a isenção da aplicação do Termo de Consentimento Livre, para a realização do estudo transversal que prevê a coleta de dados sociodemográfico e as condições/situações de saúde gerais das mulheres, pois essa coleta será a partir de informações dos cadastros individuais das mulheres gerados pelo sistema de gestão em saúde G-mus e que serão disponibilizados pelo serviço de forma anonimizada, conforme esclarecido no projeto na íntegra.

Declaramos:

- a) Que o acesso aos dados das mulheres registrados no sistema para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Nosso compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizaremos as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Salvaguardamos e asseguramos a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Devido à impossibilidade de aplicação do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), assinamos este termo. Florianópolis, 30 de abril de 2021.

Fernanda de Oliveira Pereira, CPF: 089325646-39
Assinatura da Pesquisadora Principal

Luciana Martins da Rosa CPF: 853602879-34
Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D - Formulário para preenchimento das informações profissionais dos enfermeiros

Caros colegas enfermeiros, este formulário foi desenvolvido na intenção de catalogar algumas informações a respeito do tempo de atuação de vocês na atenção primária e especialização. Este formulário tem a finalidade de classificar os profissionais para participarem de uma pesquisa científica que terá como objetivo a validação do protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher no município de Brusque. Obrigada!

1. Nome completo
2. Tempo de formação
3. Tempo de atuação na atenção primária de Brusque
4. Possui especialização em Saúde da Mulher ou Saúde da Família?

APÊNDICE E - Questionário I para adaptação do protocolo de enfermagem à Saúde da Mulher

Prezado Enfermeiro,

Primeiramente gostaríamos de agradecer a sua participação e contribuição no desenvolvimento deste trabalho. Antes de responder o questionário aqui apresentado pedimos para acessar o protocolo Saúde da Mulher através do link: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>.

Após leitura atenta responda as questões aqui apresentadas.

Neste primeiro questionário contemplamos perguntas a respeito dos conteúdos contidos no Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher de Florianópolis, a fim de que vocês analisem, incluam ou excluam o que acharem necessário, para adaptação à realidade do município de Brusque.

A Técnica Delphi constitui-se uma estratégia apropriada para estabelecer validade de conteúdo, por permitir ouvir e analisar, de forma sistemática, diversas opiniões com possibilidade de gerar no final dessa análise um protocolo adaptado (MARQUES; FREITAS, 2018).

A operacionalização deste método se constitui dos seguintes passos:

1. As informações referentes à temática são respondidas individualmente, através deste formulário, em um prazo de 10 dias. O procedimento é anônimo e confidencial.
2. As respostas serão coletadas, analisadas e sintetizadas pela pesquisadora ou ainda complementadas nas evidências científicas.
3. Todas as respostas contribuirão para a formulação de um novo protocolo que novamente será adaptado no formato de questionário que será enviado novamente a vocês no prazo de 10 dias.
4. Novamente vocês serão solicitados a responder indicando sua concordância ou não com os itens propostos. E descrevendo o que precisa ser melhorado.

Para este estudo, espera-se que a realização de duas rodadas seja suficiente para a adaptação do protocolo.

Recomendações:

Recomendo que, no preenchimento do instrumento, para cada dimensão, você analise a pertinência de sua denominação, descrição e indicadores, e ainda selecione uma das opções para a escala pontuada em cada item.

Poderá também utilizar o espaço discriminado para seu parecer.

A sua participação será importante para avaliar o instrumento quanto à:

- a) Clareza e conceituação de cada dimensão, descrição e indicadores respectivos;
- b) Avaliar o conteúdo de cada dimensão.
- c) Acréscimo de novas dimensões, descrições e/ou indicadores, caso julgue necessário.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Volume 3) - Florianópolis - Adaptação para o município de Brusque.

Sobre o primeiro capítulo “Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da

população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem nas principais queixas ginecológicas ou precisa de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessário ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou precisa de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou precisam de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o segundo capítulo “Planejamento Reprodutivo”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem na escolha do método contraceptivo mais adequado ou na orientação pré-concepcional ou precisa de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o terceiro capítulo “Prevenção de câncer de colo de útero”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, condutas, orientações e encaminhamentos se necessário ou necessita de adaptações?
 Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?
 Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os quadros e as imagens presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?
 Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o quarto capítulo “Prevenção do câncer de mama”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem no rastreamento do câncer de mama ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, condutas, orientações e encaminhamentos se necessário ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o quinto capítulo “Acompanhamento Pré-Natal”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem aos fatores de risco para gestante e os sinais de sintomas de urgência e emergência obstétricos ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições, solicitações de exames e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessitam de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessitam de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o sexto capítulo “Menopausa e climatério”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem a menopausa e climatério ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o sétimo capítulo “Orientações para atendimento à adolescente”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita a consulta de enfermagem à paciente adolescente ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, aspectos legais, encaminhamentos e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. O texto presente neste capítulo indica os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o oitavo capítulo “Infertilidade”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita a consulta de enfermagem ao casal com suspeita de infertilidade ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, diagnóstico, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. O texto presente neste capítulo indica os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

APÊNDICE F - Questionário II para adaptação do protocolo de enfermagem à Saúde da Mulher

Prezado Enfermeiro,

Esta segunda rodada de formulários foi desenvolvida a partir das adaptações solicitadas por vocês nos questionários anteriores. Foi excluído o capítulo 5 “Acompanhamento Pré-natal” e inserido o capítulos 2 “Infecções Sexualmente Transmissíveis” e o capítulo 9 “Violência Contra a Mulher”

Recomendações:

Recomendo que, no preenchimento do instrumento, para cada dimensão, você analise a pertinência de sua denominação, descrição e indicadores, e ainda selecione uma das opções para a escala pontuada em cada item.

Poderá também utilizar o espaço discriminado para seu parecer.

A sua participação será importante para avaliar o instrumento quanto à:

- a) Clareza e conceituação de cada dimensão, descrição e indicadores respectivos;
- b) Avaliar o conteúdo de cada dimensão.
- c) Acréscimo de novas dimensões, descrições e/ou indicadores, caso julgue necessário.

Desde já agradeço a sua valiosa contribuição, a qual em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Sobre o primeiro capítulo deste protocolo que está sendo adaptado “Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS” (Também é o capítulo 1 do protocolo de Florianópolis)

1. Foram solicitadas algumas adaptações quanto aos conteúdos para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos. Foi realizada a exclusão do texto que orientava no exame clínico dos prolapso genitais discutir o caso com fisioterapeuta do NASF, pois já não possui mais NASF no município.
2. Foi realizada a exclusão no fluxograma 1.1 “Corrimento Vaginal e Cervicite” o uso de KOH a 10% para diagnóstico, pois não possui no município.
3. Foi realizada a exclusão no fluxograma 1.2 “ Avaliação de infecção urinária” e quadro 1.2 “Tratamento de sintomas urinários em mulheres” o tratamento e acompanhamento da infecção urinária em gestantes (seguir as orientações do protocolo de pré-natal do município).
4. Ao longo do conteúdo de dispareunia e vaginismo deste capítulo foi realizada adaptações quanto à prescrição de estrogenização local (vaginal) pelos enfermeiros, orientando que no município não apresenta estrogênio tópico necessitando encaminhar a mulher no climatério/menopausa que precisem de estrogenização para o médico.

Este capítulo ainda necessita de mais alguma adaptação quanto aos conteúdos para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o segundo capítulo criado e inserido neste protocolo que está sendo adaptado “Infecções Sexualmente Transmissíveis”

Este capítulo foi totalmente desenvolvido e inserido neste protocolo após solicitações para que os enfermeiros na atenção primária tenham mais autonomia no diagnóstico e tratamento das ISTs mais comuns nas mulheres, podendo estender também o tratamento a seus parceiros.

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem na escolha do método contraceptivo mais adequado ou na orientação pré-concepcional ou precisa de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou precisa de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o terceiro capítulo deste protocolo que está sendo adaptado “Planejamento Familiar” (Antes capítulo 2 do protocolo de Florianópolis)

Foi excluído no quadro 3.3 “Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)” a inserção/retirada do DIU pelo enfermeiro na APS. Para inserção/retirada do DIU de Cobre no município a mulher precisa ser encaminhada para a Clínica da Mulher, pois os médicos na unidade não realizam tal procedimento e os enfermeiros não foram capacitados.

1. Acreditam que as alterações realizadas no conteúdo neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. Os quadros presentes agora neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou precisam de adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o quarto capítulo deste protocolo que está sendo adaptado “Prevenção do Câncer de colo de útero”(Antes capítulo 3 do protocolo de Florianópolis)

Foi realizada a adaptação no Quadro 3.2 que apresenta as “Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino”, em caso de alterações nos resultados como: Adenocarcinoma in situ ou invasor e necessidade de realizar colposcopia - encaminhar para o serviço especializado do município na Clínica da Mulher.

1. Acreditam que as alterações realizadas no conteúdo neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

Não precisa de adaptações Necessita de adaptações parciais Necessita de adaptações substanciais Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o quinto capítulo capítulo deste protocolo que está sendo adaptado “Prevenção de Câncer de mama” (Antes capítulo 4 do protocolo de Florianópolis)

No quadro 5.3 “Condutas para mastalgia e/ou outras queixa mamárias” onde descreve sobre Descarga papilar espontânea em não nutrízes, foi alterado para quando houver descarga sanguinolenta ou purulenta, discutir o caso junto ao MFC e se necessário será encaminhada para clínica da mulher (mastologia).

1. Acreditam que as alterações realizadas no conteúdo neste capítulo correspondem aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o sexto capítulo deste protocolo que está sendo adaptado “Menopausa e climatério” (Também sexto capítulo do protocolo de Florianópolis)

No conteúdo que incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias, foi excluído o conteúdo de prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) pelo enfermeiro com: Estriol 1mg/g creme vaginal, 0,5g/dia, pois não há essa medicação disponível no município, porém se for necessário, de acordo com a avaliação, encaminhar para o atendimento do MFC.

1. Acreditam que as alterações realizadas no conteúdo neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o oitavo capítulo deste protocolo que está sendo adaptado “Infertilidade” (Também oitavo capítulo do protocolo de Florianópolis)

Na questão que discute se o conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias foi alterado para quando houver demanda sobre dificuldade para engravidar, realizar a consulta de acolhimento com anamnese para discutir o caso junto com o MFC e se necessário o médico solicitará os exames para investigação e encaminhamento. Então, não caberá ao enfermeiro a solicitação dos exames para investigação e encaminhamento, pois os acompanhamento para infertilidade acontecem fora do município.

1. Acreditam que as alterações realizadas no conteúdo neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o nono capítulo criado e inserido neste protocolo que está sendo adaptado “Violência contra Mulher”

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou precisa sofrer adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita a consulta de enfermagem ao casal com suspeita de infertilidade ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, aspectos legais, encaminhamentos e orientações necessárias ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. O texto presente neste capítulo indica os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ou necessita de adaptações?

() Não precisa de adaptações () Necessita de adaptações parciais () Necessita de adaptações substanciais () Deve ser excluído

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

APÊNDICE G - Questionário I para validação do protocolo de enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque

Prezado Enfermeiro(a),

Primeiramente gostaríamos de agradecer a sua participação e contribuição no desenvolvimento deste trabalho. Antes de responder o questionário aqui apresentado pedimos que vocês realizem a leitura na íntegra do protocolo que foi adaptado e enviado através do e-mail para vocês.

Após uma leitura atenta responda as questões aqui apresentadas.

Neste questionário contemplamos perguntas a respeito dos conteúdos contidos no Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher, a fim de que vocês analisem, incluam ou excluam o que acharem necessário, para podermos enfim validar um protocolo para o município de Brusque.

Sobre o primeiro capítulo “Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem nas principais queixas ginecológicas?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, tratamento, orientações e encaminhamentos se necessário?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o segundo capítulo: “Infecções Sexualmente Transmissíveis”

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem na escolha do método contraceptivo mais adequado ou na orientação pré-concepcional?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado ?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo

totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o terceiro capítulo “Planejamento Reprodutivo”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem na escolha do método contraceptivo mais adequado ou na orientação pré-concepcional?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o quarto capítulo “Prevenção de câncer de colo de útero”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque ou necessita de adaptações() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, condutas, orientações e encaminhamentos se necessário?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os quadros e as imagens presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o quinto capítulo “Prevenção do câncer de mama”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem no rastreamento do câncer de mama?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, condutas, orientações e encaminhamentos se necessário?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. Os fluxogramas e os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

Sobre o sexto capítulo “Menopausa e climatério”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita o processo para diagnóstico de enfermagem a menopausa e climatério?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para diagnóstico, prescrições e orientações necessárias?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

4. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e segue uma sequência lógica, com informações corretas?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

5. Os quadros presentes neste capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o sétimo capítulo “Orientações para atendimento à adolescente”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita a consulta de enfermagem à paciente adolescente?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, aspectos legais, encaminhamentos e orientações necessárias?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. O texto presente neste capítulo indica os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o oitavo capítulo “Infertilidade”:

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita a consulta de enfermagem ao casal com suspeita de infertilidade?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, diagnóstico, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações necessárias ?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. O texto presente neste capítulo indica os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

Sobre o nono capítulo “Violência Contra mulher”

1. O conteúdo presente neste capítulo corresponde aos objetivos e necessidades da população feminina que utiliza da atenção primária de Brusque?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

2. O conteúdo dispõe de todos os itens necessários e facilita a consulta de enfermagem quanto às vítimas de violência?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

3. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, diagnóstico, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações necessárias?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

4. O conteúdo segue uma sequência lógica, com informações corretas e claras?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

5. O texto presente neste capítulo indica os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

6. O capítulo do protocolo apresenta uma estética aprazível, agradável e que facilita o seu manuseio?

Discordo totalmente Discordo parcialmente Concordo parcialmente Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

APÊNDICE H - Questionário II para validação do protocolo de enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque

Caros Enfermeiros, após a primeira rodada de validação do Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher adaptado para Brusque foram solicitadas algumas alterações no capítulo 1 “Atenção às queixas ginecológicas mais frequentes na APS” e capítulo 2 “Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

No capítulo 1 - Foi incluído no quadro 1.1 - Síntese de tratamento de corrimento vaginal e cervicites, no tratamento para candidíase a pomada **Nistatina creme vaginal 100.00ui/g**: aplicar por 14 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término).

1. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, diagnóstico, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações necessárias?
() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

No capítulo 2 - Foi incluído ao longo do conteúdo sobre HIV as informações a respeito da prescrição do Prep (Profilaxia pré-exposição) e PEP (Profilaxia Pós Exposição) conforme encontra-se descrito na Instrução Normativa nº02/2022 da secretaria municipal de saúde de Brusque que estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Além disso, foi incluído no conteúdo sobre sífilis as novas orientações referenciadas pela cartilha informativa de sífilis do município de Brusque. Inserido os fluxogramas para diagnóstico e tratamento.

1. O conteúdo incorpora de forma ordenada todos os passos necessários para avaliação, diagnóstico, solicitação de exames, encaminhamentos e orientações necessárias?
() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

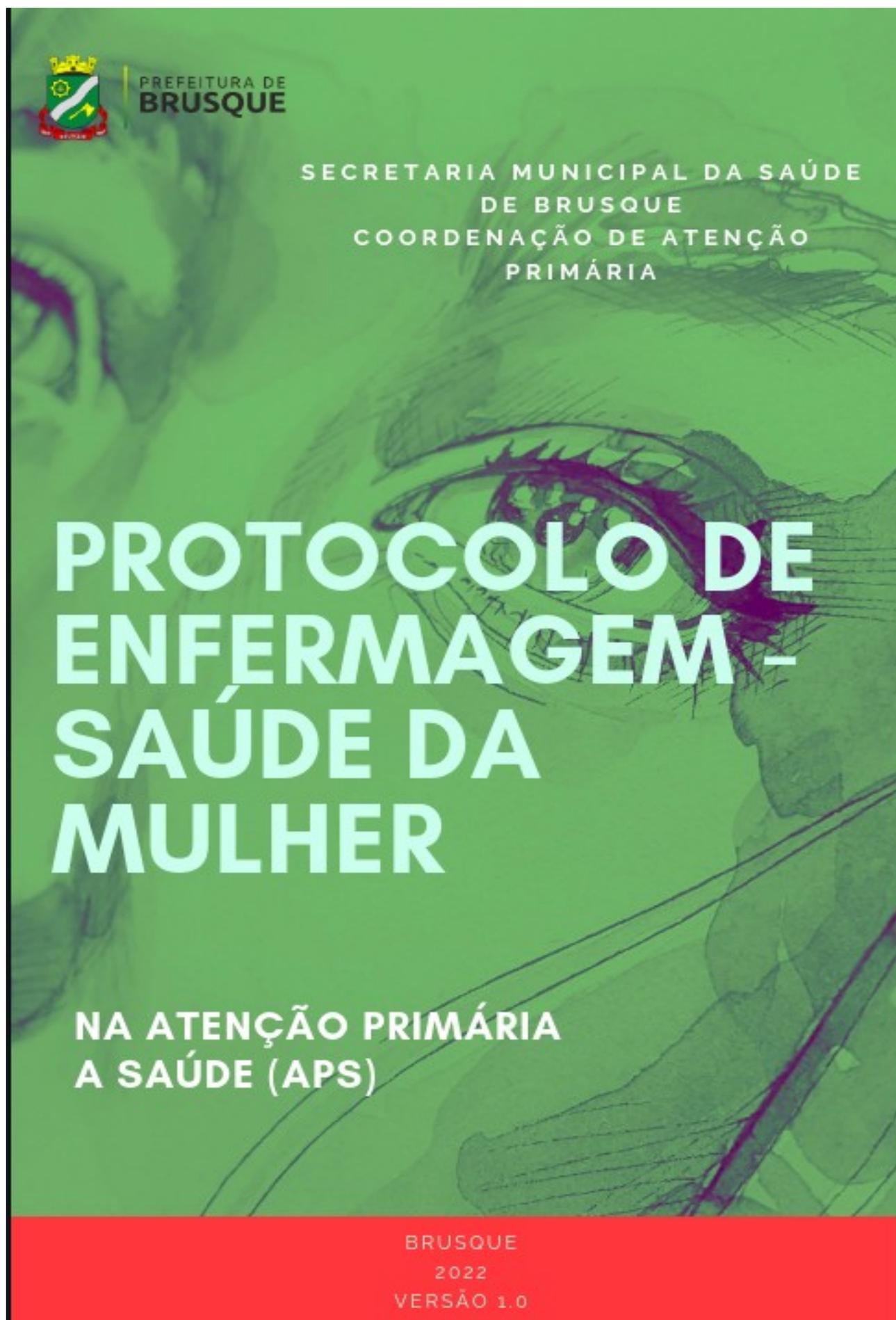
Descreva aqui suas as alterações necessárias:

--

2. Os fluxogramas, quadros, imagens presentes no capítulo indicam os aspectos importantes e descrevem de forma clara e objetiva o conteúdo apresentado?
() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Descreva aqui suas as alterações necessárias:

APÊNDICE I -Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher do município de Brusque





PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER

**NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE
(APS)**

Rua Germano Schaefer, 66 - Centro
Brusque - Santa Catarina
88350-170 - fone: 47 33255 6600
www.brusque.sc.gov.br



PREFEITURA DE
BRUSQUE



SECRETARIA DE
SAÚDE



Prefeito

José Ari Vequi

Vice-Prefeito

Gilmar Doerner

Secretário de Saúde

Oswaldo Quirino de Souza

Secretário Adjunto

Diretor de Atenção à Saúde

Camila Fernanda Valle Pereira

Diretor de Atenção Primária

Camila Souza

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente

Rafaela Lopes Doria

Coordenação Geral do Projeto

Fernanda de Oliveira Pereira

Colaboradores

Ana Paula Buchele

Ana Paula Petry Lima

Beatriz Cancellier

Claudia Anita Gomes Carraro

Cleber da Silva Mossini

Edilaine Martins Moratto Oliveira

Grazielle dos Santos

Rodrigo Franquelin Machado

Rosane Hermann

Sheila Neves

Eliane Lopes

Dany



APRESENTAÇÃO

O intuito da elaboração do Protocolo de Enfermagem para a Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Brusque, foi oferecer um instrumento de respaldo ético-legal que facilite a tomada de decisão assistencial, aliada ao objetivo de qualificar as ações do cuidado oferecidos pelos profissionais de Enfermagem da Atenção Primária da cidade de Brusque.

A construção dessa primeira edição foi iniciada em outubro de 2021, a partir de uma proposta para o desenvolvimento de um projeto de dissertação de mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O objetivo do projeto foi adaptar o Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher de Florianópolis para a realidade da assistência e necessidades das mulheres do município de Brusque e validá-lo para sua implementação. Essa primeira edição contou com a participação de 16 Enfermeiros(as), atuantes na APS de Brusque e a autora do projeto de mestrado Fernanda de Oliveira Pereira, que assumiram papel de organizadores e colaboradores na elaboração do referido Protocolo.

Esta primeira edição foi estruturada em 9 capítulos abordando as seguintes temáticas: Atenção as queixas ginecológicas mais frequentes na APS, Infecções sexualmente transmissíveis, Planejamento reprodutivo, Prevenção de Câncer de colo de útero, Prevenção de Câncer do mama, Menopausa e Climatério, Orientações para atendimento à adolescente, Infertilidade e Violência contra mulher.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforça aspectos de grande relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas evidências mais recentes.

Para maiores detalhamentos ou aprofundamentos teóricos sobre os temas aqui abordados, continuamos recomendando livros texto, os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde) ou artigos científicos específicos, muitos desses descritos nas referências deste protocolo.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 95/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.



