



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina

2º. Semestre Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino



FICHA TÉCNICA

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Colaboradores

Elaboradores de Conteúdo:

Mônica Netto Carvalho

Nidze Guiloviça

Maria Grazia Lain

Revisores Clínicos:

Rosa Batista

Mônica Netto Carvalho

Maria Grazia Lain

Marta Langa

Pilar Martinez

Ricardina Nhampule

Maria Ruano

Marzio Stefanutto

Revisores Pedagógicos:

Ana Bela Amude

Formatação e Edição:

Ana Bela Amude

Fernanda Freistadt

Adelina Maiela

Maíra dos Santos

Colaboradores das Instituições de Formação em Saúde (IdF):

Amós Bendera

Américo Bene

Bekezela Chade Camal

Armindo Chicava

Isaías Cipriano

Amélia Cunha

Maria da Conceição

Paulo Vasco da Gama

Victor Filimone

Danúbio Gemissene

Ernestina Gonçalves

Eduardo Henriques

Saíde Jamal

Lisandra Lanappe

Filomena Macuacua

Américo Macucha

Atanásio Magunga

Almia Mate

Arsenia Muianga

Ferrão Nhombe

Orlando Prato

Crespo Refumane

Maria Rosa

Azevedo Daniel Simango

Rezique Uaide

Elias Zita

PREFÁCIO

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direcção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currícula, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

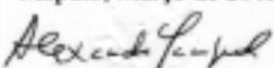
Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o plano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didácticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguele

Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	2
PREFÁCIO	4
ÍNDICE	5
PLANO ANALÍTICO	6
1. Anatomia e Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino	11
2. Fisiologia e Anatomia do Sistema Reprodutivo Feminino	18
3. Anamnese e Exame Físico do Sistema Reprodutor Feminino	24
4. Anamnese e Exame Físico do Sistema Reprodutor Feminino	32
5. Anamnese e Exame Físico do Sistema Reprodutor Feminino e Exames Auxiliares de Diagnóstico	40
6. Clínica Médica Sexual Feminina: Contracepção 1	50
7. Clínica Médica Sexual Feminina: Contracepção 2	55
8. Clínica Médica Sexual Feminina: Metodos contraceptivos	62
9. Clínica Médica Sexual Feminina: Condições vulvulares	66
10. Clínica Médica Sexual Feminina: ITS- Introdução	71
11. Clínica Médica Sexual Feminina: Corrimento vaginal	78
12. Clínica Médica Sexual Feminina: Úlcera genital.....	88
13. Clínica Médica Sexual Feminina: ITS Laboratorio	99
14. Clínica Médica Sexual Feminina: DIP e abscesso de Bartholin	105
15. Clínica Médica Sexual Feminina: Infertilidade e síndrome de sangramento	114
16. Clínica Médica Sexual Feminina: Dor pélvica feminina e menopausa	121
17. Clínica Médica Sexual Feminina: Seios	132
18. Clínica Médica Sexual Feminina: Violência sexual	138
19. Clínica Médica Sexual Feminina: Sexualidade e violência baseada no gênero	146

PLANO ANALÍTICO

NOME DA DISCIPLINA: Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: 2 semanas (e 2 horas para avaliação na 3ª semana)

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: 26 h (semana 6), 18 h (semana 7), 2 h (semana 8)

NÚMERO TOTAL DE HORAS: 46

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ADQUIRIDAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina será capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Diagnosticar e tratar as patologias abaixo indicadas, com atenção especial às seguintes tarefas:
 - a. Efectuar uma anamnese apropriada e acordo com a queixa apresentada;
 - b. Executar correctamente um exame físico relacionado com a queixa apresentada;
 - c. Registar os resultados da anamnese e do exame físico, de forma exacta e concisa no processo clínico do paciente;
 - d. Desenvolver um diagnóstico diferencial adequado às queixas do paciente;
 - e. Identificar os meios auxiliares de diagnóstico para proceder ao diagnóstico da condição apresentada e interpretar os resultados quando apropriado (vide meios auxiliares de diagnostico);
 - f. Desenvolver uma conduta terapêutica e um plano de seguimento adequado (incluindo a transferência se necessário).

2. Reconhecer ou suspeitar emergências e executar as intervenções médicas imediatas e referir/transferir como apropriado.
3. Aconselhar pacientes sobre:
 - a. prevenção primária e secundária
 - b. Violência sexual
4. Execução das seguintes técnicas:
 - a. Toque vaginal combinado (Palpação bimanual);
 - b. Exame com espéculo;
 - c. Exame visual e de palpação da mama.
5. Pedir e interpretar os seguintes meios auxiliares diagnósticos:
 - a. Coloração de GRAM do corrimento;
 - b. Exame do corrimento a fresco;
 - c. Cultura do corrimento vaginal;
 - d. Testes para confirmação de gravidez;
 - e. RPR;
 - f. Pesquisa de ovos de Schistosoma no corrimento vaginal;
6. Recomendar métodos de Planeamento Familiar
 - a. Fazer uma anamnese de uma mulher que deseja fazer o planeamento familiar;
 - b. Aconselhar a mulher e/ou o casal que deseja fazer o planeamento familiar acerca dos possíveis métodos e as suas indicações, vantagens, desvantagens, normas práticas, taxa de insucessos, efeitos colaterais, utilidade para prevenção de ITS, contraindicações e complicações possíveis.

Patologias / Condições Médicas

1. Dismenorreias primárias
2. Dismenorreias secundárias (referir/ transferir).
3. Infertilidade (referir/transferir):
4. Sangramento vaginal Anormal (referir/transferir);
5. Perturbações do ciclo menstrual;
6. Infecções transmissíveis sexualmente (ITS) :
 - c. Síndrome de corrimento vaginal;
 - d. Síndrome de úlcera genital;
 - e. Doença inflamatória pélvica;
 - f. Condilomas e verrugas (referir/transferir);
7. Lesões da mama com suspeita de malignidade (referir/transferir);
8. Violência sexual

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

A disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino, pretende capacitar o Técnico de Medicina Geral para fazer um atendimento básico a mulher com afecções do aparelho reprodutor feminino. Pretende-se desta forma, dotar o TMG de habilidades para diagnosticar e tratar as principais infecções de transmissão sexual (ITS) e as afecções do aparelho genital e das mamas que podem ser tratadas ao seu nível. Outro objectivo importante desta disciplina, é o de fornecer conhecimentos ao TMG, de forma a que este saiba identificar as patologias ginecológicas instáveis ou complexas, que precisam de ser referidas para beneficiar de exames mais especializados e de tratamento. Também permitirá que o TMG seja capaz de pedir e interpretar, alguns meios auxiliares para diagnóstico das afecções ginecológicas mais comuns.

Esta disciplina também pretende fazer com que o TMG forneça a mulher ou ao casal, informação adequada e acesso a métodos de planeamento familiar seguros e eficazes, proporcionando às mulheres uma gravidez e um parto seguro. Abrange, também, o incentivo a boa saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

No final da disciplina, o TMG também deverá ser capaz de descrever as mudanças que ocorrem no ciclo menstrual, e de fazer uma correcta abordagem nos casos de infertilidade.

Data e Hora	Número da Aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula	Tipo de Aula
	1	Fisiologia e Anatomia do Sistema Reprodutor Feminino: -Anatomia do Sistema Reprodutor Feminino	2	Teórica
	2	Fisiologia e Anatomia do Sistema Reprodutor Feminino: -Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino	2	Teórica
	3	Anamnese e exame físico do Sistema Reprodutor Feminino: - Anamnese	2	Teórica
	4	Anamnese e exame físico do Sistema Reprodutor Feminino: -Exame Físico Geral, da mama e dos genitais externos	2	Teórica
	5	Anamnese e exame físico do Sistema Reprodutor Feminino e exames auxiliares de diagnóstico: - Exame dos Genitais internos - Exames Laboratoriais Relacionados à Saúde Reprodutiva	2	Teórica
	6	<i>Clínica Médica: Sexual Feminina</i> - <i>Contraceção I: Aconselhamento e Métodos Comportamentais</i>	2	Laboratório
	7	Clínica Médica: Sexual Feminina -Contraceção II: Métodos Físicos	2	Teórica
	8	<i>Clínica Médica: Sexual Feminina</i> - <i>Métodos Contraceptivos Usados em Moçambique</i>	2	Laboratório
	9	Clínica Médica: Sexual Feminina -Condições Vulvares	2	Teórica
	Avaliação		2	
	10	Clínica Médica: Sexual Feminina -Infecções Transmítidas Sexualmente (ITS) - Introdução	2	Teórica
	11	Clínica Médica: Sexual Feminina -Síndrome do Corrimento Vaginal	2	Teórica
	12	Clínica Médica: Sexual Feminina - Síndrome da Úlcera Genital	2	Teórica
	13	<i>Clínica Médica: Sexual Feminina</i> - <i>Infecções Transmítidas Sexualmente (ITS) – Aconselhamento</i> - <i>Recolha de Amostra de Corrimento Vaginal</i>	4	Laboratório
	14	Clínica Médica: Sexual Feminina -Doença Inflamatória Pélvica - Abscesso de Bartholin	2	Teórica
	15	Clínica Médica: Sexual Feminina -Infertilidade - Sangramento Vaginal Anormal (Síndrome de Sangramento)	2	Teórica
	16	Clínica Médica: Sexual Feminina -Dor Pélvica Feminina (Síndrome da Dor) -Menopausa	2	Teórica

	17	Clínica Médica: Sexual Feminina -Seios	2	Teórica
	18	Clínica Médica: Sexual Feminina -Violência Sexual -Abordagem Sindrômica da Violação Sexual	2	Teórica
	19	Clínica Médica: Sexual Feminina - Sexualidade e Violência Baseada no Gênero	4	Laboratório
	Avaliação		2	
TOTAL			46	horas

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto Principal da Disciplina

- Berek J. Novak: Tratado de ginecologia. 10ª Edição. Guanabara Koogan; 2008.
- Programa nacional de combate às ITS/HIV/SIDA-MISAU, *Guia para tratamento e controle das infecções de transmissão sexual (ITS)*, volume 2, 2006.

B. Livros de Referência para a Disciplina

- Programa nacional de combate às ITS/HIV/SIDA-MISAU, *Guia para tratamento e controle das infecções de transmissão sexual (ITS)*, volume 2, 2006.
- Berek J. Novak: Tratado de ginecologia. 10ª Edição. Guanabara Koogan; 2008.

C. Leituras para o Docente Aprofundar o Tópico

- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. Princípios de medicina de Harrison (Harrison's principles of medicine). 15ª Edição. McGraw-Hill; 2001.
- Freedberg IM. Dermatologia na medicina geral (Dermatology in general medicine). McGraw Hill; 1999.

D. Leituras Adicionais para o Aluno (se necessário)

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	1
Tópico	Anatomia e Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino	Tipo	Teórica
Conteúdos	Anatomia do Sistema Reprodutor Feminino	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

1. Identificar as estruturas da pélvis óssea.
2. Listar as estruturas que formam a verdadeira pélvis.
3. Identificar as estruturas da vulva (genitália externa) e do períneo.
4. Identificar as estruturas do útero, vagina e anexos.
5. Identificar as estruturas da mama.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Métodos de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Esqueleto Humano, Localização e Estrutura da Pélvis Óssea		
4	Sistema Reprodutor Feminino		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- McKinley M, O'Loughlin V. Anatomia humana (Human anatomy). McGraw Hill; 2055.
- Putz R. Sobotta: Atlas de Anatomia Humana. 22ª Edição. Guanabara Koogan; 2006.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1. Apresentação do docente/s.
- 1.2. Apresentação dos alunos.
- 1.3. Introdução breve a disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina.
- 1.4. Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios.
- 1.5. Apresentação da estrutura da disciplina com o correspondente cronograma e inter-relações com estágios e outras disciplinas teóricas.
- 1.6. Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 2.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 2.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 3: ESQUELETO HUMANO, LOCALIZAÇÃO E ESTRUTURA DA PÉLVIS ÓSSEA

3.1. Pélvis óssea: Localização e Estrutura

A pélvis óssea, também conhecida por bacia, é o segmento do esqueleto humano, constituído por um conjunto de ossos que formam uma estrutura semi-cónica, situada na parte final da coluna vertebral e parte inferior do abdómen.

A pélvis serve de ponto de partida para os membros inferiores, protege e abriga: a parte final do tubo digestivo (sigmóide e recto), os órgãos urinários (bexiga, parte distal dos ureteres e uretra), os órgãos genitais internos femininos (útero, ovários, trompas), vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. Para acomodar o feto, no final da gestação, a pelve feminina é mais larga do que a masculina, uma característica útil para a determinação do sexo em ossadas e fósseis humanos.

A pélvis é formada por cinco ossos nomeadamente: sacro, coxi, ísquio, púbis e íliaco. Os ossos sacro e coxi constituem a parte distal da coluna enquanto os três (ísquio, púbis e íliaco) articulam-se e formam uma espécie de arco em volta dos dois. Podemos dividir a pélvis ao meio e estes ossos estão em cada uma das metades da pélvis. O arco da pélvis é formado pela união na parte da frente dos dois ossos púbicos formando o que se conhece por sínfise púbica. Enquanto por detrás, os ossos ilíacos unem-se ao sacro pelos dois lados.

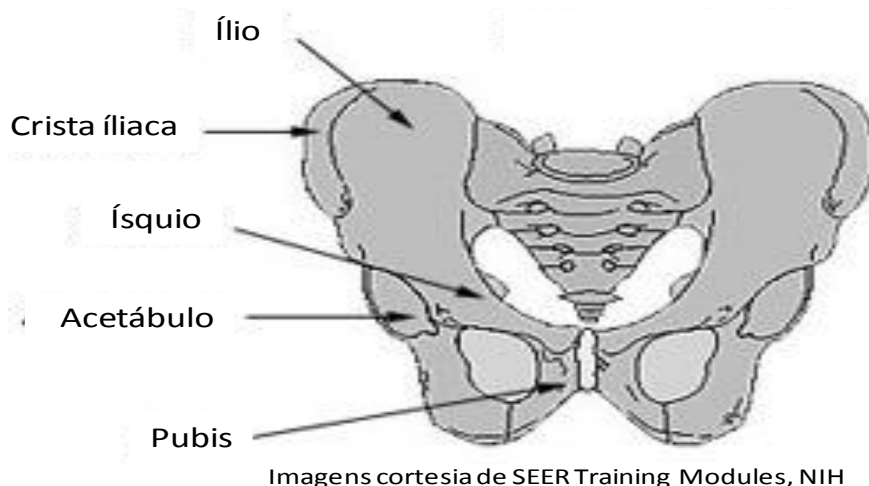


Figura 1. Pélvis óssea.

BLOCO 4: SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino é o conjunto de estruturas interligadas e inter-relacionadas, que permitem a reprodução: desde a fecundação, desenvolvimento do embrião e nascimento do bebê até a sua alimentação.

4.1. Composição e classificação

Os órgãos que integram o sistema reprodutor feminino são:

4.1.1. Genitais externos

- Vulva: formada pelo monte de Vénus, lábios maiores e lábios menores
- Vestíbulo vaginal: formado pelo clítoris, orifício uretral e orifício vaginal

4.1.2. Genitais internos

- Ovários (dois)
- Trompas (duas)
- Útero
- Vagina

4.1.3. Glândulas mamárias

Os órgãos genitais são classificados da seguinte forma:

4.1.4. Órgãos sexuais primários

- Ovários: produtor das hormonas sexuais

4.1.5. Órgãos sexuais secundários

- Útero
- Trompas de Falópio
- Genitais externos
- Glândulas mamárias

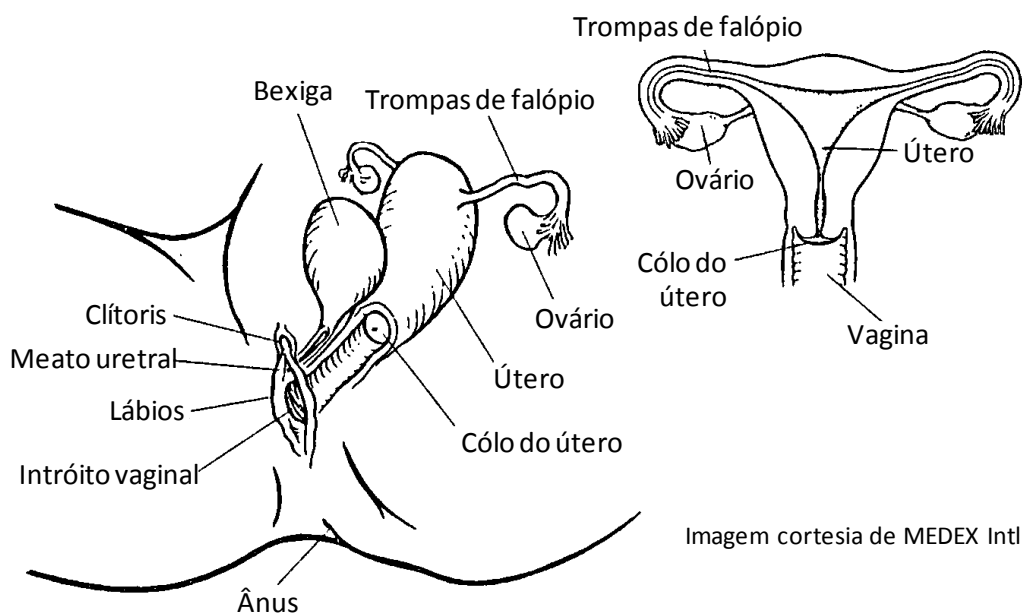


Figura 2. Sistema reprodutor feminino.

4.2. Localização e Funções

4.2.1. Glândulas mamárias

Localizam-se no tórax, sobre os músculos peitorais maiores, no espaço compreendido entre a linha axilar interna e a borda externa do esterno (horizontalmente), e entre a segunda e a sexta costela (verticalmente). O tamanho da mama depende da quantidade de tecido adiposo contido em cada glândula.

A glândula mamária é um órgão galactóforo (que produz leite), formada internamente por uma parte secretora com túbulos e alvéolos (acinos) e o ducto excretor ramificado.

As mamas estão constituídas por 15 a 25 lobos separados entre si por tecido conjuntivo denso e adiposo. Cada lobo constitui uma glândula completa, apresentando seu ducto excretor e sua parte secretora. Os ductos excretores, denominados ductos galactóforos, abrem-se na papila mamária ou mamilo que é uma estrutura situada no centro da mama, mais pigmentada e saliente que o resto da glândula.

A glândula mamária é dividida em cinco regiões: quadrantes superiores interno e externo; quadrantes inferiores interno e externo e a zona central.

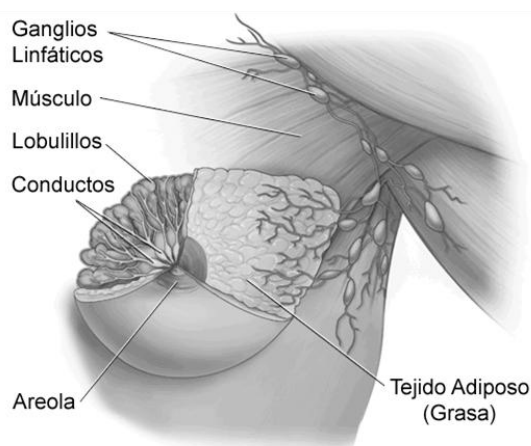


Imagem cortesia da Universidade de Yale

Figura 3. Glândula mamária e gânglios linfáticos que drenam o tecido mamário.

4.2.2. Genitália externa

- **Lábios maiores**

Situam-se na abertura da vulva, e são constituídos em grande parte por tecido adiposo. Os lábios maiores estão unidos na parte superior, no monte de Vénus e na parte inferior pela comissura posterior dos lábios, que se estende até o ânus.

- **Lábios menores**

Cobrem o vestíbulo vaginal e o orifício da uretra. São muitos finos e curtos.

- **Monte de Vénus ou monte púbico**

É a parte proeminente da vulva, que corresponde à sínfise dos ossos púbicos. O monte de Vénus é coberto por uma camada de tecido adiposo, e pele (mais superficialmente). A partir da puberdade, é coberto pelos pêlos pubianos.

- **Vestíbulo vaginal**

Espaço coberto e protegido pelos lábios menores. Inclui: clítoris, orifício uretral e intróito vaginal.

- **Clítoris:** é uma estrutura complexa, preenchida internamente por gordura e tecido muscular e revestido por uma epiderme muito fina. É nele que se encontram a maior parte das terminações nervosas responsáveis pela sensação de prazer. É o órgão erétil feminino.
- **Meato ou orifício uretral:** abertura externa da uretra, ponto de saída da urina. Está imediatamente abaixo e posterior ao clítoris.
- **Intróito ou orifício vaginal:** entrada da cavidade vaginal, coberta nas mulheres virgens por uma membrana denominada **hímen**, que geralmente é rompida na primeira relação sexual.

4.2.3. Genitália Interna

• Vagina

A vagina é um canal fibromuscular, com capacidade elástica que se estende desde o colo do útero até ao vestíbulo vaginal. Mede cerca de 9 cm e situa-se por baixo da uretra entre a bexiga e recto.

A função da vagina é receber o pénis na relação sexual, dar saída ao feto no momento do parto, assim como expulsar o conteúdo menstrual.

A vagina possui um grande número de terminações nervosas e paredes elásticas, e quando estimulada, pode ter sua superfície aumentada. Essa elasticidade é fundamental na ocasião do parto, para a saída do bebé.

A cada lado da abertura externa da vagina humana há duas glândulas de meio milímetro, chamadas Glândulas de Bartholin, secretoras de muco que ajuda na lubrificação.

• Útero

O útero é uma estrutura em forma de pêra invertida, com a base na parte superior e o ápice na parte inferior por onde se une a vagina.

É um órgão muscular (constituído por músculo liso). Situado na cavidade abdominal, na parte inferior (pélvis), no solo da cavidade pélvica, anterior ao recto e posterior a bexiga. O útero tem cerca de 7 cm de comprimento e 5 cm de largura. Nas bordas da base une-se a cada lado com uma trompa. É descrito como estando direccionado em ante-verso-flexão.

O útero tem as seguintes partes:

- **Corpo:** parte central do útero entre o fundo e o colo, o seu interior corresponde à cavidade uterina;
- **Fundo:** porção superior que se continua lateralmente com as trompas;
- **Colo ou cérvix:** parte do extremo inferior, que se une com a vagina e tem um orifício que dá acesso a cavidade uterina.

A principal função do útero é receber o embrião que se implanta no endométrio, aonde se desenvolvem vasos sanguíneos exclusivamente para esta função. O embrião se desenvolve em feto e evolui até o nascimento. Durante a gravidez, o útero sofre uma grande expansão e o feto (ou fetos) pode se desenvolver no seu interior. É também responsável pela expulsão da criança, através de contracções, no momento do parto.

O útero é mantido em seu lugar por diversos ligamentos e músculos, dos quais os mais importantes são: ligamentos redondos e largo do útero, ligamento transverso do colo, ligamento ovariano e músculo elevador do ânus.

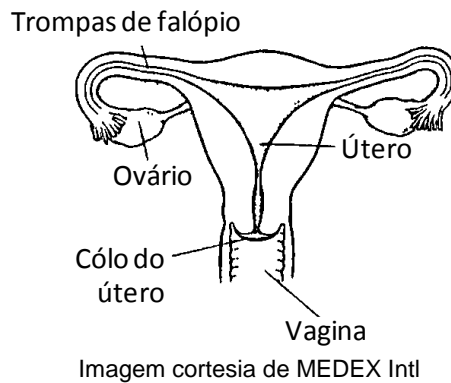


Figura 4. Útero, trompas e ovários.

- **Trompa de Falópio**

São estruturas tubulares em número de duas, que se continuam com as porções laterais do fundo uterino e ligam os ovários ao útero. Medem cerca de 10 cm de comprimento e 0,7 cm de diâmetro. As trompas localizam-se nas fossas ilíacas na parte inferior do abdómen, dentro do ligamento amplo do útero. São chamadas por vezes de oviductos (caminho dos óvulos) pois fornecem uma passagem para o óvulo fertilizado em direcção à área de implantação no útero.

As trompas também fornecem uma passagem para os espermatozóides fazerem o seu caminho ascendente do útero em direcção ao óvulo para ocorrer a fertilização.

A porção da trompa de Falópio junto aos ovários apresenta extensões digitiformes chamadas de fímbrias que se movem sobre a superfície do ovário; já a porção uterina conduz directamente ao interior do útero. A fertilização de um óvulo, normalmente ocorre na parte superior da trompa de Falópio. Dentro desta, existem inúmeras formações em forma de cabelos chamadas cílios, cujos movimentos conduzem o óvulo em direcção ao útero.

- **Ovários:**

Localizam-se nas fossas ilíacas, na parte superior da pélvis, em ambos lados do abdómen, dentro do ligamento amplo do útero, e dentro da fossa ovárica (espaço na parede posterior do abdómen). A mulher possui dois ovários, um de cada lado do útero, a estes ligados pelas trompas de Falópio.

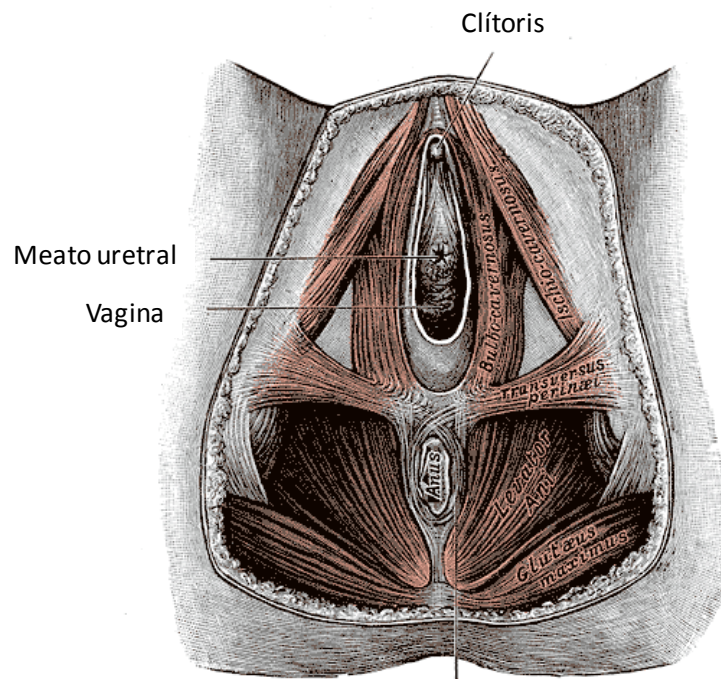
Os ovários são estruturas ovóides, cuja função é a produção de células reprodutivas ou óvulos. Medem aproximadamente 3,5 cm de comprimento e 2 cm de largura e 1 cm de espessura. Mantêm-se no lugar graças aos ligamentos amplo do útero, meso-ovárico e o ovárico.

