



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)
MEDICINA**

**ANÁLISE DO REFERENCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À
GINECOLOGIA EM FOZ DO IGUAÇU/PR**

MARIANA VIEIRA RIBEIRO

Foz do Iguaçu
2024



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)
MEDICINA**

**ANÁLISE DO REFERENCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À
GINECOLOGIA EM FOZ DO IGUAÇU/PR**

MARIANA VIEIRA RIBEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientadora: Prof. Dra. Rosana Alvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2024

2024

Mariana Vieira Ribeiro

**ANÁLISE DO REFERENCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À
GINECOLOGIA EM FOZ DO IGUAÇU/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dra. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Dra. Tatiana Rocha
UNILA

Prof. Dr. Seidel Guerra
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

RESUMO

Existe a expectativa do Ministério da Saúde (MS) de que a resolutividade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) seja da ordem de 85%, de forma que poucos casos ficam reservados aos outros níveis de atenção. Dessa forma, o atendimento do usuário por médico especialista focal sofre influência da dificuldade de acesso devido ao modelo de atenção adotado, ao dimensionamento, à organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica. Dentro deste contexto, este relatório objetiva estabelecer o Fluxo para a APS de Foz do Iguaçu no que tange às queixas que devem ser investigadas e /ou manejadas na APS antes de serem encaminhadas à Atenção Especializada de Ginecologia, uma das maiores filas existentes na cidade. A análise dos dados mostrou que 19,97% das mulheres encaminhadas tinham queixas relacionadas a sangramento uterino anormal; 8,4% relacionadas a incontinência urinária; 3,7% a alteração de corrimento ou cervicite; e 7,7% relacionadas a climatério; sendo que a maioria delas não tinham oferta de tratamento ou investigação prévia ao encaminhamento. Através da análise, mostrou-se que o estabelecimento de fluxos para encaminhamento à Ginecologia, baseado nos fluxos do MS, reduziriam, inicialmente, em aproximadamente 37,35% as filas para esse especialista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Ginecologia.

RESUMEN

Existe la expectativa del Ministerio de Salud (MS) de que la resolutivez de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) sea del orden del 85%, de manera que pocos casos queden reservados para otros niveles de atención. De esta forma, la atención del usuario por parte del médico especialista focal se ve influenciada por la dificultad de acceso debido al modelo de atención adoptado, al dimensionamiento, a la organización de las ofertas y también al grado de resolutivez de la Atención Básica. Dentro de este contexto, este informe tiene como objetivo establecer el Flujo para la APS de Foz do Iguaçu en lo que respecta a las quejas que deben ser investigadas y/o manejadas en la APS antes de ser remitidas a la Atención Especializada en Ginecología, una de las mayores colas existentes en la ciudad. El análisis de los datos mostró que el 19,97% de las mujeres remitidas tenían quejas relacionadas con sangrado uterino anormal; el 8,4% relacionadas con incontinencia urinaria; el 3,7% con alteración del flujo o cervicitis; y el 7,7% relacionadas con el climaterio; siendo que la mayoría de ellas no tenían oferta de tratamiento o investigación previa a la referencia. A través del análisis, se mostró que el establecimiento de flujos para la remisión a Ginecología, basados en los flujos del MS, reduciría, inicialmente, aproximadamente en un 37,35% las colas para este especialista.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; red de atención a la salud; Ginecología.

ABSTRACT

The Ministry of Health (MS) expects the resolution of Primary Health Care (PHC) services to be around 85%, so that few cases are reserved for other levels of care. Thus, the user's care by a specialized physician is influenced by the difficulty of access due to the adopted care model, sizing, organization of offers, and also the resolution level of Basic Care. Within this context, this report aims to establish the Flow for PHC in Foz do Iguaçu regarding the complaints that should be investigated and/or managed in PHC before being referred to Specialized Gynecology Care, one of the longest queues in the city. Data analysis showed that 19.97% of referred women had complaints related to abnormal uterine bleeding; 8.4% related to urinary incontinence; 3.7% related to abnormal discharge or cervicitis; and 7.7% related to menopause; with most of them not having previous treatment or investigation offered before referral. Through the analysis, it was shown that the establishment of referral flows to Gynecology, based on MS flows, would initially reduce the queues for this specialist by approximately 37.35%.

Key-words: Primary Health Care; healthcare network; Gynecology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL	10
2.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA	16
2.3 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES	20
2.4 CLIMATÉRIO	24
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Existe a expectativa do Ministério da Saúde (MS) de que a resolutividade dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) seja da ordem de 85%. Tal hipótese baseia-se no fato de que a APS atua como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual poderiam ser resolvidos a maioria dos problemas de saúde sem a necessidade de um médico especialista focal na Atenção Especializada, que é parte da Atenção Secundária [BRASIL, 2017].

O atendimento do usuário por especialistas sofre influência da dificuldade de acesso devido ao modelo de atenção adotado, ao dimensionamento, à organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica. Portanto faz-se necessária a regulação do acesso e a organização da atenção especializada [BRASIL, 2017].

O MS recomenda que seja realizada a regulação da assistência à saúde com vistas a ordenar o acesso e priorizar aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, consultas médicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno. Além disso, serve também como uma forma de prevenção quaternária, evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários, também otimizando o uso dos recursos em saúde de modo a trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. Para que isso ocorra a contento, é necessário o conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço especializado ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Desta forma, o MS desenvolveu protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade e as informações solicitadas facilitam a ação da regulação. Também se faz de sua importância o estabelecimento de um fluxo institucional de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada [BRASIL, 2017].

Diante desse contexto, este relatório objetiva estabelecer o Fluxo para a Atenção Primária de Foz do Iguaçu no que tange às queixas que devem ser investigadas e /ou manejadas na APS antes de serem encaminhadas à Atenção Especializada de Ginecologia, uma das maiores filas existentes na cidade [© 2023 RP Smart].

Foi realizada a análise de dados referentes aos encaminhamentos efetuados pela Unidade de Saúde Morumbi II e Campos do Iguaçu em Foz do Iguaçu/PR,

para atendimento especializado em Ginecologia no período de 26/06/2022 a 01/03/2023. Aguardavam nas filas 771 mulheres, as quais estavam distribuídas nas categorias “Prioridade clínica e por lei”, “Prioridade por lei”, “Prioridade clínica” e “Sem prioridade”. Os seis motivos mais frequentes de encaminhamento foram “sangramento uterino anormal”, “à pedido da paciente” ou “encaminhamento de rotina”, “investigação de dor pélvica”, “dispareunia” e “climatério”. Além destes motivos, diversas outras causas de encaminhamentos que poderiam ser manejadas na atenção primária previamente, foram enviadas à atenção secundária, sem qualquer manejo ou investigação, tais como “incontinência urinária”, “corrimento vaginal” e “desejo de iniciar uso de anticoncepcional” [© 2023 RP Smart]. No presente trabalho, são realizadas as análises de fluxo dos seguintes motivos de encaminhamento: “sangramento uterino anormal”, “incontinência urinária”, “corrimento vaginal e cervicites” e “climatério”.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

De acordo com os dados levantados no período de 26/06/22 a 01/03/23, das 771 pacientes encaminhadas aos locais de atenção secundária analisados, o percentual de pacientes com queixas que se encaixavam na modalidade “sangramento uterino anormal” foi de 19,97%, sendo que esta ficou entre as causas mais referenciadas da atenção primária à saúde. Destas, 16% já tinham diagnóstico de causa estrutural (adenomiose, leiomioma, adenomiose e leiomioma, e pólipos), porém sem história de tentativa de tratamento clínico prévio; 2,5% tinham diagnóstico de síndrome do ovário policístico, também sem história de tentativa de tratamento do sangramento uterino anormal; as demais, não tinham menção na justificativa de encaminhamento de possível diagnóstico etiológico. Além disso, entre as 154 pacientes encaminhadas por SUA, 3,2% haviam iniciado ou interrompido recentemente o uso de contraceptivos. Além dos números comentados acima, também haviam encaminhamentos por alterações estruturais, como adenomioses, leiomioses e pólipos, porém sem história recente ou justificativa em prontuário de encaminhamento contendo sangramento uterino anormal (© 2023 RP Smart).