Sumário

1- ATENÇÃO AS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS	9
1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites	9
1.1.1 - Anamnese	9
1.1.2 - Exame físico	10
1.1.3 - Vaginose Citolítica	15
1.1.4 - Hipersensibilidade ao plasma seminal	15
1.2 - Infecção urinária	15
1.3 - Cólica Menstrual	18
1.4 - Dispareunia e Vaginismo	19
1.4.1 - Toque Bimanual	19
1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin	20
1.6 - Incontinência urinária	20
Referências	21
2 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	23
2.1 – Abordagem sindrômica	23
2.2 - Tratamento dos parceiros	25
2.3 Síndrome do corrimento vaginal e cervicite	27
2.3.1 - Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoníase e infecções mistas	27
2.3.2 - Tratamento do parceiro	28
2.3.3 - Doença Inflamatória Pélvica	28
2.4 - Síndrome da úlcera genital	30
2.4.1 - Cancro mole	30
2.4.2- Donovanose	30
2.4.3 - Herpes Genital	31
2.4.4 - Sífilis	31
2.4.5- Acompanhamento de titulação de VDRL	32
2.4.6- Sífilis Congenita	33
2.5 - Condiloma ou verrugas anogenitais	37
2.6 - Prurido Genital	37
2.7 - HIV/AIDS	38
2.7.1- Rastreamento	38
2.7.2 - Quando suspeitar da infecção pelo HIV?	39
2.7.3 - Como diagnosticar a infecção pelo HIV?	39
2.7.4 - Comunicação com o paciente a respeito do exame do HIV	40
Aconselhamento pré-teste	41
Aconselhamento pós-teste	41
2.7.5 - DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS - PrEP e PEP	43
Situações especiais	44
Referências	45
3- PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	47
3.1 – Preconcepção	47
Condutas de enfermagem no período pré-concepcional	47
3.2 – Métodos Contraceptivos	47



4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	57
Situações referentes à coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem	58
Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino	60
Achados clínicos comuns no colo uterino	61
Referências	63
5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	65
5.1 – Ações de Rastreamento	65
Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama	66
5.2 – Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas	66
5.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários	68
Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias	68
Evidências: Você sabia?	69
Referências	70
6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO	71
6.1 - Terapia de Reposição Hormonal (TRH)	71
Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)	71
Queixas mais comuns no climatério e manejo	72
6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa	73
6.3 – Contracepção no Climatério	73
Referências	74
7 – ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE	75
7.1 - Anamnese	75
7.2 - Avaliação do estagiamento puberal pelos critérios de Tanner	76
7.3 – Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente	77
7.4 – Testagem sorológica para menores de 18 anos	78
Referências	79
8 - INFERTILIDADE	81
Questionar e examinar na mulher	81
Exames a serem solicitados	81
Questionar e examinar no homem	82
Exame a ser solicitado	82
Referências	83
9 - VIOLÊNCIA CONTRA MULHER	85
9.1 - Acolhimento	85
9.2 - Atendimento	86
Atendimento a mulher vítima de violência	87
Referências	88
ANEXO I - TAXA DE FALHA DE MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO	89
ANEXO II - MANEJO DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS RELACIONADAS AO DIU	91



Lista de fluxogramas

- Fluxograma 1.1 - Avaliação do corrimento vaginal	11
- Fluxograma 1.2 - Avaliação de infecção urinária	16
- Fluxograma 1.3 - Avaliação de cólica menstrual	18
- Fluxograma 2.1 - Síndrome do corrimento vaginal e cervicite	26
- Fluxograma 2.2 - Síndrome da Dor pélvica	29
- Fluxograma 2.3 - Sífilis adquirida/ não específica	33
- Fluxograma 2.4 - sífilis em gestantes	34
- Fluxograma 2.5 - Síndrome de úlcera genital	35
- Fluxograma 2.6 - TR1 + TR2: sequencial. TR-1 e TR-2 de fabricantes diferentes	40
- Fluxograma 2.7 - Aconselhamento pós-teste rápido para HIV	42
- Fluxograma 5.1 - Mulher com queixa de nódulo(s) mamários	67
- Fluxograma 9.1 - Atendimento a mulher vítima de violência	87



1 - ATENÇÃO ÀS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

1.1 – Corrimento Vaginal, Vulvovaginites e Cervicites

Uma das queixas mais comuns nos acolhimentos prestados ao público feminino se trata do corrimento vaginal. Muitas vezes esse sinal pode estar relacionado a quadros de vulvovaginites e até mesmo de colpites e cervicites.

As vulvovaginites constituem inflamações nos tecidos da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a uma diversidade de fatores, que vão desde o desequilíbrio da microflora, alterações do pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência.

De maneira análoga, os quadros de colpites ou cervicites constituem inflamações nos tecidos cérvico-uterinos que podem manifestar-se, também, acompanhados de descarga vaginal anormal.

Neste caso, também é importante avaliar sinais de alerta (no final desta página) que podem indicar condições mais graves, tais como complicações da doença inflamatória pélvica, infecções no ciclo gravídico-puerperal e até mesmo processos neoplásicos.

1.1.1 – Anamnese

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

- Fluxo vaginal: quantidade, coloração, aspecto, odor, fatores desencadeantes ou associados;
- Sintomas associados: prurido, irritação vulvar, sangramento ou exacerbação do odor após relação sexual, presença de dispareunia e/ou sinusiorragia;
- Antecedentes clínicos/ginecológicos: uso de antibiótico de amplo espectro;
- Data da última menstruação;
- Diabetes, gravidez interrogada ou confirmada;
- Abortamento ou partos recentes;
- Fatores de risco para infecção cervical: uso irregular de preservativo, múltiplas parcerias, nova parceria, parcerias com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Período de início dos sintomas;
- Comorbidades e medicamentos em uso (contínuo ou recente);
- Orientação sexual e de gênero;
- Método contraceptivo em uso;
- Procedimento uroginecológicos já realizados e quando (colposcopia, conização, cauterização etc);
 - Último exame preventivo do câncer do colo do útero (se população alvo).





1.1.2 –Exame Físico

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

- Exame do abdome: sinais de peritonite, massa abdominal, dor à palpação de hipogástrio;
- Exame dos genitais externos. Se queixa de dispareunia e/ou vulvodínia/vestibulodínia associada(s), utilizar o teste do cotonete;
- Exame de linfonodos inguinais;
- Exame especular: observar características do colo, sinais de cervicite (presença de mucopus, friabilidade, dor à mobilização do colo), trofismo da mucosa e presença de corpo estranho;
- Prolapsos genitais: Encaminhar/discutir com MFC para condutas;
- Toque vaginal: dor à mobilização do colo (sugestivo de cervicite); dor à mobilização do útero e anexos (sugestivo de DIP ou sinais de endometrite/pelveperitonite secundária a aborto/parto).

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

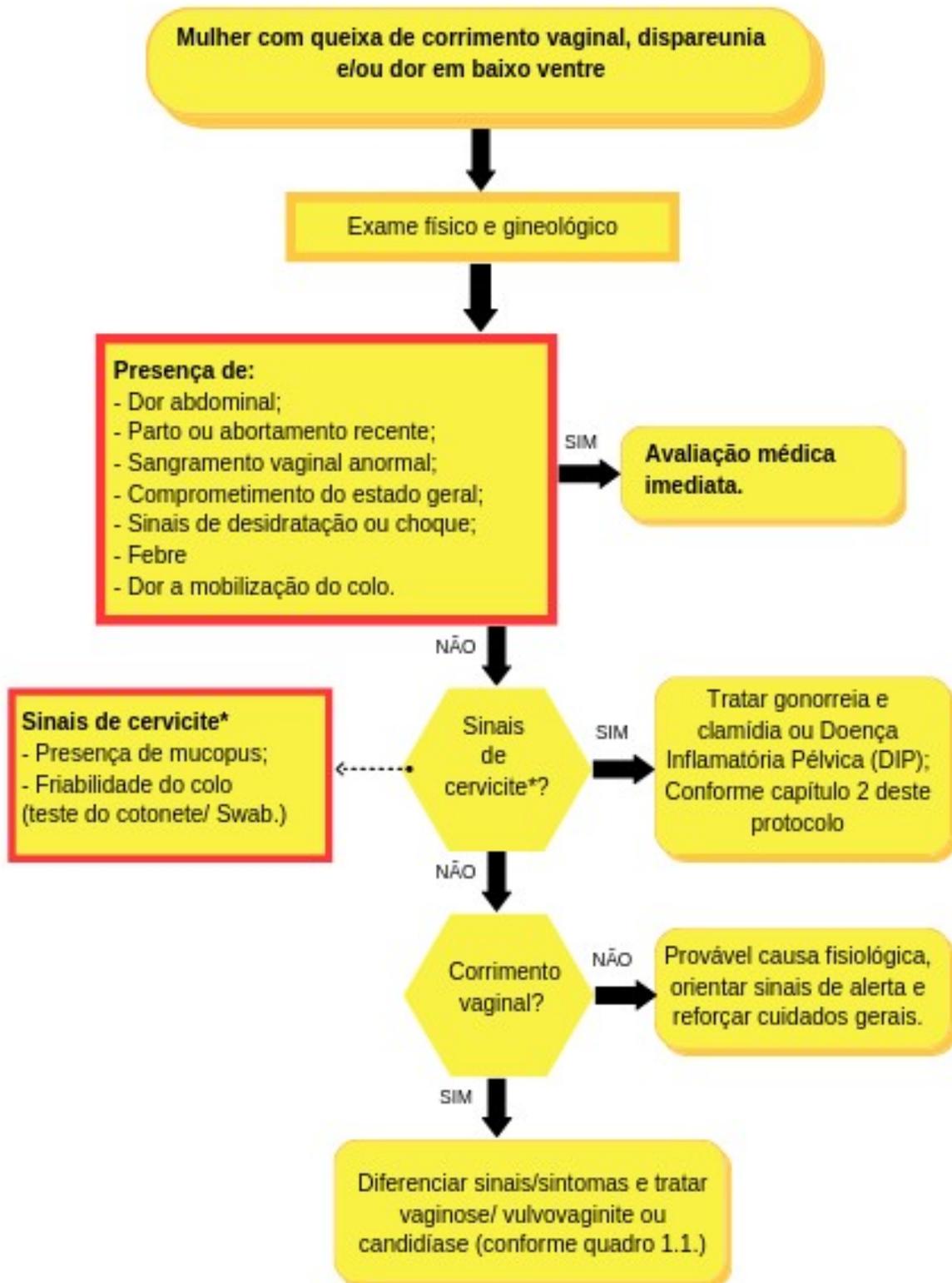
- Dor e/ou defesa abdominal;
- Irregularidades do ciclo / sangramento vaginal anormal;
- Febre;
- Comprometimento do estado geral;
- Sinais de desidratação ou choque (hipotensão, taquicardia, taquipneia);
- Aumento de linfonodos regionais.



1 A paciente, em posição ginecológica, indica presença/ausência de dor ao toque da genitália externa com um cotonete. O examinador deve tocar levemente a vulva para identificar e registrar áreas dolorosas. O teste deve ser feito no sentido horário, tocando parte interna das coxas, monte de Vênus, grandes lábios, sulco interlabial, pequenos lábios, região periuretral/clitoriana, glândula de Bartholin, corpo perineal e vestibulo, bilateralmente.



Fluxograma 1.1 - Avaliação do corrimento vaginal





Quadro 1.1 - Síntese de Tratamento de Corrimento Vaginal ou Cervicites

Causa Identificada	Sinais e sintomas principais	Plano de cuidado/ Conduta do enfermeiro
Candidíase	<ul style="list-style-type: none">• Prurido vulvar• Hiperemia vulvar• Corrimento grumoso as mesmas a fim de promover melhor ventilação;	<p>Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;• Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas;• Evitar uso de absorventes diários;• Episódios de repetição devem ser investigados. <p>Tratamento medicamentoso:</p> <ul style="list-style-type: none">• Miconazol creme vaginal 2%: aplicar por 7 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término). ESTE TRATAMENTO É O PRECONIZADO PARA GESTANTES;• Nistatina creme vaginal 100.00ui/g: aplicar por 14 noites consecutivas (evitando relações sexuais durante o tratamento e por até 48 horas após seu término).• Fluconazol 150mg :dose única e repetir tratamento após 7 dias. (NÃO PRESCREVER PARA GESTANTES);<ul style="list-style-type: none">- Se severa, prescrever obrigatoriamente Fluconazol 150 mg e repetindo a dose após 3 dias e após 6 dias da primeira dose;- Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), investigar DM e HIV e encaminhar a consulta médica. Parcerias de mulheres com infecção recorrente devem ser tratados(as) com Fluconazol 150mg dose única (verificar alergia prévia). <p>Possibilidades terapêuticas naturais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Melaleuca/TeaTree: 1 ou 2 gotas de óleo essencial de melaleuca diluída em 100mL de água - fazer banhos de assento ou lavar delicadamente o interior da vagina com uma seringa de 20ml ou ducha vaginal com essa solução 1x ao dia por 5 dias. Como a melaleuca é um óleo essencial forte, cada mulher sente um efeito diferente e pode adaptar seu uso, diminuindo a quantidade de horas na diluição;



• **Camomila ou calêndula:** fazer infusão com 1 colher de sopa de extrato seco de camomila para 200ml de água. Lavar delicadamente a vagina, internamente, com seringa de 20ml ou ducha ginecológica com essa solução. Também é possível fazer banho de assento com infusão das ervas. Faça um chá concentrado e dilua coado em bacia com água morna, permaneça sentada com a vulva totalmente imersa, por no mínimo 15 minutos. Promove alívio dos sintomas irritativos;

• **Bicarbonato de sódio:** pode-se fazer banho de assento diluindo 1 colher de sopa de bicarbonato para cada 500ml de água. Pode-se adicionar 10 gotas de óleo essencial de melaleuca a essa mistura. O bicarbonato é básico e por isso alivia os sintomas da candidíase (que é ácida), porém uma quantidade muito grande de bicarbonato pode deixar o pH vaginal básico demais, o que favorece outros desequilíbrios e infecções. Alterações de cheiro e modificação da secreção vaginal podem ocorrer;

• **Alho:** utiliza-se 1 dente de alho sem casca, durante à noite, por 7 noites. O alho não deve ser machucado ao ser descascado e deve ser envolto por uma gaze amarrada com um fio (formato semelhante ao absorvente interno) para que possa ser retirado na manhã seguinte. Se houver muita coceira ou ardência, evitar o alho pois poderá piorar irritação da mucosa;

• **Babosa:** uso intravaginal. Descascar a Aloe Vera, garantindo que toda a casca verde e sua seiva amarelada sejam retiradas (pois são tóxicas). Cortar cubinhos de aproximadamente 2x2 cm, introduzir na vagina à noite como um supositório e retirar o excesso pela manhã, repetir por 7 dias;

• **Óleo de coco:** alivia sintomas de coceira e ajuda a reepitelizar a região (refazer as células que foram descamadas). Passar uma colher de chá de óleo com os dedos após lavar com melaleuca ou bicarbonato;

É importante após cada tratamento repor os lactobacilos da vagina. Isso pode ser feito com iogurte natural por 3-5 noites.



Vaginose bacteriana

- Corrimento com odor fétido;
- Corrimento acinzentado;
- Atentar para sinais/sintomas de Tricomoníase, que em alguns casos podem ser confundidos (ver capítulo 2 deste protocolo)

Usar uma colher de chá de qualquer iogurte natural sem sabor e sem adição de açúcar e passar por dentro da vagina com o dedo ou aplicador de pomada vaginal. Retirar o excesso no banho pela manhã.

A reposição de lactobacillus do intestino pode ser feita com consumo de fermentados como kefir e kombucha ou ainda com cápsulas manipuladas de *Lactobacillus acidophilus*;

- É importante cada mulher observar como seu corpo reage a cada tratamento natural e se ocorrem efeitos colaterais.

Medidas não farmacológicas (cuidados de enfermagem):

- Uso de roupa íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação;
- Banho de assento com ácido acético (vinagre), (1-2 colheres de sopa em 1 litro de água) a fim de melhorar sintomas;

Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas.

Observar diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, já que a primeira não se qualifica como Infecção Sexualmente Transmissível (IST), não havendo a necessidade de convocação de parceiros; e a segunda sim, necessitando assim convocação dos mesmos.

Tratamento medicamentoso:

- **Metronidazol creme (100 mg/g):** por 5 noites; OU
- **Metronidazol 500 mg VO:** de 12/12 horas por 7 dias

(NÃO INGERIR BEBIDA ALCOÓLICA ATÉ 24 HORAS APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO).

Gestantes (após início do 2º trimestre) ou nutrízes:

- **Metronidazol 250 mg VO:** 3x/dia por 7 dias. (A excreção da droga pode conferir gosto amargo ao leite materno. A maioria dos estudos não relatou efeitos colaterais nos lactentes. No entanto, observar perda de apetite, vômitos e diarreia. Caso ocorram tais efeitos, o aleitamento deverá ser suspenso).

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

Para as demais abordagens às queixas ginecológicas que tenham relações com outras ISTs (Tricomoníase, Doença de Chlamydia, HIV, Herpes Genital, Sífilis, Gonorréia, entre outras), consultar capítulo 2



1.1.3 – Vaginose Citolítica

Trata-se de uma condição facilmente confundida com a candidíase devido à similaridade dos sintomas: prurido, queimação, dispareunia, disúria terminal e corrimento branco abundante que piora na fase lútea. Ocorre em função pelo aumento do número de *Lactobacillus* sp no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido (entre 3,5 e 4,5).

Diante do quadro sugestivo desta vaginose, o enfermeiro deverá orientar banho de assento com bicarbonato (por 5 a 10 minutos) com solução composta por 4 xícaras água morna com 1 a 2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio, 2 vezes por semana, a cada 2 semanas ou até melhora dos sintomas. Também deverá ser orientada a suspensão de produtos de uso tópico com potencial irritante.

1.1.4 – Hipersensibilidade ao plasma seminal

Os sinais e sintomas surgem no local que esteve em contato direto com o sêmen, que apresentam hiperemia na pele ou mucosa, sensação intensa de coceira e/ou prurido, edema na região que costumam surgir entre 10 a 30 minutos após a relação e durar por horas ou dias.

Caso haja suspeita de alergia/hipersensibilidade ao plasma seminal do parceiro, oriente a utilização de preservativos ou evitar a ejaculação no interior da vagina.

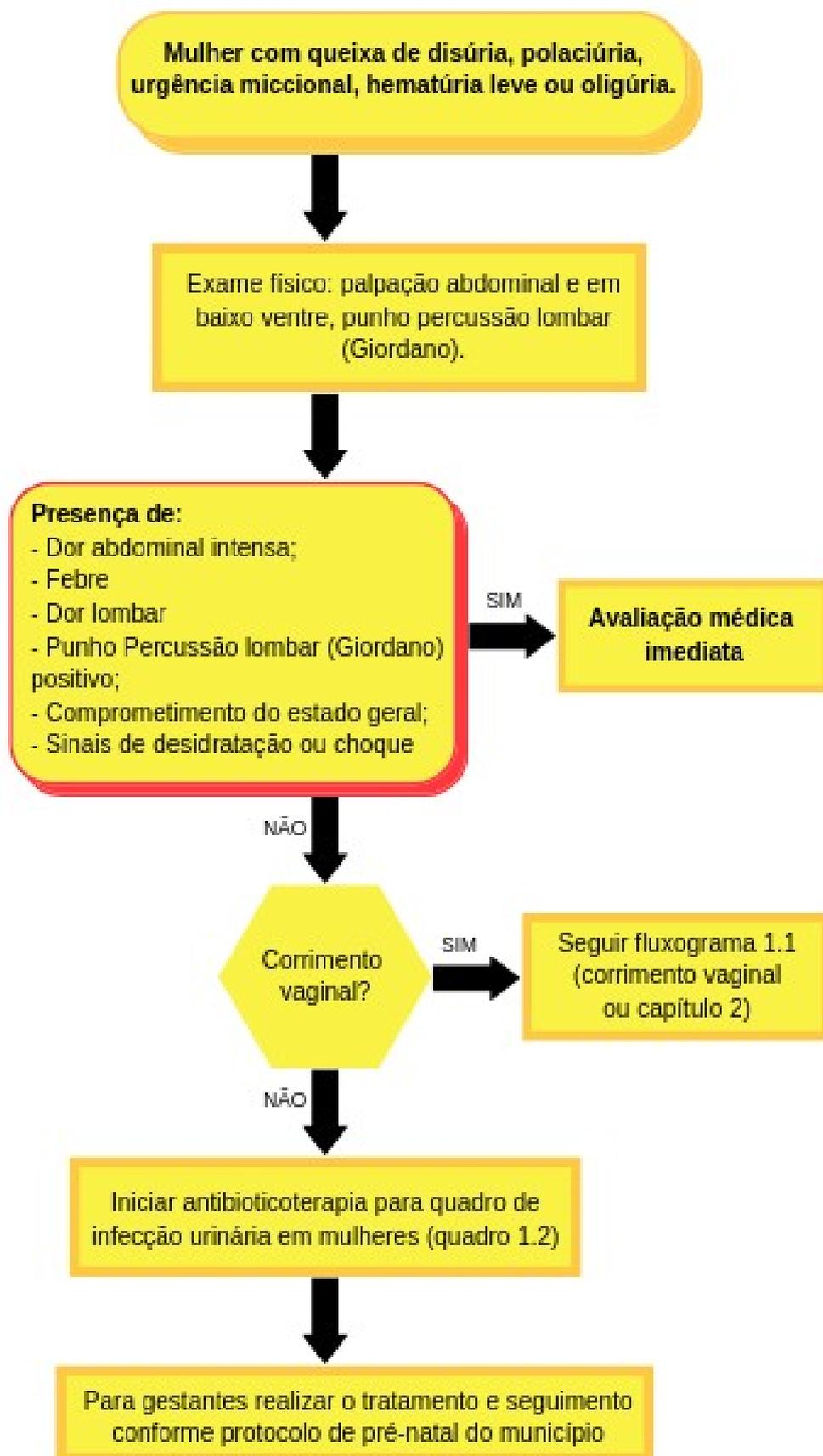
1.2 – Infecção Urinária

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





Fluxograma 1.2 - Avaliação de infecção urinária





Quadro 1.2 - Tratamento de sintomas urinários em mulheres

Tratamento medicamentoso	Orientações / Cuidados de Enfermagem
<p>Não gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfametoxazol + Trimetropina: <ul style="list-style-type: none"> - 2 comprimidos de 400mg+80mg de 12/12 horas por 3 dias OU - 20ml da solução de 40mg+8mg/ml de 12/12 horas por 3 dias NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO OU • Nitrofurantoína: <ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimido de 100mg de 6/6 horas por 5 a 7 dias OU - 20ml da solução de 5mg/ml de 6/6 horas por 5 a 7 dias NÃO PRESCREVER PARA MULHERES AMAMENTANDO FILHOS MENORES DE 30 DIAS, COM HIPERBILIRRUBINEMIA E/OU DEFICIÊNCIA DE G-6-PD (IDENTIFICADA NO TESTE DO PEZINHO) <p>Se medicamentos anteriores em falta, o(a) enfermeiro(a) poderá prescrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalexina: <ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimido de 500mg de 6/6 horas por 7 dias ou - 10ml da solução de 50mg/ml de 6/6 horas por 7 dias <p>USO SEGURO PARA MULHERES AMAMENTANDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar ingestão hídrica; • Orientar sinais de agravamento do quadro clínico (febre, dor lombar, dor abdominal) e retornar à unidade ou procurar serviço de urgência; • Não há necessidade de solicitação de exames laboratoriais (Parcial de Urina e Urocultura). Caso sintomas permaneçam após o tratamento inicial, discutir/encaminhar para consulta médica para solicitação destes exames.
<p>Gestantes</p> <p>Para tratamento, seguir as orientações do protocolo de pré-natal do município.</p>	<p>Para o seguimento após o tratamento, seguir as orientações do protocolo de pré-natal do município.</p>

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

Para alívio sintomático poderá ser prescrita analgesia com:

- Dipirona 500mg a 1g de 06/06 horas (exceto para gestantes, autorizado em nutrízes) ou
- Paracetamol 500mg a 1g de 06/06 horas (pode ser utilizado com segurança em gestantes e nutrízes).