Na mulher em idade fértil, a parte externa abriga uma grande quantidade de folículos de tamanhos diferentes, onde se encontram os óvulos. A cada ciclo menstrual, um folículo é desenvolvido e uma grande quantidade de estrogénio começa a ser secretada. Os ovários produzem hormônios (hormônios sexuais), que junto com a hipófise, contribuem com o desenvolvimento das características específicas do sexo feminino. Além disso, também possuem a função de regular a menstruação.

4.2.4. Períneo:

O períneo é a área compreendida entre a vulva e o ânus, tem a forma de um losango e compreende um conjunto de potentes músculos e aponeuroses que encerram o estreito inferior da pélvis, formando o diafragma urogenital. A função de todo este conjunto é sustentar os órgãos pélvicos.

O períneo é formado por duas partes: uma porção anterior, chamada de urogenital, que dá sustentação a órgãos do aparelho reprodutor (vagina e útero) e do aparelho urinário (bexiga e uretra) e a porção anal, que é atravessada pelo recto, e se exterioriza formando o ânus.



Fonte: Anatomia de Gray, por Henry Gray

Figura 5. Períneo.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. A pélvis óssea é um conjunto de ossos que formam uma estrutura semi-cônica e que abriga: parte final do tubo digestivo, os órgãos urinários e os órgãos genitais internos femininos.
- 5.2. O sistema reprodutor feminino é o conjunto de estruturas interligadas e inter-relacionadas, que permitem a reprodução: desde a fecundação, desenvolvimento do embrião e nascimento do bebê até a sua alimentação.
- 5.3. Os órgãos do sistema reprodutor são: glândulas mamárias, genitais externos (monte Vénus, lábios maiores, lábios menores, vestibulo), e genitais internos (vagina, útero, ovários, trompas de Falópio).
- 5.4. O útero apresenta 3 partes, nomeadamente o fundo, o corpo e o colo. A sua principal função é receber o embrião que se implanta no endométrio (camada interna) e se desenvolve até chegar a altura do parto.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	2
Tópico	Fisiologia e Anatomia do Sistema Reprodutivo Feminino	Tipo	Teórica
Conteúdos	Fisiologia do Sistema Reprodutivo Feminino	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir a menarca. Descrever as mudanças hormonais que ocorrem na menarca
2. Descrever a função e interacção entre a Hormona Libertadora de Gonadotropina (GnRH), Hormona Folículo Estimulante (FSH) e Hormona Luteinizante (LH)
3. Listar as fases do ciclo reprodutivo
4. Descrever eventos durante cada fase do ciclo reprodutivo com respeito a:
 - a. Níveis das hormonas FSH e LH;
 - b. Níveis das hormonas Estrogénio e Progesterona;
 - c. Desenvolvimento do folículo e do corpo lúteo;
 - d. Endométrio uterino;
 - e. Muco cervical;
 - f. Menstruação.
5. Descrever as mudanças hormonais associadas à menopausa
6. Descrever as fases do ciclo menstrual, no que diz respeito aos níveis hormonais, eventos do ovário e fases endometriais, conforme descrito no gráfico do ciclo menstrual
7. Desenhar o diagrama do ciclo menstrual

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Mudanças Hormonais que Ocorrem na Menarca		
3	Função e Interacção entre as Hormonas GnRH, FSH e LH		
4	Ciclo Reprodutivo: Ovário e Uterino		
5	Mudanças Hormonais Associadas a Menopausa		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Jesus Conceição JC. Ginecologia fundamental. 1ª Edição. Atheneu; 2009.
- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual the ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Berek J., Novak, Tratado de Ginecologia, 14ª edição, Guanabara Koogan, 2008.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: MUDANÇAS HORMONAIS QUE OCORREM NA MENARCA

Depois do nascimento, as gónadas femininas (ovários) ficam em estado de latência e o aparelho reprodutor feminino (ainda imaturo) é incapaz de se reproduzir. Na adolescência (entre os 10 a 18 anos), por acção das gonadotrofinas (hormonas) secretadas pela hipófise, as gónadas são activadas, dando início ao período de maturação final do aparelho reprodutor feminino.

A menarca, ou seja, a primeira menstruação da mulher, é o evento que marca a maturação do sistema reprodutor, momento em que a menina começa a ter o seu ciclo reprodutivo. Do ponto de vista biológico, é quando a mulher passa a estar apta para engravidar (mulheres em idade fértil). Nesta fase observam-se as “características sexuais secundárias”, que consistem numa aceleração rápida do crescimento, aparecimento gradual dos seios, crescimento de pêlos pubianos e axilares e em alguns casos, surgimento da acne.

BLOCO 3: FUNÇÃO E INTERACÇÃO ENTRE AS HORMONAS GnRH, FSH E LH

O GnRH (Hormônio Liberador das Gonadotrofinas) é produzido pelo hipotálamo, órgão localizado na base do cérebro, e regula a liberação das gonadotrofinas FSH e LH.

O FSH (Hormônio Folículo-Estimulante) e o LH (Hormônio Luteinizante) produzidos pela glândula pituitária (hipófise anterior) são responsáveis pela estimulação do desenvolvimento folicular ao nível do ovário e pela ovulação.

O **corpo lúteo** (do latim *corpus luteum*: corpo amarelo alaranjado) é uma estrutura endócrina temporária que libera estrogénio e progesterona, dois hormônios necessários para a manutenção da gravidez. Aparece após a ovulação (em torno do 14º dia), permanecendo nos ovários durante a fase luteínica, e a sua persistência depende do acontecimento ou não da ovulação, ou seja, quando o ovócito não é fertilizado, o corpo lúteo começa a involuir e a degenerar cerca de 10 a 12 dias após a ovulação e transforma-se em tecido cicatricial branco do ovário denominado **corpo albicans**. Por outro lado, se acontece a fecundação, geralmente o corpo lúteo persiste, dando suporte a gravidez, e normalmente não ocorrem mais ciclos menstruais até depois do parto.



Figura 1. Ovário e folículos nas diferentes fases de maturação.

3.1. Hormona Liberadora das Gonadotrofinas (GnRH)

O hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) é produzido no hipotálamo e estimula a liberação dos hormônios FSH e LH, produzidos na hipófise. A liberação de GnRH ocorre normalmente em pulsos, resultando na liberação periódica de FSH e LH.

Os eventos que ocorrem durante o ciclo reprodutivo são regulados pela interação entre os hormônios GnRH, FSH, LH, estradiol (estrogênio) e progesterona.

3.2. Hormona Folículo Estimulante (FSH)

A Hormona Folículo Estimulante (FSH) é secretada pela hipófise (glândula pituitária anterior). Sua produção e secreção são reguladas por um balanço complexo de resposta endócrina, que envolve várias hormonas, como o estrogênio, testosterona e progesterona.

O FSH se liga a receptores específicos de membrana dos ovários, sendo **responsável pelo crescimento e maturação dos folículos ovarianos**.

3.3. Hormona Luteinizante (LH)

A Hormona Luteinizante é uma proteína reguladora da secreção da Progesterona e auxilia a FSH a regulação do ciclo menstrual, controlando o amadurecimento dos folículos, a ovulação e a iniciação do corpo lúteo.

BLOCO 4: CICLO REPRODUTIVO: OVÁRIO E UTERINO

O ciclo reprodutivo corresponde aos eventos que ocorrem entre o primeiro dia de uma menstruação e o primeiro dia da menstruação seguinte. Todos os processos que ocorrem durante este ciclo têm como finalidade a preparação do aparelho reprodutor feminino para a reprodução (fertilização do óvulo e manutenção do mesmo ao longo da gravidez). As alterações durante o ciclo, são estimuladas pelas hormonas (hipofisárias e sexuais) e ocorrem em simultâneo no ovário (maturação do folículo para fecundação) e no útero (preparação do endométrio para alojar o embrião). A característica mais notável deste ciclo é o sangramento vaginal periódico (menstruação ou fluxo menstrual) que acontece quando não há fecundação e que resulta do descolamento da mucosa uterina (endométrio). A duração deste ciclo varia entre 21 a 35 dias (média é de 28 dias) e dura cerca de 2 a 8 dias.

Conforme referido acima, durante o ciclo reprodutivo, as alterações no sistema reprodutor feminino ocorrem nos ovários (ciclo ovário) e útero (ciclo uterino) em simultâneo:

4.1. Ciclo ovário

O ciclo ovário apresenta as seguintes fases:

- **Fase folicular**- nesta fase, os estímulos hormonais promovem o crescimento de um folículo (folículo dominante), que deve estar maduro e preparado para a ovulação no meio do ciclo (14º dia). Inicia no 1º dia do ciclo (início da menstruação), em que o folículo correspondente começa a desenvolver, e tem a duração média de 10 a 14 dias. A variação nesta fase é responsável pela maioria dos ciclos irregulares (com durações variáveis).

A ovulação consiste na liberação do óvulo para a cavidade abdominal sob influência do LH (hormônio luteinizante); é durante este período que a mulher está preparada para a fecundação (período fértil).

- **Fase luteínica** – corresponde ao período desde a ovulação (14º dia) até ao início da menstruação, com duração média de 14 dias. Após a ovulação, o folículo que resta depois da saída do ovócito secundário se converte no corpo lúteo. O corpo Lúteo é responsável pela secreção de hormônios (progesterona e estrogênio) durante esta fase, e caso não ocorra

fecundação essa estrutura se degenera em, aproximadamente 10 a 12 dias após a ovulação. Se a fecundação acontece, o corpo lúteo persiste e será responsável pela manutenção dos níveis hormonais, o que possibilita a implantação do óvulo fecundado.

4.2. Ciclo uterino

O endométrio é a membrana mucosa que reveste a parede do útero. É nesta camada que as alterações do ciclo reprodutivo se evidenciam a nível do útero.

O ciclo do endométrio ou uterino possui três fases:

- **Fase proliferativa:**

Quando começa um novo ciclo menstrual, o endométrio está praticamente todo descamado em consequência da menstruação precedente.

Durante a primeira fase do ciclo menstrual, o estrogénio faz com que haja a proliferação das células do estroma e das células epiteliais, aumentando a espessura do endométrio, adicionando vasos sanguíneos e desenvolvendo glândulas exócrinas.

- **Fase secretora:**

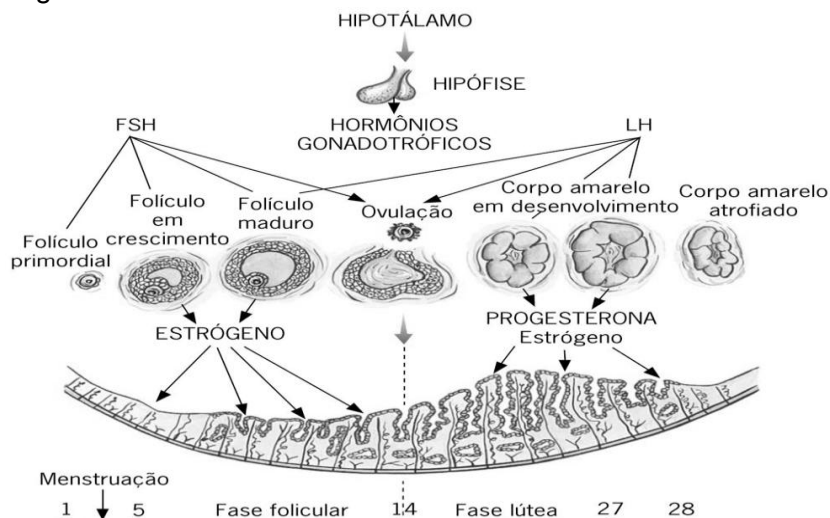
Observa-se um aumento na secreção de estrogénio e progesterona, promovendo a proliferação celular e desenvolvimento da secreção do endométrio.

Durante esta fase, o endométrio atinge sua espessura máxima. O principal objectivo das alterações que acontecem nesta fase é de tornar o endométrio secretor e propício para receber e nutrir o óvulo fertilizado. Para tal, o endométrio produz grandes quantidades de reservas nutritivas.

Durante o ciclo uterino, há uma alteração no muco cervical, que passa de uma secreção grossa e inelástica durante a fase proliferativa, para uma fina e aquosa na fase secretora.

- **Menstruação:**

No final do ciclo ovariano, se não ocorre a fecundação, o corpo lúteo se degenera há uma redução brusca e rápida nos níveis de estrogénio e progesterona, ocasionando a menstruação. O estímulo às células do endométrio diminui e ele sofre uma involução, diminuindo sua espessura. Além disso ocorre uma vasoconstrição dos vasos sanguíneos, que junto com a perda de estimulação hormonal, levam a necrose do endométrio. Estas alterações resultam na descamação da camada funcional do endométrio que é expulsa com o sangramento, que normalmente ocorre a cada 28 dias (21 a 35 dias), com a duração de 2 a 7, e eliminação de 50 a 200 ml de sangue.



Fonte: Editora Saraiva

Figura 1. Ciclo reprodutivo (ovário e uterino)

A fase folicular do ovário ocorre em simultâneo com a fase proliferativa do útero, e após a fecundação, as fases luteínica (do ovário) e secretora (útero) ocorrem em simultâneo.

BLOCO 5: MUDANÇAS HORMONAIS ASSOCIADAS A MENOPAUSA

Menopausa é o nome que se dá à última menstruação espontânea da mulher.

Climatério é o período da vida que antecede e precede a menopausa. Acontece, em média, entre os 45 e os 60 anos. Nesta fase, os ovários deixam de produzir as hormonas estrogénios e progesterona, de forma gradual, até perderem de vez a capacidade de funcionar. A mulher então deixa de ter a capacidade reprodutiva.

Diversas modificações no organismo feminino ocorrem nesta fase. A principal característica da menopausa é a paragem das menstruações.

Em muitas mulheres, a menopausa se anuncia por irregularidades dos ciclos menstruais, menstruações mais escassas ou hemorragias. Outros sinais e sintomas característicos incluem episódios de de calor intenso (fogachos), alterações do sono, da libido e do humor e discreta atrofia dos órgãos genitais. Outra alteração observada nesta fase é uma progressiva perda óssea, que em casos mais graves, pode levar a um quadro de osteoporose.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1** A menarca, ou seja, a primeira menstruação da mulher, é o evento que marca a maturação do sistema reprodutor, momento em que a mulher passa a estar apta para engravidar. Acontece geralmente entre os 10 e os 18 anos de idade.
- 6.2** O GnRH é produzido pelo hipotálamo e regula a liberação das gonadotrofinas FSH e LH, produzidos pela hipófise. Estas hormonas são responsáveis pelas alterações que ocorrem no ciclo reprodutivo.
- 6.3** O ciclo reprodutivo, ocorre em simultâneo a nível do ovário (preparação de um folículo para a fertilização) e do útero (preparação do endométrio para alojar o embrião).
- 6.4** A ovulação consiste na liberação do óvulo para a cavidade abdominal sob influência do LH (hormônio luteinizante). É durante este período que a mulher está preparada para a fecundação (período fértil).
- 6.5** Menopausa é o nome que se dá à última menstruação espontânea da mulher, esta fase é muitas vezes antecedida por menstruações irregulares, mais escassas ou hiperabundantes.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	3
Tópico	Anamnese e Exame Físico do Sistema Reprodutor Feminino	Tipo	Teórica
Conteúdos	Anamnese	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os componentes da anamnese orientada para os sintomas ginecológicos, incluindo:
 - a. Queixa Principal
 - b. História da doença actual
 - Localização, radiação, tipo, severidade e cronologia (duração, frequência e periodicidade)
 - Manifestações associadas
 - Factores agravantes e atenuantes, tratamentos efectuados
 - c. História patológica pregressa e familiar
 - d. História pessoal e social
 - e. Revisão por sistemas

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Métodos de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Anamnese Orientada para os Sintomas Ginecológicos: Identificação, Queixa Principal e História da Doença Actual		
3	Anamnese Orientada para os Sintomas Ginecológicos: História Médica Pgressa, História Familiar, História Pessoal e Social e Revisão por Sistemas		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Ducla Soares JJ. Semiologia Médica – Princípios, métodos e interpretação. São Paulo: LIDEL Edicoes; 2007.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2. Apresentação da estrutura da aula

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar conhecimentos

BLOCO 2: ANAMNESE ORIENTADA PARA OS SINTOMAS GINECOLÓGICOS-IDENTIFICAÇÃO, QUEIXA PRINCIPAL E HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

A história clínica da paciente com queixas ginecológicas, segue o modelo geral, com algumas particularidades específicas relacionadas à patologia do aparelho reprodutor feminino. Nesta aula, iremos focar sobre os aspectos relevantes a ter em conta durante a anamnese da paciente com queixas ginecológicas.

2.1 Identificação

Os dados de identificação mais relevantes na anamnese da paciente com queixas ginecológicas são:

- Idade: o conhecimento da idade da paciente forma o cenário para a abordagem de cada caso, tendo-se em conta os tipos de patologia que afectam a mulher em diferentes fases da vida. Por exemplo as doenças de transmissão sexual, são mais comuns nas mulheres em idade fértil do que na idade avançada, em condições normais não devem estar presentes nas crianças. Os sintomas associados à menopausa, em geral devem surgir depois dos 45 a 55 anos.
- Profissão: mulheres trabalhadoras do sexo, têm maior risco de contrair infecções de transmissão sexual, devido à multiplicidade de parceiros sexuais (por vezes sem protecção).

2.2 Queixa principal e História da doença actual

Os principais sintomas ginecológicos são:

- Hemorragia ou sangramento vaginal anormal
- Distúrbios menstruais
- Dor
- Aparecimento de tumoração ou úlceras
- Corrimento vaginal ou leucorreia
- Prurido vulvo-vaginal

Abaixo descritos, os aspectos importantes a ter em conta ao analisar cada um dos sintomas.

2.2.1. Hemorragia/Sangramento vaginal anormal

- Qualquer sangramento sem as características da menstruação normal é considerado hemorragia ou sangramento vaginal anormal. A hemorragia é classificada em: hemorragia uterina orgânica (associada à doenças do aparelho genital ou sistémicas) e em hemorragia uterina disfuncional (por distúrbios hormonais).
- Devido ao facto de os distúrbios menstruais, se manifestarem por sangramento vaginal anormal, estes sintomas são caracterizados em conjunto. (vide abaixo).

2.2.2. Distúrbios menstruais

- A menstruação é o sangramento vaginal cíclico, que ocorre a cada 28 dias (21 a 35 dias), durando 2 a 8 dias e com um fluxo de aproximadamente 50 a 200 ml;

- Os distúrbios menstruais, são todas alterações do ciclo menstrual, relacionadas a sua periodicidade, duração e/ou fluxo.

Tabela1: Características dos distúrbios menstruais e possíveis causas.

Distúrbio menstrual	Características	Possíveis causas
Menorragia	Quando há excessiva perda de sangue durante o fluxo menstrual. A mulher refere que troca de pensos com maior frequência	Uso de DIU, distúrbios hormonais, período pré-menopausa, doenças do útero (mioma, pólipos, endometriose) discrasias sanguíneas
Hipermenorreia	Quando a menstruação dura mais de 8 dias	Os mesmos que de menorragia
Polimenorreia	Quando a menstruação ocorre em intervalos menores que 21 dias	Os mesmos que de menorragia
Amenorreia	Ausência de menstruações por um período de tempo maior que 3 ciclos prévios	Gravidez, menopausa, exercício físico em excesso, anorexia nervosa, tumores e problemas hormonais
Oligomenorreia	Quando a menstruação ocorre em intervalos maiores que 35 dias	As mesmas que de amenorreia (excepto gravidez normal)*
Hipomenorreia	Quando a menstruação dura menos de 2 dias	As mesmas que de amenorreia (excepto gravidez normal)*
Metrorragia	Quando há sangramento fora do ciclo menstrual normal. A mulher refere que já teve a sua menstruação e que voltou a ter antes do período habitual.	Gravidez ectópica rota, carcinoma da vulva, do colo do útero ou do ovário, endometriose, DIP

*Pode haver excepções: algumas mulheres têm sangramento escasso durante a gravidez.

2.2.3. Dor

A dor relacionada aos problemas ginecológicos, é uma queixa comum que deve ser bem investigada para se fazer o diagnóstico diferencial com patologias de outros aparelhos (urinário, digestivo, osteoarticular). Apresenta as seguintes características:

- Localiza-se geralmente na região pélvica, mas pode ser abdominopélvica e lombossacra;
- Pode ser espontânea ou provocada (coito, deambulação, palpação, ortostatismo);
- Pode ser contínua, paroxística (em episódios) ou relacionada ao ciclo menstrual;

As principais causas de dor pélvica ginecológica são os processos inflamatórios, a gravidez ectópica, massas anexais (das trompas e ovários), a endometriose e a dismenorreia.

Tabela 2: Características da dor pélvica ginecológica por síndromes ou grupos de doenças mais comuns.

Grupo de doenças/ Síndrome	Características da dor
Processos inflamatórios (DIP, endometrite)	Dor aguda, contínua, espontânea, inicialmente pélvica mas que depois pode se expandir para outras áreas. A dispareunia geralmente se associa.
Gravidez ectópica	Quando íntegra (não rota), determina dor pélvica surda, ligeira a moderada, que se agrava com esforço e não se irradia. Quando rota, a dor torna-se aguda, mais intensa, acompanhada de sinais de irritação peritoneal, e pode simular um quadro de apendicite.
Massas anexiais	Habitualmente não se acompanham de dor, mas perante complicações (aderências, compressão de órgãos vizinhos) podem desencadear dor crónica ou aguda, contínua, espontânea ou provocada, geralmente pélvica mas que pode se irradiar para outros quadrantes.
Endometriose	Dor periódica com evolução progressiva, localizada principalmente na pélvis.
Dismenorreia	Dor relacionada ao ciclo menstrual

2.2.4. Tumoração ou Úlcera

A paciente pode perceber tumorações abdominopélvicas, vaginais e vulvares por palpação ou visualização. Geralmente queixam-se de úlceras vulvares, mas algumas podem referir úlceras vaginais percebidas durante a higienização intravaginal (prática comum no nosso meio).

É importante questionar acerca das características e evolução das lesões:

- Tempo de início, forma de apresentação inicial (mácula, pápula, vesícula)
- Alterações na evolução das lesões: coalesceram? Converteram-se em úlceras? O crescimento foi agudo ou gradual?
- Manifestações associadas: prurido, dor, secreção, febres (e outros sintomas gerais), corrimento, hemorragia (no caso de massas abdominopélvicas ou intravaginais).

As principais entidades causadoras são:

Tumorações:

- Doenças tumorais e quistos: miomas, quistos dos ovários, carcinoma do ovário;
- Doenças inflamatórias: abscesso tubo-ovárico, piossalpinge (pus nas trompas);
- Lesões verrucosas/condilomas: infecção por HPV (Papillomavirus humano).

Úlceras:

- ITS : Herpes genital, Sífilis, Cancróide, Linfgranuloma venéreo, Donovanose
- Cancro: cancro da vulva

Mediante a observação das características das úlceras genitais, é possível obter orientação para o diagnóstico etiológico. Os detalhes sobre este tema serão descritos na aula 14, ao se abordar a Síndrome da úlcera genital.

2.2.5. Corrimento vaginal

A alteração das secreções vaginais normais é considerada corrimento vaginal ou leucorreia. Mediante a observação das características do corrimento, é possível obter orientação para o diagnóstico etiológico. Este tema será descrito com detalhe na aula 13, ao se abordar a Síndrome do corrimento vaginal.

As principais entidades causadoras de corrimento vaginal são: vaginose bacteriana, Gonorreia, Tricomoníase, Candidíase e infecção por Clamídia.

2.2.6. Prurido vulvar

O prurido vulvar como queixa isolada não é comum, mas pode estar presente em processos inflamatórios alérgicos/irritativos ou infecciosos como candidíase vulvovaginal, vaginite atrófica, vaginite alérgica. Também pode estar presente no câncer da vulva.

BLOCO 3: ANAMNESE ORIENTADA PARA OS SINTOMAS GINECOLÓGICOS- HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA, HISTÓRIA FAMILIAR, HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL, REVISÃO POR SISTEMAS

3.1. História médica pregressa

Os principais aspectos a ter em conta na história médica pregressa da paciente com queixas ginecológicas são:

- Antecedentes fisiológicos relacionados ao ciclo menstrual: para comparar com as possíveis queixas apresentadas pela paciente e apoiar no diagnóstico
 - Idade da menarca
 - Data da última menstruação: permite avaliar se as queixas estão relacionadas à gravidez normal ou ectópica
 - Características do ciclo menstrual (ritmo, periodicidade, duração, volume do fluxo) e se há alguma variação nas características.

O volume do fluxo pode ser avaliado pelo número de pensos higiênicos usados e pela frequência com que são trocados.
- Antecedentes obstétricos: para o estudo de algumas patologias como infertilidade ou pode haver relação com complicações do parto. Também permite tomar decisões sobre tratamentos a fazer em pacientes que ainda não tenham filhos e que os desejem.
 - Número de gravidezes
 - Número de partos
 - Número de abortos
 - Complicações relacionadas a eventos obstétricos
- Antecedentes médicos e medicamentosos:
 - Doenças ginecológicas anteriores (ITS, tumores, endometriose)
 - Doenças crônicas ou sistêmicas (diabetes, tuberculose, HIV)

- Medicacões feitas: sobretudo anticonceptivos, hormonas, corticosteróides e outros medicamentos que tendem a influir no sistema reprodutor
- Intervenções cirúrgicas feitas (curetagem, laparoscopia, laqueação das trompas, ooforectomia), evolução e complicações
- Antecedentes de trauma: pode ser a origem de sangramento ou dor

3.2. História familiar ou Antecedentes familiares

A história familiar é importante para o diagnóstico de doenças cuja aquisição ou evolução possa estar relacionada ao perfil familiar ou neste caso conjugal. Abaixo alguns exemplos de aspectos importantes a ter em conta:

- O conhecimento da existência de parentes com patologias de carácter hereditário como cancro da mama;
- O conhecimento da existência de contacto(s) sexual(s) portador(s) de doenças infecto-contagiosas como as úlceras genitais, HIV, síndrome do corrimento vaginal, verrugas genitais (HPV).

3.3. História pessoal e social

Sobre o perfil pessoal e social, importa conhecer os antecedentes sexuais e conjugais. Estes permitem conhecer o comportamento sexual e risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. São os seguintes:

- Idade de início da actividade sexual
- Número de parceiros sexuais
- Prática de sexo seguro ou sem protecção
- Poligamia?

