

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Lucas da Silva Magnus

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO DE SUPORTE AO
RACIOCÍNIO CLÍNICO E ÀS CONDUTAS EM EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA
PARA O ACADÊMICO DO INTERNATO MÉDICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Florianópolis, SC
2019

Lucas da Silva Magnus

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO DE SUPORTE AO
RACIOCÍNIO CLÍNICO E ÀS CONDUTAS EM EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA
PARA O ACADÊMICO DO INTERNATO MÉDICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Roxana Knobel

Florianópolis, SC
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

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

MAGNUS, Lucas da Silva

Elaboração de material didático de suporte ao raciocínio clínico e às condutas em emergência ginecológica para o acadêmico do internato médico da Universidade Federal de Santa Catarina / Lucas da Silva Magnus Magnus;

orientadora, Roxana Knobel, 2019.

72 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. estudante de medicina. 3. internato médico. 4. emergência ginecológica. 5. material didático.

I. Knobel, Roxana. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. III. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os estudantes de medicina que encontram obstáculo durante a sua graduação e, por isso, silenciam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à arte, à filosofia, à literatura, à música e à natureza por complementarem o meu ser antes do meu apreço pela medicina.

Agradeço a minha mãe, irmã e avó pelo suporte durante todo este período.

Agradeço amigas e amigos, presentes ou distantes, pela paciência e pelo acolhimento.

Agradeço imensamente à professora Roxana pelas orientações na execução deste trabalho e por ter me ajudado a superar desafios sempre com sua serenidade materna.

EPÍGRAFE

*Tudo o que move é sagrado.
(GUEDES, Beto, 1978)*

RESUMO

O serviço de emergência é importante para o atendimento em saúde da mulher no Brasil, portanto deve ser parte essencial na formação do médico generalista brasileiro. O objetivo do trabalho foi elaborar um material didático em fluxogramas de atendimento de queixas prevalentes em emergência ginecológica para acadêmicos do internato médico. Foi realizada uma pesquisa observacional sobre as fichas de atendimento da emergência ginecológica, sendo excluídas as queixas obstétricas, da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). A partir da análise dessas fichas, as queixas mais prevalentes foram identificadas e o material didático foi elaborado. Os resultados reuniram descrição de idade média, municípios de procedência, queixas e desfechos diagnósticos mais prevalentes e o material didático propriamente dito. O material didático elaborado contém orientações sobre como o acadêmico deve conduzir uma consulta ginecológica e o manejo de cinco queixas prevalentes em emergência ginecológica. Carecem estudos de prevalência em emergência ginecológica no Brasil, bem como a percepção de estudantes de medicina sobre o ensino desse tema durante o internato médico.

Palavras-chave: Estudante de medicina. Internato médico. Emergência ginecológica. Material didático. Educação médica.

ABSTRACT

Emergency service is important for women's health care in Brazil, so it should be an essential part of the training of the Brazilian general physician. The objective of this work was to elaborate a didactic material in flowcharts of attendance of prevalent complaints in gynecological emergency for students of medical internship. An observational research was carried out on the gynecological emergency care records, excluding obstetric complaints from the Maternity Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC). From the analysis of these forms, the most prevalent complaints were identified and the didactic material was elaborated. The results gathered a description of average age, municipalities of origin, complaints and most prevalent diagnostic outcomes and the didactic material. The course material contains guidelines on how the academic should conduct a gynecological consultation and the management of five prevalent gynecological emergency complaints. Prevalence studies in gynecological emergency in Brazil are lacking, as well as the perception of medical students about the teaching of this theme during medical internship.

Key-words: Medical student. Medical internship. Gynecological emergency. Didactic material. Medical education.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das pacientes segundo desfecho diagnóstico de atendimento na Maternidade do HU-UFSC - Florianópolis, SC, Brasil, 2018 **21**

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Taxa de prevalência de queixa principal por grupos no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC - Florianópolis, SC, Brasil, 2018 **19**
- Tabela 2.** Taxa de prevalência dos desfechos diagnósticos no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC - Florianópolis, SC, Brasil, 2018 **20**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
PACK	<i>Practical Approach Care Kit</i>
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
DIU	Dispositivo intrauterino

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. MÉTODOS	15
3. RESULTADOS	17
4. DISCUSSÃO	22
5. CONCLUSÃO	25
6. REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE A - MATERIAL DIDÁTICO DE SUPORTE AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E ÀS CONDUTAS DO ACADÊMICO DO INTERNATO MÉDICO EM EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA	33
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	67
ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTE	69
ANEXO C - FORMULÁRIO DO ATENDIMENTO	73

1. INTRODUÇÃO

A oferta de serviços em emergência médica tem como objetivo prestar cuidado às enfermidades de iminente ameaça à vida das pessoas, considerando que estas enfermidades não podem ser resolvidas nos demais níveis de atenção (1, 2). Partindo dessa lógica, embora exista a idealização de que a atenção básica seja porta de entrada principal dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (3), os serviços de atenção às urgências e emergências continuam sendo responsáveis por grande parcela dos atendimentos. Assim, estudos recentes (4, 5, 6) demonstram não apenas o crescimento da demanda por serviços de emergência no Brasil, mas também o seu uso como porta de entrada ao sistema de saúde.

A maior parte dos estudos disponíveis sobre demanda em emergência ginecológica é proveniente de países desenvolvidos e mostra que condições ginecológicas agudas são importantes causas de morbidade e mortalidade, constituindo problemas de saúde pública significantes nestes países (7). Embora não exista uma vasta literatura acerca do perfil de demanda emergencial ginecológica no Brasil, sabe-se que a população feminina é a que mais procura serviços de saúde no geral (8). Ademais, dentro deste corte populacional, conforme demonstrado em uma pesquisa recente (9), 58% das mulheres recebem atendimento preferencialmente por meio do SUS.

A importância do aprendizado em saúde da mulher se reflete no que se concebeu como o currículo do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (11). Durante o internato médico, os estágios nessa área chegam a ocupar cerca de 17% da carga horária total, equivalente à carga horária de saúde da criança e de atenção básica (11). O internato em saúde da mulher é realizado em dois momentos, durante a nona e décima primeira fases, no Hospital Universitário da UFSC (HU-UFSC) e na Maternidade Carmela Dutra, respectivamente (11).

O internato representa, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (10), a última etapa da graduação na qual o estudante pode aprofundar o saber teórico e compreender o funcionamento dos serviços em saúde

em meio à vivência das morbidades mais prevalentes da população. Diante disso, o desenvolvimento de habilidades clínicas em prol do atendimento em emergência ginecológica durante o internato médico representa um importante pilar na formação do médico generalista no Brasil.

Sabe-se que o uso de protocolos de atendimento que organizem o raciocínio diante de uma situação clínica em emergência é uma das ferramentas que ampliam a resolutividade neste tipo de serviço (2). Dessa forma, pensou-se que o estudante de medicina em emergência ginecológica se beneficiaria de um material de apoio à organização do seu pensamento clínico, cumprindo com os propósitos de qualificação do seu atendimento e de aprofundamento teórico.

Assim sendo, diante da necessidade do aprendizado em emergência ginecológica durante a formação médica e a recomendação do uso de protocolos em emergência, este estudo objetiva a elaboração de um material didático de suporte ao raciocínio clínico e às condutas do estudante. Ele é voltado para o estudante do internato médico que está cursando o estágio em emergência ginecológica.

2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, quantitativo e observacional analisando 61 fichas de atendimentos realizados no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC. A partir das queixas mais prevalentes foi elaborado um material didático de suporte ao raciocínio clínico e às condutas do estudante do internato médico.

O local do estudo foi a Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Inaugurada em 1995, a Maternidade do HU-UFSC presta assistência a mulheres de todas as idades e atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência no estado de Santa Catarina no atendimento às vítimas de violência sexual e interrupção legal da gestação.

A estrutura física na emergência da Maternidade é formada por dois consultórios, uma sala de medicação, uma sala de triagem e duas poltronas de espera na área interna próxima aos consultórios. A sala de espera conta com cadeiras e ambiente com televisor e água para as pacientes que aguardam atendimento.

O atendimento na Maternidade é realizado por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de assistentes sociais, psicólogos e os profissionais do Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) que fazem parte da equipe multiprofissional. Estudantes de medicina, médicos residentes em ginecologia e obstetrícia e residentes do mestrado multiprofissional em enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social também desenvolvem atividades com as pacientes, sob supervisão dos *staffs* e/ou professores das respectivas áreas.

A população de estudo foram as pacientes atendidas com queixas ginecológicas na referida Maternidade no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. Foram convidadas a participar do estudo mulheres de qualquer idade com queixas ginecológicas atendidas na emergência da Maternidade e incluídas as que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Foram critérios de exclusão pacientes que não desejaram participar do

estudo, gestantes com patologia obstétrica ou abortamento e mulheres com dificuldade de comunicação ou analfabetas.

Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva, e as queixas mais prevalentes foram utilizadas para a elaboração do material didático. O material didático é composto de duas partes: a primeira parte contém orientações sobre como conduzir uma consulta em emergência ginecológica; na segunda parte são apresentados fluxogramas de atendimento para cinco queixas prevalentes em emergência ginecológica.

O conteúdo dos capítulos foi baseado na literatura mais recente, incluindo consensos e diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (12, 13, 14, 15, 16), da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (17, 18), da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2) e de outras entidades médicas (19, 20, 21, 22). Também foram consultados protocolos e outras recomendações em documentos do Ministério da Saúde do Brasil (23, 24, 25, 26, 27) e universidades brasileiras (28), o livro *Rotinas em Ginecologia* 6ª edição (29), o protocolo *Practical Approach Care Kit* (PACK) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (30), artigos de revisão recentes das plataformas *BMJ Best Practice* (31, 32, 33, 34, 35, 36) e *UpToDate* (37, 38, 39).

Embora os fluxogramas de atendimento contenham orientações sobre prescrição médica, é importante salientar que durante o internato médico essa é uma competência do médico *staff* ou residente que está supervisionando o estudante. O material didático serve como um guia e não deve substituir as orientações fornecidas por médicos.

3. RESULTADOS

Os resultados deste estudo se concentram em duas partes: resultados estatísticos do perfil de demanda na emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC e a elaboração de um material didático de suporte ao raciocínio e à conduta em emergência ginecológica do estudante do internato médico. A partir dos resultados estatísticos, o estudo se concentrou no conhecimento das queixas prevalentes em emergência ginecológica como critério de seleção dos temas dos capítulos do material didático.

Foram avaliadas um total de sessenta e uma (61) fichas de atendimentos realizados pelo serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC correspondentes ao período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. Os resultados estatísticos se concentraram nos seguintes tópicos: a média de idade e os municípios de procedência mais frequentes das pacientes atendidas, as queixas principais mais citadas nas consultas e os desfechos diagnósticos mais frequentes.

Sobre o total de atendimentos, a média de idade das pacientes atendidas foi de 34,7 anos, com desvio padrão de 13,06 anos. Os municípios de procedência mais prevalentes foram Florianópolis (75,4%), São José (13,11%), Palhoça (6,56%) e outros (4,92%).

As 61 fichas de atendimento resultaram em um total de 68 queixas principais citadas. Isso ocorre uma vez que em sete atendimentos (11,5% sobre o total de fichas) houve concomitância entre duas queixas. Durante a exposição dos resultados deste estudo, há momentos em que nos referimos às taxas de prevalência das queixas sobre o total de atendimentos ou sobre o total de queixas mencionadas em todos os atendimentos.