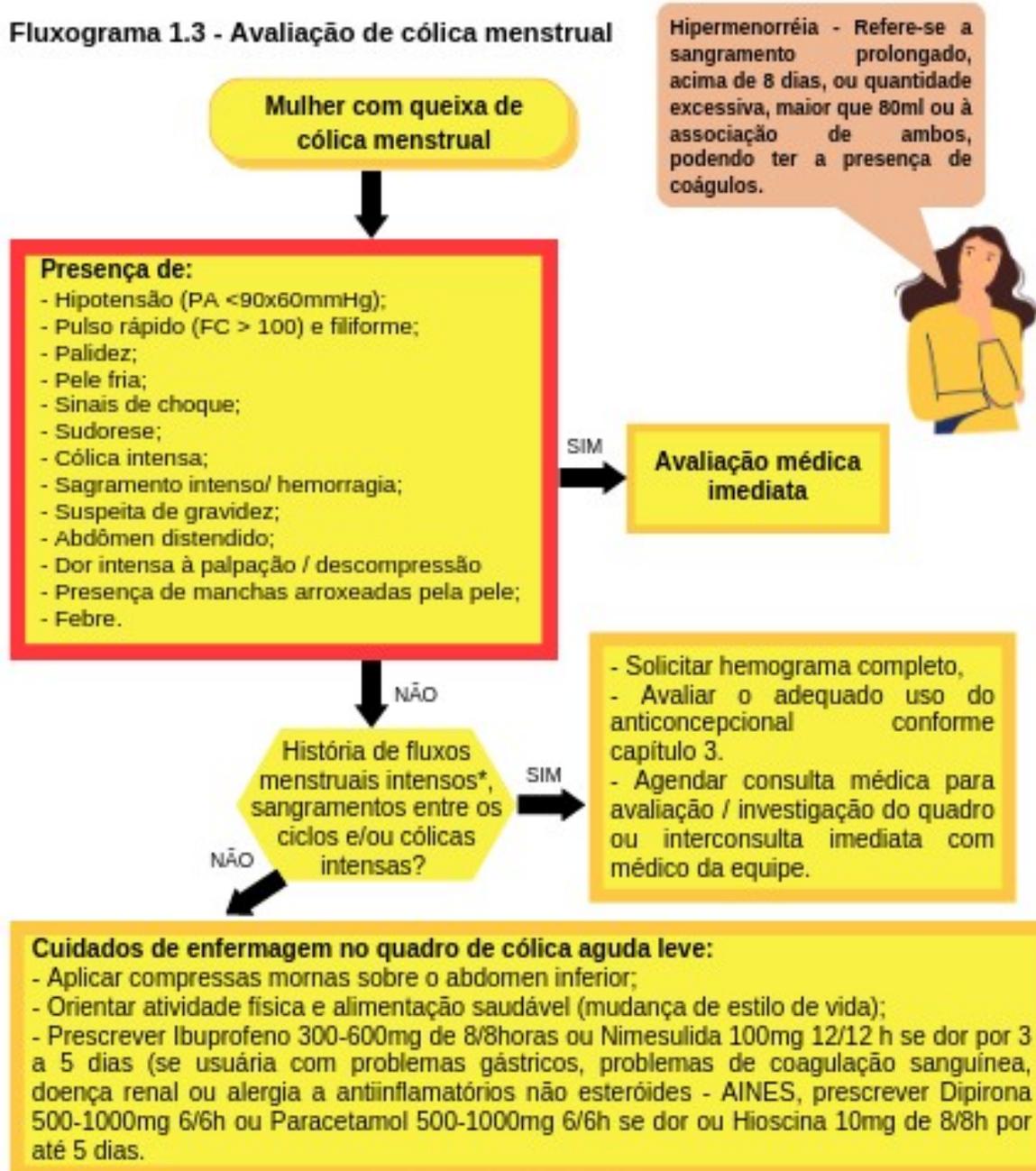


1.3 – Cólica Menstrual

A cólica menstrual é uma das causas de consulta enfermagem mais prevalentes na área da saúde da mulher, vivenciada pelo dia a dia da prática clínica do enfermeiro (a), principalmente em jovens e adolescentes logo após a primeira menstruação (menarca). Nesta situação o acolhimento da usuária, a explicação sobre os ciclos menstruais, duração dos mesmos e o autoconhecimento do próprio corpo é fundamental.

Neste tipo de atendimento, é muito importante a caracterização do tipo de cólica, a frequência da mesma, o histórico ginecológico e obstétrico pregresso, bem como a determinação de possíveis situações agravantes com encaminhamento para avaliação médica imediata (se necessário), conforme fluxograma 1.3.

Fluxograma 1.3 - Avaliação de cólica menstrual



Hipermenorréia - Refere-se a sangramento prolongado, acima de 8 dias, ou quantidade excessiva, maior que 80ml ou à associação de ambos, podendo ter a presença de coágulos.



1.4 – Dispareunia e Vaginismo

A dispareunia é um sintoma bastante comum e desafiador do ponto de vista clínico, já que o profissional de saúde se depara com inúmeras possibilidades de etiologias, sendo o histórico de enfermagem (anamnese e o exame físico) a principal ferramenta de elucidação diagnóstica.

Questões fisiológicas como menopausa, diminuição de estrogênio, posição no ato sexual e outras patologias, dentre as quais situações infecciosas potencialmente graves, como a Doença Inflamatória Pélvica, são algumas das tantas possibilidades diagnósticas possíveis.

Diante de queixas de lubrificação insuficiente, o enfermeiro deverá orientar a utilização de lubrificantes íntimos à base de água. Em se tratando de mulheres climatéricas/menopausadas, considerar encaminhar para consulta com médico de família e comunidade para possível a estrogenização caso os lubrificantes se mostrem pouco resolutivos.

Importante saber que mulher com história de cânceres dependentes de estrogênio (mama, ovários, endométrio), distúrbio da circulação/coagulação, porfiria, distúrbios hepáticos ou sangramento uterino anormal, não é recomendado a prescrição de estrogenização, mesmo que tópico.

A queixa de dispareunia deve ser sempre valorizada, pois além de causas clínicas presentes e objetivamente identificáveis, a mesma pode ser indicativa de outras situações a qual a mulher pode estar exposta, mas de difícil identificação imediata, como as de cunho psicossocial: história de violência sexual e doméstica, traumas, insatisfação sexual, dentre outras.

1.4.1 – Toque Bimanual

O enfermeiro não deverá utilizar o toque bimanual rotineiramente, reservando sua execução aos casos de queixas/sintomas que sugiram presença de massas, alterações de volume das vísceras pélvicas, suspeita de DIP, suspeita de gestação ectópica ou sangramentos disfuncionais. Não deve ser prática rotineira nas consultas de pré-natal.

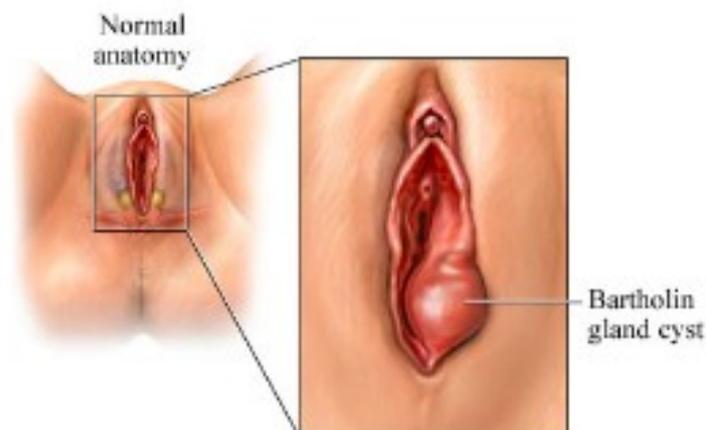
Quando recomendada sua realização, o enfermeiro deverá executá-lo somente após coletas ginecológicas, preferencialmente após exame especular. Diante de qualquer anormalidade ou dúvidas, o enfermeiro deverá solicitar interconsulta com o médico.

A técnica consiste em afastar os lábios maiores e menores, introduzir os dedos médio e indicador no canal vaginal, no sentido posterior (em direção ao reto). Deve-se explorar as paredes vaginais, a cérvix, e fundo de saco buscando alterações e tumorações. A outra mão é colocada sobre o abdômen da mulher, no baixo ventre, comprimindo-o suavemente e forma a apreender e delimitar o útero, possibilitando sua descrição quanto à forma, tamanho, posicionamento, consistência e mobilidade. Em situações normais, os anexos (ovários, tubas uterinas) não se encontram palpáveis.



1.5 - Cisto e abscesso de Bartholin

As glândulas de Bartholin situam-se em cada lado da abertura vaginal, e podem ficar bloqueadas. Quando isto ocorre, líquidos se acumulam e a glândula incha, formando um cisto. Os cistos variam desde o tamanho de uma ervilha até uma bola de golfe ou mais. Na maioria das vezes, ocorrem apenas em um lado. Eles podem ficar infeccionados, formando um abscesso, caracterizado por dor intensa e, às vezes, febre. Caso o enfermeiro se depare com um provável caso, deverá solicitar avaliação conjunta com seu MFC. Na indisponibilidade deste profissional, encaminhar a paciente para a Clínica da Mulher dado risco de gangrena de Fournier.



Disponível em: <https://free-nursingcareplan.blogspot.com/2011/06/nursing-care-plan-for-bartholinitis.html?m=1>

1.6 - Incontinência urinária

Casos leves de perda miccional involuntária podem ser manejados com exercícios para o assoalho pélvico, visando ao seu fortalecimento. Neste caso o enfermeiro deverá auxiliar a mulher na identificação da musculatura envolvida. Um resumo das etapas do exercícios consiste na contração dos músculos como que simulando a interrupção do fluxo urinário por 8 a 10 segundos, seguido de relaxamento completo do assoalho pélvico.

Outras medidas de educação para o autocuidado são:

- Estimular a perda de peso em pacientes obesas ou com sobrepeso;
- Beber por volta de 02 litros de água por dia, em pequenas quantidades e em intervalos regulares ao longo do dia;
- Reduzir o consumo quantidade de bebidas alcoólicas, cafeinadas e carbonatadas;
 - Evitar constipação/obstipação intestinal;
- Orientar esvaziar a bexiga em intervalos regulares, em vez de esperar até que a bexiga esteja muito cheia;



Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
4. DUNCAN et all. Medicina Ambulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.
5. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos de interesse em Saúde Pública**. Vol 2, Florianópolis-SC, 2016.
6. UpToDate. **Incontinência urinária**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-treatments-for-women-beyond-the-basics?topicRef=2727&source=see_link.



2 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES

2.1 – Abordagem sindrômica

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são uma importante causa de morbidade em todo o mundo. Dentre estas, podemos realizar uma divisão entre as doenças incuráveis, mas controláveis, como a AIDS, causada pelo HIV, e as Hepatites B e C; e as curáveis, sendo as quatro principais representantes desse grupo a gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de casos novos dessas quatro IST curáveis foi de quase 500 milhões em todo o mundo.

No Brasil, somando sífilis, clamídia e gonorreia, chegamos a aproximadamente 4,5 milhões de novos casos por ano². Diante disto, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção primária, tenham amplo conhecimento sobre uma abordagem fácil, rápida e efetiva no tratamento e seguimento das portadoras dessas doenças. Para tal, discutiremos neste documento a "abordagem sindrômica", a qual se diferencia da "abordagem etiológica" e da "abordagem clínica", tradicionalmente utilizadas. A adoção da abordagem sindrômica às IST na prática clínica tem sido incentivada pelas seguintes características principais:

- É orientada a problemas (responde aos sintomas/sinais das usuárias);
- É de alta sensibilidade e não ignora infecções mistas;
- Trata as usuárias já na primeira visita;
- Torna o tratamento das IST mais acessível já que pode ser implantada na atenção primária;
- Usa fluxogramas que guiam o trabalhador de saúde através de uma sequência lógica;
- Provê oportunidade e tempo para educação em saúde e aconselhamento.

É importante destacar que a abordagem sindrômica não é uma forma "menos precisa" ou "menos sofisticada" de se tratar a pessoa portadora de IST/DST. Tampouco deve ser utilizada apenas por profissionais "não-médicos". Pelo contrário. Devido às importantes características citadas acima, o uso da abordagem sindrômica às ISTs é incentivado a médicos e enfermeiros da atenção primária, de maneira indiferenciada.

Neste documento traremos uma forma fácil de identificar e tratar as IST curáveis mais prevalentes, sendo todos os fluxos baseados dos manuais de abordagem sindrômica da OMS e do Ministério da Saúde; e os tratamentos revisados de acordo com as evidências internacionais mais recentes, considerando os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) como 1ª escolha, sempre que possível.



O quadro 2.1 descreve de maneira sintética as síndromes que serão abordadas neste documento, sendo que cada uma delas possui um tópico específico onde tanto a identificação quanto às condutas serão detalhadas.

Quadro 2.1 - Síntese das síndromes abordadas neste protocolo

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns	Quem pode tratar
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal; Prurido; Dor à micção; Dispareunia; Odor fétido	Edema de vulva; Hiperemia de vulva; Corrimento vaginal e/ou cervical	Tricomoníase; Candidíase*; Vaginose Bacteriana* Gonorreia; Infecção por Clamídia.	Médico e Enfermeiro
Corrimento uretral	Corrimento uretral; Prurido; Estrangúria; Polaciúria; Odor fétido.	Corrimento uretral (espontâneo ou não)	Gonorreia; Infecção por Clamídia; Micoplasma; Ureaplasma.	Médico e Enfermeiro
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital; aumento de linfonodos inguinais.	Sífilis; Cancro mole; Donovanose**; Herpes Genital.	**Médico e Enfermeiro
Desconforto e/ou Dor pélvica	Dor e/ou desconforto pélvico; Dispareunia.	Corrimento cervical; Dor a palpação abdominal; Dor a mobilização do colo; Temperatura acima de 37,5 °C.	Gonorreia; Infecção por anaeróbios; infecção por clamídia.	Médico e Enfermeiro
Verrugas/condilomas	Verrugas	Verrugas/Condiloma	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Médico e Enfermeiro

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

*Não é considerada IST e já foram abordadas no capítulo anterior.

**Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico, referenciado conforme fluxograma descrito no capítulo específico.

Em todos os casos, caso haja relato ou registro de que o paciente possui algum tipo de imunossupressão (HIV/AIDS, diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outro tipo de terapia imunossupressora), o enfermeiro deverá referenciar para atendimento médico, auxiliando, como membro da equipe de saúde, nas condições pertinentes à sua prática



2.2 - Tratamento dos parceiros

Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento de novas IST's é a quebra da cadeia de transmissão, a qual ocorre principalmente através do tratamento dos parceiros, bem como a triagem sorológica dos mesmos. Contudo, sabemos que devido a características peculiares das IST's, que envolvem questões importantes de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, o tratamento de parceiros acaba ficando muito abaixo do ideal, de modo que a reinfecção da pessoa que procura o serviço de saúde é algo recorrente. Tanto pode o usuário que procurou o serviço não comunicar o parceiro, mesmo sendo orientado a tal, quanto o parceiro ser comunicado e não procurar o serviço de saúde. Nesse quesito, o vínculo com os usuários adscritos e a vigilância do território são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia.

Em todos os tópicos, serão fornecidas informações sobre qual abordagem, com relação a exames e medicamentos, deverá ser feita para o parceiro, na evidência de uma IST. Esses quadros estarão localizados logo abaixo dos fluxogramas. O tratamento para os parceiros deve ser sempre orientado mediante consulta presencial com o mesmo, já que este pode ter dúvidas e necessidades diferentes do usuário que procurou a consulta inicialmente. Orientações e tratamentos fornecidos através de outrem podem gerar adesão menor do que o esperado, além de desconfortos entre as pessoas que poderiam ser evitados mediante orientações adequadas presencialmente.



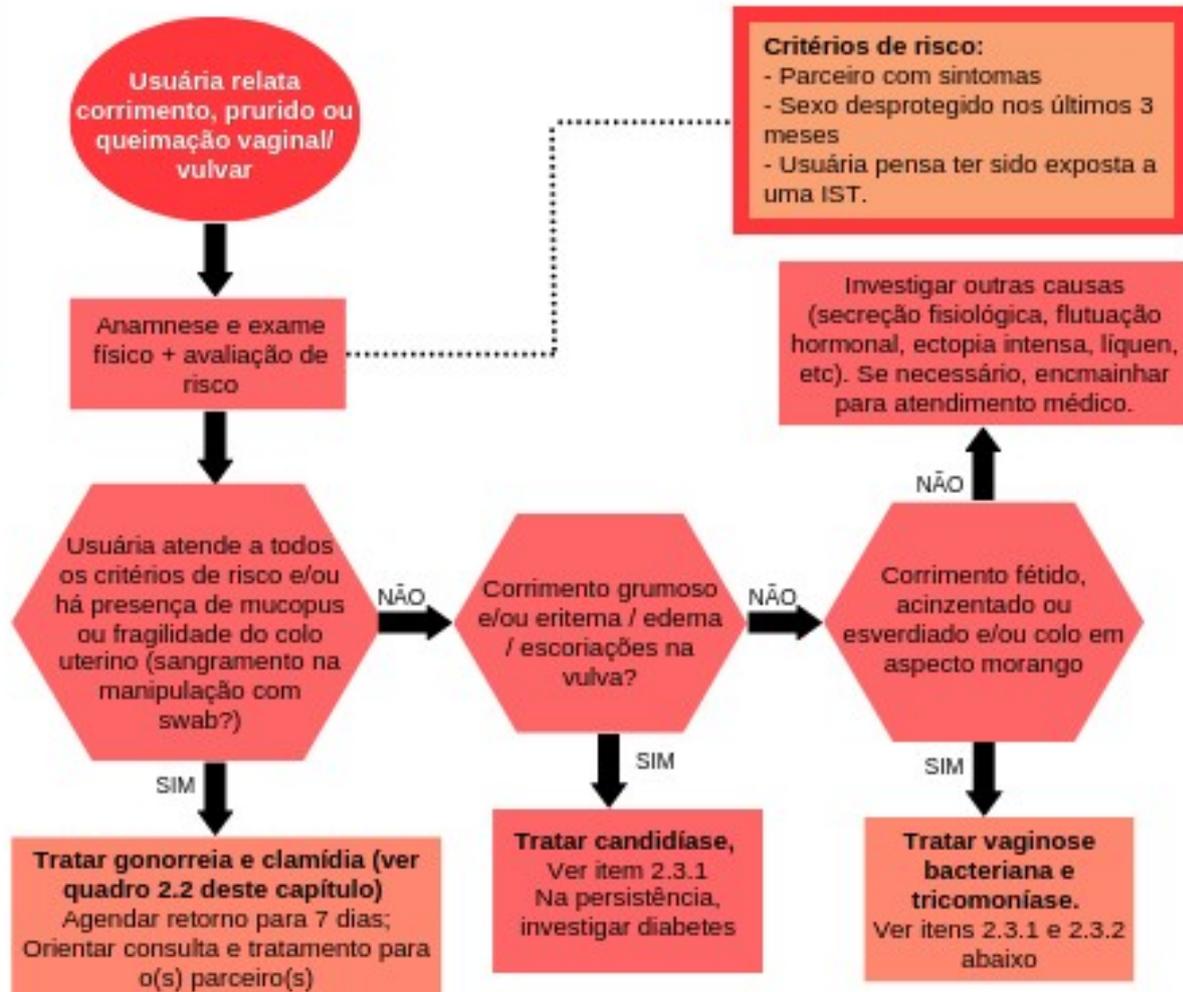
2.3 Síndrome do corrimento vaginal e cervicite

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e por isso os antimicrobianos para esses agentes são os de primeira escolha para o tratamento dessa síndrome. A abordagem sindrômica não faz diferença do agente causal, sendo que o tratamento será sempre feito para ambos os agentes. A vantagem dessa abordagem se dá, principalmente, pelo fato de os sintomas das uretrites gonocócica e não-gonocócica se confundirem, em alguns casos. O tratamento errado por definição equivocada do agente etiológico resulta em um tempo maior de cura, podendo gerar consequências mais graves, além de oneração do serviço de saúde.

Estes mesmos agentes podem infectar a mulher, gerando cervicites, e não uretrites como nos homens (uma vez que apenas no homem a uretra compõe parte do sistema reprodutor). Assim, ainda que a cervicite costuma ser assintomática na maioria dos casos, apresenta como principal sintoma na mulher a presença de mucopus endocervical. Por esse motivo, a abordagem a este tipo de problema está descrita nos fluxogramas referentes à "Síndrome do corrimento vaginal e cervicite" e "Síndrome da Dor Pélvica".



Fluxograma 2.1 - Síndrome do corrimento vaginal e cervicite



Em todos os casos, orientar sobre ISTs, aconselhar o uso de preservativos e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, Hep. B e C (realizar testes rápidos preferencialmente). Abstinência sexual até o final do tratamento e desaparecimento dos sintomas.

Havendo dúvida diagnóstica ou suspeita de resistência à medicação, o enfermeiro deverá discutir o caso juntamente com o médico.



Quadro 2.2 - Esquema terapêutico para síndrome do corrimento vaginal e cervicite

Agente	1ª opção (exceto para gestantes e menores de 18 anos)	2ª opção (única opção para gestantes e menores de 18 anos)	Observações
Clamídia e gonorreia (infecção sem complicação)	Azitromicina 1g VO, dose única + Ciprofloxacino 500mg VO dose única	Ceftriaxona* 500mg dose única IM + Azitromicina 1g (2cp de 500mg), VO, dose única	Se manutenção dos sintomas após 7 dias do tratamento inicial, encaminhar para tratamento médico imediato.

O parceiro deverá ser tratado exatamente com o mesmo esquema terapêutico (observadas as particularidades quanto à idade), mesmo que assintomático.

Agente	Primeira opção	Tratamento para parceiro masculino (se necessário)**	Tratamento em gestantes e nutrízes
Tricomoniase*	Metronidazol 500mg VO 12/12h por 7 dias*** Evitar bebidas alcoólicas.	Metronidazol 2g VO dose única Evitar bebidas alcoólicas.	Metronidazol 250mg VO 3x/dia por 7 dias evitar álcool.

Fonte: adaptado protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher (Florianópolis) - volume 3

*Para diferenciação clínica e de abordagem entre vaginose bacteriana e Tricomoniase, verificar item 2.3.1 abaixo.