O sangramento uterino anormal é um termo que se refere ao sangramento uterino que ocorre numa quantidade, duração ou frequência anormal, sendo que as etiologias podem ser estruturais ou não estruturais [KAUNITZ, A. M., 2023]. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), propôs uma classificação etiológica baseada no mnemônico PALM-COEIN, que pode ser usado após se excluir a possibilidade de sangramentos relacionados à gravidez. A primeira porção do mnemônico se refere às causas estruturais, que podem ser pólipos, adenomioses, leiomioses, causas malignas; já a segunda parte do mnemônico se refere às causas não estruturais, que podem ser coagulopatias, causas ovulatórias, causas endometriais, iatrogenia e causas não classificadas [FEBRASGO, 2017].

Pólipos são uma causa comum de SUA, sendo caracterizados por crescimento hiperplásico localizado de glândulas e/ou estroma endometrial, formando uma estrutura que pode ser pedunculada a partir da superfície do endométrio [STEWART, E. A., 2023]. A maioria deles são benignos e sua prevalência aumenta com a idade, com

alguns estudos mostrando prevalência de quase 8% em mulheres pré-menopausa, e 13% em mulheres pós-menopausa [KAUNITZ, A. M., 2023]. Enquanto isso, os leiomiomas são os tumores pélvicos mais comuns nas mulheres, sendo que a maioria delas são assintomáticas [KAUNITZ, A. M., 2023]. Já a adenomiose, ou seja, a presença de estroma e glândulas endometriais presentes dentro do miométrio uterino [KAUNITZ, A. M., 2023], provoca aumento do volume de menstruação e dismenorreia em cerca de 60% e 25%, respectivamente, das pacientes [STEWART, E. A., 2023]. Apesar de ser a causa estrutural menos comum de SUA, as malignidades como o carcinoma endometrial, tem se tornado mais comuns, possivelmente devido ao aumento de pessoas com fatores de risco (obesidade, diabetes e nuliparidade, por exemplo), sendo que a incidência tem seu pico entre os 60 e 70 anos [CHEN, L. M., 2023].

Coagulopatias são mais comuns em mulheres em idade reprodutiva, mas há uma dificuldade em estimar o número de mulheres com SUA devido unicamente à uma doença de coagulação de base, uma vez que muitas delas têm também alterações estruturais, como as mencionadas do mnemônico PALM. Além de doenças genéticas, deficiências na coagulação também podem ocorrer por disfunção renal, doença hepática, neoplasias hematológicas, entre outros [KAUNITZ, A. M., 2023].

Causas ovarianas geralmente provocam ciclos anovulatórios ou oligo-ovulatórios, e são etiologias comuns de SUA. Essa alteração do ciclo acontece porque os hormônios ovarianos são produzidos, mas não de forma regular. Isto pode acontecer em mulheres na transição pós-menarca ou pré-menopausa, em mulheres com síndrome dos ovários policísticos, doenças tireoidianas, hiperprolactinemia, tumores ovarianos, doença renal ou hepática, estresse extremo, má nutrição, entre outros [KAUNITZ, A. M., 2023].

Questões endometriais podem estar ligadas principalmente a doenças inflamatórias ou infecciosas do endométrio, como infecção por *Chlamydia trachomatis* ou endometrite causada por câncer endometrial [KAUNITZ, A. M., 2023].

Causas iatrogênicas podem ser uso de contraceptivos (anticoncepcional combinado, progestagênios ou dispositivos intrauterinos), reposição hormonal na menopausa, uso de anticoagulantes, entre outros [KAUNITZ, A. M., 2023].

Outras causas que não se encaixam nas etiologias específicas acima e por isso ficam dentro do “N” do mnemônico - de “não classificadas” - são: malformação arteriovenosa, aumento da vascularidade miometrial, raramente sarcoidose, entre outros [KAUNITZ, A. M., 2023].

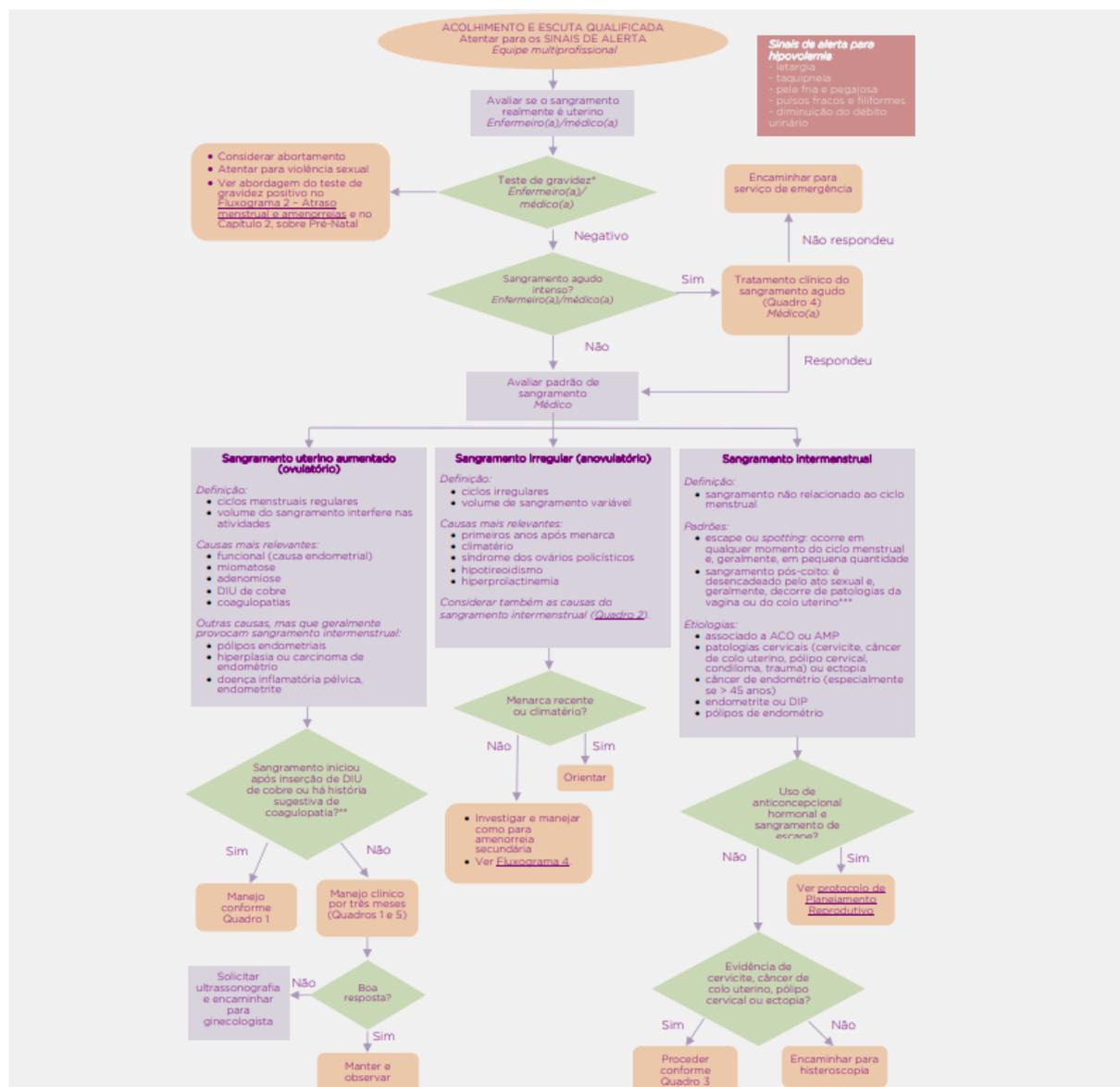
Para o manejo adequado, são necessários dados na história da paciente que possam apontar para grandes grupos etiológicos, além de excluir a possibilidade de gravidez. É importante questionar sobre o padrão menstrual da paciente antes e depois que ela percebeu alterações. É necessário saber se há aumento de volume da menstruação ou de sua duração, sangramento intermenstrual, alteração da regularidade do ciclo, dispareunia, dismenorreia e uso de contraceptivos. Ainda, é necessário colher dados a respeito de medicações usadas e cirurgias pélvicas prévias, além de doenças crônicas [KAUNITZ, A. M., 2023].