Todas as queixas citadas foram divididas em 8 grupos (Tabela 1), são eles, por ordem decrescente de prevalência: sangramento, dor, leucorreia, avaliação de DIU, lesão genital, mastalgia, disúria e outras. Como critério de inclusão das queixas por grupo, utilizou-se o número de vezes em que cada queixa foi citada como principal. Nos casos em que houve concomitância entre queixas (dor e sangramento,

dor e cisto anexial ou dor e avaliação de DIU), cada queixa foi incluída no seu respectivo grupo.

O grupo de queixas mais prevalentes foi o de sangramento, o qual correspondeu a 30,9% (n=21) das queixas citadas em todos os atendimentos. Este grupo inclui queixas relativas a: sangramento aumentado, atraso menstrual, amenorreia e sangramento pós-menopausa. Em 19% das vezes em que houve menção de sangramento, a queixa de dor foi citada em conjunto. Em 6,5% do total de atendimentos, as queixas de sangramento e dor foram citadas em conjunto. O segundo grupo mais prevalente foi o denominado “dor”, queixa que representou 23,5% (n=16) do total de queixas principais. Este grupo incluiu as seguintes queixas: dor em baixo ventre, dor lombar e dor em fossa ilíaca. Dentre as causas de dor, a mais prevalente foi a localizada em baixo ventre (30%). A queixa de sangramento esteve presente em 25% das consultas em que dor foi a queixa principal.

O terceiro grupo recebeu o nome de “leucorreia” e representou 11,8% (n=8) das queixas principais. Em seguida, vieram os grupos denominados de “DIU” (n=4, 5,9%), “lesão genital” (n=4, 5,9%), “mastalgia” (n=4, 5,9%), e “disúria” (n=3, 4,4%).

O último grupo foi denominado “outras” (n=8, 11,8%) e englobou as seguintes queixas: avaliação pós-operatória, avaliação de exames laboratoriais ou ultrassonografia e presença de cisto anexial.

Tabela 1. Taxa de prevalência de queixa principal por grupos no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC - Florianópolis, SC, Brasil, 2018

Grupo de queixa principal	N*	%**
Sangramento	21	30,9
Dor	16	23,5
Leucorreia	8	11,8
DIU	4	5,9
Lesão genital	4	5,9
Mastalgia	4	5,9
Disúria	3	4,4
Outras***	8	11,8
Total	68	100

Fonte: Magnus, L S, 2019.

* Número de vezes em que a queixa foi citada como principal.

** Taxa de prevalência da queixa sobre o total de queixas citadas em todos os atendimentos.

*** Por ordem de prevalência: avaliação pós-operatória, avaliação de exames laboratoriais ou ultrassonografia e presença de cisto anexial.

Foram identificados os desfechos diagnósticos mais prevalentes (Tabela 2) e, após, classificados em grupos (Gráfico 1). Para cada atendimento foi considerado um único desfecho diagnóstico descrito em prontuário. Uma vez que foram incluídas 61 fichas de atendimento na amostra, foram considerados 61 desfechos. O desfecho diagnóstico mais prevalente foi o denominado “normal”. Os desfechos diagnósticos mais frequentes foram seguidos de sangramento uterino anormal, vaginose, candidíase, dismenorreia, doença inflamatória pélvica, infecção do trato urinário, bartolinite, mastite, sangramento com DIU, presença de cisto anexial e outros (distopia genital, abscesso vulvar, mastalgia crônica, abscesso de mama, pós-cirurgia ginecológica, seroma e mastectomia).

Tabela 2. Taxa de prevalência dos desfechos diagnósticos no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC - Florianópolis, SC, Brasil, 2018

Desfecho diagnóstico	N*	%**
Normal	17	27,9
Sangramento uterino anormal	9	14,8
Vaginose	5	8,2
Candidíase	4	6,6
Dismenorreia	3	4,9
Doença inflamatória pélvica	3	4,9
Infecção do trato urinário	3	4,9
Bartolinite	2	3,3
Mastite	2	3,3
Sangramento com DIU	2	3,3
Cisto anexial	2	3,3
Outras***	9	14,6
Total	61	100

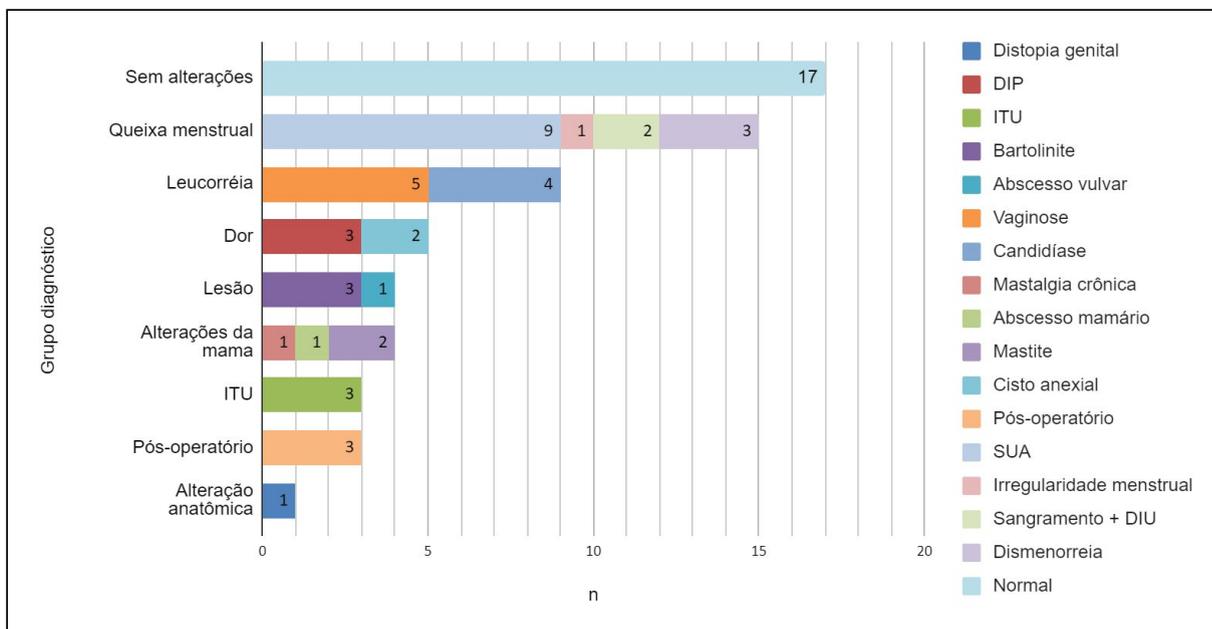
Fonte: Magnus, L S, 2019.

* Número de vezes em que foi o desfecho diagnóstico

** Taxa de prevalência do desfecho diagnóstico sobre o total de atendimentos.

*** Nesta categoria, cada desfecho diagnóstico ocorreu uma vez: distopia genital, abscesso vulvar, mastalgia crônica, abscesso de mama, pós-cirurgia ginecológica, seroma e mastectomia.

Gráfico 1. Distribuição das pacientes segundo desfecho diagnóstico de atendimento na Maternidade do HU-UFSC - Florianópolis, SC, Brasil, 2018



Fonte: Magnus, L S, 2019.

A partir do conhecimento das queixas prevalentes no serviço de emergência ginecológica, foi então elaborado o material didático (Apêndice A).

O material didático é parte dos resultados deste trabalho. Ele é composto de seis capítulos, sendo o primeiro deles dedicado a orientações sobre os aspectos essenciais de uma consulta ginecológica. Após, seguem-se cinco capítulos, cada um contendo um fluxograma de atendimento para uma queixa prevalente em emergência ginecológica. Ao fim de cada capítulo, estão apresentadas as referências bibliográficas utilizadas para sua elaboração.

4. DISCUSSÃO

A população estudada apresentou como queixas mais prevalentes: sangramento, dor, leucorreia, alterações relacionadas ao DIU, lesão genital, mastalgia, disúria e outras. Não é possível fazer comparações dos resultados encontrados com estudos nacionais ou locais, pois este é um tema pouco pesquisado/publicado. No entanto, os resultados encontram compatibilidade com o que estudos internacionais e o Ministério da Saúde do Brasil reconhecem como mais prevalente na procura por emergência ginecológica (7, 23, 40). Queixas prevalentes em emergência ginecológica identificadas em países desenvolvidos também podem ser consideradas em países em desenvolvimento (7).

Houve menção de sangramento ginecológico, dor pélvica ou ambas associadas em 54,4% do total de queixas na população estudada. As queixas mais comuns relatadas em outros estudos são também a dor abdominal aguda e sangramento ginecológico, ou uma combinação das duas, e estas são frequentemente associadas a complicações gestacionais precoces, doença inflamatória pélvica e problemas com contracepção (7, 42, 49).

Apesar de manual atualizado da FEBRASGO informar que o sangramento ginecológico e/ou o sangramento uterino anormal são motivos prevalentes de procura a serviços de emergência ginecológica, não são demonstrados estudos de prevalência (43). Protocolo de 2016 elaborado pelo Ministério da Saúde (23) também inclui recomendações de manejo do sangramento uterino anormal e da dor pélvica dentro do capítulo de queixas mais comuns em saúde feminina brasileira, também sem citar estudos de prevalência.

Leucorreia, lesão genital, mastalgia, DIU e disúria também foram queixas prevalentes neste estudo. Os desfechos diagnósticos mais frequentes foram: normal (sem alterações), sangramento uterino anormal, vaginose, candidíase, dismenorreia, doença inflamatória pélvica, infecção do trato urinário, bartolinite, mastite, sangramento com DIU, presença de cisto anexial e outros (distopia genital, abscesso vulvar, mastalgia crônica, abscesso de mama, pós-cirurgia ginecológica, seroma e mastectomia). Estes resultados são compatíveis com o que demonstra um estudo

retrospectivo de grande amostra realizado recentemente na Turquia, onde essas queixas são citadas como prevalentes juntamente com sangramento ginecológico e dor pélvica (40).

A prevalência da queixa “DIU” em nossos resultados ilustra uma problemática recente sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil. O Ministério da Saúde recomenda que a atenção básica ofereça o manejo a intercorrências decorrentes da inserção do DIU (44). Essa realidade vai de encontro com o que também prevê a PNAB (3). O influxo às emergências médicas de situações clínicas que deveriam estar sob cuidado dos centros de saúde é demonstrado em estudos recentes (4, 5, 6). Apesar de ter sido uma queixa prevalente, optou-se por não criar um fluxograma específico para o seu atendimento por não ser do escopo deste trabalho.

O uso das emergências como porta de entrada do sistema de saúde é uma realidade no Brasil e está descrito em estudos que abordam a temática da superlotação como dificultadora da oferta de um serviço de qualidade (5). Essa também é uma das hipóteses a respeito do crescimento da demanda por serviço de emergência no país (4, 5, 6). Embora exista a idealização de que a atenção básica seja porta de entrada principal dos usuários do SUS, como preconiza a PNAB (3), os serviços de atenção às urgências e emergências continuam sendo responsáveis por grande parcela dos atendimentos. Um contraponto está colocado entre o que prevê o SUS e a realidade dos serviços.