Contudo, devido a dificuldades na diferenciação dessas duas situações, é altamente recomendado o tratamento indicado neste quadro, incluindo o tratamento do parceiro.**Ver item 2.3.2, abaixo.

No caso de parceira (feminina) que compartilhe objetos de uso vaginal, o tratamento deverá ser o de primeira opção.

***Para outras opções terapêuticas é necessário a diferenciação entre Tricomoniase e vaginose bacteriana, conforme abaixo.

2.3.1 - Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoniase e infecções mistas

Os itens abaixo descrevem as principais diferenças entre vaginose bacteriana e tricomoniase. Contudo, cabe salientar que tal diferenciação pode não ser tão clara devido a sintomas/sinais comuns a ambas as situações, sendo amplamente indicado conduta comum com tratamento do parceiro, conforme indicador no quadro 5 (acima):

- **Vaginose bacteriana:** corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia. Não é considerada IST por se desenvolver normalmente por desequilíbrio da flora normal vaginal. Não é necessário tratar parceiro. Pode ser utilizado o **gel de Metronidazol 100 mg/g (uma aplicação à noite por 5 noites)** como primeira escolha, inclusive em gestantes e nutrízes.

- **Tricomoniase:** corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a "framboesa". É considerada IST, sendo necessário o



tratamento do parceiro. Pode ser utilizado como primeira escolha o tratamento em dose única, com **Metronidazol 2g VO dose única** (8 cp de 250 mg, na opção disponível no município).

- **Infecções mistas:** não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso. Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Neste caso, recomenda-se o tratamento do quadro mais sugestivo, com retorno antes do final do tratamento para avaliação, ou o tratamento de ambos os quadros em conjunto, optando-se, preferencialmente, por tratamento oral para uma condição e tópica para outra.

2.3.2 - Tratamento do parceiro

Nesse caso, o tratamento deve ser realizado conforme o quadro 2.2, incluindo tratamento do parceiro. Caso seja realizada diferenciação clínica com diagnóstico de vaginose bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.

Já a candidíase, mesmo não sendo IST, pode manifestar sintomas no homem, ainda que isso ocorra em uma minoria dos casos. Os sintomas mais comuns envolvem prurido e irritação na glândula do pênis, podendo haver descamação no local em casos mais exacerbados. Na maior parte, lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando adequadamente, pode solucionar o problema. Contudo, devido ao grande incômodo e consequências sociais (devido ao prurido), o tratamento medicamentoso pode ser necessário (ver quadro 1.1 do primeiro capítulo).

2.3.3 - Doença Inflamatória Pélvica

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma complicação importante das infecções sexualmente transmissíveis nas mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde internações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária, ou mesmo a evitabilidade de óbito por complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa.

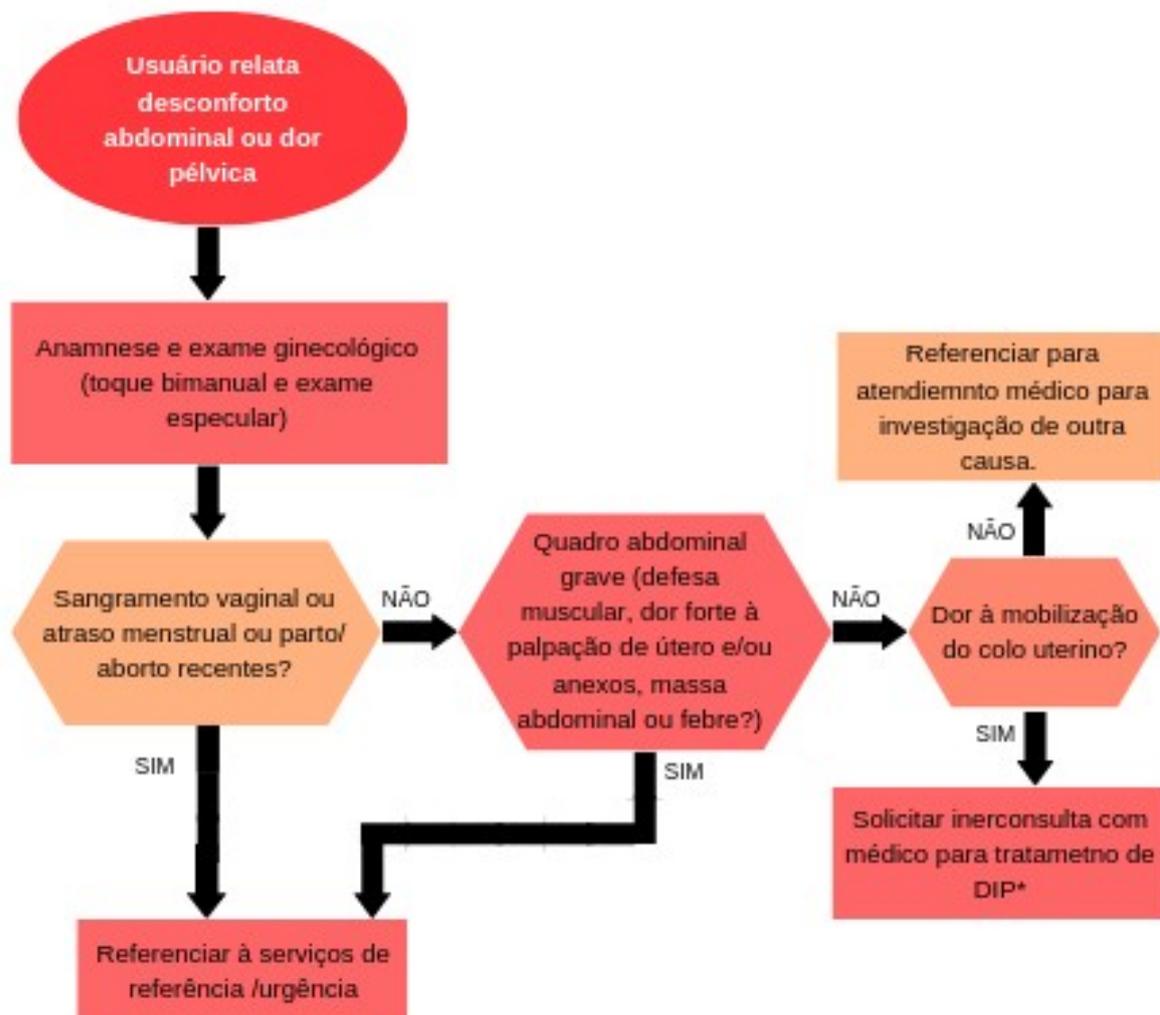
Além dos critérios de urgência e necessidade de encaminhamento a atenção terciária, na presença de sinais de gravidade (vide fluxograma abaixo), a DIP é considerada uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispáreunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (spotting) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.





Fluxograma 2.2 - Síndrome da Dor pélvica



Em todos os casos, orientar sobre ISTs, aconselhar o uso de preservativos e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, Hep. B e C (realizar testes rápidos preferencialmente).

*Considerando o impacto que a DIP tem e a possibilidade de, mesmo com o uso de fluxograma, confusão com outras causas de dor em baixo ventre, o tratamento para esta doença deverá ser em conjunto com o médico, sendo a prescrição responsabilidade deste último.





Quadro 2.3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

	Primeira opção*	Segunda opção*
Doença Inflamatória Pélvica	Ceftriaxona* 500mg IM, dose única + Doxiciclina 100mg 12/12hs VO por 14 dias + Metronidazol 500mg VO 12/12h por 14 dias	Ciprofloxacino 500mg VO 12/12hs por 14 dias + (Doxiciclina 100mg 12/12hs VO por 14 dias OU Azitromicina 2g VO dose única) + Metronidazol 500mg VO 12/12 hs por 14 dias

*Os tratamentos para DIP são de atribuição exclusiva do médico.

Os parceiros deverão ser tratados para clamídia e gonorreia, independentemente do agente causador da DIP (se isolado). Para isso, referenciar ao quadro 2.2 deste capítulo. Este tratamento poderá ser prescrito pelo enfermeiro. Todos os parceiros sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP deverão ser tratados. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate o último parceiro.

2.4 - SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. A presença de úlcera genital está associada a um maior risco de contaminação pelo HIV.

As etiologias mais comuns para úlcera genital são o Cancro mole, a Donovanose, o Herpes Genital e a sífilis, sendo citado cada uma das situações abaixo de forma resumida.

2.4.1 - Cancro mole

Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com secreção amarelada de odor fétido. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%.

O acompanhamento do paciente deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a abstinência sexual até resolução total da doença.

2.4.2 - Donovanose

Infecção sexualmente transmissível crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito à cronicidade da lesão.



Figura 1. Donovanose. Fonte: Velho PE, Souza EM, Belda Junior W. Donovanosis. Braz J Infect Dis. 2008;12(6):523

2.4.3 - Herpes genital

Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que apresentam um período de incubação médio de 6 dias.

Muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV (vírus da herpes humana) nunca desenvolverão manifestações, sendo que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estes pacientes devem ser manejados pelo profissional médico.

Indivíduos com presença de lesões disseminadas, mesmo que imunocompetentes, devem passar por avaliação médica imediata a fim de estabelecer a melhor conduta clínica.



Figura 1. Herpes Simplex Genital. Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>



Figura 2. Herpes Simplex Genital. Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>

2.4.4 Sífilis

A lesão cancroide ou cancro duro indolor é a característica principal desta patologia em sua fase inicial. Esta apresenta um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (fase primária), sendo que esta lesão desaparece espontaneamente em até 4 semanas após o aparecimento, sem deixar cicatrizes.



Figura 3. Cancro Duro. Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>

A Sífilis secundária surge de 6 semanas a 6 meses após a lesão inicial, sendo caracterizada por alterações cutâneas, dentre as quais a principal é a roséola (exantema não pruriginoso), em sua fase mais precoce. Tardiamente a isto, outras reações cutâneas e sistêmicas podem



ser observadas como: alopecia, pápulas palmo-plantares, placas mucosas e adenopatia generalizada, as quais novamente desaparecem após algumas semanas, mesmo que nenhum tratamento tenha sido realizado.

Importante ressaltar que, mesmo sem a presença da lesão cancroide, o paciente é transmissor da sífilis e, considerando a possibilidade da involução espontânea da sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos (Teste Rápido, FTA-ABS*) e não treponêmicos (VDRL) fazer parte da rotina da enfermagem no município de Brusque para todos os pacientes que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àqueles que nunca tenham realizado o exame.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis e paciente sem histórico de tratamento anterior (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- › Gestantes;
- › Vítimas de violência sexual;
- › Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- › Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- › Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

O fato da realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão). Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

*Teste rápido treponêmico (FTA-ABS) será sempre reagente em pessoas com história de diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado neste caso o VDRL (não treponêmico) para controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nesta situação a possibilidade de cicatriz sorológica.

2.4.4.1 - Acompanhamento de titulação de VDRL

Na evidência de sífilis, indiferentemente do estágio, o acompanhamento de cura deverá ser feito através da solicitação de VDRL, no seguinte esquema:

- Não gestante: solicitar VDRL a cada 3 meses até o 12º mês de acompanhamento do paciente;
- Gestante: solicitar VDRL mensalmente até o final da gestação. Após, seguir o mesmo esquema para não-gestante.

Após tratamento completo, considera-se resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos até negatização em um período de 6 a 12 meses. Se após esse período ainda houver reatividade, porém em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses por um período de mais 12 meses.

Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Nessa situação deve ser considerada a possibilidade de reinfecção.

Então, considera-se um tratamento efetivo após 12 meses se:

- Novo VDRL é $\leq 1:4$ ou sem alteração OU
- Novo VDRL é $> 1:4$ mas pelo menos 4 vezes menor que o anterior (ex. era 1:32 e agora é 1:8) após 3 meses, ou após 12 meses de tratamento para sífilis tardia prévia.

Conduta: continuar monitoramento com VDRL conforme esquema acima até completar 2 anos do início do tratamento, quando poderá ser dado alta na continuidade desta titulação.

Se titulação de VDRL maior do que a especificada ou insegurança na interpretação do exame, solicitar atendimento conjunto com médico.

O fluxograma abaixo serve para nortear conduta frente ao Teste Rápido Reagente no município de Brusque. Casos adversos a este e informações complementares deverão ser consultados nos PCDT 2019 e PCDT 2020 do Ministério da Saúde.

*Solicitar FTA-ABS, somente se TR e VDRL divergentes.

*Notificar somente após confirmação de diagnóstico, (VDRL/FTA-ABS REAGENTE).

Fluxograma 2.3 - Sífilis adquirida/ não específica



2.4.5 - Sífilis Congênita

A transmissão vertical da sífilis continua como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo a IST que possui maior taxa de transmissão vertical.



Considerando este grave problema de saúde pública e tendo a sífilis um grau de transcendência extremamente considerável na atenção ao pré-natal, o diagnóstico adequado e em tempo oportuno, bem como o tratamento correto, são fatores imprescindíveis no enfrentamento desta situação. O quadro abaixo traz resumidamente o tratamento geral e da gestante, de acordo com a fase clínica.

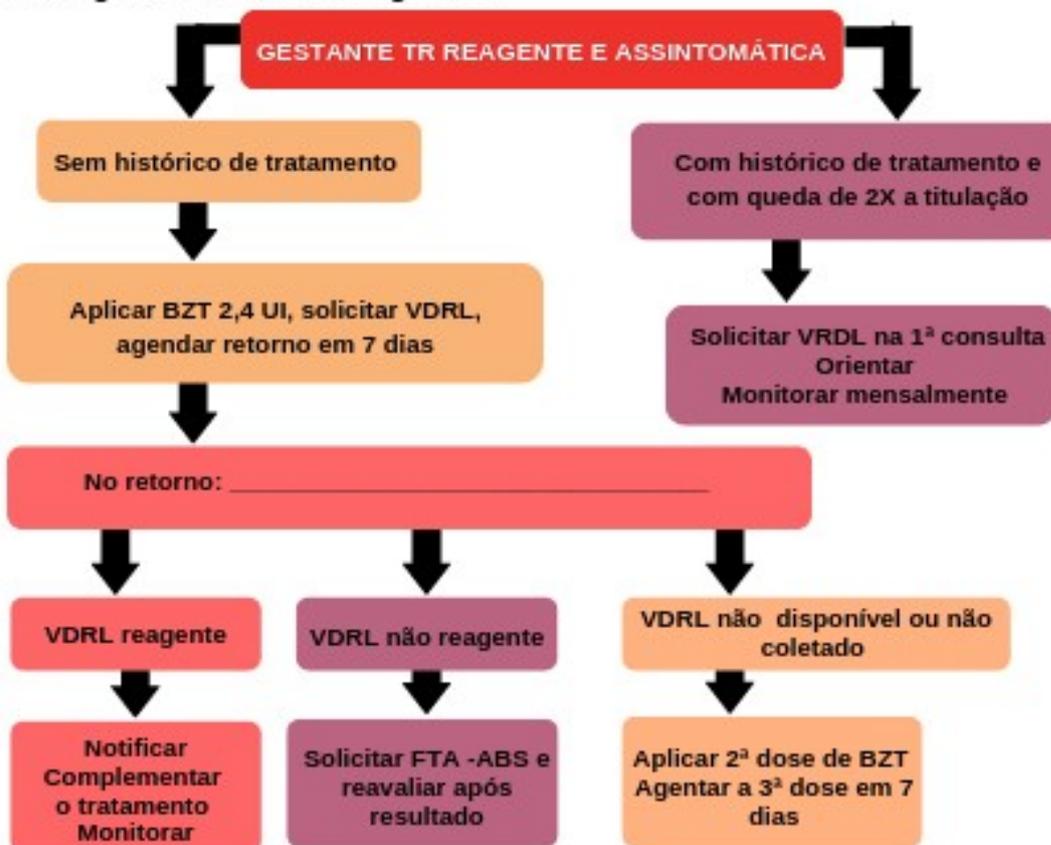
Quadro 2.4 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis**

Estadiamento	Esquema terapêutico	Opções terapêuticas na impossibilidade da penicilina ou alergia	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada nádega)	Doxiciclina 100mg 12/12h (VO) por 14 dias.	VDRL trimestral - redução da titulação
Sífilis latente, latente tardia ou terciária*	Penicilina G Benzatina, 7.2 milhões UI, IM, divididos em 3 doses (2.4 milhões UI por semana)	Doxiciclina 100mg 12/12h (VO) por 28 dias.	VDRL trimestral - redução da titulação
Sífilis em Gestante	Penicilina G Benzatina, 7.2 milhões UI, IM, divididos em 3 doses (2.4 milhões UI por semana)	Preferencialmente Penicilina. Caso alergia, referenciar para atenção terciária para desensibilização.	VDRL mensal - redução da titulação

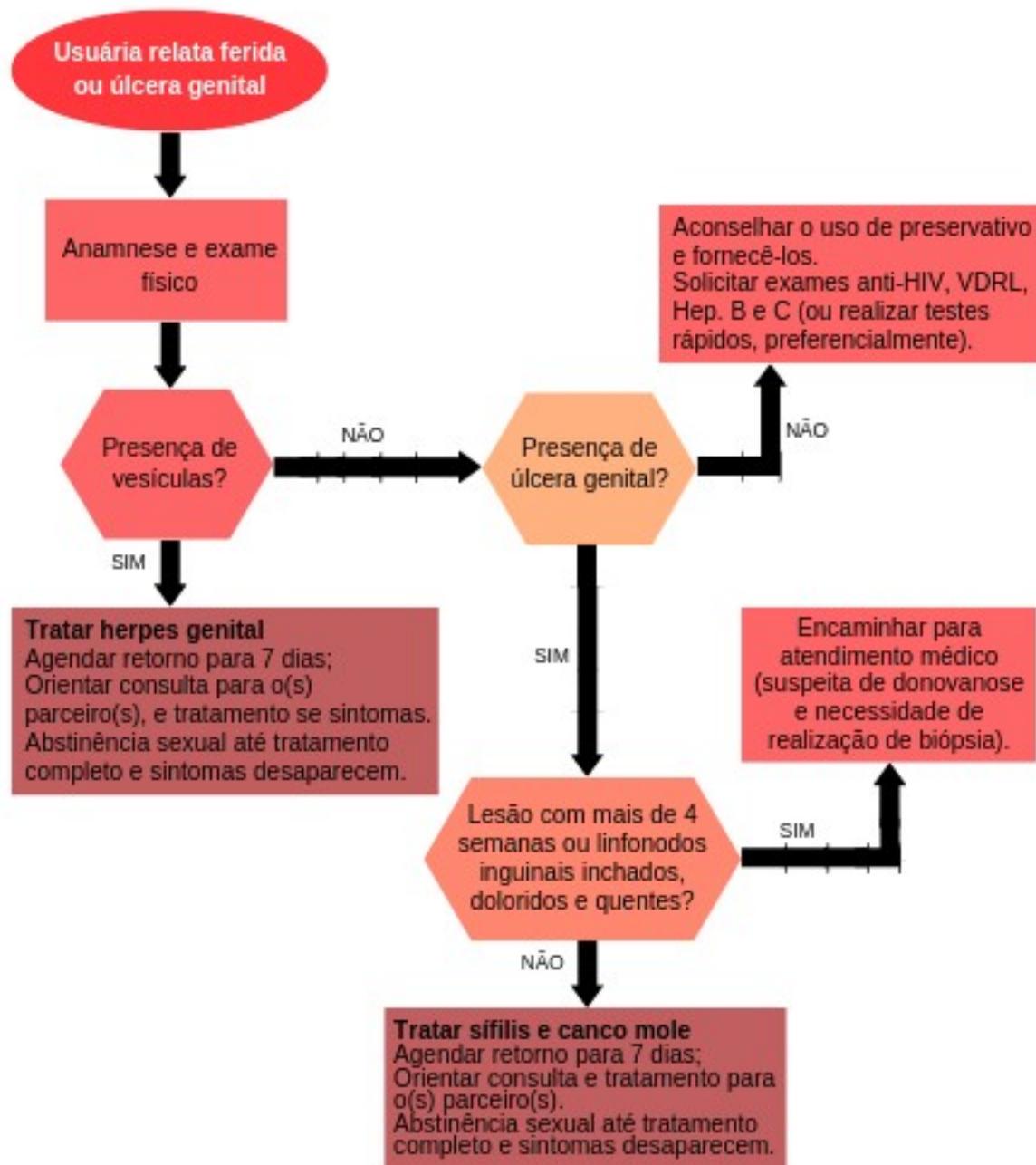
*Em caso de suspeita de neurosífilis, encaminhar para atendimento médico imediato.

**Somente poderá ser realizada a aplicação dos medicamentos com o médico presente na UBS

Fluxograma 2.4 - Sífilis em gestante



Fluxograma 2.5 - Síndrome de úlcera genital



Em todos os casos, orientar sobre ISTs, aconselhar o uso de preservativos e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, VDRL, Hep. B e C (realizar testes rápidos preferencialmente). Encaminhar para atendimento médico imediato se falha terapêutica.



Quadro 2.5 - Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital

Agenda	1ª opção	2ª opção	Observação
Herpes Genital	Aciclovir 400mg VO 3x ao dia por 7 dias Se dor prescrever lidocaína gel (uso tópico) a cada 8 horas nas lesões		Se recidiva, prescrever aciclovir 800mg VO, 3x por 2 dias, iniciando preferencialmente no período prodômico (aumento de sensibilidade local, ardor, prurido e hiperemia da região genital), mesmo antes das vesículas aparecerem.
Sífilis*	Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada nádega) - esquema para sífilis primária <small>Apenas poderá ser administrada na UBS se médico presente</small>	Doxiciclina 100mg, VO, 12/12h, por 14 dias (apenas se alergia a penicilina e não gestante/nutriz)	Doxiciclina é contraindicado em gestantes e nutrízes. Considerando a problemática da sífilis congênita e em gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, preferenciar a atenção terciária para desensibilização, em virtude da penicilina ser a única droga a romper a barreira placentária.
Cancro mole	Azitromicina 1g, VO, dose única	Ciprofloxacino 500mg, VO, 12/12h por 3 dias.	Ciprofloxacino é contraindicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrízes.
Donovanose	DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas;	Azitromicina 1g, VO 1x aos dia, por 3 semanas	Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico.

*Conduta válida apenas para tratamento de sífilis primária (evidência de lesão ulcerativa no momento da consulta), exceto para gestantes. Para condutas a serem tomadas diante de exames e estadiamento da sífilis ou para gestantes, referenciar ao quadro 4 neste mesmo capítulo.

* O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódica, conforme item 2.4.2 deste mesmo capítulo.

** A aplicação da Penicilina Benzatina somente poderá ser realizada com a presença do médico na UBS, o motivo é maior segurança do paciente caso acha alguma reação.