3.4. Revisão por sistemas

Sempre completar a anamnese fazendo uma revisão por sistemas. Este acto poderá permitir diagnosticar doenças de outros aparelhos relacionadas às queixas actuais (ex: diabetes nos pacientes com prurido vaginal) e outras.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** As principais queixas ginecológicas são: hemorragia, distúrbios menstruais, dor, aparecimento de tumoração ou úlceras, corrimento vaginal e prurido vulvar;
- 4.2.** As principais causas de dor pélvica ginecológica, são os processos inflamatórios, a gravidez ectópica, as massas anexais, a endometriose e a dismenorreia;
- 4.3.** A menstruação é o sangramento vaginal cíclico, que ocorre a cada 28 dias (21 a 35 dias), durando 2 a 8 dias e com um fluxo de aproximadamente 50 a 200 ml. Os distúrbios menstruais, são todas alterações do ciclo menstrual, relacionadas a sua periodicidade, duração e/ou fluxo;
- 4.4.** Sobre o perfil pessoal e social, importa conhecer os antecedentes sexuais e conjugais, pois permitem conhecer o comportamento sexual e risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis;
- 4.5.** Sobre a história médica pregressa, é importante conhecer os antecedentes fisiológicos do ciclo menstrual, antecedentes obstétricos e médicos. Todos estes aspectos são úteis para contextualizar o caso e apurar o diagnóstico.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	4
Tópico	Anamnese e Exame Físico do Sistema Reprodutor Feminino	Tipo	Teórica
Conteúdos	Exame Físico Geral, da mama e dos genitais externos	Duração	2h

Objectivos de aprendizagem:

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os aspectos do exame físico geral relacionados à patologias ginecológicas.
2. Descrever os seguintes aspectos relacionados ao exame da mama:
 - a) Aspectos a avaliar durante a inspecção (estática e dinâmica) das mamas, relacionados com patologia mamária.
 - b) Aspectos a avaliar durante a palpação das mamas e axilas, relacionados com patologia mamária.
3. Descrever os seguintes aspectos relacionados ao exame da genitália externa:
 - a) Posicionamento do paciente para o exame ginecológico.
 - b) Listar os equipamentos necessários para o exame ginecológico.
 - c) Como efectuar a inspecção dos genitais femininos externos.
 - d) Aspectos a avaliar durante a inspecção e palpação da região vulvar.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Exame Físico Geral e Exame da Mama – Revisão		
3	Introdução ao Exame Ginecológico		
4	Exame Ginecológico: Genitais Externos		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Bickley LS. Bates Propedêutica Médica. 8 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2005.
- Ducla Soares JJ. Semiologia Medica – Princípios, métodos e interpretação. São Paulo: LIDEL Edições; 2007.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: EXAME FÍSICO GERAL E EXAME DA MAMA - REVISÃO

O exame físico de uma paciente com afecções ginecológicas, é centrado no exame ginecológico, no exame da mama e do abdómen. Como em todo tipo de paciente, o exame físico geral deve ser feito no início do exame, e sempre que necessário outros aparelhos e sistemas deverão ser investigados de acordo com o caso clínico.

Nesta aula, serão descritos os aspectos relevantes do exame geral, exame da mama e ginecológico. O exame do abdómen é descrito na disciplina de semiologia e do aparelho gastrointestinal.

2.1. Exame Físico Geral

O exame físico geral, permite ver o paciente como um todo e identificar alterações de outros aparelhos sistemas que possam estar relacionadas com a queixa principal, assim como permite identificar manifestações da patologia em causa em outros sistemas (quando presentes).

- A presença de sinais de anemia (mucosas pálidas, taquicardia, galope cardíaco) em pacientes com hemorragia uterina disfuncional, ou com sangramento vaginal secundário a tumores do colo ou útero, permite estimar o nível de gravidade ou o risco a que a paciente está exposta, e a orientar o nível de cuidados a prestar.
- A presença de febre, calafrios, mal estar geral em uma paciente com um quadro abdominal, orienta para o diagnóstico de doença inflamatória pélvica. Por seu turno, a presença de febre alta e alteração significativa do estado geral, são sinais de gravidade nos casos de DIP.
- Devido a perda de peso que acompanha as afecções malignas, o índice de massa corporal pode estar reduzido em pacientes com tumores ginecológicos malignos.

2.2. Exame da Mama

As patologias das mamas podem ser identificadas através do exame físico feito pelo clínico e eventualmente feito pela própria paciente, a auto-palpação.

O exame físico das mamas é feito através de:

- Inspeção das mamas: estática e dinâmica
- Palpação das mamas
- A expressão papilar/mamilar
- Palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares

2.2.1. Inspeção

A inspeção das mamas (estática e dinâmica) permite identificar alterações da estrutura e superfície das mamas relacionadas à algumas patologias.

As alterações da superfície ou pele podem ser: retracção da pele, alteração da pigmentação, hiperemia, surgimento de manchas, edema (aspecto de “pele em casca de laranja”), úlceras ou fissuras. Tais alterações podem indicar presença de certas patologias. Por exemplo a pele hiperemiada é sinal de processo inflamatório como mastite ou abscesso mamário, a doença de Paget (um tipo de carcinoma dos ductos mamários), manifesta-se pela presença de uma placa psoríaseforme ou eczematosa na aréola. A pele em casca de laranja, as retracções e úlceras estão presentes em processos malignos como carcinoma da mama.

As alterações da estrutura ou forma como abaulamentos ou tumorações, alteração dos contornos, desvio Da posição normal dos mamilos, em geral indicam presença de massas benignas ou malignas. A inspecção também permite avaliar se há envolvimento muscular e o seu grau. Actualmente, devido à maior divulgação do auto-exame da mama, cada vez mais pacientes chegam às consultas com lesões que só são notáveis à palpação.



Fonte: Hic et nunc, Wikimedia
http://en.wikipedia.org/wiki/File:Breast_cancer.jpg

Figura 1. Retracção da aréola e nódulo.

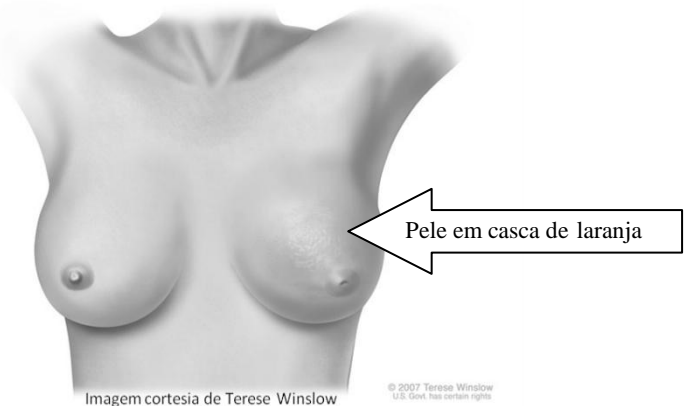


Figura 2. Pele da mama esquerda em casca de laranja.

2.2.2. A Palpação

A palpação deve ser feita em toda mama, incluindo a região subareolar, regiões paraesternais, infraclaviculares e axilares. Permite avaliar o volume, a consistência, a elasticidade e a temperatura da pele. É fundamental avaliar as duas mamas (mesmo que a queixa seja em apenas uma) para comparar os achados e orientar o diagnóstico.

O volume pode estar alterado por processos inflamatórios (como mastite ou abscesso) ou tumorais (como quisto ou carcinoma da mama).

A consistência pode estar alterada em caso de presença de áreas de condensação (edema, nódulos, massas quísticas ou sólidas). Os nódulos ou massas palpáveis devem ser caracterizados em relação a limites, consistência, mobilidade, fixação nas estruturas circunjacentes e diâmetro.

A elasticidade do mamilo pode estar alterada na presença de cicatrizes e massas.

A temperatura da pele pode estar aumentada em processos inflamatórios como mastite e abscesso mamário.

2.2.3. Expressão papilar

A expressão papilar (pressão ao nível da aréola e da papila) permite investigar a eventual presença de secreção papilar. O tipo de secreção pode indicar o tipo de patologia, por exemplo a secreção purulenta está presente em processos infecciosos como mastite e abscesso. Secreções hemorrágicas podem ser indicativas de carcinoma da mama.

2.2.4. Inspeção e Palpação dos Linfonodos Axilares e Supraclaviculares

A palpação dos linfonodos axilares e supra-claviculares, é importante pois estes podem estar alterados em algumas patologias da mama, como processos inflamatórios em que há um aumento doloroso dos mesmos com consistência dura não pétrea, ou processos tumorais em que se tornam aumentados, de consistência pétrea e indolores. Nos casos de lesões malignas da mama, a presença de linfadenopatia dura é um sinal de gravidade pois indica extensão do tumor para os linfonodos.

BLOCO 3: INTRODUÇÃO AO EXAME GINECOLÓGICO

3.1. Introdução

O exame físico dos órgãos genitais femininos é conhecido como o exame ginecológico. O clínico deve explicar à paciente o que vai fazer e obter seu consentimento explícito. Uma terceira pessoa, como uma enfermeira, um familiar, ou uma amiga da paciente, deve estar presente (sobretudo se o clínico for homem).

O clínico deve ter em conta a possível tensão emocional da paciente, sobretudo se esse for o seu primeiro exame ginecológico. Há a possibilidade da paciente se envergonhar por causa da exibição dos órgãos genitais e pelo temor do diagnóstico, pelo que é importante que durante o exame se dê todo apoio psicológico à paciente.

3.2. Equipamento necessário

- A marquesa ginecológica ou uma marquesa normal se não for disponível.
- Luvas de procedimentos (usar luvas estéreis em caso de gravidez com bolsa rota).
- Fonte de luz.
- Espéculo vaginal de medida apropriada: deve ser estéril ou descartável.
- Água morna para aquecer o espéculo e as mãos.
- Lubrificante
- Campo ou lençol para cobrir a genitália, para que a paciente se sinta menos exposta e para assegurar a privacidade.
- Algodão ou papel higiénico para limpar o lubrificante após o exame.
- Sabão e água para lavar as mãos e os braços. As unhas das mãos devem ser curtas e limpas.
- Baldes para o descarte de lixo.

3.3. Posição para o exame ginecológico

- Antes de começar o exame ginecológico, o clínico deve verificar se tem todos os instrumentos necessários limpos e por perto.
- A paciente deve ser colocada na posição ginecológica de modo a expor mais facilmente a genitália externa. Em caso de marquesa ginecológica, a mulher deve estar deitada em decúbito dorsal com a cabeça elevada a 30-45°, as pernas flectidas e em abdução e os pés em repouso no seu lugar específico, com as nádegas um pouco em frente do limite da marquesa. É importante ajudar a paciente a posicionar-se na marquesa ginecológica.



Imagem cortesia de MEDEX Intl

Figura 3. Posição para exame ginecológico.

- Caso se use uma marquesa normal ou cama, a paciente deve estar em decúbito dorsal com as pernas flectidas e em abdução e com os pés na cama. As nádegas devem ser postas quase no limite da cama, com travesseiro em baixo para melhorar a observação.
- O clínico deve posicionar-se na frente da paciente, entre as suas pernas, sentado ou de pé.

Atenção:

- Durante o exame ginecológico, a paciente não deve estar completamente despida, ao contrário, deve ser coberta com um lençol que deve ser movido de acordo com a região a ser examinada.
- A bexiga deve ser esvaziada e às vezes a ampola rectal também.
- Uma boa iluminação e um bom foco luminoso são essenciais.

3.4. Sequência do Exame ginecológico

O exame ginecológico deve começar pelos genitais externos e continuar com os genitais internos, obedecendo a seguinte sequência lógica:

- Vulva;
- Vagina;
- Colo uterino;
- Corpo uterino;
- Anexos
- Fundo de saco posterior (de Douglas)

BLOCO 4: EXAME GINECOLÓGICO: GENITAIS EXTERNOS

4.1. Exame dos Genitais Externos

O exame dos genitais externos é feito através de inspecção e palpação.

Inspecção

A inspecção em repouso permite avaliar os seguintes órgãos:

- A vulva:
 - A implantação dos pêlos;

- O aspecto da fenda vulvar (fechada, entreaberta, aberta);
- A humidade;
- A presença de secreções;
- Lesões da pele como hiperemia, ulcerações, distrofias, neoplasias, e malformações.
- O períneo: avaliar a sua integridade e a presença de eventuais cicatrizes ou rupturas.
- O ânus: avaliar a eventual presença de hemorróides, fissuras, prolapso da mucosa, tumorações e malformações.

A seguir, o clínico deve abrir os grandes lábios com o dedo indicador e médio e observar:

- O clítoris: posição e eventuais mutilações.
- Óstio uretral
- Os grandes e pequenos lábios
- O Hímen: integridade e forma
- O intróito vaginal

No final da inspecção em repouso, o clínico deve solicitar que a paciente faça esforço para evacuar, para ver se há protrusão das paredes da vagina ou do colo.

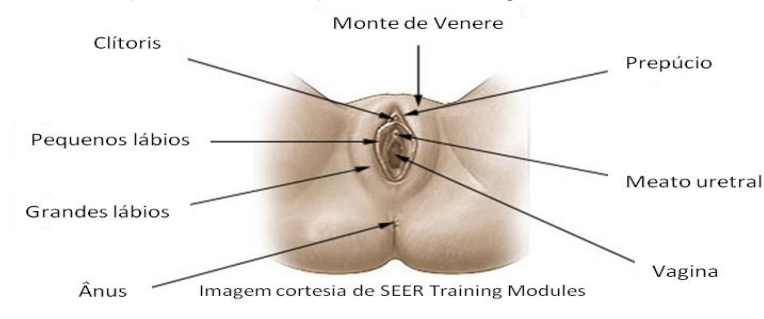


Figura 4. Genitais femininos externos.

Palpação

Se houver inchaço ou tumefacção dos lábios vaginais, é preciso examinar e palpar as glândulas de Bartholin. O clínico deve introduzir o dedo indicador dentro da vagina perto da porção final do intróito e pôr o polegar atrás do lábio maior do mesmo lado palpando eventuais áreas de edema e observando eventuais secreções das glândulas.

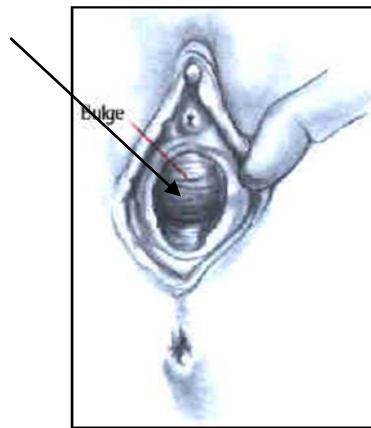


Imagem cortesia de Moondragon.org

Figura 5. Prolapso das paredes da vagina.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** O exame físico de uma paciente com queixas ginecológicas, é centrado no exame ginecológico, no exame da mama e do abdômen. Como em todo tipo de paciente, o exame físico geral deve ser feito no início do exame, e sempre que necessário outros aparelhos e sistemas deverão ser investigados de acordo com o caso clínico.
- 5.2** É essencial explicar à paciente os passos do exame ginecológico para que esta compreenda, aceite, e consinta o exame. A presença de uma terceira pessoa, que pode ser uma enfermeira ou uma servente é importante sobretudo se o clínico for homem.
- 5.3** O exame ginecológico deve seguir uma sequência lógica através da inspecção e palpação segundo a seguinte ordem: a vulva, a vagina, o colo uterino, o corpo uterino, os anexos e o fundo de saco posterior (de Douglas).
- 5.4** O exame dos genitais externos inclui a avaliação de vulva, grandes lábios, clítoris, óstio uretral, hímen, intróito vaginal, períneo, e ânus.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	5
Tópico	Anamnese e Exame Físico do Sistema Reprodutor Feminino e Exames Auxiliares de Diagnóstico	Tipo	Teórica
Conteúdos	Exame dos Genitais Internos Exames Laboratoriais Relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva	Duração	2h

Objectivos de aprendizagem:

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre exame físico:

1. Descrever os seguintes aspectos relacionados ao exame da genitália interna:
 - a. Sequência geral do exame dos órgãos genitais femininos internos;
 - b. Especuloscopia (incluindo selecção e preparação do material);
 - c. Descrever os aspectos principais a avaliar durante a inspecção do colo uterino;
 - d. Exame bimanual (toque vaginal);
 - e. Descrever os aspectos a avaliar durante o exame bimanual;
 - f. Exame rectovaginal;
 - g. Descrever os aspectos a avaliar durante o exame rectovaginal.

Sobre Exames auxiliares de diagnóstico:

1. Descrever as indicações e interpretação dos testes hematológicos para o estudo de doenças ginecológicas: hemograma, VS, HIV, RPR.
2. Descrever as indicações e interpretação dos testes para detecção de ovos Schistosoma no esfregaço do corrimento vaginal.
3. Descrever as indicações e interpretação do estudo do corrimento vaginal e das secreções das úlceras genitais.
4. Descrever os testes para o despiste de cancro de colo uterino (VIA, Teste de Papanicolaou, Biopsia).
5. Listar outros exames importantes para o diagnóstico de doenças ginecológicas (ecografia, colposcopia).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Exame dos Genitais Internos		
3	Exames Laboratoriais Relacionados à Saúde Sexual Reprodutiva		
4	Testes para o Diagnóstico do Cancro do Colo Uterino		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Bickley LS. Bates Propedêutica Médica. 8 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2005.
- Ducla Soares JJ. Semiologia Medica – Princípios, métodos e interpretação. São Paulo: LIDEL Edições; 2007.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2009.
- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. Princípios de medicina de Harrison (Harrison's principles of medicine). 15ª Edição. McGraw-Hill; 2001.
- Miller O, Gonçalves R. Laboratório para o clínico. 8º Edição. Atheneu; 1995.
- WAMA Diagnóstica – Folheto de informações sobre procedimentos técnicos. Disponível em: http://www.wamadiagnostica.com.br/files/home_pt.asp.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: EXAME DOS GENITAIS INTERNOS

O exame da genitália externa é seguido pelo exame da genitália interna utilizando as seguintes técnicas:

- Especuloscopia (exame com espéculo);
- Toque vaginal (palpação bimanual);
- Toque rectovaginal

Nas pacientes com o hímen íntegro não se deve fazer o exame especular e o toque vaginal. Nestes casos, as informações sobre a genitália interna deverão ser obtidas pelo toque rectal.

2.1. Especulosopia

O exame com espéculo tem as seguintes finalidades:

- A avaliação do colo do útero.
- Avaliação da presença de secreções e suas características quando presentes.
- A colheita de material para o exame citológico, bacteriológico do muco cervical.
- A avaliação da vagina: observar as paredes laterais, anterior e posterior durante a remoção do espéculo.

Técnica de uso do espéculo:

- Lavagem das mãos e uso de luvas de procedimentos;
- Localização do colo do útero: através da introdução do dedo indicador na vagina, para orientar na selecção do espéculo mais apropriado e conhecer a direcção do canal vaginal para a introdução do espéculo;
- Selecção do espéculo (tamanho e formato apropriados) e lubrificação com água morna (outros lubrificantes podem interferir com os exames do corrimento);
- Segurar o espéculo (geralmente com a mão esquerda) de forma a que este tenha as lâminas (o “bico de pato”) fechadas.
- Com a outra mão, (geralmente a direita) usando os dedos indicador e médio deve-se afastar gentilmente os lábios da vagina para expor o orifício externo do canal vaginal ao mesmo tempo que esses dedos fazem ligeira tracção dorso-bilateral do períneo para melhor expor as estruturas da vulva cobertas pelos lábios;
- O espéculo deve ser introduzido gentilmente com o bico do pato rodado a 90° (o braço do espéculo situa-se as 9 h para introdução se é usada a mão esquerda, ou as 3 horas se é usada a mão direita);

- Introduzir cerca de metade até 2/3 do espéculo e rodar (em sentido horário ou anti-horário dependendo da mão usada pelo clínico) para ter o bico do pato transversal ao rafe vulvar, para que o braço do espéculo esteja às 6h (em direcção ao orifício anal);
- Progredir com a introdução e abrir as lâminas do espéculo até que ele abrace o colo uterino e possibilite a sua total visualização (evite amplitudes superiores ao necessário para não causar dor). Manter o espéculo na posição aberta, rodando o parafuso disposto para fixá-lo;
- Examinar o colo e também rodar o espéculo com lâminas abertas para o exame das paredes do canal vaginal;
- Depois de terminar o exame do colo, desapertar o parafuso e manter o espéculo aberto. Retirar o espéculo gradualmente, mantendo-o aberto (com menor amplitude), para visualizar as paredes da vagina;
- Após a remoção de mais de 2/3 das lâminas, fechar completamente o espéculo e rodá-lo para que as lâminas saiam no mesmo plano em que entraram (com o braço às 9 horas ou às 3 horas, dependendo da mão usada).

Ao realizar a especuloscopia, deve-se ter os seguintes cuidados: garantir que houve consentimento informado da paciente, garantir seguimento das normas de biossegurança (asepsia, descarte de lixo biomédico). A técnica deve ser realizada com delicadeza e destreza para se evitar lesionar os órgãos urogenitais e para minimizar a dor e desconforto.



Imagem cortesia da Universidade de Washington

Figura 1. Inserção do espéculo.

O clínico deve observar os seguintes elementos do colo do útero:

- Coloração: um colo do útero normal vai aparecer cor-de-rosa ou mais escuro se a mulher estiver grávida
- Características do muco (normal ou presença de corrimento)
- Forma do orifício externo: punctiforme na mulher que nunca pariu; irregular na mulher que já pariu
- Eventuais lesões (úlceras, pólipos, nódulos, etc)
- Paredes da vagina (durante a remoção gradual do espécule)



Imagem cortesia da Universidade de Washington

Figura 2. Colo do útero de uma mulher que nunca pariu (pequeno, ovalar ou circular).



Imagem cortesia da Universidade de Washington

Figura 3. Colo do útero de uma mulher que pariu (irregular).

2.2. Toque vaginal combinado ou palpação bimanual

É a forma mais completa de fazer o exame da pélvis feminina. Neste exame, enquanto uma das mãos palpa o hipogástrio e as fossas ilíacas (mão abdominal), a outra realiza o toque vaginal (mão pélvica).

Técnica de realização toque vaginal combinado

- Lavagem das mãos e uso de luvas de procedimentos;
- Lubrificação dos dedos indicador e médio com gel hidrossolúvel ou de lidocaína;

- Após devida lubrificação, os dedos indicador e médio da mão pélvica devem ser introduzidos na vagina. O polegar deve estar abduzido, e o dedos anular e mínimo flectidos na direcção da mão.
- Para a palpação do útero, com a mão pélvica deve-se fazer pressão de forma a elevar o colo e o útero, enquanto que a mão abdominal no abdomen colocada abaixo do umbigo, desloca-se gradualmente para baixo (no sentido supra-púbico) até identificar o fundo e o corpo uterino entre as duas mãos .
- Para a palpação dos anexos, deve-se por a mão abdominal no quadrante inferior direito ou esquerdo do abdómen e a mão pélvica no fórnix lateral direito ou esquerdo. A mão abdominal deve fazer uma leve pressão para baixo e para dentro, tentando empurrar os anexos na direcção da mão pélvica.
- As trompas normais não são palpáveis, enquanto que os ovários normais podem ser palpados por mãos experientes numa mulher magra e com bom relaxamento abdominal.

2.2.1. Na palpação do colo e corpo do útero, deve-se analisar os seguintes aspectos:

- A posição
- A situação: anterior ou retrovertido
- O tamanho: em comparação com as semanas de gestação em caso de gravidez
- A consistência: pode ser amolecida, dura, lenhosa ou pétrea
- A superfície: pode ser lisa, rugosa, nodular, lobulada
- A mobilidade
- A sensibilidade: o útero normal é sensível quando se aperta entre as mãos
- Presença de massas
- Presença de dor a mobilização do colo (indicativo de DIP, cervicite, gravidez ectópica)



Imagem cortesia da Universidade de Washington

Figura 4. Palpação do fórnix do útero.

2.2.2. Na palpação dos anexos deve-se observar:

- Se são palpáveis ou não; de 3 a 5 anos após a menopausa, os ovários não são mais palpáveis por estarem atrofiados; se forem palpáveis, suspeitar de uma tumoração
- Sensibilidade: dolorosos ou não
- Volume: normal ou aumentado, com presença de massa ou não.



Imagem cortesia da Universidade de Washington

Figura 5. Palpação dos ovários.

2.3. Toque recto-vaginal

É o exame que melhor permite avaliar os paramétrios (espaço que rodeia o útero). A sua realização é indispensável sobretudo na presença de massas, para avaliar o estadiamento e grau de extensão. Também permite verificar a presença de afecções do canal anal e do recto. Deve ser o último exame a ser feito.

Técnica de realização do toque rectovaginal

- Após o toque vaginal, lubrificar novamente os dedos enluvarados
- Explicar à paciente o que o clínico vai fazer e que essa manobra pode evocar o desejo de defecar, mas que isso não acontecerá com a devida preparação.
- Pedir a paciente que faça força para baixo (esforço para defecar), pois esta manobra relaxa o esfíncter anal.
- Introduzir lentamente o dedo indicador na vagina e o dedo médio no recto, pedindo que a paciente fique firme na cama e que tente relaxar.
- Repetir as manobras do exame bimanual (ver acima), com particular atenção à região detrás do colo do útero, que é palpável somente com o dedo médio. Ao mesmo tempo, é preciso empurrar o útero para trás, com a mão posicionada sobre o abdômen, de forma a permitir que o dedo médio consiga explorar uma maior superfície uterina.

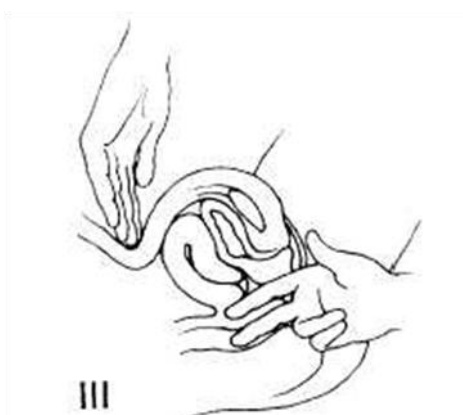


Imagem cortesia da Universidade de Washington

Figura 6. Toque recto-vaginal.

BLOCO 3: EXAMES LABORATORIAS RELACIONADOS À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Nesta aula serão descritos os exames disponíveis ao nível do TMG para o diagnóstico de doenças ginecológicas, os aspectos relacionados à gravidez, serão descritos na disciplina de SSRII, onde se aborda especificamente a obstetrícia. Alguns exames mais avançados, serão descritos para que o TMG conheça as suas indicações e possa referir os casos com critérios.

3.1. Testes sanguíneos

3.1.1. Hemograma e VS

Pode haver alteração do hemograma com presença de leucocitose (Glóbulos brancos acima de 10.000/l) e aumento da VS, em infecções bacterianas severas como DIP (abcesso tubo-ovárico, salpingite, pelviperitonite).

Em patologias associadas à perdas hemáticas vaginais (sangramento uterino disfuncional, carcinoma do colo, endometriose) o hemograma é útil para indicar o grau e o tipo da anemia. Raramente está alterado nas ITS.

3.1.2. HIV

O teste de HIV está indicado em todo paciente que se apresente com Infecções de Transmissão sexual, sobretudo aquelas de difícil tratamento e com manifestação atípica.

3.1.3. RPR

O teste RPR está indicado em:

- Casos suspeitos de sífilis: presença de úlcera genital com características típicas ou atípicas de Sífilis;
- Pesquisa de sífilis em doentes com outras infecções de transmissão sexual (ITS).