A atenção às emergências ginecológicas compõem o que se conhece como a rede de atenção em urgência e emergência, uma das redes temáticas do SUS, que tem sobressaído pela relevância e premência das situações clínicas envolvidas e por ser parte da atenção à saúde reprodutiva no Brasil (16, 17). A relevância da temática em emergência também é expressa no que resultou nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, homologadas em 2001 pelo Ministério da Educação (10). Neste documento consta que o internato médico é o momento final da graduação, o qual deve proporcionar ao estudante o contato com as morbidades mais prevalentes e entendimento de como funcionam os serviços em saúde, o que inclui os serviços de urgência e emergência ginecológica (10).

Um dos pontos primordiais do internato médico, garantido nas Diretrizes Curriculares, é a vivência com o que há de mais prevalente na população sob um

regime de treinamento intensivo, contínuo e orientado (10). Ademais, outro ponto importante é o fomento ao aprofundamento teórico norteado pelo desenvolvimento de habilidades em coleta de informações e tratamento (10). Esses também são aspectos vistos como uma necessidade pelos estudantes, como foi demonstrado em estudo local (47).

O uso de protocolos de atendimento que organizem o raciocínio diante de uma situação clínica em emergência é uma das ferramentas que ampliam a resolutividade neste tipo de serviço (10). Esses protocolos existem para orientar a coleta de informações dos pacientes e o manejo das situações clínicas mais prevalentes (48). Não foram encontrados na literatura estudos que resultaram na elaboração de algum material didático para o estudante de medicina. A existência de um material didático em formato de fluxogramas de apoio estudante do internato médico seria equivalente ao que os protocolos de emergência propõem aos profissionais médicos. Além do mais, a oferta deste material encontra amparo na expectativa do aprofundamento teórico nesta fase de graduação (47).

5. CONCLUSÃO

O material didático de suporte ao raciocínio clínico e às condutas em emergência ginecológica é oferecido como uma ferramenta de ensino ao estudante do internato médico. Ele propõe o fomento ao aprofundamento teórico supervisionado durante o internato médico e à necessidade de qualificar o atendimento do estudante diante das morbidades mais prevalentes da população.

Por ser a população feminina a que mais procura serviços de saúde no Brasil e por ser o SUS o recurso mais utilizado por ela, este estudo recomenda que sejam realizados estudos nacionais e/ou locais que tracem o perfil de demanda em emergência ginecológica a fim de não só ampliar a qualificação de políticas públicas para a saúde das mulheres, mas também de aperfeiçoar a formação do médico generalista brasileiro.

Recomenda-se que estudos futuros possam trazer levantamentos sobre a visão do estudante de medicina em relação ao estágio em emergência ginecológica realizado no internato médico. Recomenda-se também incluir em uma próxima edição do material didático a abordagem de lesões urogenitais em emergência ginecológica, uma vez que foi uma das queixas prevalentes não abordadas nos fluxogramas.

6. REFERÊNCIAS

1. CARRET, M L V *et al.* **Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Pelotas, Brasil, v. 16, n. 1, p. 1069-1079, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a39v16s1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. Committee Opinion No. 590.** Washington, DC, EUA, n. 590, mar. 2014. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Preparing-for-Clinical-Emergencies-in-Obstetrics-and-Gynecology?IsMobileSet=false>. Acesso em: 11 nov. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 nov. 2019.
4. FEIJÓ, V B E R *et al.* **Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco.** *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 106, p. 627-636, jul/set 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00627.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.
5. BITTENCOURT, R J; HORTALE V A. **Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.
6. CASSETTARI, S S R; MELLO, A L S F. **Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Brasil, n. 26, v. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3400015.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.
7. FAWOLE A O; AWONUGA D O. **Gynaecological Emergencies in the Tropics: Recent Advances in Management.** *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, Ibadan, Nigéria, v. 5, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110985/pdf/AIPM-5-12.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 / Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas / Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2014. 181 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 11 nov. 2019.
9. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Instituto de Pesquisas Datafolha. **Expectativa da mulher brasileira sobre sua vida sexual e reprodutiva: as relações dos ginecologistas e obstétricas com suas pacientes**. Brasil, dez. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/component/k2/item/753-pesquisa-expectativa-da-mulher-brasileira-sobre-sua-vida-sexual-e-reprodutiva>. Acesso em: 21 nov. 2019.
10. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Brasília, Brasil, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
11. BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. **Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC**. Florianópolis, Brasil, 2016. 5 p. Disponível em: http://www.medicina.ufsc.br/files/2011/11/Curriculo-UFSC-Medicina-2016_2-07-07-2016.pdf. Acesso em 11 nov. 2019.
12. BENETTI-PINTO, C L; YELA D A. **Sangramento uterino anormal agudo**. FEBRASGO [Internet]. Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/335-sangramento-uterino-anormal-agudo-suaa>. Acesso em 18 nov. 2019.
13. NAZÁRIO, A C P *et al.* **Diagnóstico e tratamento da dor mamária**. Projeto Diretrizes / Sociedade Brasileira de Mastologia / Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/dor-mamaria.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.
14. COMISSÃO DE MASTOLOGIA FEBRASGO. **Dor mamária**. mar. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/394-dor-mamaria>. Acesso em: 20 nov. 2019.
15. PIZA, S R. **Mastite puerperal**. FEBRASGO [Internet]. São Paulo, Brasil, 2018. Disponível em:

- <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/309-mastite-puerperal>. Acesso em: 20 nov. 2019.
16. HADDAD, J M. **Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal.pdf. Acesso em: 19 nov. 2019.
17. MUNRO, M G *et al.* **FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, n 113, p. 3 - 13, 2011. Disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/IJGO/papers/AUB%20Classification.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
18. FRASER, I S *et al.* **The FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding**. Seminars in reproductive medicine, EUA, v. 29, n. 5, p. 383 - 390, 2011. Disponível em: <http://www.pharllc.com/wp-content/uploads/2014/03/Fraser-Semin-Reprod-Med-2011.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
19. KRUSZKA, P S; KRUSKA, S J. **Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women**. American Academy of Family Physicians, v. 82, n. 2, p. 141 -147, jul. 2010. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2010/0715/p141.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.
20. NUNES, A R; CONDE, D M; SOUSA, J A. **Mastalgia cíclica: abordagem clínica**. Rev Bras Mastologia, Brasil, v. 21, n. 3, p. 135 - 139, 2011. Disponível em: http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v21n3_135-139.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Dores mamárias podem ser confundidas com câncer de mama**. Sociedade Brasileira de Mastologia [Internet], 2018. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/noticias/o-que-e-mastalgia/>. Acesso em: 20 nov. 2019.
22. BECKER, D D; DORMAN, T. **Surviving Sepsis Guidelines: A Continuous Move Toward Better Care of Patients With Sepsis**. JAMA, v. 317, n. 8, p. 807 - 808, 2017. Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx>. Acesso em: 21 nov. 2019.
23. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
24. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 120 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **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. 114p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_paraorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 136 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
28. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS/UFRGS. **Telecondutas : Sangramento uterino anormal**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_sangramento_uterino.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.
29. FREITAS, F *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 6a edição. Porto Alegre, Brasil, Editora Artmed, 2011.

30. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde.** University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2017.
31. ELNAHHAS, I; MITWALLY, M. **Avaliação de sangramento vaginal.** BMJ Best Practice [Internet], 2018. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1166>. Acesso em: 17 nov. 2019.
32. MANOHARAN, M *et al.* **Doença inflamatória pélvica.** BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/195>. Acesso em: 18 nov. 2019.
33. BMJ BEST PRACTICE. **Patient information from BMJ.** Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/pt-br/pdf/1545920590292.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
34. LEE, U J. **Infecções do trato urinário em mulheres.** BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/77>. Acesso em: 18 nov. 2019.
35. SAEB-PARSY, K; LEE, E. **Avaliação de disúria.** BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/299/>. Acesso em: 18 nov. 2019.
36. FRASSETTO, L A. **Pielonefrite aguda.** BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/551/>. Acesso em: 18 nov. 2019.
37. KAUNITZ, A M. **Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women.** UpToDate [Internet], Waltham (MA), 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-women>. Acesso em: 17 nov. 2019.
38. STRATTON, P. **Evaluation of acute pelvic pain in nonpregnant adult women.** UpToDate [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-nonpregnant-adult-women>. Acesso em: 18 nov. 2019.
39. HOOTON, T M; GUPTA, K. **Acute simple cystitis in women.** UpToDate [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women>. Acesso em: 19 nov. 2019.
40. AKSOY, H *et al.* **Utilization of Emergency Service of Obstetrics and Gynecology: A Cross-Sectional Analysis of a Training Hospital.** Journal of

- Clinical Medicine Research, v. 7, n. 2, p. 109 - 114, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25436028>. Acesso em: 21 nov. 2019.
41. BARBOSA, M; GONÇALVES, J; DUARTE, A. **Serviço de urgência de Ginecologia e Obstetrícia: uma consulta aberta?**. Acta Obstet Ginecol Port, Portugal, v. 3, n, 1, p. 5 - 9, 2009. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_396.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
42. ABAM, D A. **Overview of Gynaecological Emergencies**. Contemporary Gynecologic Practice [Internet], fev. 2015. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/contemporary-gynecologic-practice/overview-of-gynaecological-emergencies>. Acesso em: 21 nov. 2019.
43. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Sangramento uterino anormal**. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, São Paulo, Brasil, n. 7, 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/11-SANGRAMENTO_UTERINO_ANORMAL.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 72 p. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p
46. PINOTTI, J A *et al.* **Integrated approach to women's health**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, São Paulo, Brasil, v. 79, n. 1, p. 191 - 198, jul. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10884548>. Acesso em: 21 nov. 2019.
47. CHAVES, I T S; GROSSEMAN, S. **O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos**. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasil, v. 31, n. 3, p. 212 - 222, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/03.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
48. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF. 1ª. Ed. Revisada e ampliada** – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006. 285 p. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Protocolo-de-urgencia-e-emergencia-da-SES.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

49. BARBOSA, M; GONÇALVES, J; DUARTE, A. **Serviço de urgência de Ginecologia e Obstetrícia: uma consulta aberta?**. Acta Obstet Ginecol Port, Portugal, v. 3, n, 1, p. 5 - 9, 2009. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_396.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

**APÊNDICE A - MATERIAL DIDÁTICO DE SUPORTE AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E
ÀS CONDUTAS DO ACADÊMICO DO INTERNATO MÉDICO EM EMERGÊNCIA
GINECOLÓGICA**

Lucas da Silva Magnus

**MATERIAL DIDÁTICO DE SUPORTE AO RACIOCÍNIO CLÍNICO E ÀS
CONDUTAS DO ACADÊMICO DO INTERNATO MÉDICO EM EMERGÊNCIA
GINECOLÓGICA**

1ª edição

Florianópolis
novembro, 2019

Capítulo 1. A CONSULTA DO ACADÊMICO DE MEDICINA EM EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA

Você já deve saber que o serviço de emergência lida com um tipo de demanda à parte dentro da medicina. E, quando se trata de emergência ginecológica, vemos essa demanda ficar ainda mais específica. É importante que você saiba que existem morbidades em emergência ginecológica que podem evoluir para um desfecho desfavorável quando não abordadas na hora certa e, sobretudo, da maneira correta. O seu estágio em emergência ginecológica é o momento ideal para a vivência dessas situações sob supervisão.

O estágio em emergência ginecológica existe como resultado de um esforço em incluir na formação do médico generalista o contato com as morbidades mais prevalentes da população que chegam a este serviço, conforme preconizado pelas Diretrizes Nacionais para os Cursos de Medicina e pelo Currículo do Internato Médico do curso de graduação em Medicina da UFSC.