Orientar consulta dos parceiros. Os diagnósticos e condutas terapêuticas para estes deverão seguir o mesmo esquema descrito acima. No caso de tratamento para úlcera genital, deverá ser solicitado VDRL para parceiro, mesmo que este(a) não tenha evidência de lesão genital, prosseguindo ao tratamento caso necessário. Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada doxiciclina (exceto nas gestantes e nutrízes).



2.5 Condiloma ou verrugas anogenitais

Doença viral causada pelo Papilomavírus Humano (HPV), caracterizada por verrugas anogenitais, as quais podem únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas em região peniana, anal ou vaginal. O paciente permanecer anos sem manifestar lesões verrugóides.

A principal complicação da infecção pelo HPV é o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas mulheres e o câncer de pênis nos homens, devendo a avaliação dos parceiros ser algo a ser buscado sempre, não só na quebra da cadeia de transmissão, mas também na prevenção do câncer genital, o qual apresenta alto impacto na população sexualmente ativa.

Situações especiais como gestantes e pessoas imunodeprimidas, portadores do HIV por exemplo, devem ser avaliados criteriosamente na escolha e condução do tratamento. Para a realização dessas medidas de tratamento encaminhar para Clínica da Mulher.

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser avisados sobre a possibilidade de recorrência, que frequentemente ocorrem nos três primeiros meses.

Observações

- Sempre realizar exame citopatológico de colo uterino (associação de câncer nesse local com HPV);
- Tranquilizar paciente já que a maioria das verrugas regride espontaneamente em até 2 anos.

Mulher com presença de
verrugas anogenitais



Encaminhar para Clínica da Mulher

2.6 Prurido Genital

O prurido em região genital ou perigenital pode evidenciar outros problemas que não os descritos nos capítulos anteriores. Um dos mais comuns é pediculose genital, a qual consiste na presença de um parasita chamado Pthirus púbis, popularmente conhecido como "chato".

A infecção pode ser evidenciada pela identificação diretamente, a olho nu, do parasita, concomitante com áreas discretas de inflamação na pele de onde o parasita suga o sangue. Ainda podem ser identificados os ovos ligados aos pelos pubianos, de maneira semelhante ao que acontece na infecção pelo piolho comum (Pediculus capitis).

O tratamento consiste na aplicação de permetrina creme a 1% sobre toda a área afetada, sendo retirada após 10 minutos. O mesmo medicamento deve ser reaplicado após uma semana. Não há contra-recomendações de uso da permetrina em gestantes. O uso de sabão neutro no local é recomendado devido à menor irritação cutânea gerada por esses agentes. É altamente recomendado a troca diária das roupas de cama durante o tratamento, sendo lavados com água e sabão, expostas ao sol e passadas a ferro quente. A mesma recomendação serve para as roupas íntimas. A depilação local deve ser avaliada, sendo efetiva no controle dos parasitas mas não obrigatória, contanto que as condições de higiene pessoal sejam adequadas.

Sendo uma IST, é importante que os parceiros sejam consultados e que todas as orientações referentes à contração de IST sejam realizadas. Além disso, questionar e estar atento para sinais/sintomas que possa sugerir outras IST, bem como oferecer sorologias.

Além da pediculose pubiana, outros problemas podem gerar prurido sem serem enquadrados nos fluxos apresentados. Dentre os mais comuns estão as doenças conhecido como líquen e seus subtipos, as quais possuem natureza etiológica variada e acometem a região genital feminina. Sinais de atenção para o enfermeiro no momento da consulta envolvem a mudança de coloração da vulva, modificações anatômicas da vulva, placas de coloração diferente do habitual (avermelhadas ou esbranquiçadas, normalmente), adelgaçamento da pele vulvar,



dispareunia e disúria não explicada, e prurido sem correlação com outras síndromes/doenças. Ao evidenciar um quadro sugestivo de líquen, o enfermeiro deverá encaminhar para atendimento médico.

2.7 - HIV/AIDS

Desde a revolução propiciada pela terapia antirretroviral (TARV) o HIV/AIDS se traduziu em uma patologia crônica, a qual apresenta importância relevante por parte do atendimento pelo profissional de enfermagem, desde o diagnóstico até mesmo ao acompanhamento do tratamento e complicações da referida terapia.

O diagnóstico da soropositividade em relação ao HIV pode ser feito por testes rápidos (fluxo lateral e duplo percurso) os quais fornecem a confirmação diagnóstica precoce do paciente portador de HIV. Em função disso, recomenda-se triagem universal de todas as pessoas que iniciaram a vida sexual independente da idade, mas respeitando os princípios éticos na solicitação destas sorologias.

Não será abordado neste momento as especificidades da referida testagem, neste momento, caso deseje saber mais os mesmos pode ser acessado pelo link abaixo: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf.

Os testes rápidos são simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado. Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV.

2.7.1 - Rastreamento

O rastreamento para a infecção pelo HIV deve ser feito nas seguintes situações:

- Gestação (primeiro e terceiro trimestres)
- Presença de outras doenças sexualmente transmissíveis
- Tuberculose
- Pessoas que apresentam manifestações clínicas compatíveis com infecção aguda ou tardia pelo HIV
- Comportamento sexual de risco
- Uso de drogas injetáveis
- Pessoas que pedem para realizar o exame

Se o exame for feito em adolescentes, não é necessária a autorização ou presença dos pais.





2.7.2 - Quando suspeitar da infecção pelo HIV?

SÍNDROME DA INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

Ocorre geralmente entre duas e seis semanas após a infecção, manifestando-se de forma sintomática em mais de 60% das pessoas infectadas, com sintomas desde leves até proeminentes, necessitando algumas vezes de internação hospitalar. Como os sintomas são inespecíficos, frequentemente o diagnóstico de HIV não é suspeitado.

Manifestações clínicas relacionadas à infecção aguda pelo HIV

O paciente pode estar assintomático ou apresentando um ou mais dos sintomas a seguir:

- Febre (38 a 40°C).
- Linfadenopatias (cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar) indolores, simétricas e móveis.
- Náusea.
- Diarreia.
- Perda de peso.
- Dor de garganta.
- Rash cutâneo.
- Ulcerações mucocutâneas.
- Mialgia/artralgia.
- Cefaleia.
- Meningite asséptica

O quadro clínico tem resolução espontânea, normalmente, após 1 a 4 semanas.

2.7.3 - Como diagnosticar a infecção pelo HIV?

A estratégia prioritária para o diagnóstico da infecção pelo HIV na atenção primária é a realização do teste rápido. A oferta do teste rápido é obrigatória no primeiro e terceiro trimestres do pré-natal e no momento do diagnóstico da tuberculose, porém ele também deve ser oferecido para qualquer pessoa com indicação para o exame.

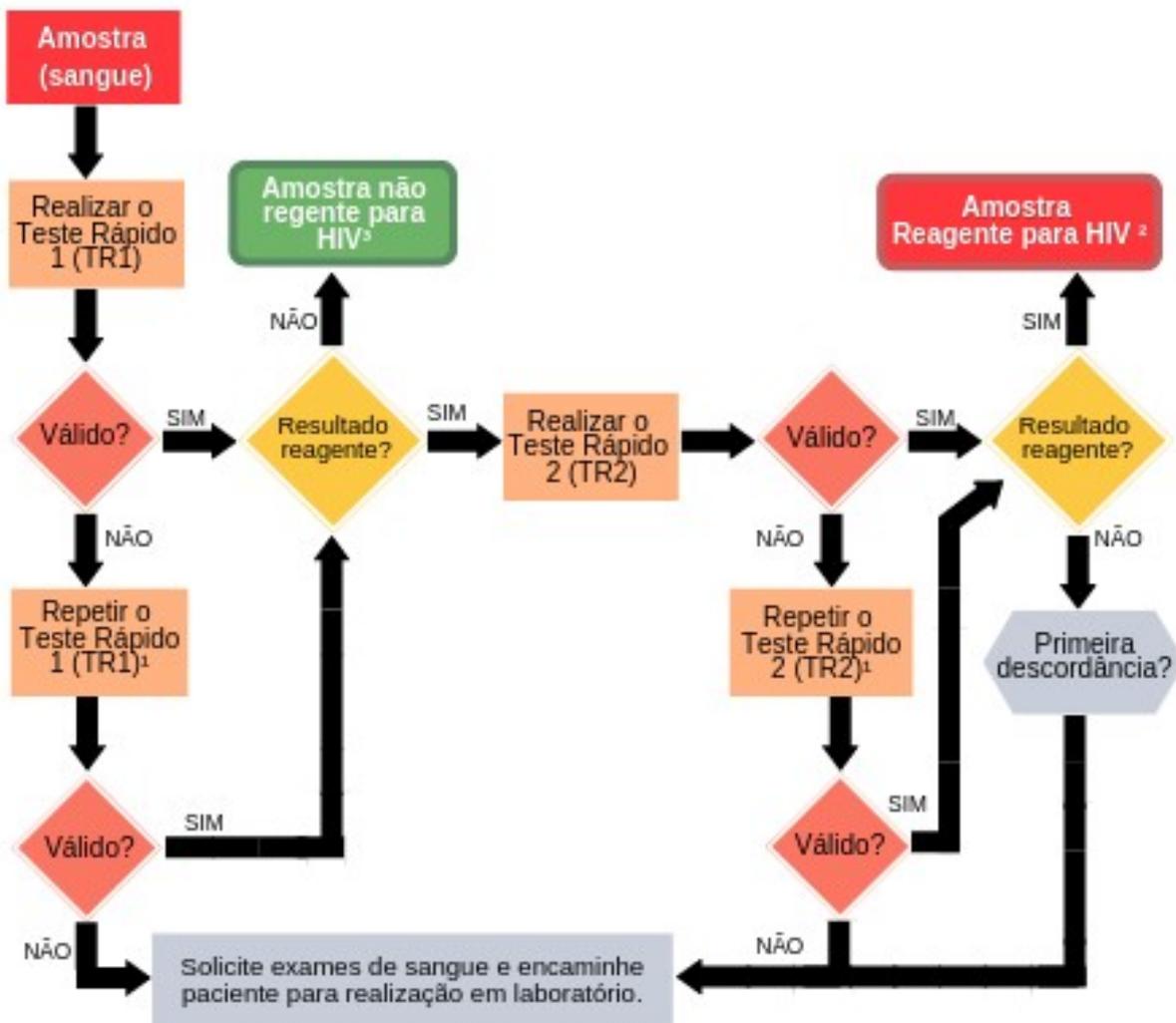
O teste rápido é realizado em sangue capilar conforme o Manual Técnico para o diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV. Se positivo, o exame deve ser repetido em nova amostra utilizando teste de outro laboratório. O Ministério da Saúde preconiza atualmente o treinamento para a realização dos testes rápido através do TELELAB, disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv>.

O resultado do teste rápido deve ser fornecido ao paciente em laudo padronizado, assinado pelo profissional que realizou o exame. O fluxograma a seguir resume o processo do diagnóstico do HIV por meio do teste rápido.





Fluxograma 2.6 - TR1 + TR2: sequencial. TR-1 e TR-2 de fabricantes diferentes



¹ Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

² Encaminhar o paciente para Serviço de Assistência Especializada (SAE) - Infectologista.

³ Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra

2.7.4 - Comunicação com o paciente a respeito do exame do HIV

A realização do exame do HIV deve ser acompanhada de uma comunicação adequada com o paciente, que precisa autorizar verbalmente sua realização. Esse processo é dividido em aconselhamento pré-teste e aconselhamento pós-teste. Mesmo que o aconselhamento seja mais breve na APS, ele requer tempo adequado para ser realizado e, inclusive, para repetir o teste rápido em caso de resultado positivo. Para tanto, pode ser necessário resolver antecipadamente demandas que requerem atenção mais imediata.



Aconselhamento pré-teste

O aconselhamento pré-teste tem como função discutir com o paciente os motivos para a realização do teste, explicar os procedimentos envolvidos, esclarecer dúvidas e obter o consentimento. O conteúdo da discussão depende muito da necessidade de informações expressas pelo paciente. Por exemplo, quando o exame é realizado como parte da rotina do acompanhamento pré-natal, pode ser suficiente informar que o exame faz parte da rotina, com o objetivo de detectar precocemente uma infecção tratável, já quando o exame é solicitado devido à presença de comportamentos de risco ou o paciente apresenta grande ansiedade em relação ao exame, pode ser necessário um aconselhamento mais extenso.

Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma individualizada, a leitura do resultado pode ser feita pelo profissional na frente do paciente. Entretanto, se o paciente aguardar na sala de espera durante o intervalo entre o término do aconselhamento pré-teste e o momento em que é feita a leitura do resultado, pode ser mais fácil para o profissional de saúde se preparar emocionalmente para informar o resultado caso ele seja positivo. Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma coletiva, os pacientes devem obrigatoriamente aguardar o resultado na sala de espera.

O quadro abaixo apresenta uma proposta de aconselhamento pré-teste adequada à consulta em atenção primária.

Quadro 2.6 - Proposta de aconselhamento pré-teste

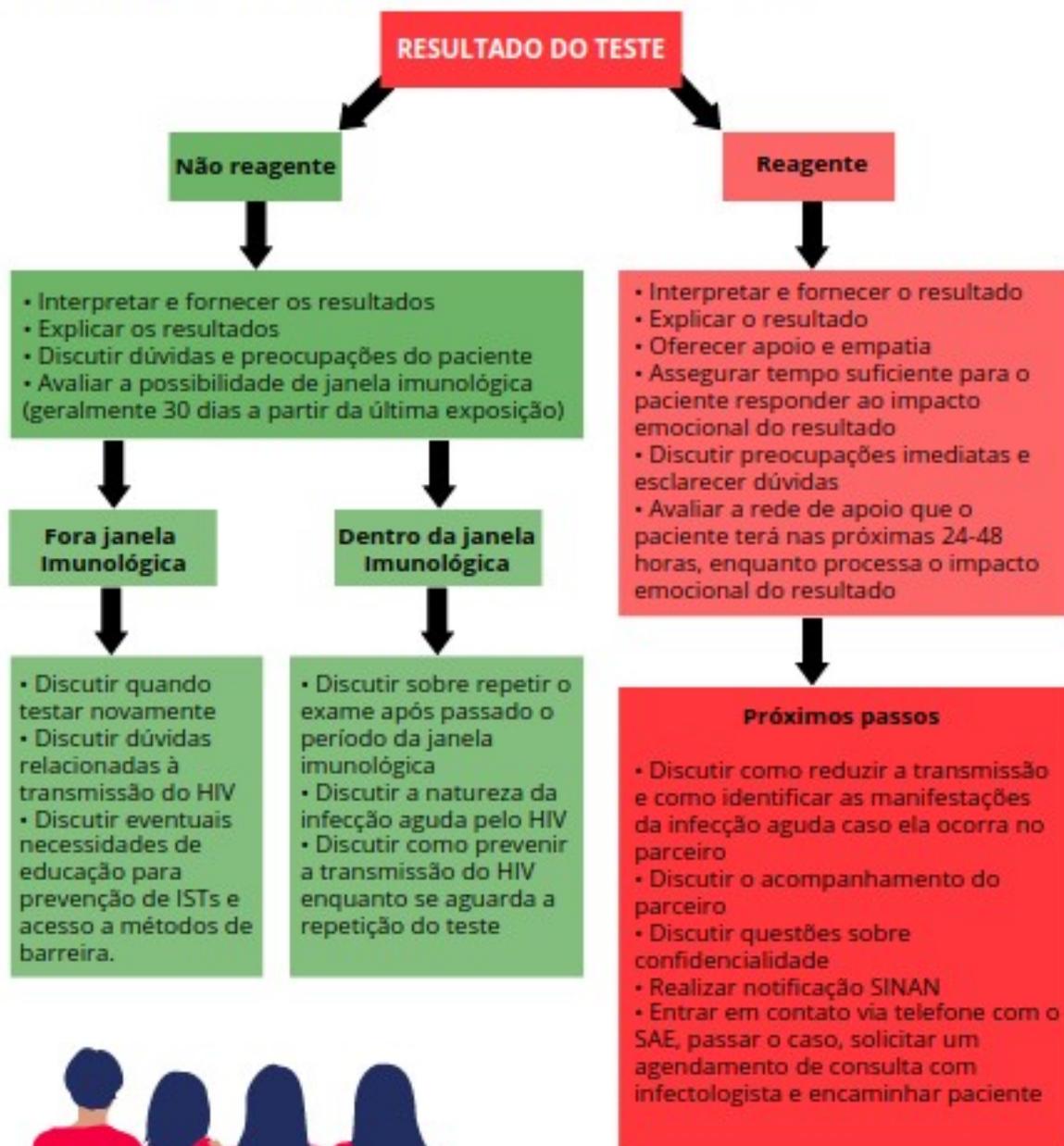
Elementos que podem ser incluídos na discussão	Ação
Benefícios da realização do teste se resultado negativo: <ul style="list-style-type: none">- O paciente se tranquiliza de que não tem HIV- O paciente pode continuar tomando medidas para evitar a infecção- Suas eventuais doenças atuais poderão ser tratadas sem serem afetadas pelo HIV	<ul style="list-style-type: none">- Obter consentimento para o teste- Garantir a confidencialidade sobre o resultado do exame- Definir se o paciente estará sozinho ou acompanhado no momento do resultado- Assegurar-se de que o cadastro do paciente está atualizado com as informações corretas para contato posterior, se necessário.
Benefícios da realização do teste se resultado positivo: <ul style="list-style-type: none">- Existem tratamentos eficazes que previnem complicações associadas ao HIV- É possível tomar medidas para evitar a transmissão da doença para seus parceiros sexuais- O tratamento para outras doenças pode ser ajustado, se necessário, para acomodar o tratamento do HIV- Pessoas com HIV podem ter filhos saudáveis se souberem da infecção já no início da gestação- É possível ter maior controle sobre para quem contar e quando contar, do que se a doença for descoberta mais tardiamente, quando há manifestações clínicas da infecção.	

Aconselhamento pós-teste

O aconselhamento pós-teste também deve ser focado nas necessidades expressas pelo paciente. Ele obviamente terá duração maior se o resultado for positivo. O fluxograma a seguir apresenta uma proposta de aconselhamento pós-teste adequada à consulta em atenção primária⁸.



Fluxograma 2.7 - Aconselhamento pós-teste rápido para HIV





2.4.5 - DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS - PrEP E PEP

Como o próprio nome sugere, a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) é indicada e utilizada antes da exposição sexual, enquanto a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) é utilizada após uma exposição sexual com indicação de prevenção do HIV. É claro que a PrEP não é exclusiva para esses grupos e os graus de vulnerabilidade individuais devem ser levados em conta na hora da indicação do método.

A PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV – é o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com o vírus. A PrEP, deve ser utilizada se você acha que pode ter alto risco para adquirir o HIV.

A PrEP não é para todos e também não é uma profilaxia de emergência, como é a PEP. Os públicos prioritários para PrEP são as populações-chave, que concentram a maior número de casos de HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e parcerias sorodiferentes (quando uma pessoa está infectada pelo HIV e a outra não).

A PEP – Profilaxia Pós-Exposição – é o uso de medicamentos antiretrovirais por pessoas após terem tido um possível contato com o vírus HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico). Para funcionar, a PEP deve ser iniciada logo após a exposição de risco, em até 72 horas; e deve ser tomada por 28 dias. Deve-se encaminhar imediatamente a paciente a um serviço de saúde que realize atendimento de PEP assim que julgar esta ter estado em uma situação de contato com o HIV. É importante observar que a PEP não serve como substituta à camisinha.

OBS: Preencher formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

PREP (Tenofovir 300mg + Entricitabina 200mg)

Apresentação: Comprimido composto (combinado de dois medicamentos)

Via de Administração: Oral

Indicações: 1x ao dia, todos os dias ininterruptos.

NÃO É TRATAMENTO. É o uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV.

Observações: A PrEP não previne a gravidez e não garante 100% de proteção contra o HIV

PEP (Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg + Dolutegravir (DTG) 50mg)

Apresentação: Comprimido composto (dose fixa combinada TDF +3TC) + comprimido de DTG que devem ser usados em conjunto)

Tratamento: Iniciado o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição e tendo como limite 72 horas subsequentes à exposição.

O esquema preferencial para PEP em adultos é: Tenofovir (TDF)/Lamivudina (3TC): + Dolutegravir (DTG): 1 comprimido de (TDF+3TC) + 1 comprimido de DTG, via oral, uma vez ao dia, por 28 dias.

Indicações: é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como:

- **Violência sexual;**
- **Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento);**
- **Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).**



Observações: É importante que o tratamento seja feito até o fim, pois caso tenha havido de fato exposição do HIV, é possível garantir a neutralização de todas as partículas virais e, assim, evitar o desenvolvimento da doença.

- Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, **NÃO** está indicada a PEP. No entanto, se o material biológico e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico conforme o fluxograma 2.4, além de orientações sobre prevenção combinada.
- Existe a recomendação de que toda pessoa com exposição sexual de risco ao HIV seja avaliada para um eventual episódio de infecção aguda pelos vírus das hepatites A, B e C.

Situações especiais:

As mesmas contraindicações aos antirretrovirais (ARV) devem ser observadas ao se iniciar PEP:

- gestantes no primeiro trimestre (até 12ª semana de gestação);
- suspeita de gestação (pessoa que está tentando engravidar, atraso menstrual e presença de sinais e sintomas de gravidez, com risco de já ter concebido);
- insuficiência renal crônica*;
- crianças menores de 12 anos;
- uso de medicações anticonvulsivantes com interação medicamentosa, dofetilida e pilsicainida.
- TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco), quando a taxa de filtração glomerular for menor que 50 mL/min, ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. Nestes casos a indicação deve ser avaliada, já que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e provavelmente reversível com a suspensão do medicamento.

ATENÇÃO: o uso concomitante de rifampicina, fenitoína, fenobarbital e carbamazepina requer ajuste da dose do DTG para 50mg 12/12h.

- Pessoa-fonte que já utilize terapia antirretroviral (TARV) em esquemas alternativos ou tenha carga viral detectável. Nesses casos, é importante que a pessoa exposta inicie a PEP e seja reavaliada o mais brevemente possível em serviço especializado para adequação do esquema de PEP.
- Pessoa exposta seja portadora de hepatite B concomitante.
- Necessidade de utilizar esquemas alternativos.

A prescrição de medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PREP) conforme protocolo Ministério da Saúde é detinada a enfermeiros atuantes no SAE e SAVS.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatitis e outras DST/** Ministério da Saúde, Secretarira de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
5. British Medical Journal (BMJ), Best Practice. Tópicos: **Doença Inflamatória Pélvica; Cervicite; Corrimento Vaginal; Corrimento Uretral.**
6. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022.** Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
7. CHESTER SEXUAL HEALTH. (em 18 de agosto de 2012). Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>
8. COFEN. **Parecer Técnico sobre a Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros.** BRASÍLIA, 6 maio 2020.
9. Workowski KA, Berman SM; Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010** [published correction appears in MMWR Recomm Rep. 2011;60(1):18]. MMWR Recomm Rep. 2010;59 (RR-12):1-110
10. World Health Organizatin (WHO). **Global Incidence and Prevalence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections – 2008.** Genebra: World Health Organization, 2012.