Interpretação do teste RPR

- O teste RPR geralmente positiva em 3 a 6 semanas depois da infecção, ou em 2 a 3 semanas depois do aparecimento da lesão primária. Se o RPR for positivo, estamos diante de um paciente portador de sífilis. Recordar que como a úlcera sífilítica desaparece espontaneamente em 6 a 8 semanas, o teste muitas vezes positiva depois de a úlcera ter desaparecido, quando o paciente se apresenta no estágio de Sífilis secundária. Nesses casos devemos proceder segundo as normas do tratamento.
- Se o resultado for negativo, e existe suspeita clínica da doença, solicitamos ao paciente para retornar após uma semana para repetir o teste.
- O teste RPR pode permanecer positivo por meses a anos em indivíduos já tratados. Nestes casos é necessário conhecer a história do doente e fazer a titulação (medição da concentração) do reagente.
- Podem ocorrer resultados falso-positivos com o RPR em condições como: imunizações recentes, infecções, gravidez, malária, doenças auto-imunes (lúpus eritematoso sistémico) e cancro.

3.2. Exame microbiológico do corrimento vaginal e das secreções de úlceras vaginais

O exame microbiológico e a cultura do corrimento vaginal ou das secreções das úlceras genitais, está indicado em todos os casos de ITS (síndromes do corrimento vaginal e da úlcera genital) que não respondam ao tratamento com a abordagem sindrómica ou que apresentem complicações.

A sua disponibilidade é limitada no nosso contexto.

3.3. Outros exames para diagnosticar infecções:

3.3.1 Pesquisa de ovos de *Schistosoma* no corrimento vaginal

- Embora haja pouca informação sobre o nosso País, é sabido que em áreas endémicas para a Schistosomíase, é comum a existência de Schistosomíase genital no homem e na mulher, principalmente causada pelo *Schistosoma haematobium*. Alguns estudos mostram que existe uma relação entre a infertilidade feminina e a presença de Schistosomíase.
- O diagnóstico pode ser feito através da pesquisa de ovos em esfregaços do corrimento vaginal ou através do exame histológico feito em amostras provenientes de biópsia.

3.3.2 Ecografia abdominal pélvica

- A ecografia abdominal pélvica, está indicada em vários casos em que se necessite de fazer o diagnóstico e seguimento de afecções dos órgãos genitais internos (abcesso tubo-ovárico, mioma, endometriose). Também fazer o diagnóstico diferencial com uma gravidez ectópica, até mesmo uma gravidez uterina com complicações. É um exame muito útil, sobretudo quando feito por mãos experientes.

BLOCO 4: TESTES PARA O DIAGNÓSTICO DO CANCRO DO COLO UTERINO

4.1. Inspeção Visual com Ácido Acético (VIA)

O VIA (Inspeção visual com ácido acético) é um teste em que se observa o colo uterino após a aplicação de ácido acético a 5% (vinagre comum). Em contacto com as células tumorais o ácido acético produz uma reacção que muda a cor da mucosa do colo (virando branca ou esbranquiçada). É um teste simples, que pode ser realizado no centro de Saúde pelas enfermeiras de SMI.

4.2. Teste de Papanicolau

O teste de Papanicolau é um teste citológico que serve para a identificação de lesões pré-tumorais e tumores ou cancros do colo do útero através do microscópio. Em Moçambique, até agora só é possível fazer a leitura deste teste nos hospitais centrais.

Em muitos contextos é um teste que se faz de forma rotineira nas mulheres, para o despiste precoce de tumores cervicais. Quando usado para o despiste de rotina de tumores cervicais, deve ser feito nas mulheres a partir dos 20 ou 25 anos de idade (dependendo dos diferentes protocolos nacionais) e repetido periodicamente ao longo da vida até uma idade também variável (geralmente 60 ou 65 anos).

4.3. Colposcopia

A colposcopia é uma prova diagnóstica que consiste na visualização do colo de útero através de um colposcópio. O colposcópio é um equipamento que incorpora lentes de aumento, para visualizar “in vivo” as células do colo uterino. Esta prova é efectuada por ginecologistas e permite conduzir uma

biopsia, que deverá ser enviada para um serviço de Anatomia Patológica. Esta prova é um método de confirmação e não pode ser usada como método para despiste.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** Com o exame ao espécuro é possível avaliar a vagina e suas paredes, o colo do útero e fazer a colheita de material para o exame citológico e bacteriológico do muco.
- 5.2** O toque vaginal combinado permite palpar examinar o útero e anexos. Neste exame, enquanto umas das mãos palpa o hipogástrio e as fossas ilíacas a outra realiza o toque vaginal.
- 5.3** O teste de HIV, está indicado em todo paciente que se apresente com Infecções de Transmissão sexual, sobretudo aquelas de difícil tratamento e com manifestação atípica.
- 5.4** O exame microbiológico e a cultura do corrimento vaginal ou das secreções das úlceras genitais, estão indicados em todos os casos de ITS (síndromes do corrimento vaginal e da úlcera genital) que não respondam ao tratamento com a abordagem sindrómica ou que apresentem complicações.
- 5.5** O teste RPR geralmente positiva em 3 a 6 semanas depois da infecção, ou em 2 a 3 semanas depois do aparecimento da lesão primária. Como a úlcera sífilítica desaparece espontaneamente em 6 a 8 semanas, o teste muitas vezes positiva depois de a úlcera ter desaparecido, quando o paciente se apresenta no estágio de Sífilis secundária.
- 5.6** Os testes para o despiste e diagnóstico do cancro de colo uterino estão cada vez mais disponíveis em Moçambique e devem ser conhecidos pelo TMG.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	6
Tópico	Clínica Médica Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Contracepção: Aconselhamento e Métodos Comportamentais	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as técnicas e a importância do aconselhamento contraceptivo.
2. Listar os actuais métodos contraceptivos utilizados em Moçambique.
3. Explicar o uso de "planeamento familiar natural" e o cálculo do período fértil da mulher.
4. Realizar exercícios para o cálculo do período fértil.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Técnicas e Importância do Aconselhamento Contraceptivo		
3	Métodos Contraceptivos Utilizados em Moçambique		
4	Uso do "Planeamento Familiar Natural" e o Cálculo do Período Fértil da Mulher		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- FEBRASCO (Federação Brasileira de Saúde Coletiva). Manual de Anticoncepção. 2004.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino: Sistema Reprodutor Feminino
Versão 1.0

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: TÉCNICAS E IMPORTÂNCIA DO ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO

A contracepção tem como objectivo capacitar a mulher (casal) a evitar uma gravidez indesejada, proporcionando segurança na escolha do melhor momento para se ter um filho.

O uso de métodos anticonceptivos em Moçambique está ainda muito longe do desejado. Apenas 17% das mulheres em idade fértil usam algum método anticonceptivo (dados do Inquérito demográfico de Saúde 2003). Neste mesmo inquérito foi observado que só 6% das mulheres em idade fértil que foram vistas numa US por qualquer motivo receberam algum tipo de informação sobre contracepção. Podemos concluir que há muitas oportunidades de aconselhamento perdidas nesta área.

É muito importante que o Técnico de Medicina conheça todo o elenco de métodos contraceptivos disponíveis no país. O aconselhamento contraceptivo tem uma importância vital neste processo. Cada mulher/casal precisa de receber informação a respeito dos métodos contraceptivos, incluindo: eficácia, riscos e benefícios, modo de usar, efeitos colaterais e o acompanhamento necessário.

É vital envolver os homens neste processo do aconselhamento contraceptivo. Porém, na maioria dos casos, são as mulheres que frequentam as consultas de planeamento familiar.

2.1. Importância do aconselhamento contraceptivo

O aconselhamento contraceptivo tem por objectivo o estabelecimento de uma relação de comunicação directa com a mulher (casal), em que as informações sobre contracepção, sejam dadas de forma correcta, clara, e com termos que a utente entenda. É importante que se proporcione espaço para colocar dúvidas e preocupações, e que se tenha em conta os princípios culturais e étnicos da mulher/casal. Assim estes se tornam aptos a escolher o método mais adequado às suas necessidades e particularidades.

O aconselhamento contraceptivo permite evitar uma gestação indesejada. Se o método escolhido for o preservativo (método de barreira), vai proporcionar uma protecção adicional contra o HIV e outras infecções de transmissão sexual.

O aconselhamento proporciona à mulher (casal) instrumentos para planificar o melhor momento para se ter filhos, permitindo que a família se organize melhor para receber um novo membro. O espaçamento adequado entre os filhos é uma vantagem para a mulher, as crianças e consequentemente todo núcleo familiar.

2.2. Técnicas de aconselhamento contraceptivo

As técnicas mais usadas de aconselhamento contraceptivo são:

- Aconselhamento individual dirigido
- Aconselhamento através de meios de difusão massiva (rádio, TV...)
- Dramatização
- Técnica de aconselhamento por grupo.

Esta técnica é muito utilizada nas palestras que se fazem na consulta de planeamento familiar ou no sector de saúde materna em geral, aonde existe um grupo homogéneo (geralmente de mulheres) com o objectivo de escolha ou manutenção do método contraceptivo.

Possuir habilidades de comunicação é essencial para fazer um aconselhamento de qualidade, pois permite uma boa interacção entre o facilitador e os participantes.

Podem-se utilizar meios audio-visuais auxiliares como álbuns seriados, panfletos, ou cartazes.

Habilidades adquiridas para um bom aconselhamento em grupo:

- Dar espaço para os utentes intervirem.
- Escutar activamente. Ao invés de apenas ouvir o que a cliente está dizendo, demonstrar interesse, compreensão e empatia.
- Usar linguagem simples, directa e precisa.
- Repetir os pontos importantes e falar pausadamente.
- Fazer perguntas abertas, evitando respostas que possam ser respondidas apenas com um “sim” ou “não”.
- Encorajar as utentes para que façam perguntas.
- Observar sinais não-verbais, como a linguagem corporal e manter o contacto visual com os participantes.

Este tipo de aconselhamento também pode ser feito fora da unidade sanitária, como por exemplo durante actividades de saúde (exemplo campanhas de vacinação, brigadas móveis).

BLOCO 3: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS EM MOÇAMBIQUE

De forma geral, os métodos contraceptivos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde podem ser divididos em:

- Métodos comportamentais, aqueles que não necessitam de factores externos como o coito interrompido, abstinência periódica (método do calendário ou da tabela) e lactação materna;
- Métodos físicos, aqueles que necessitam de factores externos, nomeadamente método anticoncepcional oral ou injectável, preservativos masculinos ou femininos, DIU (dispositivo intra-uterino) e os métodos cirúrgicos (laqueação das trompas).

Os recursos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde são:

- Contraceptivos orais (microginon e microlut);
- Contraceptivos hormonais injectáveis (depoprovera);
- Métodos de barreira: preservativos (masculino e feminino);
- Dispositivos intrauterinos (T de cobre).

BLOCO 4: USO DO “PLANEAMENTO FAMILIAR NATURAL” E O CÁLCULO DO PERÍODO FÉRTIL DA MULHER

Os métodos de planeamento familiar naturais são aqueles que não necessitam de factores externos. Os mais conhecidos são o coito interrompido, a abstinência periódica e a lactação materna.

4.1. Abstinência Periódica ou Método do Calendário

O método também conhecido como **método do “calendário”** ou da **“tabela”**, busca encontrar, através de cálculos, o início e o fim do período fértil da mulher. Uma vez calculado esse período, deve ser aplicada a **abstinência periódica** durante os dias férteis.

Para a aplicação deste método a mulher deve ser capaz de compreender minimamente o que acontece durante o período menstrual, e conhecer as suas características pessoais (sobre o ciclo).

Antes de iniciar este método, a mulher precisa de registar o número de dias de cada ciclo menstrual, durante pelo menos seis meses. Para que este método seja eficaz, é necessário que os períodos sejam regulares.

Para o cálculo dos dias férteis, a mulher deve ter conhecimento que o 1º dia do ciclo menstrual corresponde ao 1º dia da última menstruação, e que a ovulação ocorre por volta do 14º dia. Devido as variações possíveis na ovulação, o período fértil deve incluir não só o 14º dia, mas também os 2 dias anteriores e posteriores a este. Alguns autores, recomendam que se espase um pouco mais o período (3 a 4 dias antes e 3 a 4 dias depois) para se ter mais segurança.



Figura 1: Dias férteis do ciclo menstrual

Fonte: comolograrunembarazonatural.blogspot.com/.

As vantagens deste método são: pode ser usado para evitar ou alcançar uma gravidez; não apresenta efeitos colaterais físicos; é grátis; aumenta o conhecimento da mulher sobre o seu sistema reprodutivo e proporciona um retorno imediato da fertilidade.

As desvantagens são: alta incidência de falha; difícil para algumas mulheres detectar o período fértil; não pode ser usado nas mulheres que têm ciclos menstruais irregulares e não protege contra a transmissão do HIV/SIDA.

Exercício

1. Calcular o período fértil seguinte para as mulheres nos casos clínicos apresentados abaixo:
 - 1.1. M.J, apresenta-se na consulta, referindo último período menstrual de 3 a 8 de Fevereiro. Gostaria de saber qual o melhor período para engravidar.
 - 1.2. C.Z, apresenta-se na consulta, referindo último período menstrual de 12 a 16 de Outubro. Gostaria de saber qual o melhor período para engravidar.
 - 1.3. T.S, apresenta-se na consulta, referindo último período menstrual de 9 a 12 de Setembro. Gostaria de saber qual o melhor período para engravidar.
 - 1.4. N.A, apresenta-se na consulta, referindo último período menstrual de 22 a 27 de Dezembro. Gostaria de saber qual o melhor período para engravidar.

4.2. Coito Interrompido

Coito interrompido é um método de contraceção no qual, durante a relação sexual, o pénis é removido da vagina logo antes da ejaculação, impedindo a deposição de sémen no interior da vagina. Este método tem sido cada vez menos recomendado devido ao elevado número de falhas.

A principal causa da falha do método do coito interrompido é a falta do autocontrole de quem o utiliza. Isso pode resultar no depósito de sémen na vulva, que pode facilmente migrar para o trato reprodutivo feminino.

4.3. Amenorreia Lactacional

O **Método de Amenorreia Lactacional** é um método contraceptivo que é baseado na infertilidade natural que ocorre após o parto, quando uma mulher está amenorreica (não menstrua) e amamentando.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. Existem várias formas de sensibilização das mulheres para fazerem contraceção, desde palestras na Unidade Sanitária, aconselhamento individual até a divulgação massiva em reuniões de bairro, ou meios audiovisuais (rádio, TV).
- 5.2. A escolha do método contraceptivo depende do casal ou da mulher depois da orientação adequada pelo técnico de saúde.
- 5.3. Os anticoncepcionais orais a base de hormonas possuem outras indicações terapêuticas além de promover protecção contra uma gravidez indesejada. Estes medicamentos também ajudam a controlar algumas doenças, como sangramentos menstruais abundantes, miomas, algumas doenças benignas da mama e a dismenorreia.
- 5.4. O método contraceptivo do planeamento familiar natural, usando o cálculo do período fértil da mulher, é uma alternativa para os casais que não querem, ou não têm acesso, a outros métodos contraceptivos mas exige um bom conhecimento do ciclo menstrual, e boa colaboração entre o casal.
- 5.5. O uso do preservativo como método contraceptivo, tem a grande vantagem de proteger contra o HIV e outras infecções de transmissão sexual.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	7
Tópico	Clínica Médica Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Contracepção: Métodos Físicos	Duração	2h

Objectivos de aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Comparar e diferenciar a eficácia, a facilidade de utilização, indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos disponíveis.
2. Listar os benefícios dos contraceptivos contendo hormonas.
3. Explicar o uso da pílula do dia seguinte.
4. Explicar a importância da protecção contra as ITS, com diferentes métodos contraceptivos (incluindo o conceito da dupla protecção).
5. Listar os contraceptivos utilizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), as suas dosagens contra-indicações, efeitos colaterais e interações com outros medicamentos.
6. Descrever os métodos de esterilização feminina e masculina e comparar os seus riscos e benefícios

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Quadro Comparativo entre os Métodos Contraceptivos Disponíveis em Moçambique		
3	Benefícios dos Contraceptivos Contendo Hormonas		
4	A Pílula do Dia Seguinte		
5	Protecção Contra as ITS, com Base em Diferentes Métodos Contraceptivos		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- FEBRASCO (Federação Brasileira de Saúde Coletiva). Manual de Anticoncepção. 2004.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS EM MOÇAMBIQUE

Tipo de Método	Modo de Acção	Eficácia	Vantagens do Uso	Desvantagens do Uso	Contra-indicações
Anticonceptivos orais (pílula) Comprimido a base de estrogénio e progesterona (combinado) ou só de progesterona 1 comprimido ao dia	Inibem a ovulação. Promovem a alteração do muco cervical. Diminuem a motilidade das trompas de Falópio e endométrio	Muito alta	Proporciona ciclos menstruais mais regulares Diminui as dores menstruais Diminui o risco de cancro de ovário e endométrio	Não previnem contra o HIV e ITS Exige compromisso diário da mulher, sendo preciso ser tomado sempre a mesma hora Pode trazer efeitos adversos (doença cardiovascular, trombose venosa)	Doença hepática grave, tromboflebite, doença cerebral vascular, obstrução coronariana, câncer de mama diagnosticado ou suspeito e fumadoras com mais de 35 anos
Anticonceptivo injectável Injecção intra-muscular de acetato de medroxiprogesterona, a cada três meses	Inibe a ovulação. Produz uma atrofia do endométrio	Muito alta	Pode ser usado por mulheres que estejam amamentando Pode melhorar a endometriose. Diminui risco de DIP	Pode causar irregularidade menstrual ou amenorreia (ausência de menstruação). Depende de profissional de saúde para sua aplicação Não previne contra o HIV e ITS	Contra-indicado para mulheres que desejam engravidar a curto prazo, uma vez que após a supressão do seu uso, pode haver ausência de ovulação por prazos longos (até 12 meses).
Preservativo Masculino Anel de látex, geralmente já lubrificado, que deve ser colocado antes de se iniciar a penetração e retirado depois da ejaculação	Forma uma barreira física, impedindo a passagem do esperma para a vagina durante a relação sexual	Alta	Previne contra o HIV e ITS Não apresenta efeitos colaterais Método acessível e de fácil utilização Pode ajudar em alguns casos de ejaculação precoce	Depende do homem (pode não querer colaborar). Seu uso não é aceite por algumas religiões (Igreja Católica Romana, Ortodoxa e Hinduísmo) Pode diminuir a sensibilidade dos órgãos genitais, prejudicando a sensação de prazer durante a relação sexual	Alergia ao látex

Preservativo Feminino Bolsa de poliuretano de dezassete centímetros que se ajusta na vagina	Faz uma barreira física, evitando o contacto da vagina e do colo uterino com o pénis e suas secreções	Alta	Previne contra o HIV e ITS Não apresenta efeitos colaterais	Ainda não está largamente disponível a nível Nacional (sua aceitação está sendo testada) Pode diminuir a sensibilidade dos órgãos genitais	Alergia ao poliuretano
DIU (Dispositivo Intra-Uterino) Pequeno dispositivo de plástico revestido com um fio de cobre, inserido no útero, podendo permanecer por até 7 anos	Actua no útero, tornando o ambiente uterino hostil aos espermatozóides, evitando sua chegada até as trompas (efeito espermicida). Actua sobre a mobilidade tubária.	Alta	Método eficaz, reversível e de longa duração	Aumento do sangramento menstrual e das cólicas. Risco de se deslocar do útero. Só pode ser colocado por técnico de saúde. Não previne contra o HIV e ITS.	Suspeita de gravidez Nos casos de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e ITS, anomalias e cancros uterinos Alergia ao cobre
Coito interrompido	Durante a relação sexual o pénis é removido da vagina logo antes da ejaculação, impedindo a deposição do sémen no interior da vagina	Pouca	Não têm efeitos colaterais físicos Pode ser utilizado quando não houver acesso a outras formas de contracepção Não tem custos e não depende de factores externos	Alta possibilidade de falha Não previne contra o HIV e ITS Pode provocar alterações psicológicas e insatisfação sexual para o casal	Homens com ejaculação precoce
Abstinência periódica (Método da “tabela”)	Consiste em suspender as relações sexuais durante o período fértil da mulher	Pouca	Não tem riscos para a saúde ou efeitos secundários Não tem custos e não depende de factores externos	Precisa da cooperação do parceiro para ser utilizado Não previne contra o HIV e ITS Alta possibilidade de falha Exige que a mulher tenha um bom conhecimento do seu ciclo menstrual Pode requerer longos períodos de abstinência	Mulheres com ciclos menstruais irregulares

Lactação materna	Durante o período da amamentação exclusiva, há uma suspensão da ovulação, o que faz com que a concepção seja mais difícil	Pouca	Não apresenta efeitos colaterais Não tem custos e não depende de factores externos	Não previne contra o HIV e ITS Só pode ser usado até 6 meses após o parto (período da amamentação exclusiva) Nas mulheres seropositivas aumenta o risco de transmissão vertical do HIV	Mulheres que não conseguem manter a amamentação exclusiva
Esterilização Feminina (Laqueação tubárica)	Procedimento cirúrgico que consiste na oclusão bilateral das trompas de Falópio, impedindo que os espermatozóides entrem em contacto com o óvulo	Muito alta	Método seguro, eficaz e permanente Não interfere no acto sexual e na amamentação Não tem efeitos adversos importantes	Precisa cirurgia e só pode ser realizado por pessoal especializado Não previne contra o HIV e ITS Método irreversível (pode-se reverter com cirurgia especializada mas resultados são muito variáveis)	Mulheres jovens que nunca tiveram filhos
Esterilização Masculina (Vasectomia)	Procedimento cirúrgico que consiste no corte dos canais deferentes, que são responsáveis pelo transporte dos espermatozóides expelidos durante a ejaculação	Muito alta	Método seguro, eficaz e permanente Não interfere no acto sexual Não tem efeitos adversos importantes	Precisa cirurgia e só pode ser realizado por pessoal especializado Não previne contra o HIV e ITS Método irreversível	Homens jovens que nunca tiveram filhos e que o desejem

BLOCO 3: BENEFÍCIOS DOS CONTRACEPTIVOS CONTENDO HORMONAS

Para além dos benefícios que todos os anticoncepcionais têm quando usados com o fim de não engravidar, os contraceptivos hormonais podem ter outras vantagens ou efeitos positivos. A seguir listamos as vantagens da pílula combinada (microgenon) e da pílula a base de progesterona (microlut).

3.1. Benefícios de contraceptivos com hormonas combinados

- Proporcionam ciclos menstruais regulares, com sangramento durante menos tempo e em menor quantidade;
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais;
- A fertilidade retorna em seguida à interrupção do uso das pílulas;
- Podem ser utilizados como anticoncepção de emergência, após uma relação sexual desprotegida;
- Podem prevenir anemia ferropénica, já que ajudam a regular as menstruações muito abundantes;
- Diminuem a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.

3.2. Benefícios de contraceptivos com hormonais de progestagénios (progesterona)

- Podem ser usados durante a lactação a partir de seis semanas após o parto. A quantidade e a qualidade do leite materno não são prejudicadas (ao contrário dos anticoncepcionais orais combinados, que podem reduzir a produção de leite);
- Não apresentam os efeitos colaterais do estrogénio;
- Não aumentam o risco de complicações relacionadas ao uso de estrogénio, tais como enfarte ou acidente vascular cerebral;
- Menor risco de efeitos colaterais relacionados ao uso de progestagénio, tais como acne e aumento de peso, do que com o uso de anticoncepcionais orais combinados;
- Podem ajudar a prevenir: doenças benignas de mama, câncer de endométrio ou de ovário, doença inflamatória pélvica.

A escolha do método anti-conceptivo deve ser feita após uma consulta, em que o profissional de saúde avalia o melhor método a ser usado tendo em conta as características do medicamento e da utente.

BLOCO 4: A PÍLULA DO DIA SEGUINTE

A pílula do dia seguinte é um método contraceptivo de emergência que se baseia no uso de altas doses de hormônio para evitar uma gestação não desejada.

Deve ser usada até 72 horas após uma relação sexual desprotegida, (sem uso de método contraceptivo), quando houver falha do método anticoncepcional (ruptura da camisinha, falha da tabela ou esquecimento da pílula por dois ou mais dias seguidos) ou em caso de violência sexual.

- A anticoncepção oral de emergência não é tão eficaz como os outros métodos anticoncepcionais e não deve ser utilizado regularmente no lugar de um outro método.
- A eficácia da anticoncepção oral de emergência é maior quanto mais precoce for o seu uso, ou seja, quanto menos tempo decorrer entre o coito desprotegido e a toma da medicação.
- A anticoncepção oral de emergência não é eficaz para a interrupção da gravidez.

Em Moçambique, a pílula do dia seguinte que está disponível é uma combinação de Levonorgestrel (250 microgramas) e Etinilestradiol (50 microgramas). Devem ser tomados 2 comprimidos de 12 em 12 horas, duas doses.

A pílula anticonceptiva combinada de baixa dosagem pode ser também usada como anticonceptivo de emergência (usado no protocolo nacional para casos de violação sexual). Esta pílula contém Levonorgestrel (150 microgramas) e Etinilestradiol (30 microgramas) e quando usada como contraceptivo de emergência deve ser tomada em dose de 4 comprimidos de 12 em 12 horas, duas doses.

BLOCO 5: PROTECÇÃO CONTRA AS ITS, COM BASE EM DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A prevalência do HIV/SIDA em Moçambique está entre uma das mais altas do mundo. Estima-se que cerca de 11,5% da população adulta seja seropositiva (INSIDA 2009). Controlar a pandemia do HIV no país tem se mostrado um dos maiores desafios da Saúde Pública. A transmissão do vírus do HIV se faz predominantemente através de relações sexuais não protegidas.

Para além do HIV, estima-se que Moçambique tenha altas taxas de outras doenças de transmissão sexual (sífilis e outras).

Os métodos de barreira são aqueles que impedem o contacto directo da vagina e do cérvix da mulher, com o pénis e suas secreções. Os preservativos masculinos e femininos são considerados métodos de barreira.

O preservativo é o único método contraceptivo que garante uma dupla protecção: protegem contra a transmissão de infecções, inclusive o HIV, e de uma gravidez indesejada.

Ainda existe muita rejeição quanto ao uso do preservativo masculino. Os Técnicos de Medicina devem fazer uma advocacia do uso do preservativo, pois constitui um método eficaz, barato e deve estar sempre disponível nas Unidades Sanitárias.