Apesar de não estar incluída no mnemônico, a cervicite também pode ser uma causa de sangramento anormal: cerca de 15% das pacientes com infecção no trato genital superior apresentaram SUA. Dessa forma, é importante questionar a respeito da história sexual e a respeito de sintomas infecciosos, como febre, a fim de investigar a presença dessa etiologia [KAUNITZ, A. M., 2023].

O exame físico ginecológico é útil para avaliar cervicite, lesões e presença de massas palpáveis [KAUNITZ, A. M., 2023].

O Ministério da Saúde propôs, em 2016, um fluxograma para manejo de SUA que se baseia, inicialmente, nestes dados da história. Neste documento há a definição de sangramentos ovulatórios, que seriam aqueles que ocorrem em ciclos menstruais regulares, porém em grande volume; sangramento anovulatórios, que seriam aqueles que ocorrem em ciclos irregulares e cujo volume é variável; e sangramentos intermenstruais, ou seja, aqueles não relacionados à menstruação, como mostrado na figura abaixo [BRASIL, 2016].

Figura 1 - Fluxograma Sangramento Uterino Anormal



Fonte: Brasil, 2016

Para pacientes cujo diagnóstico são pólipos, a opção terapêutica é a polipectomia histeroscópica [FEBRASGO, 2017], havendo necessidade de referenciamento.

Em caso de suspeita de leiomiomas, o Ministério da Saúde sugere manejo clínico e tratamento da anemia, se houver, na APS. Caso o sangramento seja refratário ao tratamento, o mesmo documento e protocolos da FEBRASGO [FEBRASGO, 2017] sugerem o encaminhamento para ginecologista para avaliar possibilidade de procedimento cirúrgico [BRASIL, 2016].

A adenomiose pode ser suspeitada pela história clínica e pela ultrassonografia, porém só é confirmada com estudo anatomopatológico, não sendo necessário este exame rotineiramente. O seu manejo inicial e referenciamento recomendados pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO é semelhante aos do leiomioma [FEBRASGO, 2017; BRASIL, 2016].

Pacientes com suspeita de lesões malignas precisam ser referenciadas para confirmação diagnóstica e manejo na atenção secundária [BRASIL, 2016].

O manejo clínico inicial pode ser realizado com contraceptivos combinados, que reduzem a perda sanguínea menstrual em 35 a 72% e os estudos geralmente são feitos com formulações contendo cerca de 30mcg de etinilestradiol; o tratamento também pode ser feito com progestágenos injetáveis ou orais, sendo que o injetável geralmente produz amenorreia, dispositivo uterino com liberação de levonorgestrel, ácido tranexâmico [FEBRASGO, 2017; BRASIL, 2016] e anti-inflamatório não esteroideal, sendo o mais estudado o ácido mefenâmico [FEBRASGO, 2017]. O documento do Ministério da Saúde, sugere, ainda, a possibilidade do uso de outro anti-inflamatório, podendo ser o ibuprofeno ou o diclofenaco, esperando-se uma redução de 49% no sangramento [BRASIL, 2016].

Em Foz do Iguaçu/PR, há medicações disponíveis para o manejo inicial. O contraceptivo com formulação próxima à sugerida disponível é o combinado com acetato de ciproterona em 2mg/comprimido com etinilestradiol 35mcg/comprimido; entre os progestágenos, a cidade dispõe da ampola de medroxiprogesterona com 150mg/mL e do comprimido de noretisterona com 0,35mg/comprimido; o anti-inflamatório não esteroideal disponível via oral é o ibuprofeno com 600mg/comprimido. O ácido tranexâmico está disponível através de pedidos via MS e o ácido mefenâmico e o dispositivo intrauterino com liberação de levonorgestrel não está disponível nem em RENAME nem em REMUME [BRASIL, 2016; FOZ DO IGUAÇU, 2022].

Para aquelas pacientes cuja suspeita é coagulopatias, há necessidade de exames laboratoriais específicos, como tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada. Em caso de alteração nos exames, é necessário o referenciamento para hematologista [BRASIL, 2016].

Sangramentos com características anovulatórias são mais sugestivos de causas ovarianas. No caso de pacientes passando por transição pós-menarca ou pré-menopausa, deve-se fazer a orientação, uma vez que não há doença subjacente a ser tratada. Já mulheres que não se encaixam nestas categorias devem passar por

exames laboratoriais para avaliação de função tireoidiana e nível de prolactina. Em caso de hipotireoidismo por disfunção tireoidiana, o tratamento é feito na APS, com levotiroxina. Em caso de hiperprolactinemia não explicável por medicação em uso, o Ministério da Saúde sugere o referenciamento para atenção secundária. Se houver sinais de hiperandrogenismo, há a suspeita de síndrome dos ovários policísticos, que pode ser diagnosticada e tratada com medidas de estilo de vida e anticoncepcional combinado ainda no âmbito da APS [BRASIL, 2016]. Nesses casos de suspeita de causas ovarianas, o uso da ultrassonografia não está indicado, a não ser na suspeita de síndrome dos ovários policísticos [KAUNITZ, A. M., 2023; BRASIL, 2016].

Patologias do endométrio, como pólipos, já discutidos, hiperplasias e câncer, precisam ser encaminhados para a atenção secundária [BRASIL, 2016]. Casos como cervicite ou doença inflamatória pélvica, podem ser tratados no âmbito da APS com agentes antimicrobianos específicos, a não ser casos mais graves de doença inflamatória pélvica, que precisam de internamento em unidades hospitalares [BRASIL, 2016].

As causas iatrogênicas, muitas vezes ligadas ao uso de contraceptivos, podem ser manejadas sem necessidade de referenciamento, com troca de método contraceptivo ou orientação a respeito do método usado e efeitos adversos esperados [BRASIL, 2016].

O referenciamento para ginecologistas, como mostrado ao longo do texto, é feito em casos de sangramento persistente apesar de tratamento inicial, suspeita de malignidade, necessidade de intervenção cirúrgica, discrasias sanguíneas e necessidade de exames específicos, como histeroscopia [GONÇALVES, M. R, AGOSTINHO, M. R., KATZ, N., 2017; KAUNITZ, A. M., 2023]. Além disso, casos em que a paciente apresente instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência.

É importante que na justificativa de referenciamento, constem informações importantes do caso, como sinais e sintomas, exame físico ginecológico, se a paciente está na menopausa, resultado de exames laboratoriais (principalmente hemograma), descrição da ecografia pélvica transvaginal - nos casos em que houver indicação de ser realizada - e tratamento em uso ou já realizado e por quanto tempo para o SUA [GONÇALVES, M. R, AGOSTINHO, M. R., KATZ, N., 2017].

No contexto de Foz do Iguaçu, a organização do fluxo poderia se dar como preconizada pelo Ministério da Saúde [BRASIL, 2016], uma vez que há diversos medicamentos já disponíveis no REMUME [FOZ DO IGUAÇU, 2022] a fim de se realizar o

manejo inicial, diminuindo o número de pacientes que aguardam na fila. Além disso, uma vez que diversos casos encaminhados na cidade não possuíam, na justificativa de encaminhamento, dados mínimos - como aqueles mencionados acima -, é importante que o setor de regulação da cidade exija tais informações.

Baseando-se nos dados coletados no presente trabalho, caso as pacientes com SUA sem investigação adicional ou tratamento inicial, recebessem primeiro esse cuidado antes do encaminhamento, haveria uma redução, inicialmente, de 37% no total de pessoas na fila com SUA no período analisado, o que equivale a uma redução de 7,5% total na fila, sendo que, mais tarde, iriam de fato ser encaminhadas apenas aquelas pessoas cujos critérios se encaixam naqueles mencionados neste trabalho. Uma revisão sistemática de oito estudos randomizados encontrou que, daquelas pacientes com SUA que foram submetidas inicialmente a tratamento clínico, metade precisou de cirurgia em 2 anos [KAUNITZ, A. M, 2022], o que corrobora com a hipótese de redução da fila para especialidades caso pacientes com SUA sem critérios de encaminhamento passassem primeiro pelo tratamento inicial na APS.

2.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

De acordo com os dados levantados no período analisado, das 771 pacientes encaminhadas aos locais de atenção secundária analisados, o percentual de pacientes com queixas que se encaixavam na modalidade “incontinência urinária” foi de 8,4%, sendo que, destas, 70,7% tinham a incontinência urinária como único motivo de encaminhamento, sem especificação de outros sinais e sintomas. Algumas, no entanto, apresentavam outros sinais e sintomas ginecológicos, não necessariamente relacionados à incontinência, sendo que 3 tinham prolapso vesical e 2 tinham história de perineoplastia prévia (© 2023 RP Smart).