3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em 12 de janeiro de 1996 foi sancionada a Lei no 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, visando assegurar os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva. É nesse contexto que entram as ações relacionadas ao planejamento familiar, tanto para pré- concepção quanto para a contracepção.

3.1 – Preconcepção

Com o desenvolvimento da sociedade e cada vez mais a mulher tornando-se protagonista da decisão da melhor hora de engravidar, o enfermeiro na consulta de enfermagem deve procurar abordar o tema, não só da prevenção a gestação, mas também o planejamento da concepção, seja através de apoio emocional ou mesmo o início do ácido fólico e solicitação de exames de rotina.

Condutas de enfermagem no período pré-concepcional

- Realizar consulta de enfermagem abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher e, se possível, de seu(sua) parceiro(a);
- Perguntar sobre a DUM e orientar sobre formas de identificar o período fértil (cálculo do período com base no 1o dia de sangramento da última menstruação, levando em consideração a duração do ciclo de cada mulher, modificações que ocorrem no muco cervical/secreção vaginal tornando-o mais abundante, discreta elevação da temperatura corporal, aumento da libido, entre outros);
- Prescrever ácido fólico 5 mg/dia no mínimo 30 dias antes da concepção;
- Verificar situação do citopatológico, e caso necessário, realizar o mesmo;
- Solicitar sorologias ou realizar testes rápidos para: HIV, Hepatites B ou C e Sífilis (casal); Toxoplasmose (IgG/IgM) e Rubéola IgG;
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto, triplice viral e febre amarela) e, em caso de atraso ou ausente, vacinar conforme Manual de normas e procedimentos para a vacinação MS/2014 14 . Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado (tríplice viral e febre amarela);
- Abordar cessação do fumo e álcool antes da gravidez, se necessário;
- Questionar sobre comorbidades pré-existentes, sobretudo as de caráter crônico, encaminhar para o MFC a fim de assegurar que a patologia esteja sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- Acolher a mulher, tirando as dúvidas e angústias relacionadas a uma possível gestação;
- Convidar o seu parceiro a realizar exames e vacinas de rotina, vinculando o mesmo no processo de escolha e programação familiar.

3.2 – Métodos Contraceptivos

O enfermeiro deverá auxiliar a paciente na escolha do método anticoncepcional considerando suas particularidades, tais como idade, doenças associadas, tabagismo, estilo de vida e perfil sociocultural, uma vez que há contra-indicações relativas e absolutas para cada método.



Na consulta de enfermagem é importante levantar o histórico gineco-obstétrico, rastrear e registrar o risco cardiovascular da paciente, interrogar comorbidades e medicamentos em uso, investigar gestação em curso, etc.

É fundamental elucidar os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas que possam vir a interferir na eficácia do método, bem como frisar a importância do uso de métodos adicionais quando necessário.

No Anexo I deste documento, há uma tabela com a taxa de falha dos métodos de contracepção.

As categorias de elegibilidade dos contraceptivos, sejam eles hormonais ou não, são assim definidas pela OMS (o quadro 3.2 foi adaptado da fonte para melhor definir as possibilidade de prescrição pelos (as) enfermeiros):

Quadro 3.1 - Categorias de elegibilidade dos métodos contraceptivos

Categoria	Definições
Categoria 1	A condição não restringe o uso do método contraceptivo = Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
Categoria 2	As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado = prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/ aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/ sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes.
Categoria 3	Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição = Prescrição médica somente.
Categoria 4	O risco do uso do método é inaceitável nesta condição = não prescreva.





Quadro 3.2- Categorias de Elegibilidade Conforme o Tipo de Método Escolhido e orientação ao Enfermeiro (adaptado)

Condição atual	Pílula combinada	Pílula somente com progestágeno (exceto minipílula de noretisterona)	Injetável combinado (mensal)	Injetável com progestágeno (trimestral)	DIU de cobre	Minipílula de noretisterona
Idade inferior a 40 anos	1	1	1	1	1 2 se <20 anos	NÃO UTILIZAR
Idade igual ou superior a 40 anos	2	1	2	2	1	NÃO UTILIZAR
Amamentação - menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	1=prescrever a partir de 4 semanas após parto	NÃO UTILIZAR
Amamentação - entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	1	3	1	1	1
Amamentação - mais de 6 meses após o parto	1/2*	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
Obesidade	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
IST atual (exceto Hepatite e HIV)	1	1	1	1	4 para inserção se DIP/ cervicite atual** 2 para continuação se DIU e com cervicite/ DIP atual 2 se outras ISTs	NÃO UTILIZAR
Tabagismo em mulheres <35 anos	2	1	2	1	1	NÃO UTILIZAR
Tabagismo em mulheres >35 anos	3/4	1	3/4	1	1	NÃO UTILIZAR
HAS controlada	3	2	3	2	1	NÃO UTILIZAR
HAS com PAS >160 e PAD > 100 mmHg	4	2	4	3	1	NÃO UTILIZAR
HAS + Doença cardiovascular	4	2	4	3	1	NÃO UTILIZAR
TEP / TVP atual ou recente	4	3	4	3	1	NÃO UTILIZAR
Histórico de TEP/TVP no passado, com ou sem uso de anticoagulante oral	4	2	4	2	1	NÃO UTILIZAR
Infarto ou AVC	4	2/3	4	3	1	NÃO UTILIZAR
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1	NÃO UTILIZAR
DM e complicações vasculares	3/4	3	3/4	2	1	NÃO UTILIZAR
Enxaqueca sem aura	2*** 3/4	2	2/3	2	1	NÃO UTILIZAR
Enxaqueca com aura	4	2/3	3/4	2/3	1	NÃO UTILIZAR
CA de mama atual ou passado	4	4	4	4	1	NÃO UTILIZAR
Uso de anticonvulsivantes	3	3	2	3	1	NÃO UTILIZAR
Uso de TARV/ HIV	2****	2****	2****	2****	1	NÃO UTILIZAR
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	NÃO UTILIZAR



* A definição como categoria 2 se dá pelos efeitos sobre o leite materno, não sobre a mãe, diretamente. Assim, sempre que possível, utilizar outro método classificado como 1 durante a amamentação, mesmo que não exclusiva.

** Pode ser inserido após tratamento completo e sem sintomas de cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia. Para DIP: inserir após 12 semanas do término do tratamento. Demais ISTs: categoria 2

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

**** Para mulheres em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a mesma possui como critério de elegibilidade a categoria 2. Orientar este grupo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais, não só pela questão de replicação viral, mas também pela diminuição da eficácia que estes medicamentos causam nos anticoncepcionais.

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede estão divididos em hormonais, de barreira e os irreversíveis ou cirúrgicos, os quais são explicados no quadro abaixo.

Quadro 3.3 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais Hormonais e Dispositivo Intrauterino (DIU)

Método/ responsável	Tipo disponível na rede municipal e classificação	Como usar/ Condutas do enfermeiro	Efeitos colaterais mais comuns
Pílula combinada estrogênio/ Progestágeno (mensal, do tipo monofásico) (Médico e/ou Enfermeiro)	Ethinilestradiol/ levonogestrel 0,03/ 0,15 mg <i>Classificação: método hormonal combinado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a administração no primeiro dia do ciclo menstrual ou no oitavo dia após a última dose do ciclo anterior. O comprimido deve ser tomado diariamente sempre no mesmo horário. • Manter o uso de preservativo no mínimo por 7 dias após início do método; • Ingerir o comprimido uma vez ao dia por 21 dias, sempre no mesmo horário, dar 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela. <p>Em caso de esquecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar; • Acima de 12 horas: orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 07 dias; • Mais de 1 episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término da cartela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea; • Alteração de humor: geralmente é melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica; <p>Em caso de vômitos: Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o final da cartela.</p>
Injeção de estrogênio mensal Progestágeno (Médico e/ou Enfermeiro)	Enantato de noretestisterona/ Valerato de Estradiol 50/5mg <i>Classificação: método hormonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Injeção IM a cada 4 semanas (ou 30 dias); • Iniciar entre o 1º e 5º dia do ciclo (preferencialmente no primeiro dia do ciclo menstrual); • Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método; <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 7 dias: aplique nova injeção; • Mais que 7 dias: descartar a possibilidade de gestação e, após, inicie novo ciclo, utilizando preservativo nos 7 primeiros dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso; • Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura: tranquilizar usuária, geralmente a melhora é espontânea; • Alteração de humor: geralmente melhora espontânea; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica.



<p>Injeção de progestágeno (trimestral) (Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Acetato de medroxiprogesterona 150mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Injeção IM a cada 12 semanas (ou 90 dias); • Pode iniciar a qualquer momento se certeza de não estar grávida ou nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual (preferencialmente no primeiro dia); • Usar preservativo no mínimo nos primeiros 7 a 14 dias após aplicação. <p>Em caso de atraso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 2 semanas: aplique nova injeção; • Mais de 2 semanas: descarte primeiro a possibilidade de gravidez e, após, aplique o método. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia (comum); • Ganho de peso; • Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses*; • Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhe para avaliação médica*. <p>Não deve ser utilizado em menores de 16 anos devido a diminuição da densidade óssea.</p>
<p>Dispositivo intrauterino (DIU)</p>	<p>Encaminhamento para inserção de DIU de Cobre (DIU-Cu)</p> <p><i>Classificação: método de barreira</i></p>	<p>• Orientações:</p> <p>Descartar sempre gravidez, priorizar inserção durante o ciclo menstrual (facilidade de inserção do método e descarte de gestação ao mesmo tempo);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar preventivo antes da inserção, caso esteja com rastreamento em atraso (abordagem oportunística); • No caso de aumento do sangramento menstrual e/ou cólicas durante os 03 primeiros meses de uso, o enfermeiro deverá encaminhar paciente para o médico ou solicitar avaliação conjunta; • Seguimento da mulher após inserção: em 1 semana com quem realizou a inserção e após primeiro ciclo menstrual. Caso não haja intercorrências, o seguimento ocorre anualmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais mais intensos e com fluxo aumentado podem ocorrer; • Logo após a inserção, os efeitos mais comuns, os quais geralmente desaparecem ao longo das semanas, é o sangramento uterino de pequena a média quantidade; caso apresente fluxo intenso avaliar, em conjunto com médico da equipe; • Para manejo das principais intercorrências relacionadas ao DIU, verifique o Anexo B • A taxa de falha do método fica em 0,8% (para uso típico) a 0,6% (uso correto), sendo um dos mais seguros quando comparado com outros métodos;
<p>Minipílula de progestágeno isolado (Médico e/ou Enfermeiro)</p>	<p>Noretisterona 0,35 mg</p> <p><i>Classificação: método hormonal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escolher este método se a mulher estiver amamentando e iniciar após 6 semanas do parto; • Tomar na mesma hora, todos os dias (uso contínuo) e manter aleitamento materno exclusivo; • Obs: não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse utilizar preservativo por 2 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento anormal: comum nos primeiros 3 meses*; • Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica.
<p>Métodos cirúrgicos (irreversíveis) (Enfermeiro e Médico)</p>	<p>Encaminhamento para:</p> <p>Laqueadura tubária</p> <p>Vasectomia</p> <p>Homens e mulheres com plena capacidade civil, com mais de 25 anos ou 2 filhos vivos são candidatos a esterilização cirúrgica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando assim todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; • Entregar termo de consentimento livre e esclarecimento, lendo em conjunto com o mesmo a fim de não haver dúvidas em relação ao processo de encaminhando, lembrando sempre ao usuário sobre o risco de uma cirurgia e, que ambos os métodos são considerados na prática • Preencher formulários; • Médico da equipe deve assinar; <p>IRREVERSÍVEIS;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames pré-operatórios: Glicose, Hemograma, TAP, TTPa, Parcial de urina, Beta HCG e ECG para maiores de 40 anos (somente após marcação da consulta para avaliação com o especialista); • Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar sucesso do procedimento cirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> • Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso. Para os homens orienta-se evitar carregar peso por um período não inferior a 5 dias. Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós-cirúrgica; • Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciado para serviço de urgência.



<p>Anticoncepção de emergência (Enfermeiro ou Médico)</p>	<p>Levonorgestrel 0,75 mg - comprimido cartela vem com 2 comprimidos</p>	<p>Contraceção de emergência/pílula do dia seguinte. Indicado em caso de: - violência sexual, - relação sexual desprotegida, - ruptura do preservativo, - deslocamento ou expulsão do DIU, - esquecimento prolongado do método contraceptivo.</p> <p>Prescrever 1 comprimido VO de 12/12 horas, iniciar a primeira dose no máximo até 72 horas após relação desprotegida ou 2 comprimidos em dose única.</p>	<p>Se houver vômitos até 1 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se. Se paciente está em TARV (ou PEP), tratamento para TB ou epilepsia, aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única; • Na indisponibilidade dos comprimidos de levonorgestrel, o enfermeiro deverá encaminhar a mulher para consulta médica.</p>
--	---	--	--

* Se sangramento intenso e regular e interferindo com a qualidade de vida, questionar se há sangramento em outras partes do corpo (gengiva, arranhões leves, lesões de pele):

- Sangramento presente em outras partes do corpo: se sinais de gravidade presentes (hipotensão, palidez, fraqueza, nível de consciência alterado), encaminhar para avaliação médica. Sem sinais de gravidade, solicitar hemograma, TAP e TTPA e encaminhar para consulta médica após resultado dos exames;
- Sangramento ausente em outras partes do corpo: solicitar hemograma. Se Hb \leq 12, prescreve sulfato ferroso 160mg ao dia (4 comprimidos) por 3 meses. Repetir hemograma em 2 meses. Troque o método. Maneje cólica/sangramento menstrual conforme fluxograma 1.3.

Além dos métodos anticoncepcionais hormonais, os não farmacológicos de abordagem comportamental também podem ser orientados à mulher conforme quadro 2.5 abaixo, visto que a escolha final de qual deles usar é da própria pessoa. Importante orientar sobre as taxas de falha de cada um deles, que pode ser visto no **Anexo I** deste documento.

ORIENTAR E REFORÇAR SEMPRE NA CONSULTA QUE NAO EXISTE METODO 100% SEGURO;

- Orientar paciente sobre auto cuidado e auto observação

Quadro 3.4 – Síntese de Métodos Anticoncepcionais não Farmacológicos de Abordagem Comportamental

Método/ responsável	Descrição	Como explicar	Observações
<p>Calendário (tabelinha, Ogino-Knauss)</p>	<p>Os dias férteis são calculados na base da história menstrual dos últimos seis meses. Em mulheres com ciclos mais ou menos regulares, com duração entre 26 e 32 dias, o período fértil vai do dia 8 ao dia 19 do ciclo.</p>	<p>Orientar a mulher que o 1º dia de sangramento menstrual deverá ser assinalado no calendário com um "M" e os 06 dias seguintes com um círculo. Depois deverá assinalar os 12 dias seguintes com um X. A chance de uma gestação ocorrer é pequena entre o dia marcado com M e os 06 dias seguintes marcados com círculo. A ocorrência de relações nos 12 dias marcados com X aumenta a probabilidade de concepção. Terminados os dias com X, as chances de uma nova gestação voltam a cair</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método préconcepcional, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil; • É importante atentar para a regularidade dos ciclos.



<p>Muco cervical (Billings)</p>	<p>Os dias férteis são os chamados dias úmidos, quando há muco cervical em quantidade mais abundante no canal vaginal, com extravasamento de secreção que forma fio.</p>	<p>Orientar a mulher a observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso mediante sensação de secura ou umidade da vulva e analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, é muito provável a ocorrência do período fértil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método próconcepcivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil.
<p>Temperatura corporal basal</p>	<p>Os dias férteis se calculam pela variação da temperatura corporal, que se eleva depois da ovulação.</p>	<p>Orientar a mulher a aferir sua temperatura corporal da mesma maneira (oral, vaginal, retal), no mesmo horário, todas as manhãs, antes de se levantar, registrando os valores. Nos dias em que for observada elevação entre 0,2° a 0,5°C, é provável que esteja no período fértil (aproximadamente no meio do ciclo menstrual, para muitas mulheres). Atingido o pico máximo de temperatura, ela deverá permanecer nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado como método anticoncepcional, se associado com abstinência nos dias férteis ou com método de barreira; • Pode ser utilizado como método próconcepcivo, caso a mulher esteja desejando uma gestação, privilegiando as relações no período fértil; • É importante atentar para outros fatores que possam interferir com variações da temperatura corporal, como a ocorrência de infecções, por exemplo; • O termômetro deve ser sempre o mesmo
<p>Sintotérmicos</p>	<p>Os dias férteis se calculam por um conjunto de sinais físicos, incluindo o muco cervical e a temperatura.</p>		
<p>Coito interrompido</p>	<p>Consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos.</p>	<p>Orientar a mulher a conversar sobre o método com o(s) parceiro(s), instruindo-o(s) a realizar a ejaculação fora de sua vagina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É necessário autocontrole do(s) homem(s) e confiança entre os envolvidos; • Importante orientar que o líquido pré-seminal pode conter espermatozoides e, mesmo não ocorrendo a ejaculação no interior da vagina, pode ocorrer a gravidez.
<p>Camisinha feminina</p>	<p>Consiste num tubo de poliuretano ou látex com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a um anel ou esponja (depende do modelo) flexível. O primeiro anel ou esponja, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente</p>	<p>Orientar a mulher acerca do correto procedimento de colocação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O preservativo feminino pode ser colocado em qualquer momento, desde que seja antes da penetração, e retirado com tranquilidade após o término da relação; • Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, senta da com os joelhos afastados, agachada ou deitada). O anel móvel/esponjinha deve ser apertado e introduzido na vagina; • Com o dedo indicador, ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; 	<ul style="list-style-type: none"> • É válido recomendar o armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade; • O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser usados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex);



Diafragma

Consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.

- Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto-toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação;
- Urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma;
- Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos;
- Em caso de uso com geleia espermaticida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá);
- Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geleia dentro), pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar;
- Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível;
- Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que esta se apóie na face posterior do púbis;
- Verificar a correta colocação do diafragma por meio do auto-toque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha;
- Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira);
- O diafragma não deve ser retirado antes de um período de 06 nem maior que 24 horas após a última relação sexual, e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período;
- Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora;
- Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio.

- Requer utilização de técnica de medida por parte do profissional de saúde para indicar o melhor tamanho (VER TÉCNICA PARA MEDIÇÃO ABAIXO);
- A vida média útil do diafragma é em torno de 3 anos, se observadas as recomendações do produto;
- O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o banho, desde que este ocorra pelo menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando, assim, a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital;
- O uso frequente de espermaticida associado aos diafragmas causa irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção pelo HIV e outras DST;
- A detecção de IST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso, ficará condicionado a cura da infecção e reavaliação de risco de nova DST e infecção pelo HIV.

*TÉCNICA PARA MEDIÇÃO DO DIAFRAGMA:

O tamanho adequado do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior. A medição deve ser feita por profissional de saúde treinado, por meio da seguinte técnica:

- 1 - Introduzir os dedos indicador e média na vagina, até que a extremidade do dedo médio atinja o fundo do saco vaginal posterior;
- 2 - Em seguida, com a ponta do polegar da mesma mão ou com o dedo de outra mão, marcar o local em que o dedo indicador toca a sínfise púbica;
- 3 - Retirar os dedos da vagina e medir o diâmetro aproximado;
- 4 - A distância da ponta do polegar e o local onde o dedo médio toca o fundo da vagina corresponde ao diâmetro aproximado;
- 5 - Partindo de um número inferior ao diâmetro aproximado, determinado pelo toque vaginal, experimentar as variações de 5 em 5mm, por meio dos anéis de prova ou, na ausência destes, de um jogo de diafragmas de amostra. Os diafragmas devem ser experimentados um a um, até se encontrar o que melhor se adapte à vagina;
- 6 - O anel (ou a borda do diafragma) deve tocar as paredes laterais da vagina e se assentar confortavelmente entre a sínfise púbica e o fundo de saco posterior;
- 7 - O diâmetro correto do diafragma é determinado ao se encontrar o maior tamanho que, adaptando-se perfeitamente à vagina, não fique deformado e não seja percebido com desconforto pela mulher.



Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília-DF, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed., 2. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos**; n. 40. Brasília. 2002. 4ª Edição.
4. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
5. DUNCAN et all. MedicinaAmbulatorial. **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Artmed. Porto Alegre-RS, 2014.
6. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Florianópolis, 2010.



4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 90% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (cerca de 10% dos casos). Ambos são causados por uma infecção persistente por tipos oncogênicos do Papiloma Vírus Humano (HPV). Com exceção do câncer de pele, esses tumores são os que apresentam maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Assim, é possível pensarmos e planejarmos em alguns serviços e estratégias que a Atenção Primária deve oferecer às mulheres de seu território, como a prevenção primária que intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer, ou seja, estimular a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselhar a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo. E a vacinação para crianças contra o HPV entre as idades de 09 a 14 anos 11 meses e 29 dias, em 02 doses com intervalo mínimo de 06 meses entre as mesmas. Caso a jovem tenha 15 anos ou mais por ocasião de receber a segunda dose, a mesma pode ser feita em qualquer momento da vida. A vacina contra o HPV também está disponível para as mulheres e homens de 09 a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

Oferta de serviços para garantir a prevenção secundária que realiza rastreamento conforme indicação e o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quando necessário, apoiando a família de forma integral.

É fundamental garantir o acesso a rastreamento em consultas agendadas e/ou em demanda espontânea/oportunística. A citologia oncológica (Papanicolaou, colpocitopatológico, Paptest, entre outros) é o exame de rastreamento universal para o câncer de colo do útero e sua realização é recomendada para todas as mulheres entre 25 e 64 anos, independentemente da orientação sexual, incluindo mulheres que fazem sexo com outras mulheres que já tenham tido penetração (grupo que menos se submete ao exame) e homens trans. O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.

Se alterações suspeitas no colo forem detectadas no exame especular, independentemente da idade/aprazamento, é permitido realizar a coleta. O mesmo vale em casos de relato de sangramento vaginal depois das relações sexuais, no intervalo entre as menstruações ou após a menopausa.

Como medidas preventivas, o enfermeiro deve informar à paciente que alguns fatores aumentam a predisposição para a doença: sexo desprotegido, multiplicidade de parcerias sexuais, tabagismo, sexarca precoce, multiparidade.



Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical (endocérvice) coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Muitas vezes o profissional se depara com situações especiais que suscitam dúvidas sobre a coleta da citologia oncótica.