O preservativo feminino ainda está em fase de apresentação e testagem nos programas de planeamento familiar do país. Possui a vantagem de proporcionar à mulher autonomia para usar este método de barreira. Se o parceiro não aceitar usar o preservativo masculino, a mulher pode usar o preservativo feminino, e assim se proteger duplamente: contra uma gravidez indesejada e contra o HIV e outras ITS.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1.** Os métodos contraceptivos disponíveis em no SNS para Planeamento Familiar são: anticonceptivos orais e injectáveis, preservativo masculino e feminino, DIU, e os métodos cirúrgicos (vasectomia e laqueação tubárica).
- 6.2.** Outros métodos usados que não necessitam de factores externos são: coito interrompido, abstinência periódica, lactação materna.
- 6.3.** Cada método contraceptivo tem sua eficácia e apresenta vantagens e desvantagens e algumas contra-indicações. A mulher (casal) deve escolher o melhor método a usar depois de ser devidamente aconselhada pelo técnico de saúde.
- 6.4.** A pílula do dia seguinte é uma anticoncepção de emergência e consiste na toma de altas doses de hormónio e deve ser usada até 72 horas após uma relação sexual desprotegida.
- 6.5.** Os métodos contraceptivos de barreira (preservativo masculino e feminino) proporcionam uma dupla protecção: protegem contra a transmissão do HIV e outras ITS e de uma gravidez indesejada.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	8
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Métodos Contraceptivos Usados em Moçambique	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

1. Identificar exemplos de contraceptivos utilizados no SNS.
2. Demonstrar a aplicação adequada de preservativos masculinos no modelo.
3. Utilizar as habilidades básicas de aconselhamento com os parceiros.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Introdução à Técnica (Revisão)	15 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	25 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	75 min

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Modelos anatómicos ou artificiais da pélvis óssea em número de 2 a 3.
- Modelos anatómicos de órgãos sexuais masculinos em número de 2 a 3.
- DIU em número de 5.
- Preservativos masculinos em número 10 a 15.
- Preservativos femininos em número de 5.
- 3 a 5 cartelas de pílulas a base de progesterona e de pílulas combinadas.

Bibliografia

- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Jesus Conceição JC. Ginecologia fundamental. 1ª Edição. Atheneu; 2009.
- Resende J. Obstetrícia fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

(5 min)

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação do equipamento e dos materiais.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À TÉCNICA (REVISÃO)

(15 min)

Os métodos contraceptivos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique podem ser divididos em:

- Métodos comportamentais (aqueles que não necessitam de factores externos): coito interrompido, abstinência periódica e lactação materna;
- Métodos físicos, (que necessitam de factores externos): Anticoncepcional oral e injectável, preservativos masculinos e femininos, DIU e os métodos cirúrgicos.

2.1. Lista de contraceptivos e métodos contraceptivos disponíveis no SNS:

- **Anticonceptivo oral (pílula):** comprimido a base de estrogénio e progesterona (combinado) ou só de progesterona. Deve ser tomado 1 comprimido ao dia.
- **Anticonceptivo injectável:** injeção intra-muscular de acetato de medroxiprogesterona, administrado a cada três meses.
- **Preservativo masculino:** anel de látex lubrificado que se coloca no pénis.
- **Preservativo feminino:** bolsa de poliuretano que se ajusta na vagina.
- **DIU (Dispositivo Intra-Uterino):** pequeno dispositivo de plástico revestido com um fio de cobre, que se insere no útero. Geralmente é introduzido durante a menstruação para assegurar que a paciente não está grávida, mas pode ser inserido em qualquer altura.
- **Esterilização feminina (Laqueação tubárica):** é um procedimento cirúrgico que consiste na oclusão bilateral das trompas de Falópio.
- **Esterilização masculina (Vasectomia):** é um procedimento cirúrgico que consiste no corte dos canais deferentes no saco escrotal.

2.2. Métodos comportamentais usados

- **Coito interrupto:** durante a relação sexual, o pénis é retirado da vagina logo antes da ejaculação.
- **Abstinência periódica (Método da “tabela”):** consiste em suspender as relações sexuais durante o período fértil da mulher.
- **Lactação materna:** durante o período da amamentação exclusiva, há suspensão da ovulação.

3.1. Técnicas de Aconselhamento**3.1.1. Técnica de dramatização de uma sessão de aconselhamento contraceptivo**

O docente deverá demonstrar com a ajuda de uma aluna voluntária (representando a paciente), a técnica de aconselhamento contraceptivo. Deve incluir os seguintes pontos:

- Acolhimento da mulher (casal).
- Entrevista direccionada para a história ginecológica, obstétrica, social e as expectativas da mulher (casal) para a escolha do método contraceptivo.
- Descrição dos métodos contraceptivos disponíveis.
- Vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo.
- Eficácia e contra-indicações de cada método contraceptivo.
- Colocação das dúvidas por parte dos utentes e respectivo esclarecimento.
- Escolha do método contraceptivo mais adequado a mulher (casal).
- Recomendações por parte do técnico de saúde

3.2. Técnica de colocação de preservativo masculino DIU**Preservativo Masculino:**

- Abrir o envelope somente na hora do uso e de maneira delicada para evitar qualquer dano. Não utilizar objecto cortante ou pontiagudo.
- Colocar o preservativo na ponta do pénis erecto.
- Ao colocar, deve-se apertar a ponta do preservativo com os dedos, para evitar retenção de ar, evitando uma possível ruptura no momento da ejaculação.
- O preservativo deve ser desenrolado em toda a extensão do pénis.
- Após a ejaculação, retirar o preservativo do pénis o mais rápido possível, segurando-o pela bainha para evitar o vazamento do esperma.

3.3. Demonstração de preservativo feminino, pílulas anticonceptivas e DIU**3.3.1. Preservativo Feminino**

- A técnica não pode ser demonstrada no manequim, pelo que o docente deverá mostrar os preservativos aos alunos e caracterizá-los. Posteriormente circular 1 exemplar (com respectivo folheto orientador do uso) pelos grupos para que os alunos tenham a oportunidade de visualizar e analisar.

3.3.2. DIU

A técnica não pode ser demonstrada no manequim, pelo que o docente deverá mostrar os DIUs aos alunos e caracterizá-los. Posteriormente deverá circular 1 exemplar pelos grupos para que os alunos tenham a oportunidade de visualizar e analisar.

3.3.3. Pílulas anticoncepcionais

O docente deverá mostrar as pílulas aos alunos, e posteriormente deverá circular 1 exemplar pelos grupos para que os alunos tenham a oportunidade de visualizar.

BLOCO 4: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(75 min)

4.1. Técnicas de Aconselhamento

- Dividir a turma em grupos 6 a 8 (idealmente 6). Em cada mesa deve haver um modelo anatómico do órgão sexual masculino, 1 exemplar de preservativo feminino, 3 ou mais exemplares de preservativos masculinos, 1 exemplar de DIU.
- Actividade 1: os alunos deverão demonstrar a técnica adequada de colocação do preservativo masculino e mais uma vez observar os preservativos femininos, as pílulas e os DIUs. (15 min)
- Actividade 2: em grupos os alunos deverão preparar uma dramatização sobre técnicas de aconselhamento anticoncepcivo, em que duas ou três pessoas representam a utente (que pode ser acompanhada pelo parceiro) e o Técnico de Medicina. (10 mins)
- 2 a 3 grupos (se possível todos) serão aleatoriamente seleccionados para apresentar a simulação em plenária (20 mins)
- Por fim os alunos deverão discutir a eficácia e aplicabilidade das diversas técnicas de aconselhamento contraceptivo (30 mins).
- O docente deverá actuar como impulsionador e moderador das discussões, corrigir eventuais dúvidas e complementar as exposições dos alunos sempre que necessário.

4.2. Listas de verificação

4.2.1. Uso do Preservativo Masculino

- Preparação do material necessário.
- Conferir a validade do preservativo masculino.
- Técnica de demonstração da colocação do preservativo masculino no modelo de pénis.
 - Abertura do envelope do preservativo de maneira delicada para evitar qualquer dano.
 - Apertar a ponta do preservativo com os dedos, para evitar retenção de ar, evitando uma possível ruptura no momento da ejaculação.
 - Desenrolar o preservativo em toda a extensão do pénis.
 - Retirar o preservativo do pénis, segurando-o pela base, para evitar o vazamento do esperma.

4.2.2. Técnicas de aconselhamento contraceptivo

- Técnica de aconselhamento por grupo
- Palestras
- Durante reuniões populares
- Aconselhamento individual dirigido
- Durante actividades de saúde (exemplo: campanhas de vacinação)
- Através de meios de difusão massiva (rádio, TV...)

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Aula	9
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Condições Vulvares	Duração	2h

Objectivos de aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Enumerar as possíveis causas do prurido vulvar.
2. Enumerar as possíveis causas de úlceras vulvares.
3. Descrever os principais tipos de lesões verrucosas da vulva (condiloma plano, condiloma acuminado).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Prurido Vulvar		
3	Úlceras Vulvares		
4	Lesões Verrucosas da Vulvares (condiloma plano, condiloma acuminado)		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Jesus Conceição JC. Ginecologia fundamental. 1ª Edição. Atheneu; 2009.
- Resende J. Obstetrícia fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Gaspar F., Bastos. R., Barreto. A. et al, Guia para tratamento de e controle das infecções de transmissão sexual, MISAU, 2006

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PRURIDO VULVAR

O prurido na genitália externa é um sintoma ginecológico muito comum, pode ser persistente e estar ou não acompanhado de corrimento vaginal.

São várias as causas de prurido vulvar. Algumas causas são mais comuns em mulheres jovens (vulvovaginite irritativa), e outras mais relacionadas a mulheres mais idosas (vulvovaginite atrófica). Nas mulheres diabéticas ou obesas o prurido vulvar pode ser causado por uma micose local.

2.1. Principais causas do prurido vulvar:

Causas Infecciosas

- **Vulvo-vaginite inflamatória descamativa:** é uma síndrome clínica caracterizada por vaginite exsudativa difusa, esfoliação de células epiteliais e corrimento vaginal abundante. Estes sintomas podem ser acompanhados de prurido, e resultam da substituição da flora bacteriana normal da região.
- **Vaginose Bacteriana (VB):** alteração da flora bacteriana normal, que resulta na perda de lactobacilos e o supercrescimento de bactérias anaeróbias. Não se conhecem as causas iniciais deste problema, as duchas vaginais e os coitos frequentes podem piorar o problema. Uma vez alterada a flora pode ser muito difícil a sua restauração. A recorrência da VB é frequente.
- **Vulvo-vaginite por *Cândida albicans*:** alteração da flora bacteriana normal e supercrescimento do fungo *Cândida Albicans*. É uma causa comum de prurido vaginal.
- **Infecções de transmissão sexual:** Trichomonas, Herpes e Vírus do Papiloma Humano.
- **Outras causas:** Oxiúros, escabiose e pediculose.

Causas não infecciosas

- **Vulvo-vaginite atrófica:** Ocorre na menopausa, como resultado da diminuição dos níveis de hormônios femininos (estrógenos).
- **Vulvo-vaginite irritativa/alérgica:** Provocada pelo atrito do preservativo, lubrificantes, absorventes higiênicos ou retirada de pêlos pubianos. Também por produtos químicos ou medicamentos, ou roupa interior de tecidos sintéticos.

BLOCO 3: ÚLCERAS VULVARES

Muitas doenças podem se apresentar como úlcera genital. As úlceras genitais criam uma solução de continuidade na pele e favorecem a transmissão do vírus do HIV, pelo que é importante que os TMG conheçam a abordagem correcta das mesmas.

Em Moçambique não é possível fazer o diagnóstico etiológico (microbiológico ou anatomo-patológico) destas doenças. Devido a esta dificuldade a abordagem da úlcera genital no nosso contexto é uma abordagem sindrómica, contudo é importante que o TMG conheça as diferentes doenças que podem produzir úlcera genital.

3.1. As causas mais comuns de úlceras na vulva são:

- **Herpes Genital** - Causada pelo vírus herpes simplex II (menos frequentemente tipo I). Manifesta-se com bolhas dolorosas que se abrem produzindo úlceras. Podem acometer a vulva e também a vagina e o colo uterino.

O contágio se dá através do contacto íntimo dos genitais durante relação sexual. Também podem aparecer na boca, região anal ou mãos infectadas pelo vírus do Herpes.

Uma vez infectado, o vírus permanecerá no hospedeiro pelo resto de sua vida, em geral em estado latente (sem causar sintomas). Algumas condições como a imunodepressão podem predispor a sua reactivação e surgimento dos sintomas.

O leque na apresentação clínica desta infecção é muito variado, desde casos assintomáticos a alguns casos de pacientes com episódios repetidos (recorrências), com uma frequência variável.

- **Sífilis** - Causada pelo *Treponema pallidum*. É uma doença sistêmica, de evolução crônica, que frequentemente tem como primeira manifestação a úlcera genital. Após a infecção, observa-se um período de incubação de 10 dias até três meses e posteriormente surge a lesão inicial no local da inoculação, o cancro duro. Consiste em uma pequena pápula, que evolui para uma úlcera, geralmente única, indolor e com bordas bem definidas. Esta lesão é a porta de entrada do Treponema e constitui a manifestação da primeira fase da sífilis (sífilis primária). Além da vulva, a úlcera pode acometer o colo do útero, ânus e pode ser encontrada em outros locais, como língua, lábios, dedos e membros. Na maioria dos casos está acompanhada de adenopatia satélite dura, móvel e indolor.
- **Cancro Mole** - Causado pelo coco bacilo Gram negativo, *Haemophilus ducreyi*. Causa úlceras múltiplas (pode ser única) muito dolorosas. O período de incubação é geralmente inferior a uma semana (de 3 a 5 dias), podendo estender-se por até 2 semanas. A borda da úlcera é irregular, apresentando contornos mal definidos, de fundo irregular recoberto por exsudado necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.
- **Linfogranuloma venéreo** ou Bubão– Causada pela bactéria Gram negativa, *Chlamydia trachomatis*. Após a infecção, há o aparecimento da lesão primária genital, de curta duração (3 a 5 dias) que frequentemente não é identificada. Após a cura da lesão primária, surge o bubão inguinal (inchaço doloroso dos gânglios inguinais) unilateral. Se o bubão não for tratado adequadamente, evolui para o rompimento espontâneo e formação de fístulas que drenam secreção purulenta.
- **Outras ITS que causam úlcera genital** – Donovanose.
- **Outras causas de úlcera genital que não ITS:** Trauma, doenças alérgicas graves (Síndrome de Steven-Johnson), doença de Paget e cancro da vulva.

BLOCO 4: LESÕES VERRUCOSAS DA VULVA (CONDILOMA PLANO, CONDILOMA ACUMINADO)

As lesões verrucosas da vulva são em geral de dois tipos: condiloma plano e condiloma acuminado, duas doenças que têm etiologias diferentes.

O tratamento de condilomas e vergas genitais foi tratado na aula 13 de Dermatologia

4.1. Condiloma plano

Lesões causadas pelo *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis. São lesões mucosas, circulares, frequentemente branco-acinzentadas com um halo vermelho e extremamente contagiosas. As lesões podem ocorrer também na boca, faringe, ou ânus. Os pêlos pubianos caem no local da lesão, causando uma alopecia areata (localizada). O condiloma plano ou condiloma plano constitui uma manifestação de sífilis secundária.



Fonte: CDC

Figura 1. Condiloma plano.

4.2. Condiloma acuminado

As verrugas genitais ou condilomas acuminados são uma das manifestações da infecção pelo vírus do Papiloma Humano (HPV). A transmissão acontece pelo contacto sexual íntimo (vaginal, anal e oral).

O período de incubação pode ser de semanas a anos, pois o vírus pode permanecer no estado latente durante muito tempo.

O recém-nascido pode ser infectado através da mãe com lesões genitais no momento do parto. As lesões genitais grandes ou numerosas podem ser uma indicação de cesariana na mulher grávida, para evitar a infecção do nado.



Fonte: SOA-AIDS Amsterdam

Figura 2. Condiloma acuminado.

4.3. Outras lesões:

Molusco contagioso vulvar: afecção vulvar de carácter benigno causada por vírus caracterizada pela presença de pápulas umbilicadas (de até 1 cm de diâmetro) na vulva, geralmente numerosas e moderadamente contagiosas.

BLOCO 5. PONTOS-CHAVE

- 5.1.** O prurido vulvar é uma queixa ginecológica muito comum e pode vir acompanhado de corrimento vaginal e de outros sintomas. As causas mais comuns são: vaginose bacteriana, vulvo-vaginite inflamatória, vulvovaginite por cândida, vaginite atrófica e vaginite irritativa/alérgica.
- 5.2.** A úlcera genital é uma doença que exige diagnóstico e tratamento adequado, pois aumenta em cerca de 80% o risco do seu portador contrair o vírus do HIV. As causas mais comuns de úlceras na vulva são: herpes genital, sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo e Donovanose.
- 5.3.** As lesões verrucosas da vulva mais comuns são: condiloma plano, causadas pelo *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis; condiloma acuminado, causado pelo HPV.
- 5.4.** Os condilomas planos são causados pelo *Treponema pallidum*, enquanto os condilomas acuminados resultam da infecção pelo HPV.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	10
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Infecções de Transmissão Sexual (ITS) - Introdução	Duração	2h

Objectivos de aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Enumerar os factores de risco para contracção das ITS
2. Explicar a relação entre HIV e outras ITS
3. Descrever a abordagem sindrómica das ITS, incluindo o papel da anamnese e o exame físico nesta forma de manejo das mesmas
4. Descrever métodos de prevenção das ITS
5. Explicar a importância da educação do paciente e do parceiro, no tratamento das ITS
6. Descrever o processo de 'notificação de parceiros'
7. Explicar a prevenção e os riscos das ITS na gravidez

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução às Infecções de Transmissão Sexual – ITS		
3	Abordagem Sindrómica das ITS		
4	ITS durante A Gravidez		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia). Manual de Orientação: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 2006
- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Jesus Conceição JC. Ginecologia fundamental. 1ª Edição. Atheneu; 2009.
- Resende J. Obstetrícia fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Programa nacional de combate às ITS/HIV/SIDA-MISAU, *Guia para tratamento e controle das infecções de transmissão sexual (ITS)*, volume 2, 2006.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO ÀS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL – ITS

As Infecções de Transmissão Sexual (ITS), pela sua magnitude constituem um grave problema de Saúde Pública. A prevenção das ITS, sua detecção precoce e tratamento correcto, são uma das prioridades do Sistema Nacional de Saúde.

Como em qualquer epidemia, os princípios básicos para o controlo das ITS visam interromper a cadeia de transmissão e prevenir novas ocorrências.

As ITS não conferem imunidade, e o doente pode apresentar-se com mais de uma doença, muitas vezes ao longo da sua vida.

2.1. Epidemiologia das ITS em Moçambique e no mundo em geral

As infecções de transmissão sexual são muito comuns no nosso meio, sobretudo porque grande parte dos pacientes infectados são assintomáticos ou oligossintomáticos, o que faz com que não procurem os serviços de saúde e continuem a disseminar a infecção progressivamente. Acometem homens e mulheres, e podem causar sequelas graves como infertilidade, cancro do colo do útero, Doença Inflamatória Pélvica, abortos, estenose uretral (homens). Algumas ITS podem ser transmitidas da mãe para o filho durante a gravidez ou parto, e levar a problemas como malformações ou infecções congénitas e infecções neonatais, respectivamente.

As ITS também são causa de problemas sociais (divórcios devido à infertilidade, discriminação, depressão devido aos abortos e infertilidade, etc).

4.1.1 Etiologia

Os principais agentes etiológicos (AE) das ITS em Moçambique são:

- Bactérias causadoras de Vaginose bacteriana
- *Neisseria gonorrhoeae*, AE da Gonorreia
- *Chlamydia trachomatis*, AE da Cervicite, Uretrite, Linfogranuloma venéreo
- *Trichomonas vaginales*, AE da Tricomoníase
- *Treponema pallidum*, AE da Sífilis
- *Hemophilus ducrey*, AE do Cancróide
- Herpes simplex tipo 2, AE da Herpes, Cervicite, Uretrite, Vaginite
- Papiloma vírus humano (HPV) AE dos condilomas acuminados
- Cândida Albicans, AE da candidíase

Segundo um estudo realizado em 2003 pelo MISAU, nas mulheres com corrimento vaginal, vaginose bacteriana é a mais comum de todas as ITS (72%), seguida da tricomoníase (34%). O

mesmo estudo revelou que nos homens e mulheres com úlceras genitais, a herpes simples é a principal causa de todas (64%), seguida da Sífilis (8%).

4.1.2 Relação entre HIV e Outras ITS

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) não é considerado uma ITS clássica, pois tem outras formas de transmissão que não a sexual, como a vertical (da mãe seropositiva para seu filho) e hematológica, pela transfusão de sangue e outros hemoderivados contaminados com o vírus do HIV. A contaminação pelo HIV está amplamente disseminada na população em geral, apresentado incidências altíssimas. (vide disciplina de Avaliação e Manejo dos Doentes com HIV e SIDA).

No caso do HIV, a principal via de transmissão em nosso meio é por via sexual, em relações heterossexuais desprotegidas. A presença de uma ITS facilita muito a transmissão do HIV, pois estas danificam a pele e mucosa e criam “portas de entrada” no organismo para o vírus. A presença de ITS, como o Cancróide e a Sífilis, aumentam em mais de 10 vezes o risco de se contrair o vírus do HIV em uma relação sexual sem preservativo.

4.1.3 Factores de Risco para a Contracção de ITS

Os principais factores de risco para se contrair uma ITS são:

- Relação sexual desprotegida, sem o uso do preservativo (masculino ou feminino);
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Presença de lesão prévia na genitália que facilita a entrada da ITS;
- Alta prevalência de ITS na população em geral.

2.2. Classificação das ITS

É comum que um mesmo indivíduo esteja infectado por mais de um agente infeccioso, de acordo com o tipo de quadro clínico causado, as ITS são agrupadas em síndromes. Abaixo as principais síndromes nas mulheres:

- Corrimento vaginal
- Úlcera genital
- Dor no baixo-ventre

O agrupamento das ITS em síndrome permite que se faça uma abordagem sindrómica das mesmas, para diagnóstico e tratamento. Abaixo apresentam-se os princípios da abordagem sindrómica, estas síndromes serão descritas nas aulas seguintes.

BLOCO 3: ABORDAGEM SINDRÓMICA DAS ITS

3.1. Introdução

A abordagem sindrómica das ITS constitui uma estratégia custo-efectiva para o manejo destas doenças em locais com recursos limitados.

A abordagem sindrómica classifica os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas (ex: úlcera genital, corrimento vaginal) por eles causadas. Fundamenta-se no facto de que apesar dos diversos agentes causais conhecidos, grupos de ITSs costumam manifestar-se de formas semelhantes, podendo ser agrupadas em principais síndromes. Outra razão é que muitas vezes, um só indivíduo apresenta mais do que uma infecção em simultâneo.

A abordagem sindrómica tem como grande vantagem, o facto de que numa única consulta pode-se chegar ao diagnóstico clínico, oferecer o tratamento e fazer o aconselhamento adequado. Esta abordagem permite um tratamento mais efectivo dos pacientes sintomáticos, através do uso de algoritmos simples, que podem ser usados em locais com poucos recursos e por profissionais de nível médio ou básico, desde que haja disponibilidade dos medicamentos necessários.

Outra vantagem desta abordagem é a possibilidade de tratamento precoce, o que impede novas infecções e quebra a cadeia de transmissão, em uma única visita ao serviço de saúde.

O profissional deve prover um aconselhamento adequado sobre redução de risco, adesão ao tratamento, fornecimento e orientação para utilização de preservativos, além de oferecer o teste para o HIV, sífilis e hepatites (quando disponível).

3.2. Diagnóstico e Tratamento

Para o diagnóstico sindrómico das ITSs, a anamnese e o exame físico do paciente e de seus contactos sexuais, com suspeita de ITS, são muito importantes para fornecer os elementos necessários para uma conduta acertada, sobretudo levando-se em conta as dificuldades de acesso aos exames laboratoriais.

Os aspectos gerais relacionados à anamnese e exame físico de um paciente do fórum ginecológico já foram descritos nas aulas 4 e 5.

Uma vez que a maioria das ITS é assintomática ou oligossintomática (apresentam poucos sintomas), apenas um pequeno número de pessoas infectadas procuram tratamento. Com isso, a cadeia de transmissão da doença continua, e um maior número de pessoas se contaminam a cada dia.

O tratamento das ITS deve ser feito em todas as Unidades Sanitárias do País, integrado nas consultas de SMI, consulta clínica de adultos e SAAJ (serviço de atendimento a adolescentes e jovens).

Cada uma das síndromes contempladas pelo protocolo nacional, tem um algoritmo específico e indica o tratamento a ser seguido para os agentes etiológicos mais frequentes. Inclui também as medidas de atenção aos parceiros.

3.3. Aconselhamento

O processo de educação do paciente e de seus contactos sexuais é peça fundamental no sucesso do controlo das ITS. O paciente deve ser bem acolhido, respeitado nas suas escolhas e o clínico deve estar atento para suas particularidades. Na consulta de um paciente com ITS é muito importante que a abordagem seja feita de forma a assegurar o sigilo e a confidencialidade que o assunto exige.

Quando se identifica um caso de ITS, o parceiro(os) sexual(s) do paciente deve ser convocado a comparecer na Unidade Sanitária. Esta é a maneira mais eficaz para quebrar a cadeia de transmissão destas infecções na comunidade. Para tal, é necessário que haja negociação entre o clínico e a paciente, pois nalguns casos pacientes optam por sigilo devido ao receio de represálias por parte dos parceiros.

O clínico deve entregar ao paciente um “convite” escrito para que o parceiro compareça à Unidade Sanitária (existe um formulário próprio, usado pelo MISAU). A pessoa convidada, deve ter prioridade no atendimento. Uma vez que o diagnóstico é feito e o parceiro sexual recebe o tratamento adequado, a cadeia de transmissão da doença é quebrada.

Quando se trata das seguintes ITS: úlceras genitais e corrimento vaginal; os parceiros sexuais de até 90 dias antes do início dos sintomas devem ser convocados a comparecerem ao serviço de saúde.

No caso de infecção pelo HIV e condilomas devem ser convocados os parceiros sexuais actuais para aconselhamento e exame.

No caso de sífilis congénita, a mãe deve ser examinada e deve ser convocado o parceiro sexual actual.

3.4. Prevenção e notificação de parceiros

A prevenção das ITS é uma estratégia fundamental para o controlo da doença. No país, a prevenção das ITS não é feita de forma isolada, está integrada nas actividades preventivas do HIV/SIDA, como campanhas de sensibilização e distribuição de preservativos. O diagnóstico, tratamento e prevenção das ITS devem ser feitos em todas as Unidades Sanitárias do país. Uma boa estratégia de prevenção e tratamento precoce da doença são clínicas móveis nocturnas, situadas predominantemente nos corredores rodoviários e locais de entretenimento.

Como na maior parte das vezes os sintomas levam muito tempo até se tornarem preocupantes para o paciente, entre as pessoas infectadas, apenas uma pequena parte procura atendimento clínico, e somente uma minoria é diagnosticada e tratada correctamente. Quando se prioriza a prevenção das infecções de transmissão sexual, evita-se que mais casos ocorram, reduzindo a prevalência da doença no país.