Este material didático tem por objetivo, em um primeiro momento, orientá-lo sobre o que deve ser coletado na história clínica e o que deve ser realizado no exame físico e ginecológico de todas as pacientes que procuram este serviço. Após, reunimos em quatro capítulos, em formato de fluxogramas, a abordagem de quatro situações clínicas comuns em ambiente de emergência ginecológica. A escolha dos temas dos capítulos surgiu a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso que demonstrou as queixas mais prevalentes na emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC.

Durante o estágio no serviço de emergência da Maternidade do HU-UFSC você terá contato com pacientes ginecológicas e obstétricas. No entanto, aqui abordaremos apenas situações em emergência ginecológica.

Você pode utilizar este material didático antes, durante ou depois da consulta ginecológica. A seguir, serão apresentadas dicas baseadas na literatura médica de como conduzir uma consulta em emergência ginecológica. Após a consulta, chame o *staff* ou médico-residente de plantão para discutir o caso.

Embora os fluxogramas de atendimento contenham orientações sobre prescrição médica, é importante salientar que durante o internato médico essa é

uma competência do médico *staff* ou residente que está supervisionando o estudante. O material didático serve como um guia e não deve substituir as orientações fornecidas por médicos.

Você não está sozinho!

1. 1 A ANAMNESE EM EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA

Então, você está em seu primeiro plantão na emergência ginecológica!

A anamnese e o exame físico das queixas ginecológicas devem levar em consideração alguns fatores específicos. Existem dados da história que devem ser coletados em toda consulta ginecológica, sem fazer restrição ao ambiente em que ela acontece. Entretanto, o ambiente de emergência lida com um formato específico de atendimento e, por essa razão, sugere-se que a consulta médica realizada neste ambiente deva ser adaptada. Essa adaptação se refere à atenção que deve ser despendida ao maior fator de ameaça à vida da paciente. Atenção aos sinais vitais e à coleta da história com enfoque na queixa principal são recomendações clássicas de como otimizar o atendimento em emergência.

No Quadro 1, estão listados 10 pontos essenciais de toda consulta ginecológica. Neste presente material, chamaremos o conjunto desses itens de *anamnese dirigida*. A recomendação do seu uso na consulta médica será evocada diversas vezes nos fluxogramas.

Quadro 1. Tópicos essenciais na consulta ginecológica: o que perguntar a todas as pacientes que são atendidas na emergência ginecológica em 10 itens.

- 1) Nome;
- 2) Idade;
- 3) Paridade no estilo GPCA*;
- 4) Tipo sanguíneo;
- 5) Data da última menstruação (DUM) e características do ciclo menstrual (a data da menarca ou da menopausa deve ser considerada de acordo com a faixa etária da paciente);
- 6) Método (s) anticoncepcional (is) e outras medicações em uso e avaliar uso correto;
- 7) História mórbida pregressa (com destaque para a história gineco-obstétrica, adicções);
- 8) Alergias medicamentosas;
- 9) História mórbida familiar (com destaque para doenças crônicas e neoplasias em parentes de primeiro grau);
- 10) Queixa principal e história mórbida atual.

* Número de gestações, partos normais, cesarianas e abortos prévios.

Antes de iniciar o exame físico, é importante que você tenha o consentimento da paciente para realizá-lo. Embora o atendimento esteja sendo oferecido em um hospital-escola, a paciente ainda tem o direito à privacidade. Caso haja recusa por parte da paciente em ser submetida a sua avaliação, chame o *staff* ou o médico-residente de plantão.

Nesta etapa da consulta, toda paciente deve ser submetida a um exame físico geral e ginecológico conforme a necessidade de complementar a história clínica. Lembre-se que o exame ginecológico inclui exame das mamas e pélvico. Haverá consultas em que não será necessário realizar algum deles.

1.2 O EXAME FÍSICO EM EMERGÊNCIA GINECOLÓGICA

Sinais vitais geralmente são checados na admissão, mas devem ser colhidos novamente pelo profissional médico.

O exame físico geral deve ser completo, desempenhando maior atenção aos sinais vitais e ao aparelho de maior probabilidade de origem dos sinais e sintomas, usando como guia a história clínica da paciente, a fim de otimizar o atendimento.

Para o exame das mamas, a paciente deve estar sentada e com o colo desnudo. O exame das mamas é constituído das seguintes etapas:

- 1) inspeção estática: com os braços da paciente ao longo do corpo, você deve avaliar a simetria, o volume, a presença de abaulamentos, retrações, lesões dermatológicas, aspecto dos mamilos.
- 2) inspeção dinâmica: você deve pedir para a paciente erguer os braços acima da cabeça. Após, a paciente deve apoiar as mãos na cintura e contrair os braços. Durante esses movimentos, retrações e abaulamentos se destacam, bem como assimetria, derrame papilar, tumorações e anormalidades dos mamilos.
- 3) palpação de linfonodos: cadeias ganglionares supraclavicular, cervical e axilar bilateralmente. A paciente deve estar com o membro superior relaxado durante a palpação da axila ipsilateral.
- 4) palpação das mamas: a paciente deve estar em posição de decúbito dorsal. A palpação pode ser realizada com a mão espalmada ou com as pontas dos dedos, em sentido centrípeto.

Você deve descrever em qual quadrante e a respectiva mama em que a alteração foi encontrada.

Para o exame pélvico, o posicionamento da paciente deve ser em posição de litotomia sobre a mesa ginecológica (em decúbito dorsal, com as nádegas junto à borda da mesa, joelhos fletidos, apoiando os pés ou as fossas poplíteas nos estribos). A paciente deve estar despida. Um lençol pode ser entregue à paciente a fim de que possa se cobrir durante o deslocamento até a mesa ginecológica e também ao longo do exame.

O exame pélvico é composto por etapas:

- 1) inspeção estática: avalie a vulva e o períneo, a composição de pêlos pubianos, anatomia, presença de lesões, sangramento ou secreção vaginal.
- 2) inspeção dinâmica: sob a manobra de Valsalva, observe se há prolapsos e a tensão das paredes do intróito e vestíbulo vaginais.
- 3) exame especular: com uma mão, afaste os pequenos lábios; com a outra, introduza o espéculo bivalve na vagina em sentido oblíquo (para desviar da uretra), imprimindo delicadamente um trajeto direcionado posteriormente, ao mesmo tempo em que o instrumento é girado para o sentido transversal em direção ao pinçamento do colo do útero. Observe o aspecto das paredes da vagina e do colo do útero, presença de sangramento ou corrimento e considere coleta de secreção para testes.
- 4) palpação (toque vaginal e bimanual): para realizar o toque vaginal, introduza um ou dois dedos (indicador e dedo médio) no canal vaginal, procurando sentir as paredes da vagina, o colo de útero e o fundo de saco posterior. Para fazer o toque bimanual, coloque a outra mão sobre o baixo ventre para apreender o útero e identificar massas anexiais e avaliar dor à mobilização do útero.

A escolha do conteúdo dos capítulos é proveniente de um Trabalho de Conclusão de Curso que identificou a prevalência de queixas no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC. Os resultados deste trabalho identificaram 8 queixas prevalentes, são elas: sangramento, dor, leucorreia, avaliação de DIU, lesão genital, mastalgia, disúria e outras (pós-operatório, avaliação de exames, presença de cisto anexial). Optou-se por não incluir as queixas “avaliação de DIU” e “lesão genital” no material didático.

Nos capítulos a seguir, serão apresentados fluxogramas para o manejo de cinco queixas prevalentes em emergência ginecológica. Estão listados abaixo os títulos dos capítulos:

- 1) sangramento ginecológico em mulheres não-gestantes;
- 2) dor pélvica aguda em mulheres não-gestantes;
- 3) corrimento vaginal em mulheres não-gestantes;
- 4) mastalgia em mulheres não-gestantes;
- 5) disúria em mulheres não-gestantes.

Dentro de cada capítulo, o conteúdo é apresentado em formato de fluxograma. Na página a seguir, será demonstrado o que cada quadro dentro do fluxograma pretende informar.

COMO LER O FLUXOGRAMA

TÍTULO (QUEIXA PRINCIPAL)

O PROBLE MA	Aspectos conceituais relacionados à queixa principal.
----------------------------	---

	Sinais de alerta sobre situações que envolvem a queixa principal e são ameaça iminente à vida da paciente. Grupos de risco que merecem atenção quando apresentam esta queixa principal.
---	--

	Considerações acerca do diagnóstico diferencial sobre a queixa principal.
---	---

ANAMNESE	EXAME FÍSICO	EXAME GINECOLÓGICO
Objetivos da anamnese diante da queixa principal.	Objetivos do exame físico geral diante da queixa principal.	Objetivos do exame ginecológico diante da queixa principal.
Aplique a ANAMNESE DIRIGIDA (<u>ver capítulo 1</u>) Aplique a ANAMNESE CENTRADA NA QUEIXA PRINCIPAL Questionamentos que devem ser feitos.	Destaque sobre sistemas que não podem passar despercebidos.	Destaques sobre aspectos essenciais de cada etapa do exame ginecológico.

 manejo inicial e investigação	Exames complementares que devem ser solicitados e em quais situações. Recomendações do Ministério da Saúde para situações especiais.
 aspectos a serem considerados na escolha da conduta terapêutica	Condutas terapêuticas para o desfecho diagnóstico mais comum.

Diagnóstico diferencial ou recomendações do Ministério da Saúde.



SAIBA MAIS

Recomendações de estudos de revisão, documentos de entidades médicas, protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde.

Todas as recomendações de literatura estavam disponíveis *online* até a data de entrega deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. Committee Opinion No. 590.** Washington, DC, EUA, n. 590, mar. 2014. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Preparing-for-Clinical-Emergencies-in-Obstetrics-and-Gynecology?IsMobileSet=false>. Acesso em: 11 nov. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Brasília, Brasil, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. **Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC.** Florianópolis, Brasil, 2016. 5 p. Disponível em: http://www.medicina.ufsc.br/files/2011/11/Curriculo-UFSC-Medicina-2016_2-07-07-2016.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.
4. FREITAS, F *et al.* **Rotinas em ginecologia.** 6a edição. Porto Alegre, Brasil, Editora Artmed, 2011.

Capítulo 2. SANGRAMENTO GINECOLÓGICO EM MULHERES NÃO-GESTANTES

O PROBLEMA

O sangramento ginecológico está associado, na maior parte das vezes, ao que se denomina sangramento uterino anormal (SUA).

O SUA, agudo ou crônico (maior do que 6 semanas), é definido como o sangramento proveniente do corpo uterino, com anormalidade, seja na sua regularidade, no volume, na frequência ou na duração, em mulheres que não estão grávidas.



Sinais de **INSTABILIDADE HEMODINÂMICA**.
Sinais de **ANEMIA GRAVE SINTOMÁTICA**.
Considerar neoplasia endometrial em **MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA**.
Se paciente **GESTANTE**, discuta.



Defina o **STATUS REPRODUTIVO** da paciente.
Confirme o **LOCAL DE ORIGEM DO SANGRAMENTO** (descarte origem em trato urinário, gastrointestinal ou região vulvovaginal).