O quadro 4.1 procura explicitar as situações referentes à coleta de citopatológico, dando direcionamento ao profissional enfermeiro na prática ginecológica durante a consulta de enfermagem.

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Mulheres que não iniciaram a vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Não há indicação para rastreamento do câncer de colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (25 a 64 anos); • Ainda que não haja evidência contra indicado a coleta de endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas.
Climatério e pós-menopausa	<ul style="list-style-type: none"> • Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia epitelial; ou a mulher apresentar vaginite/colpite atrófica que dificulte a coleta (sem queixas), realizar interconsulta com o médico para avaliar possibilidade de estrogênização tópica; • Caso a vaginite/colpite atrófica gere queixas, seguir orientações do capítulo 6 deste mesmo documento. • Atenção: Embora a absorção sistêmica do estrogênio tópico seja mínima, não prescreva para mulheres com história de carcinoma de mama ou demais tumores estrogênio-dependentes
Histerectomizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento; • Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível;



	<ul style="list-style-type: none"> • Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina; • lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; • câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.
<p>Mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual (não há idade mínima), com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão, inclusive depois dos 64 anos (não há idade máxima); • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ser realizado rastreamento citológico a cada seis meses; • Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
<p>Mulheres que buscam o CS para realização da citologia oncológica em função de corrimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Embora a avaliação de corrimentos vaginais não demande a coleta de colpocitológico, a queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material se o motivo de contato da mulher se deu pelo corrimento; • Em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 03 meses, pelo risco de prejuízo da amostra.

No caso de os resultados não se apresentarem normais ou com amostra insatisfatória, é sugerida uma rotina de aprazamento e encaminhamentos conforme recomendações do INCA e Ministério da Saúde, descrita abaixo no quadro 4.2, considerando outros achados clínicos descritos no quadro 4.3.





Quadro 4.2 - Recomendações e Condutas Conforme os Resultados do Exame Citopatológico de Colo Uterino 1

Resultado	Especificações	Recomendações
Atipias de significado indeterminado.	Em células escamosas; Provavelmente não neoplásica.	Repetição da citologia em 06 meses (no caso de mulheres com 30 anos ou mais). Repetição da citologia em 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos). Se dois exames citológicos subseqüentes negativos a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal; se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para ginecologista.
	Não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a ginecologista.
	Em células glandulares; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a ginecologista.
	De origem indefinida; Provavelmente não neoplásica; não se pode afastar lesão de alto grau.	Encaminhar para a ginecologista.
Lesão intraepitelial de baixo grau	--	Repetição da citologia em 06 meses: Se dois exames negativos, seguir rotina de rastreamento; se lesão igual ou mais grave, encaminhar para ginecologista.
Lesão intraepitelial de alto grau.	--	Encaminhar com urgência para clínica da mulher.
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor	--	Encaminhar com urgência para clínica da mulher.
Adenocarcinoma in situ ou invasor.	--	Encaminhar para com urgência para clínica da mulher.
Amostra insatisfatória.	--	Repetir o exame em 3 meses com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória, porém com presença de células escamosas, apenas.	--	Repetir o exame com intervalo de 01 ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de 3 anos.

Quadro 4.3 – Achados clínicos comuns no colo uterino

Achado clínico	Explicação	Conduta do Enfermeiro
Ectopia	Trata-se de um achado clínico relativamente comum, sendo normalmente resultado da eversão da JEC (junção escamo-colunar) por causas fisiológicas relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez ou uso de contraceptivos hormonais.	Não há indicação de intervenção na maioria dos casos. É fundamental reforçar a importância do uso de preservativo tendo em vista que a exposição de uma área mais vascularizada torna a mulher mais susceptível a contrair ISTs, em especial as clamídia e gonorreia. Havendo dúvidas, aguardar o resultado do preventivo e repetir o exame especular para descartar alterações transitórias. Na persistência, correlacionar com o resultado do preventivo, queixas do usuário (sangramento após as relações sexuais, mucorreia excessiva) e, se necessário, encaminhar à colposcopia, orientando que a usuária leve o resultado do preventivo.
Cisto de Naboth	São achados benignos oriundos da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais	Não há necessidade de encaminhamento para outro profissional já que não há intervenção necessária.
Pólipos cervicais	Apresentam-se como projeções da mucosa pelo orifício cervical.	As condutas do enfermeiro são as mesmas adotadas no caso das ectopias

Abaixo encontram-se imagens dos achados mais frequentes no exame especular, divididos em normais e alterados.

Exame especular normal

Nulípara: Colo róseo, sem ectopia, óstio puntiforme, leucorréia fisiológica.



Colo róseo, ectopia extensa, presença de sangramento ativo em óstio externo, óstio em fenda, leucorréia fisiológica.



Colo róseo, ectopia discreta perinecrotic, óstio puntiforme, presença de fios do DIU no óstio externo, cistos de Naboth em lábio anterior, leucorréia fisiológica.



Cistos de Naboth: achados normais no exame especular.



Multipara: Colo corado, ectopia presente, óstio em fenda sugestivo de laceração cervical prévia, leucorréia fisiológica.



Climatério/menopausa: Colo hipocorado, sem ectopia, óstio puntiforme com atrofia, muitas vezes apresenta petéquias e/ou é friável.



Exame especular alterado



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com presença de leucorréia em grumos brancos (aspecto de leite qualhado) sugestivo de colpíte por *Candida Albicans*.



Colo com lesão macroscópica em lábio posterior, provável lesão condilomatosa saliente

Realizar coleta de CP e encaminhar para colposcopia.



Colo com sinais de inflamação, hiperemiado, com aspecto framboesa sugestivo de colpíte por *Trichomonas vaginalis*.

Tratar conforme quadro 2.2 do segundo capítulo deste protocolo e coletar CP (se uso de creme vaginal, realizar coleta 48h após término do tratamento).



Colo com presença de pólipo exteriorizado através do óstio externo.

Encaminhar para ginecologia, se queixa de sangramento vaginal e/ou dispaurenia.



Colo com presença de mucopus em óstio externo sugestivo de cervicite por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Tratar mulher e parceiro conforme quadro 2.2 do segundo capítulo desde protocolo.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 29: rastreamento**. Brasília-DF, 2010. Disponível em acesso em 4 nov 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
4. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
5. FREBASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. **Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica**. Hospital A.C. Camargo, Departamento de Ginecologia. 1 ed.- São Paulo: FAP; 2010.68p.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002 59 p.



5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

5.1 – Ações de Rastreamento

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

Trata-se de uma condição muitas vezes relacionadas a fatores de risco que aumentam as possibilidades do surgimento da doença, tais como: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe e nas irmãs), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal.

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é realizado por meio da mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. Mulheres que apresentam risco muito elevado para a doença (cerca de 1% da população) devem iniciar o rastreamento com exame clínico das mamas (ECM) e mamografia anuais a partir dos 35 anos, sendo classificadas como tal conforme os seguintes critérios (<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>):

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama ou ovário, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ;

O aprazamento das mamografias de rastreamento deverá seguir a rotina sugerida pelo MS, conforme quadro abaixo

Quadro 5.1 Aprazamento das mamografias de rastreamento

População alvo	Periodicidade do rastreamento com mamografia
Mulheres de 40 – 49 anos	ECM sob demanda e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 – 69 anos	ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia de 2 em 2 anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM sob demanda e previamente à solicitação de mamografia anual

*ECM = exame clínico das mamas

Abaixo, no quadro 5.2, encontram-se os resultados da mamografia e as condutas a serem tomadas pelo enfermeiro.





Quadro 5.2- Resultados da Mamografia e Condutas da Atenção Básica no Rastreamento de Câncer de mama

Resultado da mamografia (BIRARDS)	Conduta Enfermeiro
0 - Inconclusivo	Avaliação adicional - interconsulta com MFC para pactuação da conduta sobre solicitação de exame de imagem adicional (USG de mamas ou mamografia adicional - compressão focal ou magnificação), sendo de solicitação médica.
1 - Sem achados	Rotina de rastreamento.
2 - Achado benigno	Rotina de rastreamento.
3 - Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em 6 meses. Se persistência do achado, encaminhar ao MFC ou interconsulta com o mesmo para segmento/encaminhamento.
4 - Achado suspeito	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos.
5 - Achado altamente suspeito	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos.
6 - Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado	Encaminhamento para MFC/médico equipe ou interconsultacom o mesmo para avaliar seguimento/encaminhamento imediatos.

Sobre o exame clínico das mamas (ECM), trata-se de um método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. O rastreamento por meio do exame clínico é alvo de grande controvérsia na literatura científica, pois não há dados suficientes que o recomendem por melhorias na eficácia do diagnóstico, bem como o isentem de sobrediagnóstico. O INCA lançou em 2015 as "Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil", em que não há sugerida nem a recomendação nem a contrarecomendação deste procedimento, uma vez que o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto. Dessa forma, fica facultada ao enfermeiro a realização do exame conforme sua habilidade para a execução do procedimento enquanto método de rastreamento.

Sobre a solicitação de ultrassonografias de mamas como método de rastreamento, o Ministério da Saúde contra recomenda o procedimento, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.

5.2 - Ações Mediante a Presença ou Relato de Sinais ou Sintomas

Diante dos seguintes sinais e sintomas, o enfermeiro deverá realizar interconsulta com MFC para pactuação da condutaouencaminhar a paciente imediatamente para a consulta médica:

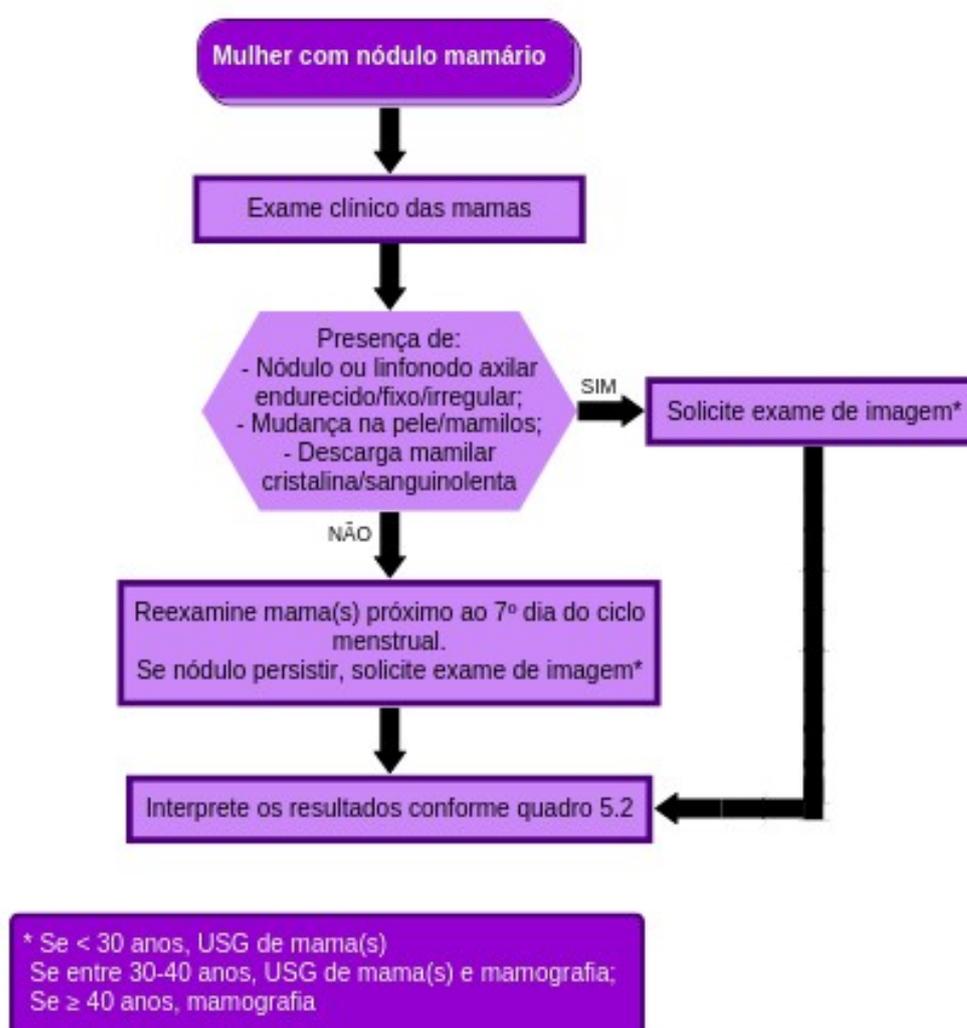
- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;



- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo.

Tais sinais podem servir de evidência para alguma alteração possivelmente grave nas mamas, e por isso exames complementares se fazem necessários para uma adequada investigação, conforme fluxograma 5.1 abaixo:

Fluxograma 5.1 – Mulher com queixa de nódulo(s) mamários





5.3 – Mastalgia e Outros Sintomas Mamários

A mastalgia é uma queixa muito comum nos atendimentos de rotina. Pode estar relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino modulados pelo sistema endócrino ou até mesmo como sintoma de gestação.

Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos. Em algumas situações a mastalgia pode estar relacionada ao uso de contraceptivos hormonais (principalmente com altas dosagens de estrogênio) ou terapias de reposição hormonal, pois o uso de hormônios pode agravar o desconforto nas mulheres mais sensíveis, sendo contraindicados nos casos de mastalgia mais acentuada.

As alterações funcionais benignas da mama, antes equivocadamente denominadas “displasias mamárias”, são variações da fisiologia normal da glândula mamária nas suas transformações evolutivas e involutivas ao longo do ciclo de vida da mulher. Como entidade clínica, essas alterações podem ser definidas como uma síndrome caracterizada por dor mamária e nodularidade, que pode ser difusa ou localizada, em uma ou em ambas as mamas. Diante da queixa de mastalgia, muitas vezes a elucidação da sua relação com processos fisiológicos para a paciente é uma conduta suficiente para maior tolerância à dor e desmistificação deste sintoma como indicativo de casos de câncer. Entretanto é importante apurar a presença de alterações mamárias por meio do ECM e seguir as orientações conforme preconizado pelo MS.

Abaixo, quadro de atendimento para esta demanda (adaptado 11).

Quadro 5.3 – Condutas para Mastalgia e/ou Outras Queixas Mamárias

Situação	Condutado Enfermeiro
Mastalgia com febre (Tax>38°C)	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfiar de mastite e encaminhar ao MFC para avaliação imediata. Na ausência deste, encaminhe ao serviço de referência; • Em caso de nutrízes, além da conduta acima, avaliar ingurgitamento mamário e orientar medidas sobre amamentação
Mastalgia sem febre	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato do câncer raramente causar dor; • Verificar o uso do sutiã e orientar uso de roupa íntima adequada se necessário; • Se gestante, tranquilize e ofereça cuidado pré-natal, evitando medicação; • Prescrever paracetamol 500 mg a cada 6 horas por até 3-5 dias ou ibuprofeno* 300-600mg por até 3-5 dias. Se persistência do quadro, encaminhar para o MFC. Solicitar retorno para reavaliação; • Se Método Anticoncepcional (MAC) hormonal, discutir possibilidade de troca para método não hormonal no caso de já haver passado os 3 primeiros meses de uso e mantido este efeito colateral.
Descarga papilar espontânea em não nutrízes	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Verificar o uso de medicações que podem cursar com este sintoma: contraceptivos hormonais, medicamentos com efeito de galactagogos (sulpirida, domperidona, metoclopramida), metildopa e digoxina; • Apurar características da descarga:



	<ul style="list-style-type: none"> - Bilateral ou unilateral? Unilateral costuma ser maior sinal de gravidade. Bilateral costuma ter relação hormonal, mas não se deve descartar hipóteses menos favoráveis; - Láctea ou Serosa: tranquilizar a paciente; - Sanguinolenta ou Purulenta: solicitar exame de análise de descarga papilar <ul style="list-style-type: none"> • Importante, sempre compartilhe o caso com MFC para melhores condutas
Retração mamilar	<ul style="list-style-type: none"> • Se for uma alteração recente, encaminhar para avaliação com MFC.
Descamação e erosão do mamilo/ aréola ou pele com aspecto de laranja	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o MFC, agendando consulta prioritária. Considerar doença de Paget.

* Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação \geq 30 semanas. Cuidado se \geq 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool.

Evidências: Você sabia?

- O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões, embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente.
- O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva. Apresenta taxa significativa de falsos positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não alterando desfecho de mortalidade por câncer de mama.
- Há estudos que sugerem que a eficácia do rastreamento do câncer de mama é questionável quanto ao desfecho da prevenção de mortes por essa doença. Um deles chega a afirmar que o malefício causado pelo sobrediagnóstico sobrepõe-se ao benefício da detecção precoce.
- Também há estudos que demonstram a indução de cânceres de mama em função da exposição inadvertida à radiação ionizante (como nas mulheres com menos de 50 anos que se submetem periodicamente ao exame de mamografia).



Referência

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. BRASIL. **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.
3. CARDOSO, F. et al. ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). *Ann Oncol*, v. 25, n. 10, p.1871–1888, 2014.
4. SACKET, D. L. et al. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.



6 – MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. Mulheres que se apresentem menopausadas antes dos 40 anos deverão ser referenciadas para o MFC para investigações adicionais.

A consulta de enfermagem para mulheres nestas etapas de seu ciclo de vida trata-se de momento oportunístico para o rastreamento de Risco Cardiovascular (RCV), de cânceres de colo/mama e oferta de Check-up sorológico, preferencialmente por meio do uso dos testes rápidos.

É importante lembrar que a avaliação de RCV deve ser realizada em todas as pessoas com HAS, DM, DCV. Mulheres sem estas comorbidades, maiores de 65 anos, com IMC \geq 25 e circunferência abdominal $>$ 88cm merecem atenção especial. Deverá ser solicitada a dosagem sérica (sangue) de:

-Triglicerídeos, colesterol total, HDL e calculado o LDL [LDL colesterol mg/dL = Colesterol Total - HDL Colesterol - (Triglicerídeos/5)]³.

Não se deve deixar de realizar exame físico, perguntar sobre sintomas, DUM e uso de método contraceptivo no momento e comorbidades.

6.1 - Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Muitas mulheres nessa fase da vida buscam no serviço de saúde a prescrição de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), no entanto cabe ao enfermeiro orientá-la sobre indicações, contraindicações e limitações no tempo de uso (máximo de 4 anos) e idade (até no máximo 60 anos). O uso prolongado de TRH pode aumentar o risco de câncer de mama, doenças tromboembólicas e cardiovasculares. Encaminhar ao médico de família para avaliação e prescrição de TRH.

Quadro 6.1 – Contraindicações à Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

Contraindicações absolutas à TRH	Contraindicações relativas à TRH
<ul style="list-style-type: none"> • História de e/ou câncer de mama; • História de e/ou câncer de endométrio; • História de e/ou doença hepática grave; • Sangramento genital não esclarecido; • História de tromboembolismo agudo e recorrente; • Porfíria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão Arterial não controlada; • Diabetes Mellitus não controlada; • Endometriose; • Sangramento genital não esclarecido; • Miomatose uterina;

3 Para calculadora do risco cardiovascular: <http://www.cvriskcalculator.com/>.

Para calculadora do LDL: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=10>



Quadro 6.2 – Queixas mais comuns no climatério e manejo

Queixa	Conduta
Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital	<p>Orientar o uso de lubrificantes vaginais durante a relação sexual;</p> <ul style="list-style-type: none">• Encaminhar paciente para o médico de família avaliar e ver se poderá iniciar reposição hormonal (considerar quadro 6.1)• Sempre investigar outras possíveis causas.
Fogachos	<p>Orientar a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dormir em ambiente bem ventilado;• Usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas;• Usar tecidos que deixem a pele "respirar";• Beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles;• Não fumar;• Evitar consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína;• Ter um diário para anotar os momentos em que o fogacho se inicia e, desse modo, tentar identificar situações-gatilho e evitá-las;• Praticar atividade física;• Perder peso, caso haja excesso de peso;• Respirar lenta e profundamente por alguns minutos;
Alterações emocionais/do sono	<ul style="list-style-type: none">• Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina;• Estimular a participação em atividades sociais;• Praticar atividade física, evitando 03 horas antes de dormir;• Deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana;• Evitar tirar cochilos, principalmente depois do almoço e ao longo da tarde;• Escolher uma atividade prazerosa diária para a hora de se deitar, como ler livro ou tomar banho morno;• Assegurar que a cama e o quarto de dormir estejam confortáveis;• Não fazer nenhuma refeição pesada antes de se deitar e evitar bebidas à base de cafeína no fim da tarde;• Se permanecer acordada por mais de 15 minutos após apagar as luzes, levantar-se e permanecer fora da cama até perceber que irá adormecer;• Avaliar estados depressivos especialmente em mulheres que tenham apresentado evento cardiovascular recente;• Considerar tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo MFC quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia.



Diminuição da libido

- Estimular o autocuidado;
- Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.);
- Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica;
- Apoiar iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações sociais e familiares;
- Estimular a prática de sexo seguro;
- Orientar o uso de lubrificantes vaginais à base d'água na relação sexual;
- TRH: considerar a terapia hormonal local

6.2 – Orientações de Enfermagem para Melhoria da Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa

- Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas;
- Orientar dieta rica em cálcio e vitamina D, incentivando o consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas;
- Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h;
- Orientar a prática de 150 minutos/semana de atividade aeróbica de intensidade moderada (sejam ocupacionais ou de lazer), sendo ao menos 10 minutos de atividades físicas de forma contínua por período;
- Orientar a realização de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana, além de práticas corporais que envolvam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível;
- Orientar exercícios da musculatura perineal.

6.3 – Contracepção no Climatério

- Se em uso de ACO ou progestágeno injetável, mude para método não hormonal ou pílula de progestágenos quando idade maior ou igual a 50 anos;
- Se em uso de método não hormonal, mantenha-o por mais 02 anos após o último ciclo;
- Se em uso de pílula de progestágeno, continue até os 55 anos ou se ainda menstruando, até 1 ano após o último ciclo.



Refências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2008. p.192.
2. BRUSQUE. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa nº02/2022**. Estabelece as condutas, quadro de procedimentos e exames e prescrição de medicamentos a serem adotados pelos enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Brusque. Brusque. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. ARAÚJO, Natacha Machado; SILVA, Jean Carl; MOREIRA, Larissa Maria; MONFREDINI, Nayme Hechem. **Impacto da estrogenização vaginal no seguimento de citologia oncótica de significado indeterminado na pós-menopausa**. Saúde e Pesqui. n.12, v.4, p.879-887. 2020.