O principal meio de prevenção das ITS é não ter relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem o uso de um método de barreira. Este método consiste no uso constante do preservativo masculino ou feminino, que impede o contacto directo entre o pénis e a vagina (e das secreções), proporcionando uma protecção contra as ITS, vírus do HIV e ainda de uma gravidez indesejada.

Outra maneira de se evitar a transmissão de doenças por via sexual é praticar a abstinência (não ter relações sexuais), fidelidade mútua, e não iniciar a vida sexual muito precocemente, pois o jovem, sobretudo a rapariga, não tem informações adequadas sobre os métodos de prevenção das ITS e muitas vezes não tem autoridade para exigir que o parceiro use preservativo. Uma boa higiene pessoal e íntima também pode ajudar a prevenir as ITS.

BLOCO 4. ITS DURANTE A GRAVIDEZ

4.1. Introdução de ITS e Gravidez

A gravidez não confere à mulher e ao seu bebé nenhuma protecção especial em relação às infecções sexualmente transmissíveis. Ao contrário, as gestantes são mais susceptíveis às infecções do que as mulheres não grávidas, uma vez que apresentam uma diminuição nos mecanismos de defesa do seu organismo.

Os cuidados em relação à contaminação pelas ITS devem ser redobrados pois, além da sua protecção, a mulher grávida deve proteger também a criança que está sendo gerada. Muitas ITS são assintomáticas, razão pela qual, o exame ginecológico e o seu despiste estão contemplados no acompanhamento pré-natal.

Outra questão a ser considerada é a limitação ao uso de alguns medicamentos no período gestacional, devido aos potenciais efeitos nocivos sobre o feto.

4.2. Riscos das ITS para a mulher grávida

As ITS durante a gravidez podem ter graves consequências, tanto para a gestação, quanto para a saúde futura da mãe, nomeadamente: parto prematuro, ruptura prematura da placenta, doença inflamatória pélvica (DIP), abortos, entre outras.

4.3. Riscos das ITS para o bebé

A gestante pode transmitir para o seu filho (transmissão vertical) várias doenças adquiridas sexualmente. Essa transmissão pode ocorrer antes, durante ou depois do nascimento. O vírus HIV e o Treponema (agente etiológico da sífilis) podem infectar o feto ainda no interior do útero, pois têm capacidade de atravessar a placenta.

Outras ITS, como a gonorreia, clamídia e herpes podem ser transmitidas ao bebê durante o nascimento, na passagem pelo canal do parto.

O vírus HIV e a hepatite B pode ainda ser transmitido ao bebê após o nascimento, através da amamentação.

As consequências para o bebê são variáveis e algumas podem ser graves.

BLOCO 5. PONTOS-CHAVE

- 5.1** Os principais factores de risco para se contrair uma ITS são: relação sexual sem preservativo, múltiplos parceiros sexuais, presença de lesão prévia na genitália e alta prevalência de ITS na população em geral.
- 5.2** O HIV não é considerado apenas uma ITS pois tem outras formas de transmissão que não a sexual. A presença de uma ITS facilita muito a transmissão do HIV, pois funciona como uma “porta de entrada” no organismo para o vírus.
- 5.3** O principal meio de prevenção das ITS é o uso constante do preservativo masculino ou feminino, praticar abstinência sexual, a fidelidade mútua no casal e não iniciar a vida sexual muito precocemente.
- 5.4** O processo de educação do paciente e de seus contactos sexuais é fundamental no controlo das ITS. Quando se identifica um caso de ITS, o parceiro/s sexual do paciente deve ser convocado a comparecer a Unidade Sanitária. Esta é a maneira mais eficaz para quebrar a cadeia de transmissão destas infecções na comunidade.
- 5.5** As gestantes são mais susceptíveis às infecções do que as mulheres não grávidas, pela diminuição nos mecanismos de defesa. Os cuidados em relação à contaminação pelas ITS devem ser redobrados, pois além da sua protecção, a mulher grávida deve proteger também a criança que está sendo gerada.
- 5.6** A abordagem etiológica das ITS está reservada aos casos de resistência ao tratamento sintomático e os casos complicados devem ser transferidos para os hospitais de referência.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	11
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Síndrome do Corrimento Vaginal	Duração	2h

Objectivos de aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir corrimento vaginal
2. Descrever as variações normais em secreções vaginais que podem ser confundidas com corrimento vaginal.
3. Descrever a história típica, o exame físico e os exames laboratoriais para avaliar a queixa de corrimento vaginal
4. Descrever o tratamento das principais causas de Corrimento vaginal, nomeadamente Cândida, Trichomonas, Vaginose bacteriana, gonorreia e clamídia.
5. Descrever a abordagem sindrómica do 'corrimento vaginal' através da apresentação do algoritmo nacional
6. Enumerar as complicações da gonorreia e clamídia
7. Descrever os critérios para referência ao outro nível.

Estrutura da Aula:

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Corrimento Vaginal: Definição, Etiologia, Fisiopatologia, Apresentação Clínica		
3	Diagnóstico e tratamento das Diferentes Causas de Corrimento Vaginal		
4	Abordagem Sindrómica das ITS com Corrimento Vaginal		
5	Complicações das Infecções por Gonococo e Clamídia		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Jesus Conceição JC. Ginecologia fundamental. 1ª Edição. Atheneu; 2009.
- Resende J. Obstetrícia fundamental. 9ª Edição. Guanabara Koogan; 2003.
- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Decherney. A, Nathan L, Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento, 9ª edição, McGraw Hill,

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CORRIMENTO VAGINAL: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA GERAL

2.1. Definição

A secreção vaginal varia com o período do ciclo menstrual em que a mulher é observada: pode ser leitosa durante os dias pré e pós menstruais ou clara e aquosa no meio do ciclo menstrual.

Corrimento vaginal é, por definição, a mudança de cor, cheiro ou aumento do volume da secreção vaginal, resultantes de uma infecção vaginal ou cervical. O corrimento vaginal é a consequência de uma inflamação das paredes da vagina ou do colo do útero (vaginite ou cervicite). É portanto uma síndrome, causada por diferentes agentes etiológicos e/ou patologias.

É importante diferenciar uma secreção vaginal normal (fisiológica) da secreção provocada por uma infecção de transmissão sexual ou por outras.

2.2. Etiologia:

As causas mais comuns de corrimento vaginal no nosso meio são as seguintes:

- Vaginoses bacterianas (*Gardenerlla Vaginalis* e outras bactérias).
- Gonorreia,
- *Trichomas vaginalis*.
- *Cândida albicans*,
- *Clamídia trachomatis*

Outras causas menos comuns de corrimento vaginal são:

- Vaginite pós traumática
- Vaginite atrófica - encontrada em mulheres na menopausa devido a deficiência das hormonas.

2.3. Fisiopatologia

A transmissão dos agentes infecciosos é feita através de contacto íntimo, principalmente por relações sexuais sem preservativo. A presença do microorganismos no tracto urogenital resulta em processos inflamatórios com respectivas manifestações clínicas que incluem principalmente irritação vulvar com ou sem prurido e secreção vaginal de diferentes características. Se não tratadas, estas infecções podem acometer os órgãos genitais internos por via ascendente, linfática ou hematogénea e causar um quadro potencialmente grave denominado Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Os principais agentes envolvidos nos casos de DIP são a *N. Gonorrhoeae* e a *C. Trachomatis*.

2.4. Manifestações Clínicas gerais

Dependendo do agente causal, o corrimento vaginal pode vir acompanhado de prurido, disúria, dispareunia (dor durante o coito) e causar edema ou hiperemia da vulva.

Quanto as características, o corrimento pode ser abundante, em pequena quantidade, ter cor amarelada ou branca e apresentar odor específico.



Figura 1. Vagina esbranquiçada por secreção vaginal

BLOCO 3: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DIFERENTES CAUSAS DE CORRIMENTO VAGINAL

Conforme referido na aula 11, através dos testes microbiológicos do corrimento vaginal, é possível determinar o(s) agente(s) etiológico(s) específico(s) envolvido em caso de corrimento vaginal. No nosso contexto, o tratamento das ITS é feito por abordagem sindrômica, e diagnóstico e tratamento etiológico está indicado quando o tratamento sindrômico falha e em casos complicados. Para fins didáticos, nesta aula descreve-se primeiro o diagnóstico e tratamento etiológico do Corrimento vaginal e posteriormente será descrita a abordagem sindrômica.

A tabela abaixo mostra as principais causas de corrimento vaginal, seu diagnóstico e tratamento apropriados:

Causa da Vaginite	Agente etiológico	Sinais e Sintomas	Exames Laboratoriais	Tratamento
Gonorreia	<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	A maioria dos casos é assintomática. Pode causar corrimento vaginal, disúria, polaciúria e dispareunia	Exame directo dos esfregaços, aonde são observados diplococos Gram negativos Cultura	<u>Ciprofloxacina</u> 500mg, VO, dose única ou , Cefixime 400 mg via oral dose única ou , Kanamicina 1 g IM dose única Grávidas: Cefixime 400 mg via oral dose única
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Corrimento vaginal amarelo esverdeado, bolhoso com mau cheiro, com	Exame directo a fresco da secreção. Coloração de Gram aonde se observa o <i>Trichomonas</i> .	<u>Metronidazol</u> 2g, VO, dose única ou , <u>Metronidazol</u> 500mg, 12/12hs, 7 dias

		ou sem prurido, com hiperemia da vulva e dispareunia	Teste de Papanicolaou. Cultura	Nas gestantes só administrar Metronidazol após o 1º. Trimestre
Cândida	<i>Cândida albicans</i>	Corrimento vaginal branco em grumos (aspecto de iogurte), com prurido intenso e hiperemia da vulva	Exame directo a fresco da secreção aonde se observa a <i>Cândida albicans</i> . Coloração de Gram. Teste de Papanicolaou. Cultura	<p><u>Clotrimazol</u> óvulos, 500 mg, uso vaginal, dose única a noite, ou</p> <p><u>Nistatina</u> óvulos de 100.000 UI, 1 óvulo vaginal a noite, 14 dias</p> <p>Grávidas: <u>Clotrimazol</u> óvulos, 500 mg, uso vaginal, dose única a noite</p> <p>Nas pacientes seropositivas e nos casos com doença extensa ou recorrente administrar: <u>Clotrimazol</u> óvulos, 500 mg, uso vaginal a noite, 3 dias e associar medicação oral: <u>Fluconazol</u> 150mg, VO, dose única</p>
Clamídia	<i>Clamídia trachomatis</i>	Maioria é assintomática. Corrimento vaginal amarelado, disúria, polaciúria e dispareunia com ou sem sangramento pós coito	Cultura de células e PCR (Reacção de Cadeia Polimerase)	<p><u>Azitromicina</u> 1g, VO, dose única, ou</p> <p><u>Doxiciclina</u> 100mg, VO 12/12h, 7 dias</p> <p>Grávidas: Azitromicina 1g, VO, dose única</p>
Vaginose Bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> e outras bactérias	Corrimento vaginal com odor de “peixe morto”, ou fétido, com aspecto cremoso ou acinzentado. Corrimento aumenta no período após a menstruação e depois da relação sexual. O odor do corrimento é mais forte após relações sexuais sem preservativo	Presença de células típicas no esfregaço vaginal. Teste da solução de soro fisiológico com hidróxido de potássio (KOH) a 10%.	<p><u>Metronidazol</u> 2g, VO, dose única ou, <u>Metronidazol</u> 500mg, VO, 12/12hs, 7 dias</p> <p>Nas gestantes só administrar Metronidazol após o 1º. Trimestre</p>

Vide abaixo: notas e precauções sobre a medicação

O tratamento da síndrome do corrimento vaginal não é só medicamentoso. É de suma importância também fazer o aconselhamento, oferecer o teste de HIV, teste para sífilis (RPR ou VDRL) e serologia para hepatite B, quando disponível.

Todas as mulheres que são diagnosticadas da síndrome de corrimento vaginal devem receber preservativos. Deve-se perguntar se os parceiros sexuais estão sintomáticos e fazer o convite para os parceiros comparecerem a Unidade Sanitária e agendar o retorno.

Notas e precauções sobre os medicamentos usados no tratamento do corrimento vaginal

Para mais detalhes consultar a disciplina de Introdução à Ciências Médicas e Formulário Nacional de Medicamentos:

1. Ciprofloxacina (oral)
 - Contra-indicada na gravidez e lactação, não recomendado uso em crianças e adolescentes.
2. Cefixime (oral)
 - Contra-indicado se alergia à cefalosporinas e penicilinas.
3. Kanamicina (IM)
 - Provoca ototoxicidade e nefrotoxicidade. Na gravidez deve-se usar só se não houver alternativas devido ao risco de ototoxicidade fetal.
 - Deve-se evitar tratamento por mais de 6 dias e não exceder a dose máxima de 10 gramas.
4. Metronidazol (oral)
 - Frequentemente provoca sintomas de irritação gastrointestinal.
 - Contra-indicado no 1º trimestre da gravidez, insuficiência hepática severa e alcoolismo crônico.
 - Administrar de preferência durante as refeições para reduzir irritação gastrointestinal. Deve-se evitar consumo de bebidas alcoólicas durante o tratamento até 1 a 2 dias depois.
5. Azitromicina (oral)
 - Contra-indicado em caso de sensibilidade a qualquer macrólido.
 - Não tomar em simultâneo com medicamentos que contenham alumínio e magnésio. Administrar os comprimidos 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.
6. Doxíciclina (oral)
 - Contra-indicado na gravidez, lactação e crianças menores de 12 anos.
 - A presença de alimentos (sobretudo leite e derivados) diminui a absorção.
7. Clotrimazol (óvulos vaginais)
 - Usar com precaução no 1º trimestre da gravidez.

8. Nistatina (óvulos vaginais)

- Melhores resultados com uso concomitante de creme para tratamento da vulvite (quase sempre associada).

9. Fluconazol (oral)

- Contra-indicação relativa na gravidez, insuficiência renal e hepática. Usar com muita precaução na gravidez, lactação e em doentes renais.
- Provoca hepatotoxicidade.

10. Ketoconazol (oral)

- Contra-indicado na gravidez, doença hepática grave e lactação. Contudo, perante necessidade de uso, avaliar para cada caso o risco/benefício e monitorar periodicamente o doente.
- Provoca hepatotoxicidade.

BLOCO 4: ABORDAGEM SINDRÓMICA DAS ITS COM CORRIMENTO VAGINAL

4.1. Introdução

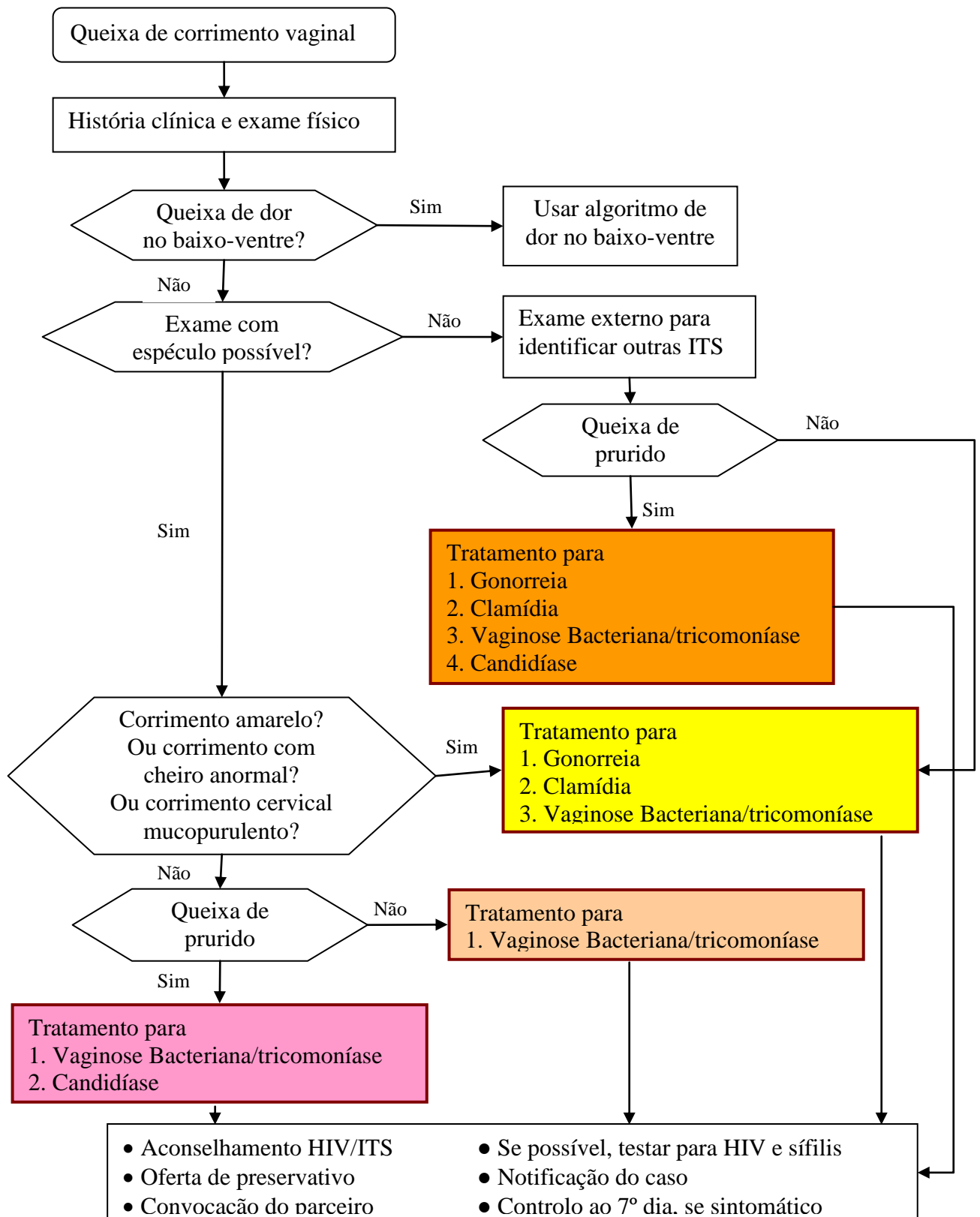
Nas Unidades Sanitárias do país, o tratamento das ITS é feito com base na abordagem sindrômica. O diagnóstico baseado no agente etiológico é feito nos Hospitais de Referência e está reservado para os casos de resistência e casos complicados.

Portanto, o corrimento vaginal nos níveis de atenção primária e secundária deve ser abordado de forma sindrômica. Durante a anamnese o clínico deve perguntar à paciente sobre o aspecto do corrimento vaginal, se tem odor característico e se apresenta a sintomatologia associada: prurido vulvar, dor a micção (disúria), dor durante a relação sexual (dispareunia), edema ou hiperemia da vulva.

Toda paciente com queixa de corrimento vaginal deve ser examinada. A inspecção da vulva e do corrimento e o toque bimanual devem ser realizados.

A abordagem sindrômica do corrimento vaginal é feita utilizando um algoritmo específico. Neste algoritmo há perguntas sobre os sinais e sintomas apresentados. Segundo as respostas colhidas, “SIM” ou “NÃO”, o algoritmo vai confluindo para um diagnóstico e indica o tratamento preconizado.

ALGORITMO DE CORRIMENTO VAGINAL



O algoritmo acima orienta acerca da conduta a ter em casos de corrimento vaginal. O conhecimento das características específicas de cada tipo de corrimento faz com que a interpretação e uso do algoritmo sejam mais fáceis para o clínico.

Regra geral, o algoritmo orienta para:

- Uso de algoritmo de dor no baixo-ventre nos casos em que há corrimento vaginal associado à dor no baixo-ventre;
- Administração de tratamento para Gonorreia, Clamídia, Vaginose bacteriana e Tricomoníase nos casos em que a especuloscopia revelar alterações do corrimento;
- Administração de tratamento para Vaginose bacteriana e Tricomoníase nos casos em que a especuloscopia não revelar alterações do corrimento e não houver prurido associado;
- Administração de tratamento para Vaginose bacteriana, Tricomoníase e Candidíase nos casos em que a especuloscopia não revelar alterações do corrimento e houver prurido associado;
- Administração de tratamento para Gonorreia, Clamídia, Vaginose bacteriana e Tricomoníase nos casos em que a especuloscopia não for possível, e o corrimento não estiver associado ao prurido vaginal;
- Educação preventiva, rastreio e tratamento dos contactos sexuais, notificação dos casos, em todas as situações.

Critérios de referência para nível superior

O Técnico de Medicina deve ser capaz de reconhecer quando uma ITS se apresenta com sinais de gravidade.

Abaixo estão listados os critérios de gravidade que devem levar ao TM a referir os casos para o nível de atendimento competente:

- Infecções resistentes ao tratamento usual ou de primeira escolha;
- Pacientes com infecções recorrentes apesar de tratamento apropriado;
- Doença inflamatória pélvica com suspeita de um quadro infeccioso grave;

BLOCO 5: COMPLICAÇÕES DAS INFECÇÕES POR GONOCOCO E CLAMÍDIA

As infecções de transmissão sexual causadas por Gonococo e Clamídia têm alta incidência no nosso meio. Estas doenças podem cursar com poucos sintomas na sua fase inicial, por isso, muitas mulheres portadoras desta infecção não procuram atendimento. Quando o diagnóstico não é feito precocemente, e o tratamento adequado não é instituído, estas doenças podem evoluir e causar complicações clínicas na mulher e quando gestante, na criança que está sendo gerada.

As complicações mais comuns causadas por estas duas ITS são:

- Aumento do risco da transmissão do HIV de mãe para filho em cerca de cinco vezes;
- Doença Inflamatória Pélvica ou cervicite;
- Abortos espontâneos, sobretudo no primeiro trimestre da gravidez;
- Morte fetal;
- Baixo peso ao nascer ou prematuridade;

- Infecção congénita da criança;
- Contaminação da criança durante o parto, causando infecção ocular.

BLOCO 6. PONTOS-CHAVE

- 6.1.** A secreção vaginal fisiológica varia com o período do ciclo menstrual em que a mulher é observada e não deve ser confundida com o corrimento vaginal.
- 6.2.** As causas mais comuns de corrimento vaginal são: as vaginoses bacterianas, Gonorreia, Trichomas Vaginalis, Cândida e Clamídia. Cada uma possui um (ou mais) agente etiológico, sintomatologia, meios diagnósticos e tratamento específicos. Contudo, no nosso contexto não dispomos de meios laboratoriais de diagnóstico e a abordagem é sindrómica.
- 6.3.** A conduta frente a um caso de corrimento vaginal é feita utilizando um algoritmo específico. Dependendo das respostas dadas; “SIM” ou “NÃO”, o algoritmo vai confluindo para um diagnóstico e indica o tratamento preconizado.
- 6.4.** O Técnico de Medicina deve reconhecer quando a síndrome de corrimento vaginal se apresenta com sinais ou sintomas de gravidade a fim de encaminhar para uma avaliação especializada.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	12
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Síndrome da Úlcera Genital	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem:

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir síndrome de úlcera genital.
2. Listar as causas mais comuns de úlcera genital.
3. Comparar e diferenciar as lesões ulcerativas associadas ao herpes simplex (HSV), Sífilis, Linfogranuloma venéreo, Donovanose e Cancróide.
4. Para cada uma das ITS acima mencionadas, descrever:
 - a. Agente etiológico;
 - b. Apresentação clínica;
 - c. Exames laboratoriais;
 - d. Tratamento.
5. Comparar e diferenciar o primeiro surto e recorrências do HSV.
6. Explicar as indicações do exame RPR.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Úlcera Genital: Definição, Etiologia e Apresentação Clínica Geral		
3	Diagnóstico e Tratamento das Diferentes Causas de Úlcera Genital		
4	Abordagem Sindrómica da Úlcera Genital		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Berek J. Novak: Tratado de ginecologia. 10ª Edição. Guanabara Koogan; 2008.
- Decherney A, Nathan L. Obstetrícia e ginecologia - Diagnóstico e tratamento. 9º Edição. McGraw Hill; 2005.
- Ganong W, Hill M. Fisiologia Médica. 22ª Edição. McGraw Hill; 2007.
- Programa nacional de combate às ITS/HIV/SIDA-MISAU, *Guia para tratamento e controle das infecções de transmissão sexual (ITS)*, volume 2, 2006.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: ÚLCERA GENITAL: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA, E APRESENTAÇÃO CLÍNICA GERAL

2.1. Conceito: todas as ITS que se manifestem em algum momento da sua evolução, com uma ou mais lesões ulceradas genitais, fazem parte do grupo da síndrome de úlcera genital.

2.2. Etiologia: as causas mais comuns de úlcera genital no nosso meio são:

- *Herpes genital*
- *Sífilis*
- *Cancróide*
- *Linfogranuloma venéreo*
- *Donovanose*

2.3. Manifestações clínicas gerais:

Dependendo do agente causal, a úlcera genital pode vir acompanhada de outros sintomas como linfadenopatia inguinal unilateral ou bilateral, prurido, leucorreia, sintomas urinários, dispareunia (dor durante o coito) e pode causar edema ou hiperemia da vulva.

Quanto as características, as úlceras genitais podem ser únicas ou múltiplas, pequenas ou grandes, dolorosas ou indolores, com bordos irregulares ou bem definidos, com fundo seco ou húmido e podem estar sobre-infectadas.

As úlceras genitais geralmente localizam-se nos órgãos genitais, mas nalguns casos dependendo das práticas sexuais da paciente, podem estar localizadas em outras áreas de contacto íntimo como região perianal, boca, períneo.