A incontinência urinária é uma das queixas em mulheres mais comuns, sendo estimado que 50% das mulheres adultas vão ter incontinência e muitas não serão tratadas. A prevalência naquelas mulheres com mais de 60 anos é de 50 a 70% [LUKACZ, E. S., 2023]. Apesar de não aumentar a mortalidade daquelas que apresentam o problema, a incontinência urinária contribui consideravelmente para a redução na qualidade de vida, estando associada a depressão, ansiedade, problemas no trabalho e isolamento social, além de impactar negativamente a vida sexual dessas mulheres. Em

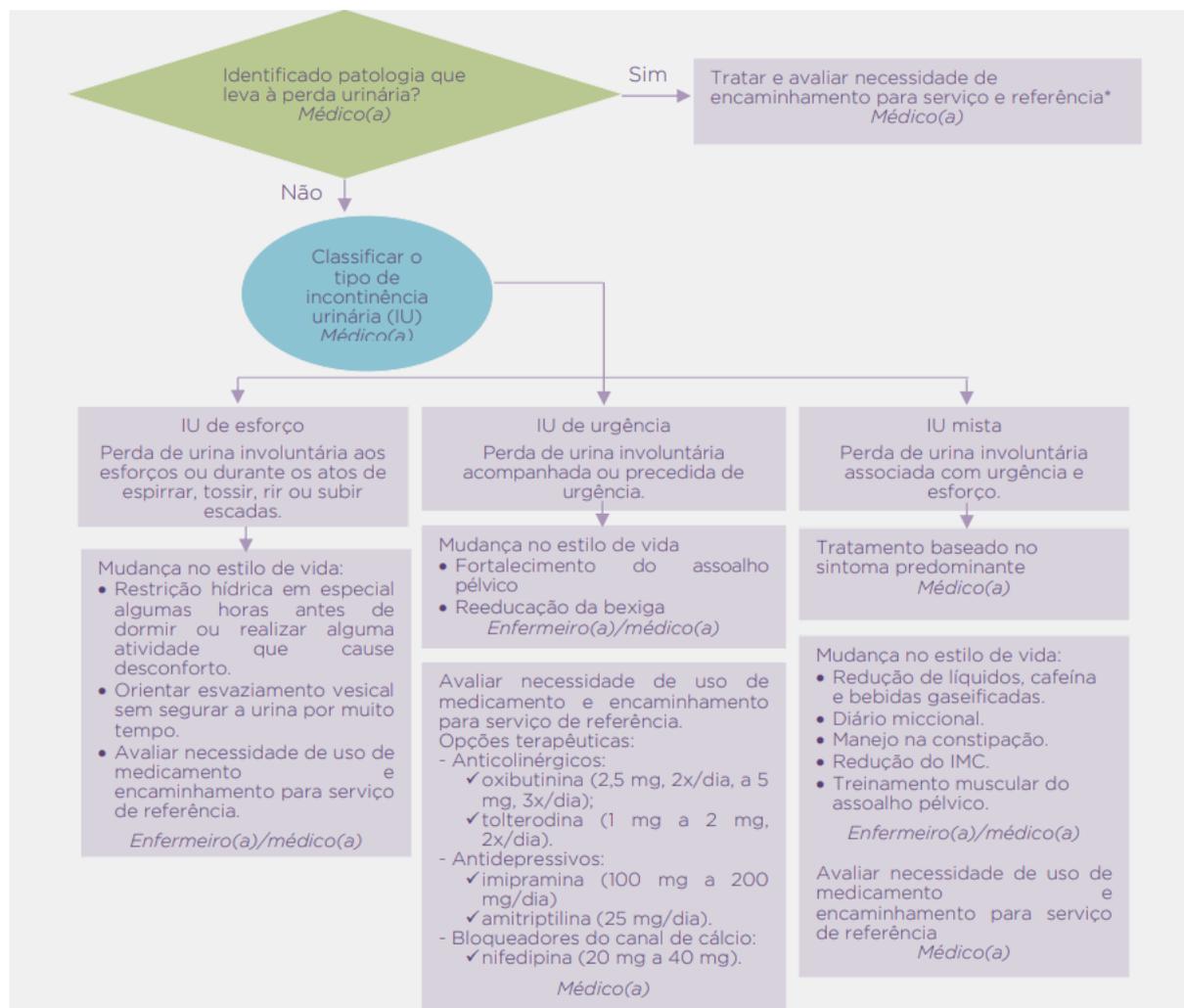
alguns casos, as pacientes podem desenvolver candidíase vaginal ou celulite na região da vulva devido à umidade e irritação pelo contato com a urina [LUKACZ, E. S., 2023].

A incontinência urinária pode ser dividida em três formas principais diferentes: incontinência de esforço, incontinência de urgência e incontinência mista. Em todas essas formas, a causa da incontinência está relacionada à alterações musculares do assoalho pélvico, seja por falta de tônus muscular ou hiperatividade muscular, com contrações desordenadas. Outras causas podem ser atrofia vaginal devido à menopausa, infecção de trato urinário, uso de medicações, déficit cognitivo, entre outros [LUKACZ, E. S., 2023].

O tratamento inicial para casos em que a incontinência não é explicada por doenças com tratamento específico, como infecção de trato urinário, é baseado em mudança de estilo de vida, fortalecimento da musculatura pélvica e treinamento vesical. Para aquelas mulheres que estão na pré ou pós-menopausa, deve-se fazer o uso de estrogênio vaginal tópico, que pode ser usado na forma de creme 0,5 gm duas vezes na semana [LUKACZ, E. S., 2023].

Além dessas medidas, o Ministério da Saúde recomenda o uso de medicações, como mostrado na figura abaixo, ainda na APS, como opção de tratamento de segunda linha para mulheres com incontinência de urgência, sendo a primeira opção anticolinérgicos; a segunda opção antidepressivos; e a terceira opção bloqueadores do canal de cálcio. A opção de anticolinérgico presente no REMUME de Foz do Iguaçu é a oxibutinina; os antidepressivos podem ser tanto a amitriptilina como a imipramina, também presentes na rede municipal; e o bloqueador de canal de cálcio sugerido e disponível é o nifedipino [BRASIL, 2016; FOZ DO IGUAÇU, 2022].

Figura 2 - Fluxograma Incontinência Urinária



Fonte: Brasil, 2016.

Atualmente, diferente do recomendado pelo Ministério da Saúde, plataformas de auxílio à tomada de decisão clínica baseadas em evidência, como UpToDate e *guidelines* do NICE, recomendam apenas, para o tratamento de incontinência de urgência, agonistas adrenérgicos beta-3, como mirabregona, não disponível na rede municipal, e também não disponível no RENAME [BRASIL, 2022]; e/ou antimuscarínicos, incluindo a oxibutinina. Já os antidepressivos são recomendados para incontinência de esforço e na suspeita de bexiga neurogênica; nestes casos, o recomendado é a duloxetina, e não tricíclicos [LUKACZ, E. S., 2023, LUKACZ, E. S., 2023; NICE, 2013]. Não existem ensaios clínicos randomizados controlados comparando o uso de imipramina com placebo para a redução da incontinência urinária; em estudos que comparam treinamento vesical mais uso de imipramina com treinamento vesical apenas, não foram encontradas diferenças na taxa de cura ou melhoria dos sintomas entre ambos

tratamentos. Há recomendação contra o uso da imipramina, devido à falta de evidências. É observado semelhante resultado para outros depressivos tricíclicos. Referências recentes colocam os bloqueadores de canal de cálcio, como o nifedipino, como causa para incontinência urinária, com falta de evidência de qualidade para recomendar o uso de nifedipino para o tratamento de bexiga neurogênica [NICE, 2013].

Com o treinamento dos músculos pélvicos em mulheres com incontinência urinária de esforço, cerca de 74% das mulheres relataram melhora parcial ou completa das perdas por esforço [FEBRASGO, 2021]. Entre mulheres com incontinência urinária em geral, a resolutividade do treinamento vesical é de aproximadamente 80% [CASTRO, R. A., ARRUDA, R. M., 2018]. Dessa forma, a necessidade de referenciamento de mulheres com incontinência urinária à atenção secundária não é comum.