ANAMNESE	EXAME FÍSICO	EXAME GINECOLÓGICO
<p>Caracterizar o sangramento Avaliar repercussão sintomática</p>	<p>Identificar sinais de repercussão sistêmica Identificar sinais que indiquem outras etiologias</p>	<p>Confirmar o local de origem Avaliar repercussão local</p>
<p>Aplique a ANAMNESE DIRIGIDA (ver capítulo 1)</p> <p>Aplique a ANAMNESE CENTRADA NA QUEIXA PRINCIPAL Caracterize regularidade, frequência, duração, aspecto. Há quanto tempo? Sintomas associados? Fatores desencadeantes?</p>	<p>Sinais de INSTABILIDADE HEMODINÂMICA (impressão geral, estado geral, NC, FC, FR, PA, temperatura corporal)</p> <p>Sinais de ANEMIA GRAVE SINTOMÁTICA FC > 100bpm, PA < 90 /60 mmHg, queda no débito urinário, tempo de enchimento capilar retardado (> 2 seg), alteração do nível de consciência</p> <p>Sinais que possam justificar OUTRAS ETIOLOGIAS (equimoses, alterações em tireóide, sinais de hiperandrogenismo)</p>	<p>INSPEÇÃO períneo, vulva, vagina, útero, trato urinário ou trato gastrointestinal.</p> <p>EXAME ESPECULAR paredes da vagina, colo do útero, confirmando se há sangramento ativo. Aplique a manobra de Valsalva.</p> <p>PALPAÇÃO com o auxílio do toque bimanual, identificar dilatação do colo, dor à mobilização, anexos uterinos, tamanho e textura do útero.</p>

 <p>manejo inicial e investigação</p>	<p>🚩 Faça o ABCDE (manutenção de vias aéreas, padrão respiratório, padrão circulatório, nível de consciência e controle de exposição).</p> <p>Todas as pacientes com SUA devem ser submetidas a um TESTE SÉRICO DE BETA-HCG. Se gestante, discuta.</p> <p>Solicite HEMOGRAMA COMPLETO e FERRITINA na suspeita de anemia em consequência de sangramento intenso ou vigência de processo infeccioso (DIP).</p> <p>Considere solicitar PROVAS DE COAGULAÇÃO (TAP e TTPA) na suspeita de distúrbios de coagulação¹.</p> <p>Considere solicitar ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA E TRANSVAGINAL na suspeita de anormalidade estrutural².</p> <p>Avalie a necessidade de HISTEROSCOPIA para investigação anatomopatológica e conduta terapêutica³.</p>
 <p>para escolha do TTO deve-se considerar:</p> <p>etiologia, gravidade do sangramento, sintomas associados, comorbidades, necessidade de contracepção ou desejo de gestar, riscos para tromboembolismo venoso e preferências da paciente</p>	<p>MULHERES QUE NÃO DESEJAM ENGRAVIDAR E QUE NÃO TENHAM CONTRAINDICAÇÕES AO TTO HORMONAL⁴:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Estradiol</i> 1 mg, 4 a 8 comprimidos por dia, podendo ser tomados em dose única diária ou fracionados. 2) <i>Estrogênio conjugado</i> 0,625 mg, 4 a 8 cápsulas por dia, podendo tomar em dose única diária ou fracionados. 3) <i>Anticoncepcionais orais combinados</i> (30 a 50 ug de etinilestradiol + progestágeno) 1 comprimido, de 6/6 horas, até cessar o sangramento. A partir de então, tomar um por dia. <p>MULHERES QUE DESEJAM ENGRAVIDAR OU QUE TENHAM CONTRAINDICAÇÕES AO TTO HORMONAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Antifibrinolíticos: <i>ácido tranexâmico</i> 500 mg, de 8/8 horas, até cessar o sangramento, no máximo por 7 dias (cuidado em mulheres com risco para trombose) 2) Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE): <i>ácido mefenâmico</i> 500mg 8/8h, <i>ibuprofeno</i> 600mg 8/8h, <i>nimesulida</i> 100mg 12/12h <p>A CURETAGEM está indicada apenas para casos graves que necessitam de controle urgente. O resultado será temporário.</p> <p>A TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS deve respeitar o julgamento clínico sobre os sinais de anemia grave sintomática. O hematócrito pode ser usado como critério após 2 a 3 horas do início da hemorragia, sendo indicada a transfusão de concentrado de hemácias quando há perda de 25% a 30% da volemia total.</p>

¹ Considerar esse diagnóstico especialmente em crianças e adolescentes, mulheres com histórico de SUA desde a menarca ou com história familiar de distúrbios da coagulação.

² Deve ser solicitada se sintomas sugestivos de causa estrutural (sangramento intenso ou intermenstrual, dor pélvica ou sensação de pressão abdominal), útero aumentado ou massa pélvica, falha em tratamento clínico prévio. Mulheres na menopausa ou com fatores de risco para neoplasia de endométrio devem ser avaliadas inicialmente com exame de imagem.

³ Histeroscopia deve ser realizada se patologia estrutural é demonstrada em USG. Outras opções são: ablação endometrial, tamponamento uterino e embolização da artéria uterina.

⁴ Contraindicações para uso de terapia hormonal: doença ativa ou histórico de doença tromboembólica arterial ou tromboembolismo venoso, disfunção ou doença hepática ativa ou crônica, distúrbios trombofílicos conhecidos, cefaleia migrânea com aura, diabetes mellitus com alterações vasculares.



SAIBA MAIS

Cervicite por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* ou herpes simples podem ser a causa do SUA. Veja os capítulos sobre dor pélvica (ver capítulo 2) e corrimentos (ver capítulo 3).

Principais causas de SUA em mulheres na menacme e não-gestantes (2019, UpToDate): Anormalidades estruturais (classificação PALM-COEIN - 2011, FIGO), disfunção ovulatória, desordens hematológicas, iatrogenia (anticoagulantes, contraceptivos hormonais, dispositivo intrauterino), neoplasia, doença inflamatória pélvica.

Classificação PALM-COEIN (2011, FIGO): Pólipo, Adenomioma, Leiomioma, Malignidade ou pré-malignidade, Coagulopatia, Outras desordens, Endométrio, Iatrogenia e Não-classificado.

Recomendações de terminologias para o sangramento ginecológico (2011, FIGO).

Disponível em:

<http://www.pharllc.com/wp-content/uploads/2014/03/Fraser-Semin-Reprod-Med-2011.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

Câncer de colo de útero pode ser a causa do SUA. Veja as diretrizes atualizadas para o rastreamento (2016, Ministério da Saúde, INCA).

Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

Acesso em: 21 nov. 2019.

Recomendações de abordagem do SUA na atenção básica estão nos Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres (2016, Ministério da Saúde).

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Acesso em: 21 nov. 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENETTI-PINTO, C L; YELA D A. **Sangramento uterino anormal agudo**. FEBRASGO [Internet]. Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/335-sangramento-uterino-anormal-agudo-suaa>. Acesso em: 18 nov. 2019.
2. 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 - p. 21 - 26. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 136 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
4. ELNAHHAS, I; MITWALLY, M. **Avaliação de sangramento vaginal**. BMJ Best Practice [Internet], 2018. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1166>. Acesso em: 17 nov. 2019.
5. FRASER, I S *et al.* **The FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding**. Seminars in reproductive medicine, EUA, v. 29, n. 5, p. 383 - 390, 2011. Disponível em: <http://www.pharllc.com/wp-content/uploads/2014/03/Fraser-Semin-Reprod-Med-2011.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
6. KAUNITZ, A M. **Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women**. UpToDate [Internet], Waltham (MA), 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-women>. Acesso em: 17 nov. 2019.
7. MUNRO, M G *et al.* **FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, n 113, p. 3 - 13, 2011. Disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/IJGO/papers/AUB%20Classification.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
8. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS/UFRGS. **Telecondutas : Sangramento uterino anormal**.

Porto Alegre, 2018. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_sangramento_uterino.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.

Capítulo 3. DOR PÉLVICA AGUDA EM MULHERES NÃO-GESTANTES

O PROBLEMA

As dores pélvicas definem-se habitualmente como dores localizadas ou referidas à região inferior do abdômen, pelve ou períneo e podem ser cíclicas, agudas ou crônicas. Dor pélvica aguda é geralmente definida como dor na região inferior do abdômen ou da pelve há menos de 3 meses.



Sinais de **INSTABILIDADE HEMODINÂMICA** e/ou **SEPSE**.



Considere todas as **CAUSAS DE ABDOME AGUDO** no diagnóstico diferencial (veja quadro na próxima página). **APENDICITE, GRAVIDEZ ECTÓPICA e DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA** são causas comuns de dor pélvica aguda em mulheres.

ANAMNESE	EXAME FÍSICO	EXAME GINECOLÓGICO
<p>Caracterizar a dor Avaliar repercussão sintomática</p>	<p>Identificar sinais de repercussão sistêmica Exame abdominal merece atenção</p>	<p>Atenção para sinais de doença inflamatória pélvica</p>
<p>Aplique a ANAMNESE DIRIGIDA (<u>ver capítulo 1</u>)</p> <p>Aplique a ANAMNESE CENTRADA NA QUEIXA PRINCIPAL Caracterize localização, intensidade, irradiação. Há quanto tempo? Sintomas associados (inapetência, dispareunia, corrimento, SUA, disúria, polaciúria, distensão abdominal)? Fatores desencadeantes? Fatores de alívio? Cirurgias já realizadas? Infecções recentes?</p>	<p>Sinais de INSTABILIDADE HEMODINÂMICA e/ou SEPSE (impressão geral, estado geral, nível de consciência, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura corporal)</p> <p>Realize um EXAME ABDOMINAL COMPLETO a fim de identificar o local da dor e sinais de irritação peritoneal</p> <p>PUNHO-PERCUSSÃO LOMBAR pielonefrite pode se manifestar como dor abdominal</p>	<p>EXAME ESPECULAR paredes da vagina, características do colo do útero, presença de sangramento e/ou corrimento</p> <p>PALPAÇÃO com o auxílio do toque bimanual, identificar dor à mobilização uterina, massa pélvica, tamanho e textura da superfície do útero.</p>



manejo inicial
e investigação

🚩 Faça o **ABCDE** (manutenção de vias aéreas, padrão respiratório, padrão circulatório, nível de consciência e controle de exposição).

Solicite exame sérico de **BETA-HCG QUANTITATIVO**. Se gestante, discuta.
Solicite **HEMOGRAMA COMPLETO** e **PROVAS DE ATIVIDADE INFLAMATÓRIA (PCR e VHS)** na suspeita de processo infeccioso.
Solicite **PARCIAL DE URINA** e a **UROCULTURA COM TSA** na suspeita de uma ITU complicada com manifestação atípica.
Solicite **ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA OU TRANSVAGINAL** para descartar gestação e DIP¹.

Se, após as condutas acima, persistir **INDEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA**, considere estudo com tomografia computadorizada (TC), laparoscopia e discussão com equipe médica auxiliar (clínica ou cirúrgica).



conduta
terapêutica
para a causa
ginecológica
mais
frequente de
dor pélvica
aguda

Como o diagnóstico diferencial de dor pélvica aguda abrange um grande número de possibilidades, decidimos destacar neste fluxograma a abordagem da causa ginecológica mais comum de dor pélvica aguda segundo o Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde de 2016, que é a **DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)**.

Esquema de antibioticoterapia para os germes mais comuns de DIP (2016, Ministério da Saúde)²:

- 1) *Ceftriaxona* 500mg IM dose única **OU** *Ciprofloxacino* 500mg VO dose única
+
- 2) *Azitromicina* 1g VO dose única **OU** *Doxiciclina* 100mg 12/12h por 7 a 14 dias.