BLOCO 3: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DIFERENTES CAUSAS DE ÚLCERA GENITAL

Devido ao acesso limitado à maior parte dos meios diagnósticos para se fazer o diagnóstico definitivo das úlceras genitais, no nosso contexto, o diagnóstico é principalmente baseado na história clínica. A tabela apresenta informações específicas sobre cada etiologia da úlcera genital incluindo diagnóstico e tratamento apropriados:

Causa da úlcera	Agente Etiológico	Sintomas e Sintomas	Exames Laboratoriais	Tratamento
Herpes Genital	vírus <i>Herpes simples</i> tipos 1 e 2.	<p>Pode ser assintomática, ou manifestar-se por agrupamento de vesículas na vulva, que rompem formando erosões ou úlceras dolorosas, normalmente recorrentes. Lesões cervicais (cervicite herpética) geralmente passam despercebidas, manifestando-se apenas pela eliminação de corrimento vaginal aquoso.</p> <p>As recorrências são mais frequentes nos primeiros 12 meses e com o tempo vão se tornando menos frequentes e menos severas, podendo ser desencadeadas por: febre, stress físico ou emocional, menstruação, imunodepressão, antibioterapia prolongada, traumatismos e exposição à radiação ultra-violeta.</p> <p>Pode estar presente linfadenopatia dolorosa bilateral, e sintomas gerais como febre e mal-estar. As úlceras resolvem-se em 10 a 14 dias sem deixar cicatriz residual, contudo pode ocorrer sobre-infecção bacteriana que mascara o quadro e prolonga o tempo de resolução.</p>	Cultura da secreção das vesículas (acesso limitado)	<p>A Herpes não tem cura, contudo o tratamento farmacológico permite a remissão dos sintomas, redução da frequência de ocorrências e das complicações.</p> <p><u>Tratamento sintomático:</u></p> <p>Limpeza das lesões com soro fisiológico.</p> <p>Tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios: paracetamol, diclofenac, ibuprofeno.</p> <p><u>Tratamento específico:</u></p> <p>Aciclovir (400mg), 1 comprimido de 8 em 8 horas, durante 7 dias.</p> <p>O tratamento é mais eficaz se iniciado em 48 horas após surgirem as lesões.</p> <p>Grávidas: avaliar risco e benefício. Referir para médico.</p>

<p>Sífilis Primária (vide aula de dermatologia e de neurologia para complementar)</p>	<p><i>Treponema pallidum</i></p>	<p>Úlcera única, indolor, de bordos elevados, regulares e firmes, com fundo duro e limpo.</p> <p>Cura espontaneamente em 6 a 8 semanas, deixando uma cicatriz fina, mas nalguns casos pode persistir com sinais de Sífilis secundária.</p> <p>Pode haver linfadenopatia inguinal.</p>	<p>Testes serológicos (RPR e VDRL) tornam-se positivos por volta das 6 semanas após a infecção.</p> <p>Pesquisa de T.Pallidum por microscopia em campo escuro (acesso limitado)</p>	<p>Penicilina benzatínica, 2,4 milhões UI dose única.</p> <p>Se alergia a penicilina usar doxiciclina 100mg 2x dia por 28 dias.</p> <p>Grávidas com alergia à penicilina: Eritromicina 500 mg por via oral de 6/6 horas por 28 dias.</p>
<p>Cancroide</p>	<p><i>Haemophilus ducrey</i></p>	<p>As lesões iniciais surgem como tumefacções sólidas e dolorosas, que gradualmente se tornam moles (com flutuação) e por fim fistulizam e formam múltiplas úlceras, devido a auto-inoculação.</p> <p>As úlceras apresentam bordos irregulares, fundo sujo (purulento e fétido) e são muito dolorosas.</p> <p>O fundo das úlceras é mole, razão pela qual o cancroide também é chamado de cancro mole.</p> <p>Localizam-se geralmente na face interna dos pequenos e grandes lábios, mas podem estar presentes em outras localizações como ânus, boca e língua.</p> <p>Na maioria dos casos, está presente a linfadenopatia inguinal ou femural, geralmente unilateral.</p>	<p>Cultura das secreções da úlcera (acesso limitado)</p>	<p>Azitromicina (500mg), administrar 1 grama, via oral, dose única, ou</p> <p>Ciprofloxacina (500mg) administrar por via oral, duas vezes por dia, durante 3 dias</p> <p>Grávidas: tratar com azitromicina na mesma dose acima indicada.</p>

Linfogranuloma venéreo/Bubão	<i>Clamídia trachomatis</i> (serotipos L1,L2,L3).	<p>A úlcera é autolimitada, dura 3 a 5 dias e muitas vezes passa despercebida. A principal manifestação é a linfadenite inguinal supurativa unilateral (bubão), que surge 1 a 6 semanas após a resolução da úlcera, como uma tumefacção inguinal dolorosa. Se não for tratada adequadamente, evolui com formação de múltiplas fístulas, rompimento espontâneo e formação de úlceras que drenam pus.</p> <p>Podem ocorrer sintomas gerais discretos, como febre e mioartralgias.</p> <p>Devido à fibrose dos gânglios e consequente dificuldade de drenagem linfática, pode ocorrer a elefantíase (edema linfático) dos órgãos genitais.</p> <p>Pode estar presente a dispareunia grave devida à fibrose na vagina.</p>	Cultura da amostra do conteúdo do bubão (pus). (acesso limitado).	<p>Doxiciclina (100 mg), 1 comprimido de 12 em 12 horas, durante 21 dias</p> <p>Mulheres grávidas: Eritromicina (500 mg) oral de 6/6 horas, durante 21 dias.</p> <p>Está indicada a punção com agulha grossa para drenagem dos Bubões com flutuação. A incisão cirúrgica, não é recomendada.</p>
Donovanose	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i> (Corpúsculo de Donovan).	<p>A doença começa com uma pápula que em seguida se úlcera, resultando na formação de uma úlcera com tecido de granulação, cor vermelho vivo, bordos claros e elevados.</p> <p>A úlcera sangra facilmente e apresenta um processo de cicatrização muito lento. Úlceras satélites podem coalescer e formar uma úlcera maior. Pode haver linfadenopatia regional.</p>	Isolamento dos corpúsculos de Donovan na biopsia ou colheita do conteúdo da úlcera por zaragatoa. Este exame não está disponível no nosso meio.	<p>Doxiciclina (100 mg), 1 c de 12/12 horas, durante 3 semanas, ou</p> <p>Cotrimoxazol 2 c de 12/12 horas, durante 3 semanas</p> <p>Grávidas: usar cotrimoxazol na mesma dose</p>

Notas e precauções sobre os medicamentos usados no tratamento das úlceras genitais

Para mais detalhes consultar disciplina de Introdução à Ciências Médicas e Formulário Nacional de Medicamentos

1. Aciclovir:

- Contra-indicado na doença renal ou neurológica. Há contra-indicação relativa na gravidez e lactação, por isso deve ser usado com precaução. Em cada caso avaliar riscos/benefícios.

2. Penicilina benzatínica:

- Risco de dor, irritação e abcesso no local da injeção.
- Ao administrar a injeção intramuscular, assegurar o cumprimento das normas e aspirar sempre antes de injectar o medicamento. Risco de reacção grave com injeção EV. Nunca injectar por via E.V ou S.C.

3. Cotrimoxazol:

- Contra-indicado nos alérgicos à sulfamidas, nos pacientes que tenham feito qualquer sulfamida nas 3 semanas anteriores, na gravidez (1º trimestre), crianças menores de 6 meses (usar com precaução), insuficiência renal ou hepática.
- Monitorar regularmente o hemograma e função renal se uso prolongado.

4. Eritromicina:

- Frequentemente provoca intolerância gastrointestinal.
- Usar com precaução em doentes com ligeira alteração hepática ou renal.

Para restantes medicações, ver aula 12.



Fonte: SOA-AIDS Amsterdam

Figura 1. Úlceras herpéticas.



Fonte: CDC/Susan Lindsley

Figura 2. Cancróide.

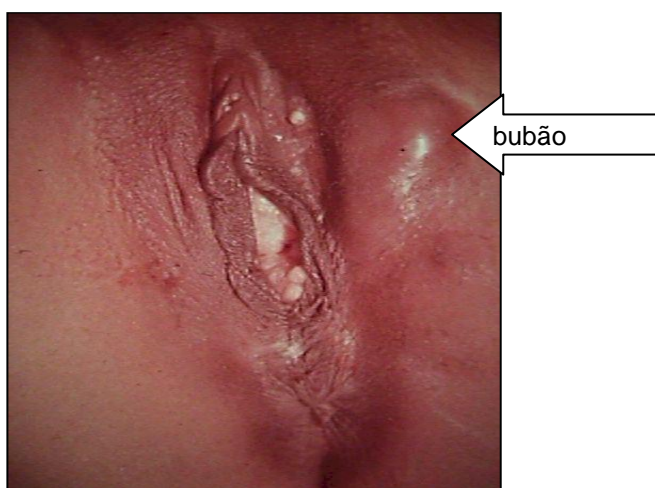


Fonte: CDC



Fonte: CDC

Figura 3. Cancro primário (Sifilis) na genitália feminina e na região perianal.



Fonte: CDC

Figura 4. Linfogranuloma venéreo (bubão apontado pela seta).



Fonte: CDC

Figura 5. Donovanose.

BLOCO 4: ABORDAGEM SINDRÓMICA DA ÚLCERA GENITAL

Conforme referido anteriormente, no nosso meio, o diagnóstico das úlceras genitais é principalmente baseado na clínica. Devido ao acesso limitado a maioria dos exames para confirmação do diagnóstico das úlceras genitais, o diagnóstico e tratamento destas infecções é feito de forma sindrômica. As vantagens da abordagem sindrômica foram listadas em aulas anteriores.

Recordar que muitas vezes, o quadro clínico das úlceras genitais é difícil de caracterizar no contexto de uma única patologia, ou porque há infecção simultânea por mais de um agente, ou pela apresentação de lesões atípicas. A co-infecção pelo HIV, provoca alterações na evolução e características das lesões, dificultando ainda mais o seu diagnóstico etiológico.

4.1. Patologias contempladas na abordagem sindrômica da úlcera genital

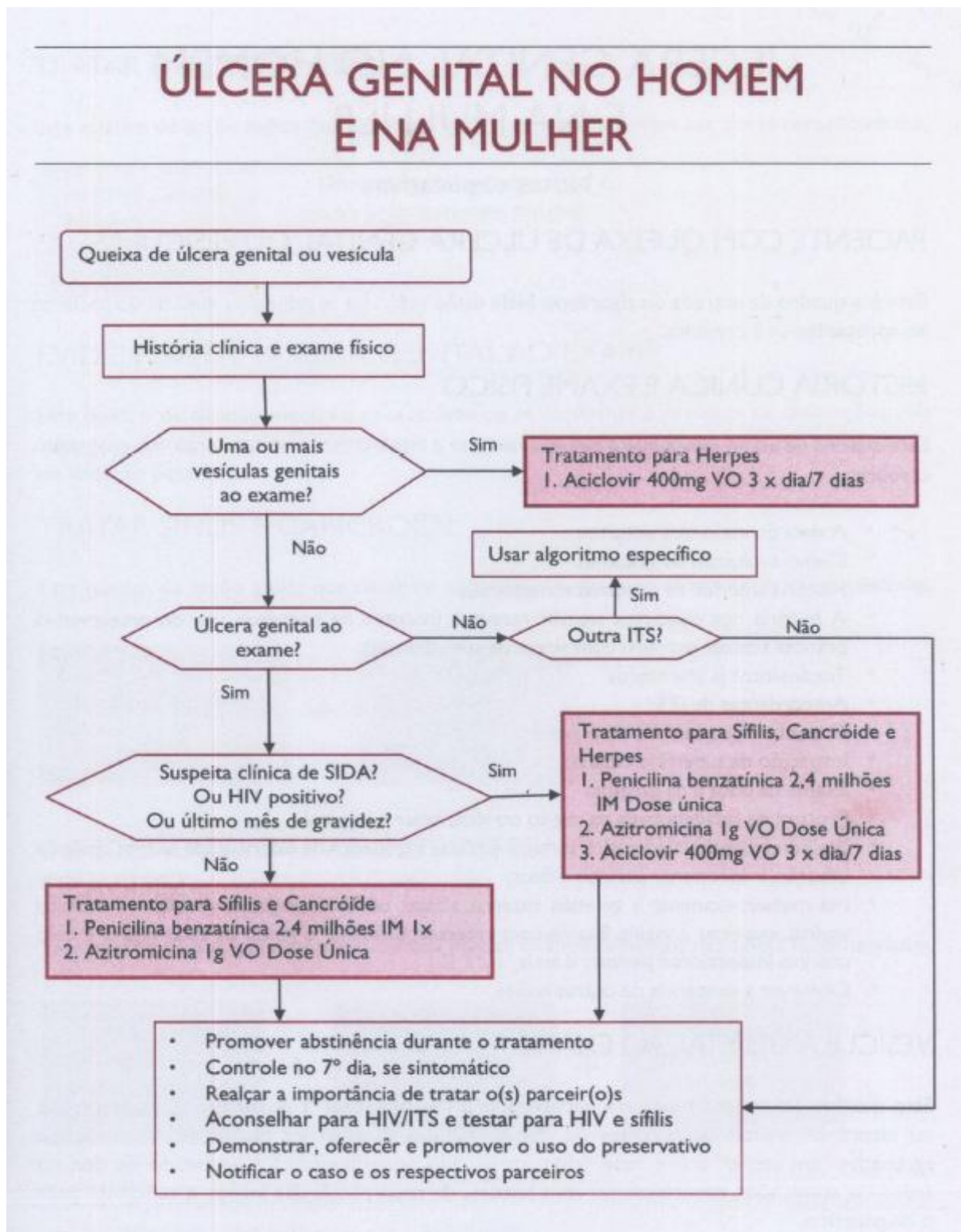
As patologias contempladas nos protocolos nacionais de abordagem sindrômica das úlceras genitais foram seleccionadas com base na sua prevalência no nosso meio. São as seguintes:

- Herpes genital
- Sifilis
- Cancróide

- Linfogranuloma venéreo

Abaixo apresentados os algoritmos de úlcera genital dos protocolos nacionais:

ALGORITMO SOBRE ABORDAGEM DA ÚLCERA GENITAL

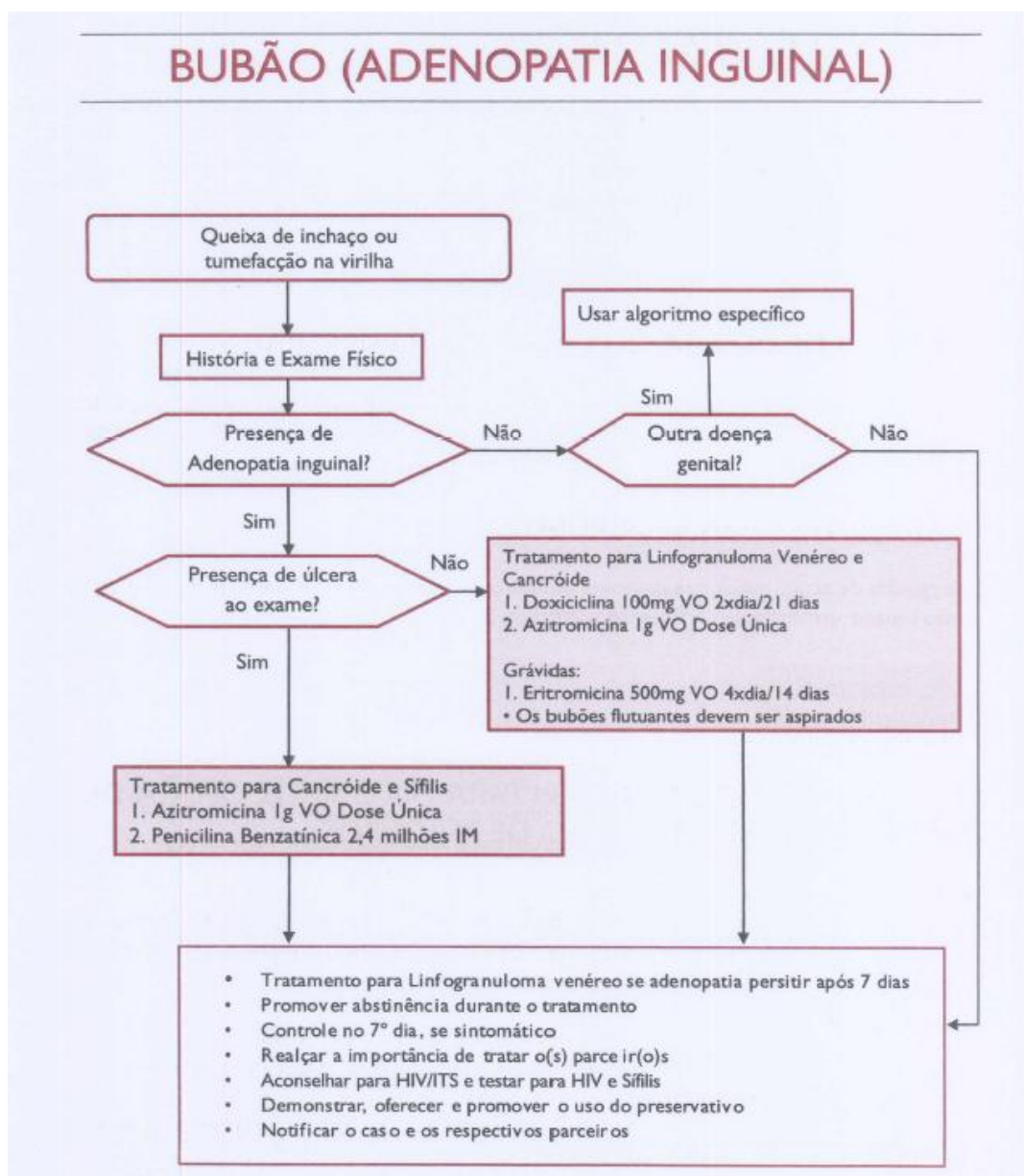


O algoritmo acima orienta acerca da conduta a ter em casos de úlcera genital. O conhecimento das características específicas de cada doença faz com que a interpretação e uso do algoritmo sejam mais fáceis para o clínico.

Regra geral, o algoritmo orienta para:

- Administração de tratamento para herpes genital, nos casos em que estiverem presentes para além da úlcera, uma ou mais vesículas. O exame deve ser apoiado pela anamnese, onde o paciente poderá descrever a evolução das lesões e outros dados importantes.
- Administração do tratamento para sífilis e cancroide quando está presente a ulceração genital, sem vesículas associadas e sem associação ao HIV, ou à gravidez (último trimestre).
- Administração de tratamento para sífilis, cancroide e herpes na presença de úlcera genital, HIV (suspeita ou confirmado), ou último trimestre da gravidez.
- Educação preventiva, rastreio e tratamento dos contactos sexuais, e notificação dos casos.

ALGORITMO SOBRE ABORDAGEM DO BUBÃO



O algoritmo acima orienta acerca da conduta a ter em casos de tumefacções inguinais, de igual forma que no algoritmo anterior, é importante conhecimento das características específicas de cada doença, para melhor interpretação e uso do algoritmo.

Regra geral, o algoritmo orienta para:

- Anamnese e exame físico para pesquisa de adenopatia inguinal;
- Nos casos sem linfadenopatia, pesquisar outras doenças;
- Nos casos com linfadenopatia associada à úlcera genital, administrar tratamento para Sífilis e Cancróide;
- Nos casos de linfadenopatia sem úlcera genital administrar tratamento para Linfogranuloma venéreo (a entidade causadora do Bubão) e cancroide;
- Nos casos de mulheres grávidas, uso de eritromicina para substituir doxiciclina;
- Educação preventiva, rastreio e tratamento dos contactos sexuais, e notificação dos casos.

Critérios de referência para nível superior

O Técnico de Medicina deve ser capaz de reconhecer quando uma ITS se apresenta com sinais de gravidade.

Abaixo estão listados os critérios de gravidade que devem levar ao TM a referir os casos de úlceras genitais para o nível de atendimento competente:

- Infecções resistentes ao tratamento usual ou de primeira escolha;
- Pacientes com infecções recorrentes apesar de tratamento apropriado;

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** A Sífilis primária é a primeira forma de manifestação da Sífilis, e tem como principal manifestação o surgimento do cancro duro, que é uma úlcera indolor, de base e bordos duros, bem definida, com fundo limpo.
- 5.2** O herpes genital é uma doença crónica, que não tem cura, caracterizada por períodos de latência clínica intercalados com recorrências. O tratamento melhora a evolução e reduz o risco das complicações.
- 5.3** Ao contrário das úlceras da Sífilis primária, as úlceras do Cancróide são geralmente múltiplas e caracterizam-se por apresentarem bordos mal definidos, fundo mole e purulento, e são muito dolorosas.
- 5.4** No Linfogranuloma venéreo, a úlcera é autolimitada, dura 3 a 5 dias e muitas vezes passa despercebida. A principal manifestação é a linfadenite inguinal supurativa (bubão) que se não tratada fistuliza e drena pus.
- 5.5** Para o tratamento do Bubão, está indicada a punção com agulha grossa para drenagem do pús. A incisão cirúrgica, não é recomendada.
- 5.6** As lesões típicas da donovanose são úlceras com tecido de granulação, de cor vermelho vivo, bordos regulares e elevados.
- 5.7** A abordagem sindrómica das úlceras genitais é a estratégia recomendada no nosso país, uma vez que, sem os meios diagnósticos auxiliares necessários, a capacidade para o diagnóstico etiológico é muito limitada.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	13
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Infecção de Transmissão Sexual (ITS) - Aconselhamento	Duração	4h

Objectivos de Aprendizagem

1. Representar uma consulta de uma paciente portadora de síndrome do corrimento vaginal e de úlcera genital, seguindo o algoritmo da abordagem sindrómica e aplicando as habilidades básicas de aconselhamento através da metodologia da dramatização.
2. Simular a educação do paciente e do parceiro na prevenção das ITS.
3. Demonstrar a colheita de amostras de secreção vaginal em manequins para diagnóstico do corrimento.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Introdução à Técnica (Revisão)	35 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	45 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	155 min

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Modelos anatómicos ou artificiais da pélvis óssea adaptados para técnicas ginecológicas: 5;
- Zaragatoas: 5 por grupo
- Kit para especuloscopia: 5
- Lâminas para depósito da amostra: 5 por grupo
- Canetas para rotular as amostras: 1 por grupo
- Luvas: 1 par para cada aluno

Bibliografia

- Universidade de Johns Hopkins, Escola de Medicina. Manual de ginecologia e obstetrícia (The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics). Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Jesus Conceição JC. Ginecologia fundamental. 1ª Edição. Atheneu; 2009.
- Ministério da Saúde do Brasil. Departamento da Saúde da Mulher. Manual de Orientação: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 2008.
- MISAU-ITECH. Ética e Metodologias de Ensino. Manual do Docente das IdF da Saúde. Janeiro 2011.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

(5 min)

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação do equipamento e dos materiais.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À TÉCNICA (REVISÃO)

(35 min)

2.1. Abordagem sindrómica das ITS

A abordagem sindrómica agrupa os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causadas. Fundamenta-se no facto de que as ITS, apesar dos diversos agentes causais conhecidos, costumam manifestar-se de formas semelhantes, podendo ser agrupadas em síndromes principais. Outro factor é que muitas vezes um mesmo paciente tem mais do que uma infecção.

A abordagem sindrómica tem, como grande vantagem, o facto que em única consulta pode-se chegar ao diagnóstico clínico, oferecer o tratamento e fazer o aconselhamento adequado. Esta abordagem permite um tratamento mais efectivo dos pacientes sintomáticos, utilizando-se algoritmos simples que podem ser usados em locais com poucos recursos e por profissionais de nível médio ou básico, desde que haja disponibilidade dos medicamentos necessários.

2.2. Síndrome do corrimento vaginal

Corrimento vaginal é, por definição, a mudança de cor, cheiro ou aumento do volume da secreção vaginal, resultantes de uma infecção vaginal ou cervical.

É importante diferenciar uma secreção vaginal normal (fisiológica: inodora, incolor de aspecto sero-mucoso) da secreção provocada por uma infecção de transmissão sexual. (ITS)

Dependendo do agente causador, o corrimento vaginal pode vir acompanhado de prurido, disúria, dispareunia e causar edema ou hiperemia da vulva. Quanto as características, o corrimento pode ser abundante, em pequena quantidade, ter cor amarelada ou branca e apresentar odor específico.

As causas mais comuns de corrimento vaginal são: Gonorreia, Trichomas Vaginalis, Cândida, Clamídia e as vaginoses bacterianas.

2.3. Síndrome de úlcera genital

O diagnóstico das úlceras genitais é principalmente baseado na clínica. Porque no nosso meio, a maioria dos exames para confirmação do diagnóstico das úlceras genitais são bastante limitados ou indisponíveis, o TMG deve conhecer as características sugestivas de cada uma das principais entidades causadoras das úlceras genitais para determinar a conduta terapêutica.

Muitas vezes, o quadro clínico das úlceras genitais é difícil de caracterizar no contexto de uma única patologia. Pode haver infecção simultânea por mais de um agente, apresentação de lesões atípicas, difíceis de definir sem apoio laboratorial, ou co-infecção pelo HIV, que provoca alterações na evolução das lesões. Nestes casos, está indicada a abordagem sindrómica das úlceras genitais, conduta que permite administrar um tratamento abrangente para a cobertura das entidades causadoras das mesmas.

As patologias contempladas nos protocolos nacionais de abordagem sindrómica das úlceras genitais foram seleccionadas com base na sua prevalência no nosso meio. As mais importantes são: Herpes genital (mais prevalente), Sífilis, Cancróide, Linfogranuloma venéreo.

2.4. Amostras de secreção vaginal para diagnóstico do corrimento

No nível primário de atenção à saúde, o tratamento das ITS é feito com base na abordagem sindrómica. A abordagem etiológica está reservada aos casos de resistência ao tratamento usual e os casos complicados devem ser transferidos para os hospitais de referência.

Contudo, as Unidades Sanitárias periféricas têm capacidade laboratorial para fazer análises microbiológicas simples, como a identificação através da tincção de Gram de certos patógenos. Por este motivo o TMG deve conhecer a técnica de recolha de secreções vaginais e uretrais para sua análise.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE (45 min)

3.1 Representação de uma consulta para praticar o uso dos algoritmos de corrimento vaginal e úlcera genital

Esta parte da aula apresenta o seguinte propósito:

- Praticar o uso dos algoritmos de ITS (Corrimento vaginal e úlcera genital) e completar os passos duma consulta clínica por estes motivos.

O papel do docente nesta actividade é apresentar a revisão dos conteúdos teóricos acima descritos, estimulando a participação dos alunos, perguntando sobre aspectos chave já discutidos nas aulas teóricas correspondentes.

A simulação da consulta será feita por 2 alunos voluntários e apoiada pelo docente.

Usando os algoritmos de corrimento vaginal e de úlcera genital, o docente deverá acompanhar a simulação para em conjunto com os alunos chegarem a um diagnóstico e tratamento. É importante certificar-se de que todos alunos entendem como usar os algoritmos.

O docente deve criar dois cenários para as simulações:

- 1º cenário: simulação de consulta por corrimento vaginal: J.K, sexo feminino, de 32 anos de idade, separada, actualmente com 2 parceiros sexuais frequentes e um parceiro sexual esporádico (vive longe e só vem nas férias). Durante as relações sexuais, usa preservativo, mas quando nem ela nem o parceiro têm, não usa. Ela apresenta-se na consulta com corrimento vaginal espumoso, fétido e não acompanhado de prurido. Refere também dispareunia.
- 2º cenário: simulação de consulta por úlcera genital: A.M, sexo feminino, de 24 anos de idade, solteira, tem namorado e é fiel a ele. Pratica relações sexuais desde os 16 anos, e não usa preservativo porque a sua relação é antiga e confia na fidelidade do seu namorado. Apresenta-se na consulta porque tem borbulhas com água na vulva que ao rebentarem produzem feridas dolorosas. Não tem outras queixas.

Para facilitar a explicação do seguimento dos algoritmos, o docente deve projectar imagens dos mesmos.

3.2 Técnica de dramatização de uma sessão de aconselhamento de uma paciente portadora de ITS

Esta parte da aula apresenta os seguintes propósitos:

- Estimular a reflexão acerca da importância do aconselhamento de qualidade na prevenção das ITS.
- Desenvolver a empatia dos formandos com os pacientes, particularmente numa área sensível como são os comportamentos sexuais.