O encaminhamento está indicado nos casos de incontinência urinária de início súbito, associada a sintomas neurológicos; incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico; incontinência urinária associada a prolapso genital; incontinência urinária associada a hematúria não relacionada a infecção de trato urinário; e história prévia de cirurgias pélvicas [LUKACZ, E. S., 2023; BRASIL, 2016].

Dentro desse contexto, o fluxograma municipal para Foz do Iguaçu, poderia seguir o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde, porém com atualizações a respeito das medicações usadas, incluindo a oxibutinina para casos selecionados de incontinência urinária de urgência; enquanto para a incontinência urinária mista, fica reservado o medicamento também para casos selecionados e em que os sintomas predominantes forem de urgência. A duloxetina, que poderia ser usada para casos selecionados e com sintomas de incontinência urinária de esforço, não está disponível no RENAME [BRASIL, 2022]. Outro grande entrave para a realização deste fluxo é que, até o momento, a oxibutinina não está incluída no RENAME [BRASIL, 2022].

A partir do fluxograma proposto, com o tratamento inicial sendo realizado na APS e considerando que cerca de 80% das pacientes têm melhora total ou parcial com treinamento vesical, espera-se uma redução na fila para encaminhamento de pacientes com incontinência urinária para atenção secundária de 80%, representando uma redução de 7% na fila total.

É importante ressaltar que, neste estudo, o dado levantado de que 70,7% das pacientes encaminhadas por incontinência urinária não tinham, na justificativa, sinais ou sintomas associados, se dá, também, pelo fato de que não constavam dados de

exame físico ginecológico no prontuário de tais pacientes, sendo urgente a (notificação, não é essa a palavra) dos profissionais responsáveis. Caso mais exames físicos ginecológicos fossem realizados, mais prolapso vesicais seriam identificados; dentro desse contexto, portanto, a redução de 7% na fila total pode estar superestimada.

2.3 CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITES

No município de Foz do Iguaçu, no período observado, foram realizados 29 encaminhamentos ao Ginecologista para a investigação de corrimento vaginal pelas Unidades de Saúde Campos do Iguaçu e Morumbi II, o que corresponde a 3,7% da fila. Dentre essas pacientes, nenhuma tinha história de tratamento empírico ou específico para a queixa (© 2023 RP Smart).

O corrimento vaginal é uma queixa bastante comum no âmbito da APS e pode ser patológico ou fisiológico. O corrimento fisiológico normalmente ocorre em mulheres em idade reprodutiva, de 1 a 4 mL de líquido em 24 horas, de coloração branco ou transparente, espesso ou fino e, na maioria das vezes, inodoro. O pH varia de 4,0 a 4,5. É formado por secreções endocervicais mucóides em combinação com células epiteliais descamadas, flora vaginal normal e transudato vaginal [SOBEL, 2022].

Quando o corrimento vaginal acompanha-se de sintomas adicionais mínimos, também é considerado normal, pode ser amarelado, levemente malcheiroso e acompanhado de sintomas irritantes leves. Contudo, não é considerado normal se o corrimento for acompanhado por prurido, dor, queimação, irritação significativa, eritema, erosões locais ou friabilidade cervical ou vaginal. A ausência desses sinais e sintomas ajuda a distinguir o corrimento vaginal normal do corrimento relacionado a um processo patológico, como vaginite ou cervicite [SOBEL, 2022].

O estrogênio tem importante papel na formação do corrimento, pois, na presença deste hormônio o epitélio escamoso estratificado não queratinizado da vagina é rico em glicogênio. O glicogênio das células descamadas é o substrato para os lactobacilos, que convertem a glicose em ácido láctico, criando assim um ambiente vaginal ácido (normalmente pH 4,0 a 4,5). Esta acidez ajuda a manter a flora vaginal normal e inibe o crescimento de organismos patogênicos que estão tipicamente presentes, incluindo *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, estreptococos do grupo B, espécies genitais de *Mycoplasma* e *Candida albicans*. Na ausência de estrogênio ocorre diminuição do número de lactobacilos e um pH vaginal elevado (tipicamente > 4,5), propiciando a

multiplicação de microorganismos patogênicos. Dieta, período do ciclo menstrual, atividade sexual, medicamentos e estresse também podem afetar o volume e o caráter do corrimento vaginal normal [SOBEL, 2022].

Doenças sexualmente transmissíveis, antibióticos, corpo estranho, nível de estrogênio, uso de produtos de higiene, gravidez, atividade sexual e escolha de contraceptivos podem propiciar corrimento vaginal patológico. As etiologias mais comuns são de causa infecciosa devido à candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana e tricomoníase. Além disso, algumas patologias podem levar a cervicites, como gonorréia, clamídia e micoplasma [SOBEL, 2022].

Causas de corrimento vaginal patológico não infeccioso relacionam-se com atrofia vaginal em mulheres pós-menopausa; corpo estranho vaginal, como absorvente interno ou preservativo; irritantes e alérgenos, como lavagens ou duchas vaginais; dermatoses; e algumas doenças sistêmicas, como artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico [SOBEL, 2022].

A candidíase vulvovaginal é causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e digestiva, o qual cresce quando o meio se torna favorável ao seu desenvolvimento. A relação sexual não transmite candidíase vulvovaginal, apesar de ser encontrada com maior frequência em mulheres com vida sexual ativa, provavelmente, devido a microrganismos colonizadores que penetram no epitélio via microabrasões. Os sinais e sintomas incluem Prurido vulvovaginal, disúria, dispareunia, corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso (“leite coalhado”), hiperemia edema vulvar, fissuras e maceração da vulva, placas brancas ou branco-acinzentadas recobrimdo a vagina e colo uterino [BRASIL, 2015].

Alguns fatores que predispõem à infecção vaginal por *Candida* sp., como gravidez, diabetes mellitus descompensado, obesidade, uso de contraceptivos orais, uso de antibióticos, corticoides, imunossupressores, quimioterapia, radioterapia e hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local. Além disso, o contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes, alterações na resposta imunológica devido à alguma imunodeficiência [BRASIL, 2015].

Somente parceiros sexuais sintomáticos devem ser tratados, no caso de parceiros sexuais do sexo masculino, podem apresentar áreas eritematosas na glândula do pênis, prurido ou irritação. A candidíase vulvovaginal pode tornar-se recorrente quando ocorrem mais de quatro episódios sintomáticos em um ano, tornando-se necessário

investigar causas sistêmicas predisponentes, tais como diabetes mellitus, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão [BRASIL, 2015]

Normalmente pacientes com episódios de candidíase vulvovaginal não recorrente respondem bem ao tratamento oral de curta duração ou terapia tópica apresentados no quadro abaixo [BRASIL, 2015].

O tratamento da candidíase vulvovaginal pode ser realizado com creme vaginal de miconazol a 2% ou nistatina 100.000 UI, tendo como segunda linha o comprimido de fluconazol com 150mg ou o comprimido de itraconazol com 100mg [BRASIL, 2015]. Dentre essas medicações, o miconazol 2%, a nistatina 100.000UI e o fluconazol 150mg estão presentes na REMUME para uso geral [BRASIL, 2016; FOZ DO IGUAÇU, 2022].

A vaginose bacteriana ocorre devido ao desequilíbrio da microbiota vaginal, com diminuição acentuada ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos (*Lactobacillus* spp) e aumento de bactérias anaeróbias (*Prevotella* sp. e *Mobiluncus* sp), *G. vaginalis*, *Ureaplasma* sp, *Mycoplasma* sp. Pode apresentar-se de forma assintomática ou com corrimento vaginal fétido, mais acentuado após a relação sexual sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual. O corrimento pode ser branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, além disso, a mulher pode ter dispareunia (dor à relação sexual) [BRASIL, 2015].

Não possui transmissão sexual, contudo, a relação sexual pode ser um gatilho em mulheres predispostas, devido ao pH elevado do esperma masculino, sendo recomendado o uso de preservativo nestes casos. O tratamento deve ser recomendado para mulheres sintomáticas, grávidas, que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital) [BRASIL, 2015].