¹ A ultrassonografia transvaginal é o exame de escolha diante da suspeita de DIP.

² O material *Practical Approach Care Kit* da Prefeitura de Florianópolis (2017, FPOLIS) recomenda que seja adicionado *Metronidazol* 500mg VO 12/12h por 14 dias no tratamento da DIP.

Diagnóstico diferencial de dor pélvica aguda em mulheres não-gestantes em idade reprodutiva, adolescentes e mulheres em pós-menopausa (2019, UpToDate) (adaptado):

- 1) **Gastrointestinal:** apendicite, obstrução intestinal, diverticulite, gastrite, hérnia inguinal, síndrome do intestino irritável, trombose venosa mesentérica, abscesso perirretal.
- 2) **Ginecológico:** adeniose, gravidez ectópica, endometriose, torção de ovário, doença inflamatória pélvica, ruptura de cisto ovariano, abscesso tubo-ovariano.
- 3) **Urológico:** cistite aguda, pielonefrite, urolitíase.
- 4) **Outras:** dissecação de aorta abdominal, transtorno somatoforme.



SAIBA MAIS

Como o médico generalista deve abordar a queixa de dor pélvica em mulheres na atenção básica e quando o atendimento de emergência é necessário você encontra no material *Protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres* (2016, Ministério da Saúde).

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Acesso em: 18 nov. 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. p. 20 - 26. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
2. KRUSZKA, P S; KRUSKA, S J. **Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women**. American Academy of Family Physicians, v. 82, n. 2, p. 141 -147, jul. 2010. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2010/0715/p141.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.
3. MANOHARAN, M *et al.* **Doença inflamatória pélvica**. BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/195>. Acesso em: 18 nov. 2019.
4. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde**. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, p. 38, 2017.
5. STRATTON, P. **Evaluation of acute pelvic pain in nonpregnant adult women**. UpToDate [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-nonpregnant-adult-women>. Acesso em: 18 nov. 2019.

Capítulo 4. CORRIMENTO VAGINAL EM MULHERES NÃO-GESTANTES

O PROBLEMA

O corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva, podendo ser acompanhado de prurido, irritação local e/ou alteração de odor.

O corrimento vaginal é o sintoma predominante no quadro de vulvovaginites, mas pode estar presente em quadros de cervicites e uretrites.

Vulvovaginites são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico.



Sinais de **SEPSE**.

Se paciente gestante, puérpera ou em período pós-aborto, discuta.



VULVOVAGINITES, CERVICITES e URETRITES podem causar queixa de corrimento¹.

Infecção pelas bactérias *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* são **ISTs** responsáveis por quadros de cervicites e uretrites.

INFORME SUA PACIENTE, e se possível sua parceria sexual, de que corrimento não significa presença de **IST**.

Dentre as vulvovaginites, apenas a tricomoníase é uma **IST**.

ANAMNESE Caracterizar o corrimento Avaliar repercussão sintomática	EXAME FÍSICO Identificar sinais de repercussão sistêmica Identificar sinais que indiquem outras etiologias	EXAME GINECOLÓGICO Confirmar o local de origem Avaliar repercussão local
<p>Aplique a ANAMNESE DIRIGIDA (ver capítulo 1)</p> <p>Aplique a ANAMNESE CENTRADA NA QUEIXA PRINCIPAL</p> <p>Caracterize o corrimento (cor, aspecto, odor, quantidade, frequência, há quanto tempo).</p> <p>Sintomas associados (sangramento, prurido, dor pélvica, dispareunia, disúria)?</p> <p>Fatores desencadeantes (pós-coito, menstruação)?</p> <p>Hábitos de higiene íntima?</p> <p>Hábitos de vida sexual, parceiros com sintomas?</p> <p>Episódios semelhantes prévios? ²</p>	<p>Sinais de SEPSE (impressão geral, estado geral, nível de consciência, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura corporal)</p> <p>Realize um EXAME ABDOMINAL COMPLETO identificar sintomas locais, como sinais de irritação peritoneal, presença de massa abdominal</p>	<p>INSPEÇÃO períneo, vulva, vagina, trato urinário. Confirmar origem do corrimento, se há sangramento, escoriações, hiperemia, edema</p> <p>EXAME ESPECULAR aspecto de paredes da vagina, colo do útero, secreção. Teste do toque com <i>swab</i>. Coletar material para testes.</p> <p>PALPAÇÃO com o auxílio do toque bimanual, identificar dilatação do colo, dor à mobilização uterina, anexos uterinos</p>

¹ Outras causas de corrimento incluem: vaginites atrófica, química, irritativa e alérgica, nas quais se verifica o quadro clínico das vulvovaginites sem que se identifique um agente infeccioso.

² Candidíase recorrente deve levantar a suspeita de um diabetes mellitus ou imunocomprometimento não diagnosticados. Diagnósticos prévios incorretos também devem ser considerados.

³ Alternativas terapêuticas são descritas no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016, BRASIL) - link do material disponível no [box Saiba mais](#) na última página.



manejo inicial e investigação

(embora não seja rotina no serviço de emergência ginecológica do HU-UFSC, são condutas preconizadas)

🚩 Faça o **ABCDE** (manutenção de vias aéreas, padrão respiratório, padrão circulatório, nível de consciência e controle de exposição).

Aplique o **TESTE DE pH DE SECREÇÃO VAGINAL** (pH > 4,5: vaginose bacteriana ou tricomoníase; pH < 4,5: candidíase vulvovaginal).

Aplique o **TESTE DE WHIFF** (coloca-se uma gota de KOH 10% sobre a secreção vaginal depositada em lâmina de vidro. Se houver “odor de peixe”, o teste é positivo e sugestivo de vaginose bacteriana).

Realize o **EXAME A FRESCO** (em lâmina de vidro, faz-se um esfregaço com amostra de secreção vaginal e uma gota de salina, cobrindo-se a preparação com lamínula. Examinar em microscópio a presença de leucócitos, células parabasais, *Trichomonas sp. móveis*, leveduras e/ou pseudo-hifas).

Realize a **BACTERIOSCOPIA POR COLORAÇÃO DE GRAM**: a presença de *clue cells* é típica de vaginose bacteriana. Presença de diplococos indica infecção por *Neisseria gonorrhoeae*.

Diante de alta suspeição clínica de cervicite associada à dor pélvica, discuta a necessidade de exames complementares como hemograma, parcial de urina, urocultura, provas inflamatórias e ultrassonografia abdominal ou transvaginal para descartar quadro atípico de infecção do trato urinário ou doença inflamatória pélvica. Veja capítulo sobre dor pélvica e disúria



para escolha do TTO deve-se considerar:

características e local de origem do corrimento, disponibilidade e de testes sobre o material coletado, histórico sexual,

Na disponibilidade de testes (pH, *Whiff*, exame a fresco e/ou bacterioscopia), trate conforme resultados.

O Ministério da Saúde recomenda em protocolo para atendimento de queixa de corrimento em mulheres que a história clínica e o exame físico sejam bem desempenhados. Na **AUSÊNCIA DE MICROSCOPIA**, ao menos os testes de pH e *Whiff* deveriam ser realizados.

O Ministério da Saúde também recomenda em protocolo que na **PRESENÇA DE SINAIS DE CERVICITE AO EXAME FÍSICO** (secreção purulenta, colo com friabilidade, sangramento ou dor à mobilização) ou **PARCERIA SEXUAL COM SINTOMAS** seja administrada antibioticoterapia³ para os germes mais comuns causadores de cervicites (*Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*). Veja na próxima página.

Na vigência de **CORRIMENTO URETRAL**, trate os germes mais comuns em uretrites (*C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*). Veja recomendações de literatura no box *Saiba mais*.

¹ Outras causas de corrimento incluem: vaginites atrófica, química, irritativa e alérgica, nas quais se verifica o quadro clínico das vulvovaginites sem que se identifique um agente infeccioso.

² Candidíase recorrente deve levantar a suspeita de um diabetes mellitus ou imunocomprometimento não diagnosticados. Diagnósticos prévios incorretos também devem ser considerados.

³ Alternativas terapêuticas são descritas no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016, BRASIL) - link do material disponível no box *Saiba mais* na última página.

⁴ O material *Practical Approach Care Kit* da Prefeitura de Florianópolis (2017, FPOLIS) recomenda que seja adicionado *Metronidazol* 500mg VO 12/12h por 14 dias no tratamento da DIP.

Confirmado corrimento?

<p>Corrimento grumoso aderido à mucosa vaginal, associado a prurido vulvar e/ou vaginal, vulva hiperemiada e/ou com escoriações.</p> <p>pH < 4,5 e/ou KOH negativo Presença de hifas e/ou leveduras, leucócitos à microscopia.</p>	<p>Corrimento fétido (odor de peixe podre), fino, branco-acinzentado, por vezes bolhoso, acentuado no pós-coito e durante período menstrual.</p> <p>pH > 4,5 e/ou KOH positivo Presença de <i>clue cells</i> à microscopia.</p>	<p>Corrimento fétido, viscoso, esverdeado ou amarelado, histórico de relações sexuais desprotegidas, ISTs prévias, colo uterino com aspecto de framboesa.</p> <p>pH < 4,5 e/ou KOH negativo Presença de <i>Trichomonas spp.</i> móveis, leucócitos abundantes à microscopia.</p>	<p>Corrimento purulento proveniente de colo uterino. Colo friável, eritematoso e edematoso, com sangramento, dor à mobilização, dor pélvica. Sangramento cervical facilmente induzido pelo teste de <i>swab</i>. Relato de sangramento intermenstrual e/ou pós-coito.</p> <p>Obs: cervicites são frequentemente assintomáticas. Por esse motivo, a queixa de corrimento em mulheres deve ser valorizada, bem como o relato de sintomas semelhantes por parcerias sexuais. Cervicites quando não tratadas podem evoluir para um péssimo prognóstico.</p>
Provável candidíase vulvovaginal	Provável vaginose bacteriana	Provável tricomoníase	Provável cervicite por <i>Chlamydia trachomatis</i> ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<p>Prescreva³ <i>Miconazol</i> creme vaginal 2% um aplicador/dia por 7 noites OU <i>Fluconazol</i> 150mg VO dose única para casos de candidíase resistente a TTO tópico prévio.</p>	<p>Prescreva³ <i>Metronidazol</i> 500mg VO 12/12h por 7 dias OU <i>Metronidazol</i> 100mg/g gel - um aplicado/dia por 5 noites.</p>	<p>Prescreva³ <i>Metronidazol</i> 2g VO dose única OU <i>Metronidazol</i> 500mg VO 12/12h por 7 dias.</p>	<p>Prescreva^{3 4} <i>Ceftriaxona</i> 500mg IM dose única OU <i>Ciprofloxacino</i> 500mg VO dose única + <i>Azitromicina</i> 1g VO dose única OU <i>Doxiciclina</i> 100mg 12/12h por 7 a 14 dias.</p>
Se gestante ou puérpera, discuta.	Oriente o não consumo de bebida alcoólica antes, durante e após TTO. Se gestante/puérpera, discuta.	Solicite sorologias (VDRL, anti-HIV, HBsAg e anti-HCV). Oriente acompanhamento em atenção básica para tratamento de parcerias.	Solicite sorologias (VDRL, anti-HIV, HBsAg e anti-HCV). Oriente acompanhamento em atenção básica para tratamento de parcerias.