7 - ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

A adolescência é marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. O crescimento físico é acompanhado de perto pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem na juventude, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento. Na adolescência, a sexualidade tem uma dimensão especial que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, concomitante à reestruturação do seu psiquismo. Ocorre ainda a incorporação de novos valores éticos e morais à personalidade que se delineia, bem como a incorporação de novos comportamentos e atitudes frente a uma estrutura de padrões sociais e sexuais, fortemente influenciados pelas relações de gênero, estabelecidas social e culturalmente.

Nessa etapa, são importantes as ações educativas e de redução da vulnerabilidade das adolescentes aos agravos à saúde sexual e reprodutiva. Assim, cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. Deve, ainda, buscar a integração das ações com outros setores, para que a resposta social dê conta de apoiar as adolescentes em suas decisões de autocuidado.

A consulta de enfermagem poderá ser realizada quando a adolescente é levada pelos pais/responsáveis/adulto da sua confiança, bem como pode ocorrer quando ela mesma resolve buscar sozinha e espontaneamente pelo atendimento. É seu direito consentir ou recusar o atendimento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que assegurem os direitos desta população.

É importante avaliar a maturidade da adolescente e encorajar a presença familiar, no entanto o acesso à consulta não poderá ser negado caso a adolescente deseje ser atendida sozinha.

O Ministério da Saúde preconiza que a consulta do adolescente deve ser considerada uma oportunidade de esclarecer o uso do preservativo (masculino e feminino) e dos contraceptivos para a prevenção da gravidez e das ISTs/aids, enfatizando a dupla proteção. O momento também é propício ao esclarecimento sobre os efeitos adversos do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Alguns aspectos clínicos têm sua avaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, devendo ser investigados e registrados pelo enfermeiro:

7.1 - Anamnese:

- Perguntar o motivo da consulta;
- Verificar histórico de comorbidades e história familiar;
- Orientar sobre ciclo menstrual;
- Atentar para queixas e dúvidas;
- Questionar o humor e aspectos emocionais;
- Exame físico completo:

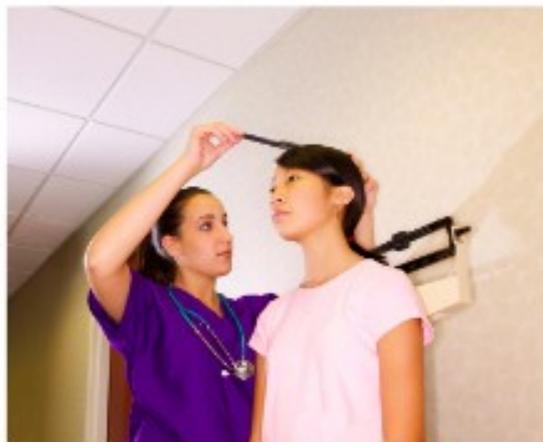




76

- Avaliação antropométrica
 - Cerca de 20 a 25% da altura do indivíduo adulto cresce neste período e 40 a 50% do seu peso final. Estes parâmetros são alcançados, em média, durante o intervalo de 3 a 5 anos no estirão da puberdade;
 - Atentar para casos em que o crescimento pré-puberal seja menor que 4 cm/ano, ou menor que 6 cm/ano em adolescentes na fase puberal;
 - As adolescentes podem ainda crescer em média 4 a 6 cm nos 2 ou 3 anos após a menarca;

Alterações abruptas no peso, para mais ou para menos, deverão ser avaliadas pelo MFC para investigação. Não se esqueça de atentar para distúrbios emocionais e alimentares.



7.2 - Avaliação do estadiamento puberal pelos critérios de Tanner:

- O início da puberdade ocorre nas meninas entre 8 a 13 anos, com o aparecimento do broto mamário. O broto mamário é o primeiro sinal puberal na menina, é chamado de telarca e pode apresentar-se unilateralmente sem significado patológico. Observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após seis meses, quando a outra mama já terá aparecido e os primeiros pelos pubianos também. Caso isso não ocorra, o enfermeiro deverá encaminhar para consulta médica.
- Atentar que a idade média da menarca em nosso meio é de 12 anos e 4 meses, mas pode ocorrer entre 9 e 16 anos, observar comportamento do evento na família e acompanhar o processo de cada adolescente. É frequente ocorrer um corrimento vaginal claro entre 6 a 12 meses antes da primeira menstruação ou menarca, fato marcante da puberdade feminina.
- Esclarecer a adolescente que é natural, pois trata-se do crescimento do tecido endometrial uterino e que se deve apenas cuidar mais da higiene corporal. Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade permanecer por até 2 ou 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e uma duração entre 3 e 7 dias.
- Encaminhar ao MFC se:
 - O aparecimento de pelos pubianos for anterior ao do broto mamário, pois pode se tratar de uma puberdade de origem periférica e não central pelo estímulo hipofisário-gonadal;
 - Puberdade precoce (antes dos 8 anos de idade);
 - Puberdade tardia (meninas com ausência de qualquer característica sexual secundária a partir dos 13 anos de idade).



7.3 – Aspectos Éticos e Legais no Atendimento à Adolescente

O atendimento à adolescente é, por vezes, polêmico no que diz respeito à forma como o mesmo deve ser realizado. Surgem questionamentos tais como:

- “Precisa estar acompanhada por um responsável legal maior de 18 anos?”
- “Posso realizar avaliação ginecológica sem nenhum outro colega no consultório?”
- “Posso ofertar sorologias e fornecer seus resultados para adolescentes desacompanhadas por um responsável legal maior de 18 anos?”

O Ministério da Saúde recomenda que qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. Havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, pode ser aceita pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, mesmo que este não seja parente direto.

O artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, recentemente alterado pela Lei no 13.257 de 08 de março de 2016, estabelece na nova redação que: “É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”

Ainda nesse sentido, a Lei no 9.263 de 12 de janeiro de 1996 regula um conjunto de ações para o planejamento familiar, saúde sexual e saúde reprodutiva, mas não estabelece diretrizes ou restrições específicas para adolescentes, devendo, pois, ser interpretada conjuntamente com a Lei orgânica do SUS e o ECA.

De maneira geral, o atendimento da adolescente pode ser prestado sem a necessidade de um responsável legal presente, bem como lhe é assegurado o sigilo das informações. Assim, deve ser ofertado livre acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva. Haverá exceções a esta regra que deverão ser analisadas caso-a-caso, como em se tratando de risco de morte (própria e de terceiros) e na suspeita de maus tratos, por exemplo. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Recomenda-se a discussão junto à equipe e registro em prontuário de todo o processo.

Atenção:

Se durante o atendimento à adolescente, for identificada violência ou suspeita, deverá ser preenchida a ficha de notificação e aplicado fluxo de atendimento às vítimas de violência do município.

Ainda, em se tratando de crianças/adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA. XII.b.



78

7.4 – Testagem sorológica para menores de 18 anos

“Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito”. 3 Assim como nos demais casos, deverá ser estimulado o acompanhamento por um adulto da confiança da adolescente.



Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

8 - INFERTILIDADE 1

Quando houver demanda sobre dificuldade para engravidar, é necessário questionar quanto tempo o casal está tentando. De maneira geral, investigar casais que não atingiram a concepção dentro de 12 meses de atividade sexual regular desprotegida.

As etiologias femininas são detectadas em 13% (fator tubário), 15% (disfunção ovulatória), 31% (reserva ovariana diminuída), 8% (endometriose), 6% (fator uterino) e 12% (vários fatores) dos casos de infertilidade. A avaliação do parceiro é necessária, com pelo menos uma análise do sêmen, enquanto se avalia a mulher.

• Questionar/Examinar na mulher:

- idade (se >35 anos, pode haver alguma diminuição da fertilidade);
- menstruação irregular ou ausente (ciclo menstrual normal varia de 24 a 35 dias de duração e o sangramento menstrual ocorre por 3 a 7 dias);
- história de infecção sexualmente transmissível ou outro processo pélvico inflamatório;
- cirurgia prévia (associada à disfunção tubária);
- dispareunia (associada à endometriose);
- problemas endócrinos;
- exposição a substâncias químicas;
- doenças autoimunes;
- uso de medicamentos dopaminérgicos;
- galactorréia;
- hirsutismo e/ou acne;
- exame pélvico alterado.

- Exames a serem solicitados

Para a investigação da infertilidade da mulher, o(a) enfermeiro(a) deverá realizar interconsulta com o MFC para discussão do caso e se necessário o médico irá solicitar:

- Hormônio luteinizante (LH);
- Hormônio folículo estimulante (FSH);
- Estrogênio;
- Testosterona livre;
- TSH.





82

O fator masculino contribui isoladamente em 20% dos casos de casais inférteis e em 30% a 40% adicionais em combinação com outros fatores. Deve-se suspeitar de infertilidade por fator masculino na presença de ovulação normal e tubas patentes na parceira do sexo feminino de um casal infértil.

O principal objetivo da avaliação da infertilidade por fator masculino é encontrar uma causa que possa ser corrigida.

• **Questionar/Examinar nos homens:**

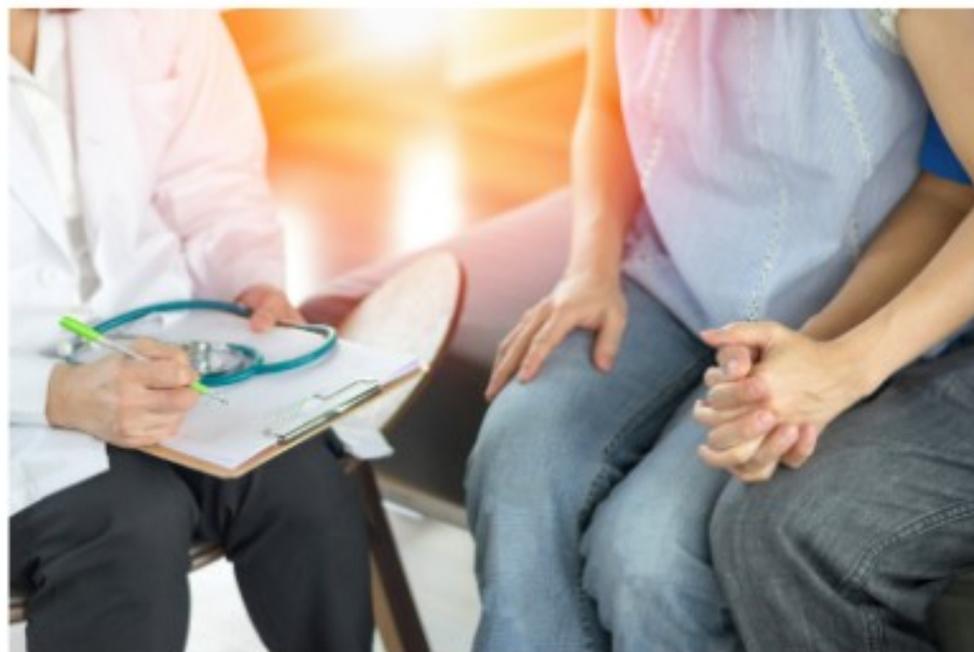
- ISTs, varicocele, criptorquidia, trauma local, quimioterapia ou radioterapia prévia;
- medicamentos em uso;
- fibrose cística e ausência congênita bilateral do canal deferente, anomalias do cromossomo Y, síndrome de Klinefelter (47,XXY), endocrinopatia;
- tabagismo (cigarro e maconha);
- uso de banheira de hidromassagem ou sauna.

- **Exame a ser solicitado:**

Para a investigação da infertilidade no homem, o(a) enfermeiro(a) deverá realizar interconsulta e discutir o caso com o MFC que se necessário o médico deverá solicitar:

- Espermograma.

Após os resultados dos exames para investigação de infertilidade o médico encaminhará ao especialista para seguimento.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



9- VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A violência contra a mulher é definida como aquela que lhe causa sofrimento e abuso pela condição de ser mulher. Essa caracterização direciona o problema para uma construção de gênero, porque as situações vivenciadas pelas mulheres são próprias da classe feminina, construídas nas relações entre homens e mulheres na sociedade em que estão inseridas.¹ Em termos de prevalência, estudo realizado com populações de baixa renda no mundo revela que uma em cada três mulheres irá experimentar violência física ou sexual por parceiro íntimo ou não íntimo.²

A violência contra a mulher é uma questão de saúde pública, devido sua magnitude e impactos na saúde destas e suas famílias. O que requer a organização dos serviços de saúde sob as dimensões da prevenção, promoção e assistência. A atenção em saúde nesses serviços está pautada na Legislação vigente e nos protocolos do Ministério da Saúde que são:

- Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, constituído pela Lei nº 8.069/1990;
- Lei nº 10.778/2003, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher;
- Portaria n. 936/GM/MS de 18 de maio de 2004, dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de
- Núcleos de Prevenção à Violência em Estado e Municípios;
- Política Nacional de Promoção da Saúde/2010;
- Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual
- Contra Mulheres e Adolescentes;
- Lei Nº 12.845, de 1º/08/2013;
- Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, dentre outros.

9.1 - Acolhimento

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Acolher envolve o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito às diversidades, livre de qualquer julgamento moral. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres (adolescentes, adultas e idosas) com respeito e solidariedade, buscando formas de compreender suas demandas e expectativas.

Profissionais de saúde capacitados podem e devem acolher as mulheres em situação de violência, sejam eles: médicos, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde, dentre outros. Para a realização de um acolhimento adequado dessas mulheres é fundamental que os profissionais de saúde, sigam as seguintes diretrizes:

- receber de forma empática e respeitosa, sem preconceitos ou julgamentos;
- adotar atitudes positivas e de proteção às mulheres;
- escutar procurando conhecer o contexto da violência, os riscos envolvidos, as necessidades e iniciativas já desenvolvidas por esta mulher, sempre estimulando o seu protagonismo;
- assegurar o sigilo profissional;
- acompanhar a situação desde sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de proteção;
- atuar de forma conjunta com toda a equipe;
- Orientar sobre recursos da rede de atendimento de cuidado e de proteção. Nos casos de violência sexual é importante que a paciente participe de todo processo e que esteja ciente da profilaxia DST/HIV e do direito ao aborto legal desde o primeiro atendimento;
- Ouvir e encaminhar para a rede de serviços especializados de atendimento à mulher em situação de violência (Savs ou CREAS)



9.2 - Atendimento

O atendimento à mulher na rede de serviços de saúde deve ocorrer na perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade, possibilitando a identificação daquelas que vivem em situação de violência doméstica e/ou sexual.

O conhecimento pelo profissional da situação de violência vivida pela mulher pode ocorrer no primeiro contato entre ambos ou no decorrer de atendimentos subsequentes ou mesmo em situações agudas ou de emergência. Este atendimento requer dos serviços de saúde profissionais capacitados para:

- Identificar as mulheres em situação de violência doméstica e sexual durante os contatos realizados no serviço e nas visitas domiciliares;
- Prestar a adequada assistência, como preconizada nos protocolos;
- Ter uma escuta qualificada e ativa da história da mulher e da violência sofrida, assim como, de suas expectativas em relação à assistência;
- Mapear o conjunto da rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar como: trabalho, amigos, família, recursos materiais, associado à discussão dos potenciais riscos que ela pode correr, tais como a presença de armas e ameaças, dentre outras.

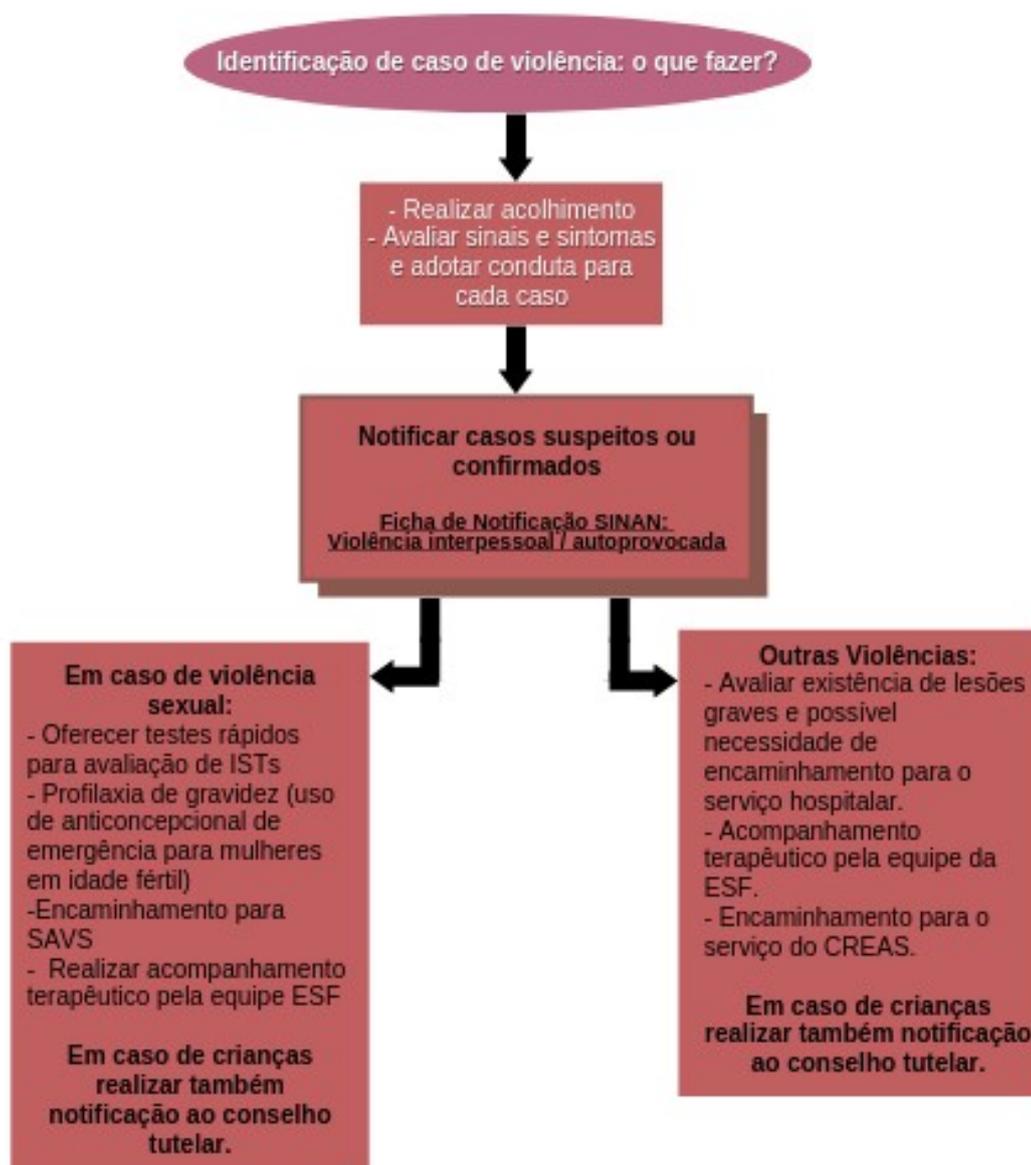
"O profissional procura deixar bem claro que a violência é uma situação de alta ocorrência, tem caráter social e está associada às desigualdades nas relações de gênero"

É fundamental que, desde o primeiro atendimento, essa avaliação seja realizada, a fim de encaminhar aos órgãos competentes, caso seja necessário e de interesse da mulher, a aplicação de medidas protetivas;

- Envolver na conversa com a usuária a temática dos projetos futuros para sua vida, buscando encontrar alternativas à situação atual;
- Disponibilizar a contracepção de emergência, teste rápidos para avaliação de ISTs, assim como o seu acompanhamento e monitoramento.
- Encaminhar a mulher para o serviço especializado (Savs) nos casos de violência sexual para a prescrição dos medicamentos que são utilizados na profilaxia do HIV/DSTs
- Notificar os casos de suspeita ou confirmação da violência, através da ficha SINAN, e encaminhar para Vigilância Epidemiológica.
- Nos casos de crianças e adolescentes deverá também ser feito um comunicado/relatório ao Conselho Tutelar.



Fluxograma 9.1 - Atendimento a mulher vítima de violência



- É responsabilidade da Equipe de saúde acompanhamento dos casos de violência do seu território.
- Para o atendimento integral às pessoas em situação de violência é importante que as usuárias sejam encaminhadas aos serviços especializados de acordo com a necessidade.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Programa Mulher Viver sem Violência. Brasília, 2014.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF, 2015.
5. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Atendimento as Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Brusque, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSIBILIDADE DOS ADOLESCENTES A CLÍNICA DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58702016.1.3001.5279

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.754.788

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: ACESSIBILIDADE DOS ADOLESCENTES A CLÍNICA DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA, que será desenvolvido pelo pesquisador(a) responsável: FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA. Trata-se de projeto de pesquisa em que destaca-se a importância do trabalho programático em saúde voltado para os adolescentes, por considerar esse grupo fértil e permeável a prevenção, a mudança e a construção, além da disponibilidade para o autoconhecimento e a crítica. Assim, cumpre-se o que é proposto pela Política Nacional de Saúde e garante-se o direito a saúde do adolescente, que muitas vezes mostra-se resistente em se aproximar das instituições de saúde, que por sua vez, apresentam dificuldades para acolher os adolescentes que a procuram.

Objetivo da Pesquisa:

* Os objetivos da pesquisa são:

- Descrever o perfil dos adolescentes no território quanto as variáveis biológicas, social, econômica e cultural;
- Analisar o acesso dos adolescentes na Clínica da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-3485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.754.788

Os riscos serão mínimos, pois o levantamento retrospectivo de dados em prontuários, não interfere no cuidado recebido pelo paciente.

*** Benefícios:**

- Contribuir para construir um plano de atividades coerentes que leve a um planejamento e implementação de ações de integralidade da assistência aos adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa é exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa ocorrerá na CLÍNICA DA FAMÍLIA ALOYSIO AUGUSTO NOVIS. Foram apresentados todos os Termos de apresentação obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa encontra-se aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/SMS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/SMS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: ceppsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.754.788

ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704446.pdf	12/09/2016 21:50:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCADOLESCENTE.pdf	12/09/2016 21:49:49	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/09/2016 21:49:21	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADEDADOS.pdf	04/09/2016 09:19:29	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	04/09/2016 09:10:42	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704446.pdf	13/08/2016 15:29:41		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	13/08/2016 15:27:53	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccadolescentes.pdf	13/08/2016 15:23:57	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Outros	ModelodeCartadeCaminhamentoCEPEEAN.pdf	31/07/2016 11:26:59	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelodecartaApresentacao.pdf	28/07/2016 22:52:09	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sdobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.754.700

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelodeDispensa.pdf	28/07/2016 22:50:04	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704448.pdf	27/07/2016 08:21:35		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/07/2016 08:20:22	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	12/07/2016 08:35:30	Flávia Pacheco de Araújo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	orcamento.pdf	09/07/2016 10:19:06	FERNANDA DE OLIVEIRA PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Setembro de 2016

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobrelaje
Bairro: Centro CEP: 20031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-3485 E-mail: cpsms@rio.rj.gov.br