O tratamento para vaginose bacteriana inclui comprimido de metronidazol de 250mg, gel vaginal de metronidazol de 100mg/g e comprimido de clindamicina de 300mg como segunda linha [BRASIL, 2015]. O REMUME conta com as duas formas de metronidazol, sendo a clindamicina presente no RENAME [BRASIL, 2016; FOZ DO IGUAÇU, 2022].

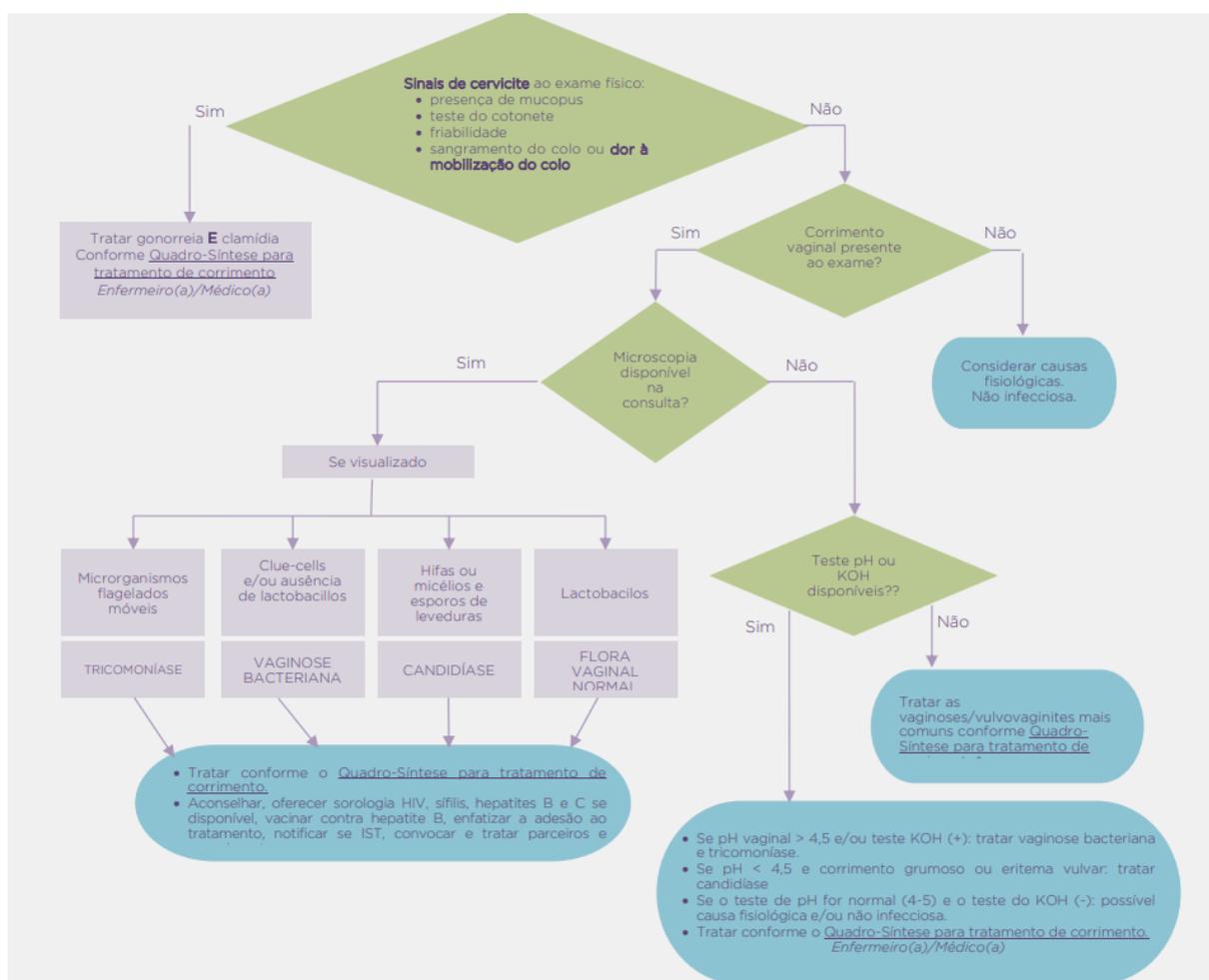
A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *T. vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra. Apresenta-se na mulher sob a forma de corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica, sintomas urinários,

hiperemia da mucosa (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa) [BRASIL, 2015].

O diagnóstico da tricomoníase é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice, por exame bacterioscópico a fresco ou pela coloração de Gram, Giemsa, Papanicolaou, entre outras. Podendo haver alterações morfológicas celulares, alterando a classe do exame citopatológico, o qual deve ser repetido três meses após o tratamento para avaliar a persistência das alterações [BRASIL, 2015].

O tratamento para a tricomoníase é feito com metronidazol [BRASIL, 2015], presente na REMUME, como comentado acima [FOZ DO IGUAÇU, 2022]. Dessa forma, é possível a implementação do fluxo de corrimento vaginal e cervicite indicado pelo MS, como na figura a seguir, em Foz do Iguaçu.

Figura 3 - Fluxograma Cervicites



Fonte: Brasil, 2016.

Caso as mulheres encaminhadas pela queixa analisada recebessem, ao invés disso, a investigação e o tratamento necessário, para então fazer o encaminhamento apenas daquelas que precisassem de tratamento ou investigação adicional da Atenção Secundária, a fila se reduziria, inicialmente, em 4%, aproximadamente.

2.4 CLIMATÉRIO

Durante o período analisado no município de Foz do Iguaçu, os encaminhamentos ao Ginecologista das Unidades de Saúde Campos do Iguaçu e Morumbi II para investigação de climatério, somaram 60 mulheres, representando quase 7,7% do total de encaminhamentos a este especialista (© 2023 RP Smart).

O período de transição do ciclo reprodutivo feminino para o não reprodutivo é denominado climatério. Este período de transição é caracterizado por modificações endocrinológicas, biológicas e clínicas no organismo feminino e pela contínua falência da função ovariana na ausência de causa patológica, resultando na perda definitiva da capacidade reprodutiva da mulher. Ocorre frequentemente entre os 40 e 65 anos, período no qual ocorrem mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional [FREITAS, 2017].

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação, cujo diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, devendo-se descartar algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica, como a gestação por exemplo, antes de encaminhar a mulher para investigação no serviço de referência. A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica e as principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde são a irregularidade menstrual, os fogachos e os suores noturno [BRASIL, 2016].

Durante a menacme, o hipotálamo determina a liberação dos hormônios hipofisários por meio de pulsos de hormônio liberador de gonadotrofina. No ovário, 90% da produção do estradiol provém do folículo dominante e os demais folículos são responsáveis pela produção de inibina B e do hormônio antimülleriano (AMH). Esses produtos ovarianos, por meio de alças de feedback, determinam aumento ou redução de hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) na hipófise, conforme a

fase do ciclo. Essa regulação hipotálamo-hipófise-ovário determina a normalidade dos ciclos menstruais normais [FREITAS, 2017].

A transição menopausal é caracterizada pela irregularidade do ciclo menstrual devido a variabilidade hormonal e ovulação inconstante. As dosagens hormonais nesse período não têm valor na avaliação e no diagnóstico das pacientes. A diminuição maciça do número de folículos ovarianos resulta na diminuição gradual da inibina B, que, por sua vez, desativa o feedback negativo sobre a hipófise, liberando a secreção de FSH e aumentando o recrutamento folicular. O resultado dos níveis elevados de FSH é a aceleração da depleção folicular, o que encurta a primeira fase do ciclo menstrual e marca os últimos anos antes da menopausa pela intensa atresia e apoptose até o esgotamento dos folículos. Enquanto houver folículos suficientes, a ovulação ainda é mantida e os níveis de estradiol permanecerão dentro da normalidade. A contínua perda da reserva folicular diminui os níveis de estradiol que não são mais suficientes para estimular o pico de LH, encerrando assim os ciclos ovulatórios. Sem a ovulação propriamente dita, não há produção de corpo lúteo e, conseqüentemente, de progesterona [FREITAS, 2017].