¹ Outras causas de corrimento incluem: vaginites atrófica, química, irritativa e alérgica, nas quais se verifica o quadro clínico das vulvovaginites sem que se identifique um agente infeccioso.

² Candidíase recorrente deve levantar a suspeita de um diabetes mellitus ou imunocomprometimento não diagnosticados. Diagnósticos prévios incorretos também devem ser considerados.

³ Alternativas terapêuticas são descritas no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016, BRASIL) - link do material disponível no [box Saiba mais](#) na última página.

⁴ O material *Practical Approach Care Kit* da Prefeitura de Florianópolis (2017, FPOLIS) recomenda que seja adicionado *Metronidazol* 500mg VO 12/12h por 14 dias no tratamento da DIP.



SAIBA MAIS

Recomendações de abordagem ambulatorial do corrimento vaginal e uretral estão no material Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2015, Ministério da Saúde).

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

Orientações para paciente com mucorreia e vaginose citolítica, importantes diagnósticos diferenciais em vulvovaginites nos Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres (2016, Ministério da Saúde)

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Acesso em: 18 nov. 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. p. 39 - 43 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. p. 43 - 66. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
3. FREITAS, F *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 6a edição. Porto Alegre, Brasil, Editora Artmed, 2011.
4. GOMEZ-LOBO, V. **Avaliação de corrimento vaginal**. BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/510>. Acesso em: 18 nov. 2019.
5. MANOHARAN, M. **Doença inflamatória pélvica**. BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/195>. Acesso em: 18 nov. 2019.
6. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde**. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, p. 38, 2017.

Capítulo 5. MASTALGIA EM MULHERES NÃO-GESTANTES

O PROBLEMA

Mastalgia é o termo empregado para definir a dor localizada na mama e deve ser considerada um sintoma mais do que uma doença.

Como qualquer sintoma mamário, a mastalgia traz angústia e ansiedade, pois constantemente é confundida com câncer de mama pela paciente. Na maioria das vezes, mastalgia não está associada com nenhuma condição grave.

Pode ser dividida didaticamente em cíclica (relacionada com o ciclo menstrual) e acíclica (sem interferência do ciclo menstrual).

Mastalgia pode ser a manifestação de uma dor referida correspondente a causas extra-mamárias.



Sinais de **INSTABILIDADE HEMODINÂMICA** e/ou **RESPIRATÓRIA** (em virtude de IAM, dissecação de aorta ou TEP).

Considerar no diagnóstico diferencial **DOR TORÁCICA ATÍPICA AGUDA**.



O **CA DE MAMA** é pouco associado à mastalgia (0,8 a 2% dos casos) e, quando há, geralmente aparece como uma dor acíclica, focal e persistente.

O **NÓDULO MAMÁRIO** como apresentação inicial está associado a cerca de 90% dos casos de CA de mama.

Se **PUÉRPERA**, considerar ingurgitamento mamário e/ou mastite. Veja manejo na próxima página.

ANAMNESE	EXAME FÍSICO	EXAME DAS MAMAS <i>(ver capítulo 1)</i>
<p>Caracterizar a mastalgia Avaliar repercussão sintomática</p> <p>Aplique a ANAMNESE DIRIGIDA <i>(ver capítulo 1)</i></p> <p>Aplique a ANAMNESE CENTRADA NA QUEIXA PRINCIPAL</p> <p>Caracterizar a mastalgia (tempo de início, duração, localização, tipo de dor, intensidade, irradiação). Sintomas associados (derrame papilar, dispneia, febre, síncope, sudorese, prostração, náuseas)? Fatores desencadeantes, de alívio ou de piora (movimentação, respiração)? Relação com o ciclo menstrual? Traumas mamários ou torácicos recentes?</p>	<p>Identificar sinais de repercussão sistêmica Identificar sinais que indiquem outras etiologias</p> <p>Sinais de INSTABILIDADE HEMODINÂMICA e/ou RESPIRATÓRIA (impressão geral, estado geral, NC, FC, FR, PA, temperatura corporal).</p> <p>EXAME CARDIOPULMONAR</p> <p>EXAME ABDOMINAL</p> <p>EXAME MUSCULOESQUELÉTICO</p>	<p>INSPEÇÃO (estática e dinâmica) verificar volume, forma e simetria de mamas, presença de retrações, fissuras ou outras lesões dermatológicas, sinais flogísticos, abaulamentos, derrame papilar espontâneo, características dos mamilos.</p> <p>PALPAÇÃO mamas e cadeia ganglionar axilar e supra e infraclavicular, identifique o local da dor, presença de nódulos, ingurgitamento das mamas. Realize a expressão papilar.</p>



manejo inicial e investigação

🚩 Faça o **ABCDE** (*manutenção de vias aéreas, padrão respiratório, padrão circulatório, nível de consciência e controle de exposição*).

Na maior parte das vezes, a mastalgia é uma condição benigna da mama e não necessita de exames complementares.

A presença de nódulo mamário à palpação deve ser considerada. Veja no box *Saiba mais* sobre o manejo preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde recomenda em protocolo que, em caso de **MASTALGIA ACÍCLICA, UNILATERAL, FOCAL e SEM TRAUMA PRÉVIO**:

- 1) paciente com menos de 35 anos: ultrassonografia mamária.
- 2) paciente com mais de 35 anos: ultrassonografia mamária e mamografia.



condutas terapêuticas para MASTITE e ABSCESSO MAMÁRIO, as causas mais prevalentes de mastalgia no serviço de emergência ginecológica da Maternidade do HU-UFSC.

Na maior parte das vezes, mastalgia significa uma condição benigna e a **ORIENTAÇÃO VERBAL** é suficiente.

Em caso de **MASTALGIA CÍCLICA CRÔNICA**, oriente acompanhamento ambulatorial para tratamento com supressão hormonal.

MASTITE

- 1) Hidratação oral, esvaziamento da mama afetada (ordenha manual ou mecânica), posicionamento adequado das mamas, exposição solar intermitente e aplicação de compressas de água fria;
- 2) Não há indicação de suspensão da lactação;
- 3) **Analgesia** (*Paracetamol* 500mg 6/6h se dor ou *Dipirona* 500mg 6/6h se dor);
- 4) **Anti-inflamatório** (*Ibuprofeno* 600mg 8/8h por até 5 dias, *Nimesulida* 100mg 12/12h por até 5 dias);
- 5) **Antibioticoterapia** (primeira linha): *Cefalexina* 500mg 1 comprimido de 6/6h por 7 dias.

ABSCESSO MAMÁRIO

- 1) Hidratação oral, esvaziamento da mama afetada (ordenha manual ou mecânica), posicionamento adequado das mamas, exposição solar intermitente e aplicação de compressas de água fria;
- 2) O aleitamento materno pode ser suspenso provisoriamente na mama afetada, com esvaziamento por ordenha manual, mecânica ou elétrica;
- 3) Além de esvaziamento das lojas, que pode ser por meio de punção guiada por US (para abscessos < 5cm), ou drenagem cirúrgica e remoção de áreas necróticas, quando mais extenso, sendo recomendada colocação de dreno por 24 h;
- 4) **Antibioticoterapia** (primeira linha): *Cefalexina* 500mg 1 comprimido de 6/6h por 7 dias.

Recomendações do Ministério da Saúde sobre sinais e sintomas que devem ser referenciados com urgência para serviços de diagnóstico mamário (2015, INCA) (adaptado):

- 1) Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- 2) Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- 3) Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- 4) Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- 5) Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- 6) Presença de linfadenopatia axilar;
- 7) Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- 8) Retração na pele da mama;
- 9) Mudança no formato do mamilo.



SAIBA MAIS

Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama elaboradas (2015, Ministério da Saúde, INCA).

Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

Recomendações ao profissional médico sobre o que e como informar uma paciente com queixa de mastalgia (2019, BMJ Best Practice).

Disponível em:

<https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/pt-br/pdf/1545920590292.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

Artigo de revisão recente sobre abordagem e manejo da mastalgia cíclica (2011, Sociedade Brasileira de Mastologia).

Disponível em:

http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v21n3_135-139.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BMJ BEST PRACTICE. **Patient information from BMJ**. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/pt-br/pdf/1545920590292.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **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. 114p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_paraorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
3. 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
5. COMISSÃO DE MASTOLOGIA FEBRASGO. **Dor mamária**. mar. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/394-dor-mamaria>. Acesso em: 20 nov. 2019.
6. NAZÁRIO, A C P *et al.* **Diagnóstico e tratamento da dor mamária**. Projeto Diretrizes / Sociedade Brasileira de Mastologia / Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/dor-mamaria.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.
7. NUNES, A R; CONDE, D M; SOUSA, J A. **Mastalgia cíclica: abordagem clínica**. Rev Bras Mastologia, Brasil, v. 21, n. 3, p. 135 - 139, 2011. Disponível em: http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v21n3_135-139.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
8. PIZA, S R. **Mastite puerperal**. FEBRASGO [Internet]. São Paulo, Brasil, 2018. Disponível em:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/309-mastite-puerperal>. Acesso em: 20 nov. 2019.

9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Dores mamárias podem ser confundidas com câncer de mama**. Sociedade Brasileira de Mastologia [Internet], 2018. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/noticias/o-que-e-mastalgia/>. Acesso em: 20 nov. 2019.

Capítulo 6. DISÚRIA EM MULHERES NÃO-GESTANTES

O PROBLEMA

Disúria se refere a desconforto, queimação ou sensação de dor durante a micção. As pacientes também podem se queixar de desconforto uretral não associado à micção. Disúria é a principal queixa associada a infecções do trato urinário (ITU) em mulheres.

Considera-se ITU não complicada a cistite aguda que ocorre em mulheres não-grávidas, previamente híginas e sem anormalidades estruturais do trato urinário. Considera-se ITU complicada aquela que ocorre em pacientes com procedimento cirúrgico recente, anormalidades estruturais, obstrutivas ou funcionais do trato urinário, em gestantes, em portadores de diabetes ou imunossupressão e à pielonefrite propriamente dita em qualquer circunstância.



Sinais de **SEPSE**.

Se paciente gestante, puérpera ou em período pós-aborto, discuta.



Na presença de corrimento e/ou prurido vulvovaginal, considere **VULVOVAGINITES** (ver capítulo 4).
Disúria pode ser a manifestação de um quadro de **URETRITE** (ver capítulo 4).

ANAMNESE	EXAME FÍSICO	EXAME GINECOLÓGICO
Caracterizar a disúria Avaliar repercussão sintomática	Identificar sinais de repercussão sistêmica Identificar sinais que indiquem outras etiologias	Confirmar o local de origem Avaliar repercussão local
Aplique a ANAMNESE DIRIGIDA (ver capítulo 1) Aplique a ANAMNESE CENTRADA NA QUEIXA PRINCIPAL Caracterize o aspecto da urina, o tipo de disúria (inicial ou terminal), há quanto tempo? Sintomas associados (dor suprapúbica, polaciúria, urgência miccional, incontinência urinária, hesitação, hematúria, nictúria)? Hábitos de higiene íntima? Hábitos de vida sexual, parceiros com sintomas, uso de espermicida?	Sinais de SEPSE (impressão geral, estado geral, NC, FC, FR, PA, temperatura corporal) EXAME ABDOMINAL COMPLETO identificar o local da dor e sinais de irritação peritoneal PUNHO-PERCUSSÃO LOMBAR	INSPEÇÃO Lesões em períneo, vulva, vagina, útero, trato urinário ou trato gastrointestinal. EXAME ESPECULAR Paredes da vagina, colo do útero, confirmar se há sangramento ativo. A manobra de Valsalva pode ajudar. PALPAÇÃO Com o auxílio do toque bimanual, identificar dilatação do colo, dor à mobilização, anexos uterinos, tamanho e textura do útero.



manejo
inicial e
investigação

- ▣ Faça o **ABCDE** (manutenção de vias aéreas, padrão respiratório, padrão circulatório, nível de consciência e controle de exposição).
- ▣ Aplique o protocolo *Surviving Sepsis* na vigência de septicemia ¹.