Na pós-menopausa, na tentativa de estimular uma adequada produção de estradiol pelos ovários, a hipófise é ativada por picos de GnRH e secreta grandes quantidades de gonadotrofinas, levando as mulheres a um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. Os níveis de FSH e LH são marcadamente altos nos primeiros anos após a menopausa, decrescendo com o envelhecimento. Não há mais produção de progesterona. Já os estrogênios seguem sendo produzidos, porém em níveis muito menores se comparados à menacme. No ovário, a produção de estradiol é quase nula, e a estrona, produzida por meio da aromatização periférica da androstenediona, mesmo em pequenas quantidades, passa a ser o principal estrogênio circulante na pós-menopausa [FREITAS, 2017].

Além dessas mudanças, observa-se que, com a diminuição da massa folicular, ocorre um relativo aumento no estroma ovariano, porção responsável pela produção de testosterona e androstenediona. Apesar da diminuição da síntese desses hormônios de uma maneira geral na pós-menopausa, a produção remanescente é suficiente para manter os ovários ativos com a produção dos esteroides androgênicos, que agora são os principais hormônios ovarianos disponíveis, especialmente a androstenediona. Esses androgênios servem como substrato para a aromatização periférica e formação de estrona [FREITAS, 2017].

Não há necessidade de dosagens hormonais para se confirmar o diagnóstico de menopausa. Frente a uma mulher acima dos 40 anos, com amenorreia há mais de um ano e quadro clínico compatível, outros exames para investigação são dispensáveis. Porém, níveis de FSH acima de 40 mUI/mL e E2 menores do que 20 pg/mL são característicos. As alterações nos níveis circulantes dos esteroides sexuais afetam a atividade reprodutiva e, de forma não menos importante, outros órgãos e suas funções. Receptores estrogênicos existem em diferentes concentrações em vários locais do organismo, como pele, ossos, vasos, coração, diversas regiões do cérebro, mama, útero, vagina, uretra e bexiga, gerando efeitos diferentes para cada mulher em decorrência da carência estrogênica. A variação hormonal e as características individuais das mulheres determinam perfis diferentes de biodisponibilidade de estrogênios com repercussões próprias no metabolismo e quadro clínico e laboratorial de cada paciente [FREITAS, 2017].

A queixa mais frequente na transição menopausal é a irregularidade menstrual, refletindo a perda progressiva da função reprodutiva ovariana. Tende a se iniciar com encurtamento dos ciclos e progredir para períodos de amenorreia cada vez mais longos até a parada total dos ciclos. A amenorreia prolongada é o sintoma mais característico da deficiência de estrogênio. O padrão de fluxo menstrual pode variar, sendo comum ocorrer sangramento aumentado. Devido à flutuação hormonal e variação importante nos níveis de estrogênio, muitas vezes sem oposição adequada da progesterona em função dos ciclos anovulatórios, o desenvolvimento de patologias orgânicas como miomas e pólipos é favorecido. Nos casos de sangramento uterino intenso, é mandatória a investigação e exclusão de patologias endometriais, com atenção às hiperplasias endometriais e ao carcinoma de endométrio [BARGUIL, 2017].

Os fogachos são o sintoma mais comum do climatério inicial. São explicados como uma súbita sensação de calor intenso que se inicia na face, pescoço, parte superior dos troncos e braços, depois se generaliza e é seguida por enrubescimento da pele e subsequente sudorese profusa. Observa-se aumento do fluxo sanguíneo cutâneo, taquicardia e pode ser acompanhado de palpitações e sensação de ansiedade. Isso se dá devido a uma instabilidade do centro termorregulador hipotalâmico, e seu mecanismo exato ainda é desconhecido. Cada episódio dura aproximadamente de dois a quatro minutos e ocorre diversas vezes no decorrer do dia. É particularmente comum à noite, prejudicando a qualidade do sono e contribuindo para irritabilidade e cansaço durante o dia, além de diminuição na capacidade de concentração. Mulheres com maior

índice de massa corporal e as tabagistas apresentam sintomas vasomotores com maior frequência e intensidade [FREITAS, 2017].

Além dos fogachos, são comuns alterações no sono, como diminuição da duração, episódios de despertar noturno e menor eficácia. Os fogachos têm papel definido no quadro clínico e são mais comuns nas mulheres com distúrbios do sono. Os episódios noturnos são responsáveis pelo aumento de despertares noturnos, contribuindo para um sono de menor qualidade. O tratamento dos fogachos com terapia hormonal parece melhorar a qualidade do sono destas pacientes, além de evitar consequências médicas e psicológicas e melhorar a qualidade de vida [FREITAS, 2017].

Prevalentes também são as alterações do humor, como a depressão, ainda por mecanismo desconhecido. A variação dos níveis séricos de estrogênio parece estar mais associada com efeitos depressivos do que com a própria concentração hormonal absoluta. O status menopausal segue sendo preditor para sintomas depressivos. As mudanças como a perda da capacidade reprodutiva e o próprio envelhecimento parecem contribuir para o quadro depressivo ou ansiolítico [BARGUIL, 2017].

A longo prazo, as mulheres podem ter alterações atróficas vaginais, denominadas síndrome geniturinária da menopausa ou atrofia vulvovaginal. Tais denominações designam um conjunto de alterações físicas da vulva, vagina e trato urinário baixo devido à deficiência estrogênica. É uma síndrome comum e progressiva, caso não haja tratamento adequado, podendo ocorrer ressecamento vaginal, dispareunia e sinusorragia, dificultando a manutenção da vida sexual, além de alcalinização do pH vaginal está alcalino, reduzindo o número de lactobacilos na flora, propiciando infecções e vaginite atrófica. A uretra torna-se hiperemiada e proeminente favorecendo quadros de urgência miccional, disúria, uretrites atróficas e piora da incontinência urinária já existente. A falta de estrogênio diminui a vascularização vaginal, levando à dificuldade para lubrificação e à disfunção sexual [FREITAS, 2017].

Há relatos de aumento de doenças cardiovasculares, devido à aterosclerose de grandes vasos. O estrogênio tem um fator protetor para eventos endoteliais, devido ao estímulo para produção de óxido nítrico e prostaglandinas e seu efeito vasodilatador, anti trombótico e estímulo para a inibição da oxidação de lipoproteína de baixa densidade (LDL). Assim, na menopausa a produção de estrogênio diminui e o perfil hormonal das mulheres passa a ser androgênico. Como consequência, ocorre aumento da concentração de colesterol total e queda dos níveis de lipoproteína de alta

densidade (HDL), o principal preditor para eventos isquêmicos cardíacos. A transição menopáusicas por si só é fator de risco para a síndrome, independentemente de idade, hábitos de vida e composição corporal [FREITAS, 2017].

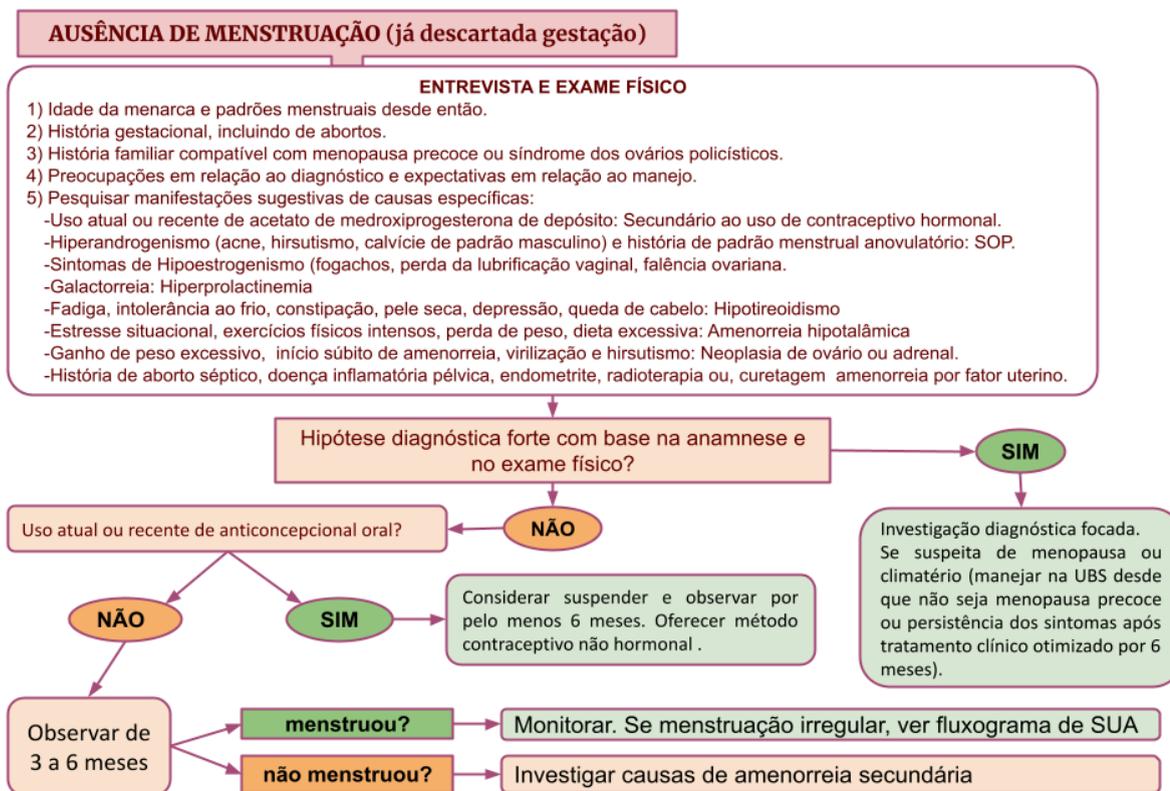
A confirmação do climatério é realizada quando a mulher encontra-se dentro da faixa etária esperada para o período e apresenta 12 meses consecutivos de amenorreia e queixas sugestivas (aumento ou diminuição do intervalo entre as menstruações, alterações de fluxo e duração; Fogachos, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga; Alterações psicogênicas como diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia; Diminuição do desejo sexual). Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério) [BRASIL, 2016].

A Atenção Primária à Saúde tem capacidade de abordar integralmente a mulher no climatério e menopausa de forma não farmacológica e farmacológica. Segundo o MS, algumas condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o ginecologista como a menopausa precoce (antes dos 40 anos); ou persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses [BRASIL, 2016].

Tal encaminhamento deve conter obrigatoriamente: sinais e sintomas, idade da paciente quando iniciou a menopausa, tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia) e se há história prévia de neoplasia maligna ginecológica ou ooforectomia. Caso não se enquadrem nas duas situações anteriores (menopausa precoce ou persistência dos sintomas após tratamento clínico otimizado por 6 meses), o manejo deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde, conforme o fluxograma sugerido abaixo [BRASIL, 2016], mostrado a seguir.

Figura 4 - Fluxograma Climatério

Investigação de Climatério na APS



Fonte: Brasil, 2016.

Deve ser realizada uma abordagem integral e não somente farmacológica das queixas no climatério, abordando práticas integrativas e complementares. A fitoterapia pode auxiliar no alívio dos sintomas, particularmente os fogachos. Entre os fitoterápicos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), o único que está associado ao tratamento dos sintomas do climatério é a isoflavona da soja [BRASIL, 2016].

Além disso, uma abordagem motivacional é importantíssima, de modo a fomentar o estilo de vida saudável (alimentação, atividade física, higiene do sono) e à elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida. Além disso, atenção às redes de apoio social e familiar, relações conflituosas e situações de violência. Orientação quanto à anticoncepção no climatério. Prevenção de forma individualizada, em especial, quanto a doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, de acordo com faixa etária, história, fatores de risco e comorbidades [BRASIL, 2016].

Ademais, além da abordagem integrativa, também é importante a farmacológica. Terapias não hormonais e hormonais podem ser implementadas após a avaliação de necessidade, indicações, contra indicações absolutas e relativas, com o uso racional dos medicamentos e acompanhamento clínico periódico das mulheres em uso de terapia farmacológica, sobretudo a hormonal [BRASIL, 2016].

Caso as mulheres encaminhadas por climatério fosse, ao invés disso, orientadas em relação ao quadro inicialmente, para então fazer o encaminhamento apenas daquelas que precisassem de tratamento ou investigação adicional da Atenção Secundária, a fila se reduziria, inicialmente, em 8%, aproximadamente.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados referentes aos encaminhamentos efetuados pela Unidade de Saúde Morumbi II e Campos do Iguaçu em Foz do Iguaçu/PR, para atendimento especializado em Ginecologia no período de 26/06/2022 a 01/03/2023, é possível observar como referenciamentos incompletos, ou seja, sem tentativa de tratamento inicial ou sem a coleta e análise de exames iniciais, são onerosos para o sistema e diminuem o acesso dos pacientes à Atenção Secundária, uma vez que aumenta consideravelmente o tempo de espera para pacientes que, na maior parte dos casos, estão tendo sua qualidade de vida significativamente afetada pela queixa em si, uma vez que poucos são os casos de controle de sintomas enquanto há aguardo na fila.

Pela análise do número de pessoas na fila com as quatro queixas, tem-se que, se os fluxos fossem implementados em Foz do Iguaçu/PR, haveria uma redução na fila para acesso à Ginecologia ambulatorial de 37,35%, representando uma melhora considerável no acesso e na resolutividade de toda Rede.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F et al. Atenção primária integral à saúde: Indicadores para avaliação. Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro. Abril de 2011. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Atencao%20Primaria%20Integral%20a%20Saude.pdf>. Acesso em: 01/05/2023.

BARGUIL, B. J. P. *et al.* Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2ª Edição. Brasília: Editora Luan Comunicação. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ginecologia (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada); v. 4. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, 2022.

CASTRO, R. A., ARRUDA, R. M. Tratamento Clínico Não Farmacológico e a Incontinência Urinária. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/332-tratamento-clinico-nao-farmacologico-e-a-incontinencia-urinaria>>. Acesso em: 23/04/2023

CHEN, L. M. Endometrial carcinoma: Epidemiology, risk factors, and prevention. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-epidemiology-risk-factors-and-prevention?search=Endometrial%20carcinoma:%20Epidemiology,%20risk%20factors,%20and%20prevention&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 29/04/2023

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo Incontinência Urinária de Esforço. São Paulo, 2021.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sangramento Uterino Anormal. São Paulo, 2017.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal da Saúde. Relação dos Medicamentos Essenciais do Município de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, 2022.

FREITAS, F., *et al.* Rotinas em Ginecologia. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GONÇALVES, M. R., AGOSTINHO, M. R., KATZ, N. Protocolos de Regulação Ambulatorial: Ginecologia. TelessaúdeRS, 2017.

KAUNITZ, A. M. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: Management. UpToDate, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-management?search=sangramento%20uterino%20anormal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 23/04/2023

KAUNITZ, A. M. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: Terminology, evaluation, and approach to diagnosis. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-terminology-evaluation-and-approach-to-diagnosis?search=sangramento%20uterino%20anormal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 29/04/2023

KAUNITZ, A. M. Causes of female genital tract bleeding. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-genital-tract-bleeding?sectionName=Uterine%20bleeding&search=sangramento%20uterino%20anormal&topicRef=3263&anchor=H2&source=see_link>. Acesso em: 29/04/2023.

LUKACZ, E. S. Female urinary incontinence: Evaluation. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-urinary-incontinence-evaluation?search=incontinencia%20urinaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 24/04/2023

LUKACZ, E. S. Female urinary incontinence: Treatment. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-urinary-incontinence-treatment?search=incontinencia%20urinaria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 23/04/2023

LUKACZ, E. S. Urgency urinary incontinence/overactive bladder (OAB) in females: Treatment. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/urgency-urinary-incontinence-overactive-bladder-oab-in-females-treatment?search=incontinencia%20urinaria&topicRef=6881&source=see_link>. acesso em: 23/04/2023

NICE. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. Londres, 2013.

SOBEL, JACK D. Vaginal discharge (vaginitis): Initial evaluation. UpToDate, 2023. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/vaginal-discharge-vaginitis-initial-evaluation/print?sea>

rch=corrimento%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=>. Acesso em 11/04/2023.

STEWART, E. A. Endometrial polyps. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-polyps?search=Endometrial%20polyps&source=search_result&selectedTitle=1~56&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 29/04/2023

STEWART, E. A. Uterine adenomyosis. UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-adenomyosis?search=Uterine%20adenomyosi&source=search_result&selectedTitle=1~52&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 23/04/2023.

© 2023 RP Smart. Disponível em <<https://rpsaude.pmf.pr.gov.br/RP/Sistema>>.