Se não há sinais de pielonefrite e há forte suspeição clínica de ITU não-complicada (cistite), não há necessidade de solicitar exames complementares para confirmar o diagnóstico e o tratamento empírico pode ser iniciado.

Solicite um **PARCIAL DE URINA** ² e **UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA (TSA)** quando:

- 1) presença de febre, calafrios, dor lombar/flanco, sugerindo pielonefrite aguda;
- 2) a paciente se encaixa em alguma das situações descritas no box *o problema* referentes à ITU complicada;
- 3) o quadro de ITU não-complicada não está bem definido pela história e exame físico;
- 4) ITU recorrente (ocorrência de dois episódios de ITU não-complicadas em 6 meses ou três episódios nos últimos 12 meses).

HEMOGRAMA COMPLETO e **PCR** podem ser solicitados nas situações descritas acima. **HEMOCULTURA** está recomendada em quadros mais graves, como sepse.

Considere investigação com **EXAMES DE IMAGEM** (radiografia abdominal, ultrassonografia ou tomografia computadorizada) na suspeita de urolitíase ou outra patologia urológica. Solicite avaliação de equipe médica auxiliar (clínica ou cirúrgica).



para escolha
do TTO
deve-se
considerar:

classificação
da ITU em
não-complicada
ou complicada,
se é
gestante.

ITU NÃO-COMPLICADA

Prescreva:

Sulfametoxazol + *Trimetropina* (800mg + 160mg) 01 comprimido de 12/12h por 3 dias; **OU**
Nitrofurantoína 100mg 01 comprimido de 6/6h por 5 a 7 dias.

Obs 1: os agentes de segunda linha são, preferencialmente, as *Quinolonas*. Utilizar somente na presença de resistência aos agentes de primeira linha.

Obs 2: Oriente procura de serviço médico se sintomas não resolverem em 48h para investigação com PU e urocultura com TSA.

ITU COMPLICADA

Prescreva:

Ciprofloxacino 500mg 01 comprimido de 12/12h por 7 a 14 dias; **OU**
Levofloxacino 750mg 01 comprimido ao dia por 5 dias;

Obs 1: *Nitrofurantoína* e *Norfloxacino* devem ser evitados por apresentarem pouca penetrância tecidual.

Obs 2: Considere internação hospitalar. O livro *Rotinas da Divisão de Tocoginecologia do HU-UFSC* traz as condutas recomendadas. Ele costuma estar disponível no centro obstétrico ou na emergência.

¹ Protocolo de atendimento à sepse. Disponível online em: <http://www.survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx>. Acesso em 10/11/2019.

² a presença de nitritos e/ou leucocitúria no parcial de urina está associada com ITU. Presença de cilindros leucocitários sugere foco renal. Leucocitúria está ausente nas vulvovaginites. A hematúria sem a presença de infecção pode ser atribuída a neoplasia, urolitíase, trauma uretral ou anormalidades glomerulares.

³ na suspeita de uma gestação não diagnosticada, um exame sérico de beta-HCG quantitativo pode auxiliar e modificar condutas diante de um quadro de disúria.



SAIBA MAIS

Como o médico generalista deve abordar a queixa de disúria em mulheres na atenção básica e quando o atendimento de emergência é necessário. Veja nos Protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres (2016, Ministério da Saúde).

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

Acesso em: 18 nov. 2019.

A abordagem da ITU recorrente em mulheres é discutida em documento recente (2015, FEBRASGO).

Disponível em:

https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECKER, D D; DORMAN, T. **Surviving Sepsis Guidelines: A Continuous Move Toward Better Care of Patients With Sepsis**. JAMA, v. 317, n. 8, p. 807 - 808, 2017. Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/Guidelines/Pages/default.aspx>. Acesso em: 21 nov. 2019.
2. 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. p. 61 - 62. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.
3. FRASSETTO, L A. **Pielonefrite aguda**. BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/551/>. Acesso em: 18 nov. 2019.
4. FREITAS, F *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 6a edição. Porto Alegre, Brasil, Editora Artmed, 2011.
5. HADDAD, J M. **Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_de_Uroginecologia_e_Cirurgia_Vaginal.pdf. Acesso em: 19 nov. 2019.
6. HOOTON, T M; GUPTA, K. **Acute simple cystitis in women**. UpToDate [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women>. Acesso em: 19 nov. 2019.
7. LEE, U J. **Infecções do trato urinário em mulheres**. BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/77>. Acesso em: 18 nov. 2019.
8. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde**. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, p. 46, 2017.
9. SAEB-PARSY, K; LEE, E. **Avaliação de disúria**. BMJ Best Practice [Internet], 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/299/>. Acesso em: 18 nov. 2019.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada paciente:

Por favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se deseja participar do estudo.

Eu, _____
_ portadora da Carteira de Identidade número _____ fui convidada a participar da pesquisa **“CARACTERIZAÇÃO DAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS NA EMERGÊNCIA: FATORES ASSOCIADOS E MOTIVO DA BUSCA POR ATENDIMENTO”**, conduzida pela Mestranda Liliam Cristini Gervasi sob orientação da Prof^a Dra Mariangela Pimentel Pincelli e coorientação da Prof^a Dr^a Roxana Knobel, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fui informada e compreendi que:

1. O estudo tem como objetivo CARACTERIZAR O ATENDIMENTO À PACIENTE COM QUEIXA GINECOLÓGICA NA EMERGÊNCIA DA MATERNIDADE DO HU. Minha participação será realizada através de um questionário com perguntas abertas e fechadas.
2. Minha colaboração neste trabalho é muito importante porque permitirá verificar as principais causas da busca pelo atendimento ginecológico na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.
3. O Hospital Universitário também está interessado no presente estudo e já deu a permissão para que esta pesquisa seja realizada. Porém minha participação, ou não, no estudo não implicará em nenhum benefício ou restrição de qualquer ordem para mim e o atendimento prestado a mim na maternidade durante toda a minha permanência no hospital não será modificado.
4. É garantido a mim o livre acesso a todas as informações e resultados da pesquisa e em qualquer momento, ou por qualquer motivo, em qualquer etapa

da pesquisa, eu posso me recusar a participar ou retirar meu consentimento, sem penalização ou constrangimento, além de não ter nenhum valor econômico a receber ou a pagar.

5. Minha privacidade será respeitada, sendo mantidos em sigilo quaisquer dados que possam me identificar, com risco mínimo de perda acidental da confidencialidade. E que partes ou o trabalho como um todo podem ser apresentados em sala de aula e/ou congressos, ou outros eventos científicos. Será respeitado o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa e não será exigido, sob qualquer argumento, renúncia a esse direito.
6. Se eu tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, eu posso entrar em contato com a pesquisadora principal *Liliam Cristini Gervasi* (48) 3721-9875 / email: ligervasi@hotmail.com ou com a coorientadora da pesquisa Prof^a Dr^a Roxana Knobel (48) 3721-9104.

Com todos esses esclarecimentos, EU CONCORDO EM PARTICIPAR DESSE ESTUDO, recebendo uma cópia assinada desse termo.

Nome da participante maior de 14 anos

Assinatura

Nome do responsável legal (caso houver)

Assinatura

Liliam Cristini Gervasi
Pesquisadora principal

Florianópolis, ____ / ____ / ____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTE

CARACTERIZAÇÃO DAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS NA EMERGÊNCIA: FATORES ASSOCIADOS E MOTIVO DA BUSCA POR ATENDIMENTO

QUESTIONÁRIO N° de Controle _____

**Importante: nenhuma das informações contidas nesse questionário irão modificar o atendimento e seu nome não será identificado. Os dados servirão somente para o estudo.*

Preenchimento pode ser realizado antes da consulta

- Idade: _____ anos
- Local onde mora: _____
- Cor da pele: Negra () Branca () Parda () Indígena () Amarela ()
- Escolaridade: Fundamental incompleto () Fundamental Completo ()
Médio incompleto () Médio Completo () Superior incompleto ()
Superior completo () Pós Graduação ()
- Profissão/Ocupação: _____
- Estado Civil: Casada () Solteira () União Estável () Divorciada ()
- Qual sua orientação sexual? Heterossexual () Homossexual ()

Bissexual () Outro ()

- A que horas saiu de casa/trabalho/escola para chegar aqui?

- A que horas chegou? _____

- Qual o motivo de sua consulta hoje?

- Há quanto tempo está com o sintoma que lhe traz aqui?

- Você buscou atendimento na unidade de saúde (posto) ou na unidade de pronto atendimento (UPA) pelo motivo que lhe trouxe aqui? Sim () Não ()
Tentou e não conseguiu ()
- O que motivou você a vir na emergência da maternidade ao invés de esperar pelo posto ou pela UPA? _____

- Possui algum problema de saúde? Diabetes () Pressão alta ()

Outros () Quais?

- _____
- Nos últimos 6 meses você foi atendida por qualquer motivo na unidade de saúde próxima a sua casa? Sim () Não () Tentou e não conseguiu, porquê? _____
 - Na região onde você mora existe atendimento ginecológico em algum centro de saúde (que **não** seja em maternidade ou hospital)? Sim () Não ()
 - Em relação a qualidade do atendimento ginecológico que você tem acesso, como você classifica de zero a dez, em que zero significa péssimo e dez significa excelente?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()
 - Descreva, se desejar, pontos positivos ou negativos do atendimento na unidade de saúde
- _____
- _____

Preenchimento após a consulta

- Qual nota você dá para o atendimento que recebeu aqui, de zero a dez, em que zero significa péssimo e dez significa excelente?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

Se desejar

descreva _____

- Em relação ao problema que lhe trouxe aqui e ao tratamento adotado, como você se considera?

Muito insatisfeito () Insatisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito ()

- Qual foi seu diagnóstico?

- Você recebeu que tipo de tratamento? (Assinale todos que se aplicarem)

() Orientações

() Medicamento para dor

() Medicamento para tratamento de infecção

() Medicamento para controle de sangramento

Outro tipo de medicamento – Qual?

() Solicitação de exames

Se desejar descreva

- Ao final do atendimento, o que aconteceu?

() Sem encaminhamento ou retorno

() Encaminhada ao centro de saúde

() Encaminhada a ambulatório de especialidade

() Encaminhada para internação

() Outros

- Horário do 1º atendimento (não é necessário exatidão): _____

- Horário de liberação: _____

- Comentários, reclamações, elogios e observações, se desejar descreva

Somente conhecendo onde há falhas conseguiremos melhorar o serviço de saúde.

Muito obrigada por sua participação!

Liliam Gervasi

ANEXO C - FORMULÁRIO DO ATENDIMENTO

FORMULÁRIO	Nº de Controle _____
De acordo com o que consta na ficha de atendimento médico:	
QUEIXA:	_____
DIAGNÓSTICO:	_____
TRATAMENTO EMERGENCIAL:	_____
AMBULATORIAL:	_____
ENCAMINHAMENTO: SIM () NÃO () QUAL:	_____