- Analisar situações de conflito.
- Desenvolver habilidades para a realização de um aconselhamento útil e de qualidade.

O papel do docente nesta actividade é fazer os alunos compreenderem a importância da comunicação interpessoal na relação entre o clínico e o paciente. O docente deve realçar que numa área sensível como as ITS as habilidades do profissional são ainda mais importantes.

Para fazer compreender o impacto do aconselhamento de qualidade na área da prevenção de ITS e HIV, o docente irá com apoio de um voluntário simular uma sessão de aconselhamento:

Cenário: representação de um diálogo entre utente (voluntário) e clínico (docente), no qual o clínico escuta activamente a utente, que se sente mais a vontade e acaba contando com detalhes o problema que tem.

Durante o aconselhamento, o docente deve demonstrar os seguintes passos:

- Acolhimento do paciente e apresentação;
- Auscultação do caso do paciente, demonstrando interesse, generosidade, empatia e sem julgamento;
- Aconselhamento ao paciente, dando espaço para intervir quando necessário;
 - Prática de sexo seguro
 - Uso de preservativo
 - Riscos de contrair e de disseminar ITS.
 - Consequências das ITS (transmissão de HIV, infertilidade, abortos, etc)
- Esclarecimento de dúvidas do paciente;
- Convite do(s) parceiro(s) sexual(s);
- Recomendações finais ao paciente.

3.3. Técnicas de colheita de amostras de secreção vaginal em manequins

O docente deve demonstrar como realizar a colheita de secreção vaginal em manequim, para exame diagnóstico de ITS. Deve demonstrar cada um dos passos e descrever os procedimentos a serem seguidos para cada tipo de exame.

Material:

- Luvas
- Zaragatoa
- Lâminas para colheita da secreção vaginal

Procedimento

- Apresentar-se à paciente e explicar o procedimento que será realizado;
- Garantir privacidade;
- Colocar a paciente em posição ginecológica;

- Colocar o espéculo, sem lubrificante, para não alterar o resultado do exame;
- Com a zaragatoa, colher a secreção vaginal aparente e colocar em uma lâmina;
- Preencher os formulários para o envio da amostra ao laboratório;
- Rotular as amostras e enviar;
- Registar o procedimento no processo clínico.

A amostra deverá ser enviada ao laboratório e processada com a mínima demora. Pode ser mantida a temperatura ambiente.

Nos casos de vaginose bacteriana pode ser realizado um teste rápido que consiste na aplicação de algumas gotas de KOH na amostra. Se o cheiro a peixe morto aparecer, o teste é considerado positivo e faz-se o diagnóstico de vaginose bacteriana.

BLOCO 4: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(155 min)

4.1 Representação de uma consulta para praticar o uso dos algoritmos de corrimento vaginal e úlcera genital

O docente deverá dividir a turma em dois grupos. Em cada grupo um par de voluntários representará a paciente e o clínico.

- Um par representará uma consulta por corrimento vaginal: RE, sexo feminino, 18 anos. Apresenta-se na consulta com queixa de corrimento vaginal esverdeado e fétido há 5 dias. Durante as suas relações não usa preservativo, pois faz o planeamento com pílulas. Ainda não se casou, mas está a tentar engravidar porque seu noivo quer muito um filho.
- Outro par representará uma consulta por úlcera genital: ZN, sexo feminino, 43 anos. Apresenta uma úlcera na vulva indolor e sem prurido, mas veio a consulta porque achou estranho. É a 3ª mulher de um homem polígamo, e não usa preservativo nas suas relações sexuais. Quando o marido fica mais de um mês sem a visitar, mantém relações íntimas com o vizinho.

Os alunos terão 10 min para se prepararem a simulação da consulta e 15 min para se apresentarem em plenária. As apresentações deverão ser realizadas com base nas demonstrações feitas pelo docente (com os voluntários).

Durante as apresentações todos os alunos devem seguir o algoritmo para verificar se o colega simulador chegou ao mesmo diagnóstico e tratamento.

No fim os alunos deverão trocar experiências sobre a técnica em plenária.

4.1.1 Lista de verificação para uso de algoritmos

- Enquadramento das queixas do paciente através do seguimento do fluxograma do algoritmo;
- Alcance de diagnóstico correcto;
- Selecção do tratamento correcto;

4.2 Representação das técnicas de aconselhamento

Nos mesmos grupos, um outro par de alunos deverá fazer a simulação de uma sessão de aconselhamento, com base nos casos clínicos (incluindo hábitos e comportamento sexual) acima descritos.

Em cada grupo, um aluno vai representar o utente e outro aluno vai representar o papel de TMG. (tempo de preparação 10 min)

As dramatizações devem ser feitas em 15 min, seguindo-se os princípios demonstrados pelo docente, tendo em consideração o contexto de cada paciente (simulado).

No fim, das simulações, os alunos terão 10 minutos para discutirem em plenária.

Em ambas técnicas o docente deve agir como um mediador, controlando o tempo da intervenção de cada grupo e completando o conteúdo, quando necessário. O docente deve também fazer a retro-informação sobre os pontos positivos e os pontos a melhorar na dramatização.

4.2.1. Lista de verificação para técnicas de aconselhamento

- Acolhimento do paciente e apresentação;
- Auscultação do caso do paciente, demonstrando interesse, generosidade, empatia e sem julgamento;
- Aconselhamento ao paciente, dando espaço para intervir quando necessário;
 - Prática de sexo seguro
 - Uso de preservativo
 - Riscos de contrair e de disseminar ITS.
 - Consequências das ITS (transmissão de HIV, infertilidade, abortos, etc)
- Esclarecimento de dúvidas do paciente;
- Convite do(s) parceiro(s) sexual(s);
- Recomendações finais ao paciente.

4.3 Demonstração da técnica de colheita de corrimento vaginal

Dividir os alunos em 5 grupos e atribuir a cada grupo uma estação com manequim adaptado para técnicas ginecológicas (alternativamente usar o manequim disponível)

Cada grupo deverá praticar a técnica de colheita de corrimento vaginal, seguindo os princípios demonstrados pelo docente

O docente circulará pelos grupos, e observará em cada grupo pelo menos uma demonstração. Eventuais dúvidas deverão se esclarecidas no momento

Todos os alunos deverão praticar a técnica

No fim os alunos deverão trocar experiências em plenária.

4.3.1. Lista de verificação para técnica de colheita de corrimento vaginal

- Acolhimento da paciente e apresentação;
- Explicação do procedimento que será realizado;
- Posicionamento da paciente;
- Colocação do espécule;
- Colheita e armazenamento da amostra;
- Preenchimento dos formulários para o envio da amostra ao laboratório;
- Rotulação das amostras;
- Registo do procedimento no processo clínico.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	14
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Doença Inflamatória Pélvica Abscesso de Bartholin	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

A. Sobre doença inflamatória pélvica

1. Identificar os organismos mais comuns associados com a Doença Inflamatória Pélvica (DIP).
2. Identificar os factores de risco para DIP.
3. Descrever os sintomas e sinais típicos de DIP e identificar os critérios para fazer o diagnóstico.
4. Identificar outras condições no diagnóstico diferencial dos pacientes com suspeita de DIP.
5. Identificar potenciais sequelas da DIP a longo prazo.
6. Descrever o tratamento farmacológico da DIP.
7. Identificar os critérios de admissão para um paciente com DIP aguda para tratamento com antibiótico via intravenosa (IV).

B. Sobre abscesso de Bartholin

1. Descrever a apresentação clínica do abscesso de Bartholin.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Doença Inflamatória Pélvica - DIP		
3	Abscesso de Bartholin		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- CDC. Doença inflamatória pélvica (Pelvic inflammatory disease). 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/pid/stdfact-pid.htm>
- Manual de Merck, 3º Edição.
- NIH. Doença inflamatória pélvica (Pelvic inflammatory disease). 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth>
- Programa nacional de combate às ITS/HIV/SIDA-MISAU, *Guia para tratamento e controle das infecções de transmissão sexual (ITS)*, volume 2, 2006.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA - DIP

2.1. Definição

A doença Inflamatória Pélvica (DIP) é o termo geral para definir uma infecção dos órgãos genitais internos femininos (útero, trompas de Falópio, ovários ou da cavidade pélvica).

2.2. Epidemiologia

A DIP é uma doença de transmissão sexual comum no nosso meio. Afecta maioritariamente mulheres jovens (abaixo de 25 anos) e apresenta sequelas importantes como a infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crónica. Estima-se que em África, mais de 50 a 80% dos casos de esterilidade, são devidos à DIP.

2.2.1 Etiologia

Resulta da infecção dos órgãos genitais internos (útero, trompas e ovário) por bactérias provenientes da vagina ou do colo do útero, geralmente como consequência de uma doença de transmissão sexual (ITS) não tratada.

As bactérias mais comuns são:

- *Chlamydia trachomatis*
- *Neisseria gonorrhea* ou *gonococco*

2.2.2 Factores de Risco

Os factores de risco para o desenvolvimento da DIP são

- Relações sexuais sem usar o preservativo com um parceiro que tem infecção por Gonococco ou Clamídia.
- Ter múltiplos parceiros ou ter um parceiro com múltiplas parceiras: aumento da probabilidade de DTS e de transmissão.
- História passada de DTS.
- História passada de DIP.
- O parto: aumento da vulnerabilidade dos órgãos genitais a entrada de agentes patogénicos.
- O aborto: aumento da vulnerabilidade dos órgãos genitais a entrada de agentes patogénicos.
- A introdução do dispositivo intra-uterino, aumenta o risco de infecção.
- Actividade sexual durante a adolescência: aumento do risco de DTS por imaturidade do colo do útero que, nesta idade, é mais susceptível às infecções.
- Lavagens vaginais: alteração da flora bacteriana normal da mucosa vaginal e predisposição a infecções.

2.3. Fisiopatologia

Na maior parte dos casos a infecção inicia na vagina para difundir-se no útero e causar uma endometrite e desta às trompas provocando salpingite, chegando até aos ovários onde origina uma

ooforite e ao peritônio causando uma peritonite. A disseminação dos microrganismos para os órgãos genitais internos faz-se pelas vias ascendente, hematogênea e linfática.

2.4. Classificação da DIP

Tabela 1. Classificação da DIP e quadro clínico

Graus da DIP	Quadro clínico
I-Leve	Salpingite aguda e sem irritação peritoneal
II-Moderada e sem abscesso	Salpingite aguda e com irritação peritoneal (pelviperitonite)
III-Moderada e com abscesso	Salpingite aguda com oclusão tubária ou abscesso tubo-ovariano ou abscesso pélvico
IV-Grave	Abscesso tubo-ovariano roto ou sinais de choque séptico

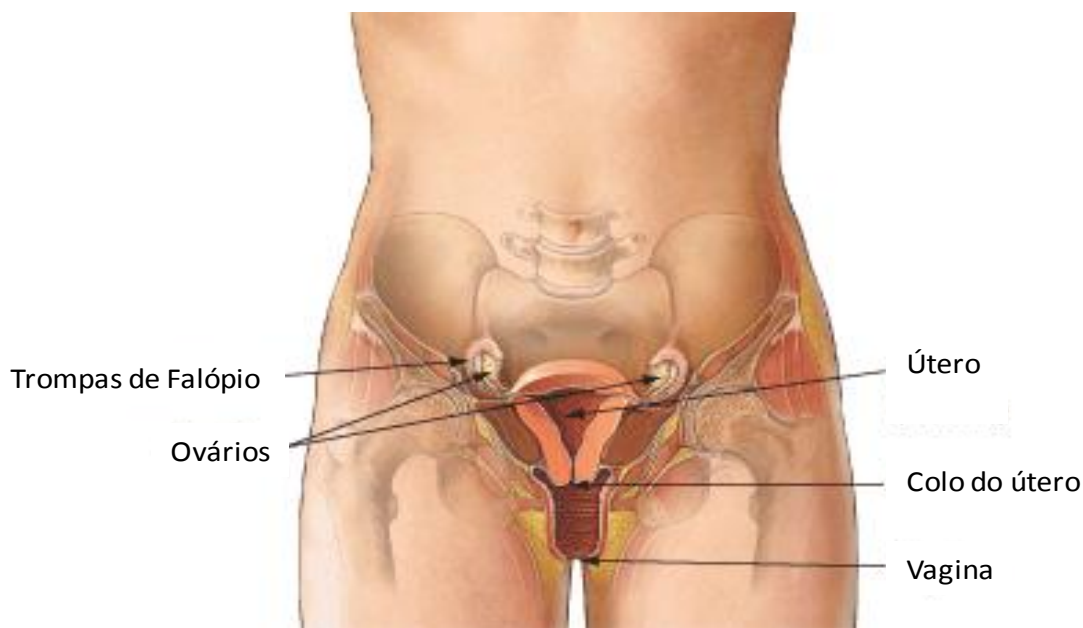
Fonte: <http://prevencaodst.blogspot.com/2010/11/doenca-inflamatoria-pelvica.html>

2.5. Manifestações Clínicas

Os sintomas podem ser leves, sobretudo no início e se o agente causal for a Clamídia, ou podem ser mais graves, caso o agente causal seja o Gonococo, que determina infecções mais agudas e de início rápido.

Os sintomas mais comuns incluem:

- Febre: pode estar ausente e quando presente pode ser intermitente
- Dor na região hipogástrica, ou na região lombar, que pode se manter ou tornar-se mais severa e intensa.
- Secreção vaginal de cor, cheiro e consistência anormal



Fonte: [womenshealth.gov](http://www.womenshealth.gov/faq/pelvic-inflammatory-disease.cfm)
<http://www.womenshealth.gov/faq/pelvic-inflammatory-disease.cfm>

Figura 1. Localização da DIP.

Outros sintomas que podem aparecer são:

- Sangramento após uma relação sexual
- Dor durante a relação sexual (dispareunia)
- Calafrios
- Astenia e fraqueza generalizada
- Micção frequente (poliúria) ou dolorosa (disúria)
- Aumento da dor durante o ciclo menstrual
- Ciclo menstrual irregular ou perdas hemáticas entre duas menstruações
- Falta de apetite
- Náusea com ou sem vômito

Nota: em alguns casos os sintomas podem estar ausentes e a infecção evoluir sem ser reconhecida.

Os sinais presentes ao exame objectivo do abdómen e ginecológico incluem:

- Dor à palpação do abdómen, na parte inferior (hipogástrica) com reacção de defesa (parede abdominal como uma tábua) caso a dor seja intensa, sinal de Bloomberg positivo, diminuição ou ausência de sons intestinais por íleo paralítico em casos graves.
- Dor intensa á palpação e a mobilização do útero e anexos (exame bimanual).Sangramento do colo do útero
- Secreções do colo do útero

2.6. Complicações

Danos permanentes dos órgãos genitais femininos com cicatrizes e aderência que, com o tempo, podem levar a:

- Dor pélvica crónica
- Gravidez ectópica
- Infertilidade: 10% das mulheres tornam-se inférteis após uma DIP e a probabilidade aumenta se o número de incidências de DIP aumentar
- Peritonite (e septicémia), secundária a a disseminação da infecção para a cavidade peritoneal

2.7. Diagnóstico

Além das informações recolhidas sobre a história sexual e a sintomatologia actual (ver acima), é possível fazer alguns testes de laboratório que têm o objectivo de pesquisar eventuais sinais de infecção. Sendo estes:

- Hemograma: aumento dos glóbulos brancos e neutrófilos
- Velocidade de sedimentação (VS): aumentada
- Cultura das secreções vaginais: pode ser positiva para Gonococo, Clamídia ou outras bactérias
- Ecografia ginecológica (da região pélvica) pode evidenciar sinais de infecção como abscessos, líquido livre peritoneal e outros.

2.8. Diagnóstico diferencial

- Gravidez ectópica: colher a história menstrual, fazer o exame físico e o teste para a gravidez.

- Apendicite: o exame objectivo e a evolução dos sinais e sintomas ajudam a diferenciar estas patologias. Nos casos avançados com peritonite, muitas vezes o diagnóstico diferencial é intra-operatório.
- Cistite: a anamnese, o exame objectivo e a evolução dos sinais e sintomas ajudam a diferenciar estas patologias. Deve-se fazer também o exame de urina.
- Aborto séptico: a anamnese, o exame objectivo e a evolução dos sinais e sintomas ajudam a diferenciar estas patologias. Sempre que possível, deve-se fazer também uma ecografia abdominal.

2.9. Tratamento

O tratamento é feito com antibióticos que, dependendo da gravidade da apresentação clínica, podem ser administrados oralmente ou por via parenteral.

Os parceiros devem ser tratados para prevenir a retransmissão da doença, mesmo se forem assintomáticos. Deve ser usado o preservativo nas relações sexuais durante a duração do tratamento antibiótico.

O recomendado no nosso contexto, é fazer uma abordagem sindrómica, tratando as principais causas (Gonorreia, Clamídia e agentes anaeróbios).

2.9.1. Para Casos Leves e Moderados:

Kanamicina 2g IM dose única

+

Doxiciclina (100 mg): 100mg oral duas vezes ao dia durante 14 dias (não usar em caso de gravidez)

+

Metronidazol (500 mg): 500mg oral 2 vezes ao dia durante 14 dias

2.9.2. Para Casos Graves - internar e fazer tratamento com:

- Ampicilina: 1gr por via EV de 6/6h, durante 7-10 dias
- +
- Gentamicina: 1 a 1,5 mg/kg por via EV/IM de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias
- +
- Metronidazol: 500mg por via EV de 6/6h durante 7 a 10 dias

É importante o controlo de seguimento após 4 semanas para controlar se a infecção foi curada.

2.10. Critérios para a Referência e Internamento:

- Sinais de gravidade: febre alta, calafrios, vômitos, fraqueza generalizada;
- Sem resposta positiva ao tratamento antibiótico oral;
- Incapacidade para os antibióticos por via oral (vômitos, mal estar geral);
- Sinais físicos compatíveis com provável abscesso nas trompas ou ovário, ou com peritonite, para controlar evolução e prevenir complicações;
- Em caso de dúvida com outras doenças como apendicite ou gravidez ectópica: para monitorar a evolução do quadro clínico.

2.11. Prevenção

As medidas de prevenção incluem a informação das mulheres acerca dos seguintes pontos:

- Tratar atempadamente as ITS e portanto procurar o clínico em caso de qualquer sintomas nos genitais como dor, secreção com mau cheiro, disúria.
- Parar de ter relações sexuais durante o tratamento;
- Adiar o início das relações sexuais.
- Praticar sexo seguro: uso do preservativo, ter um só parceiro.
- Despiste de ITS antes de decidir iniciar a ter relações sexuais sem preservativo com o parceiro fixo/habitual.
- Informar os parceiros recentes em caso de infecção para que sejam tratados.

BLOCO 3: ABCESSO DE BARTHOLIN

3.1. Glândula de Bartholin

São glândulas produtoras de muco e estão localizadas na vulva, entre os lábios maiores e os lábios menores. São pequenas estruturas com um tamanho de 0.5 a 1 cm. Essas glândulas têm uma função lubrificante durante o acto sexual.

3.2. Abscesso de Bartholin

É o acúmulo purulento de fluidos que forma uma protuberância (inchaço) em uma das glândulas de Bartholin. O mecanismo fisiopatológico subjacente é a obstrução do ducto da glândula que provoca uma acumulação delimitada de muco chamada quisto. O quisto pode infectar-se com consequente formação dum abscesso.

3.3. Etiologia:

A origem da obstrução do ducto e a consequente formação de quisto não é completamente conhecida. Possíveis causas são o aumento da consistência do muco, traumas mecânicas devidas a episiotomias mal feitas.

Os microorganismos maiormente envolvidos na infecção dos quistos e na formação dos abscessos são *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Escheriquia Coli*, *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia tracomatis*.

3.4. Apresentação Clínica:

Tipicamente o abscesso de Bartholin apresenta-se com:

- Tumoração local acompanhada de dor intensa, rubor (vermelhidão), e aumento da temperatura local;
- Os tecidos adjacentes ficam edemaciados;
- A tumoração evolui com flutuação;
- Dificuldade para sentar-se ou caminhar;
- Dor durante as relações sexuais.
- Sintomas gerais podem estar presentes: febre, mal estar geral, calafrios.



Fonte: CDC/Susan Lindsley

Figura 2. Bartholinite.

3.5. Diagnóstico:

O diagnóstico é basicamente clínico. O hemograma pode mostrar leucocitose e pode haver aumento da velocidade de sedimentação.

3.6. Diagnóstico diferencial

A protuberância da glândula de Bartholin pode assemelhar-se a outras massas vulvovaginais como quistos sebáceos, lipomas, hematomas, condilomas entre outros. Os sinais locais e sistêmicos de inflamação excluem estas outras condições.

3.7. Tratamento

Quando o abscesso é pequeno pode ser tratado de forma conservadora:

- Aplicação de panos quentes e banhos de assento
- Para o alívio da dor: Administrar analgésicos como paracetamol (500 mg oral de 8/8 h S.O.S) ou ibuprofeno (400 mg oral de 8/8 h S.O.S).

O antibiótico está indicado para algumas pacientes (pacientes diabéticas, com comprometimento sistêmico ou imunodeprimidas). Nestes casos, recomenda-se Amoxicilina com ácido clavulânico 500 mg oral de 8/8 h por 7 a 10 dias.

Quando o tamanho do abscesso é maior e há edema significativo dos tecidos circundantes, deve-se referir a paciente para drenagem.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1. A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é o termo geral para definir a infecção dos órgãos genitais femininos internos (útero, trompas de Falópio, ovários) e/ou a cavidade pélvica.
- 4.2. A causa mais comum da DIP é uma infecção por *Chlamydia trachomatis* ou por Gonococo.
- 4.3. Os sintomas mais comuns são dor na região hipogástrica do abdômen, secreção vaginal de cor, cheiro e consistência anormal e febre intermitente.
- 4.4. Alguns quadros de DIP podem ser graves, com risco de vida, pelo que perante sinais de gravidade como febre alta, calafrios, vômitos, mal estar geral e sinais de irritação peritoneal, a paciente deve ser referida para nível superior.
- 4.5. O tratamento também deve ser iniciado nos parceiros e durante a sua duração deve-se praticar abstinência sexual ou usar o preservativo durante as relações sexuais.
- 4.6. O abscesso de Bartholin, é o acúmulo purulento de fluídos que forma uma protuberância (inchaço) em uma das glândulas de Bartholin.
- 4.7. Abscessos de Bartholin pequenos podem ser tratados de forma conservadora, mas quando o tamanho do abscesso é maior e há edema significativo dos tecidos circundantes, deve-se referir a paciente para drenagem.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	15
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Infertilidade Sangramento Vaginal Anormal	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre infertilidade

1. Definir infertilidade;
2. Descrever a incidência da infertilidade em Moçambique;
3. Descrever a avaliação de infertilidade feminina e conduta ao nível do TMG;

Sobre Sangramento Vaginal Anormal

1. Definir o termo: hemorragia uterina disfuncional (HUD).
2. Descrever a hemorragia vaginal anormal por anomalias estruturais;
3. Descrever a abordagem dos cuidados primários com relação à história, estado físico e estudos diagnósticos e do tratamento de uma paciente com hemorragia vaginal anormal.
4. Descrever os critérios para referência ao outro nível.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à aula		
2	Infertilidade Feminina		
3	Hemorragia Vaginal Anormal		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolvimento da disciplina):

- Porter R. Manual do Merck (Merck manual). 3º Edição. Merck; 2009.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 6ª Edição. Guanabara Koogan; 2009.
- Decherney. A, Nathan L, Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento, 9ª edição, McGraw Hill,

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INFERTILIDADE FEMININA

2.1 Definição

A infertilidade é a incapacidade de um casal de conceber após um ano de relações sexuais regulares e sem protecção (sem usar nenhum método anticonceptivo).

2.2 Epidemiologia

Conforme referido na aula anterior, a DIP é responsável por cerca de 50 a 80% da infertilidade feminina em África. Acredita-se que em Moçambique, esta e outras infecções, sejam uma das causas importantes. As causas cirúrgicas (após um parto complicado ou aborto) e outras devidas à factores hormonais ou funcionais também jogam papel, embora não hajam estudos sobre a matéria.

Em geral, os factores masculinos contribuem com cerca de 40% dos casos, enquanto os factores femininos com cerca de 60% para a infertilidade.

2.3 Fisiopatologia e Etiologia

O pico de fertilidade numa mulher é aos 20 anos.

Em mulheres com menos de 30 anos e que têm relações sexuais regulares a probabilidade de ficar grávida é de aproximadamente 30% em cada mês.

Os mecanismos fisiopatológicos da infertilidade feminina incluem:

- Incapacidade de produzir óvulos (factores ovulatórios);
- Incapacidade dos óvulos de se movimentarem dos ovários para as trompas e destas para o útero;
- Incapacidade do óvulo fertilizado para se implantar na parede do útero;
- Incapacidade do embrião para sobreviver, depois de implantado no útero.

Várias causas podem estar envolvidas nesses mecanismos, a saber:

Infecciosas

- Doença inflamatória pélvica (DIP);
- Tuberculose genital;

Doenças dos órgãos genitais

- Ovário e trompas: ovário policístico, tumores, malformações, etc;
- Útero e do colo uterino: miomas, pólipos, malformações, endometriose;
- Pós-cirurgia ginecológica ou abdominal: criação de aderências

Distúrbios nutricionais

- Obesidade;
- Malnutrição;
- Anorexia nervosa;

Outras:

- Doenças auto-imune;
- Exercício físico em excesso;
- Exposição à medicamentos tóxicos;
- Abuso de álcool;
- Deficiência de hormonas;

2.4 Classificação:

- Infertilidade primária: refere-se a um casal que não teve filhos após um ano de relações sexuais sem protecção.
- Infertilidade secundária refere-se a um casal que já teve um, ou mais, filhos e que não consegue conceber mais.

2.5. Manejo da Infertilidade

Caso um casal não consiga ter filhos é necessário avaliar a mulher e ao homem para se ter um quadro completo da situação, poder formular hipóteses diagnósticas e proporcionar a conduta.

O clínico deve avaliar o casal incluindo:

- Anamnese
- Exame físico completo: incluindo o aparelho reprodutivo
- Testes de laboratório

O manejo dos casos de infertilidade é da competência do médico especialista, pelo que perante suspeita ou queixa de infertilidade o TMG deve referir o caso para nível de atenção superior. Antes de referir o caso, algumas medidas podem ser tomadas ao nível do TMG, são as seguintes:

- Tratamento de eventuais ITS;
- Educação e aconselhamento ao casal sobre a periodicidade das relações sexuais: é aconselhável ter relações sexuais à cada 3 dias durante a semana em que a mulher está a ovular, ou seja, 2 semanas antes do início do ciclo menstrual (da menstruação);
- Fornecer suporte psicológico ou encaminhar para grupos de apoio, para evitar ou tratar a depressão e ansiedade relacionada à incapacidade de ter filhos.

2.6. Prevenção

Nem todas as causas de infertilidade podem ser prevenidas. Mas algumas causas podem ser controladas, como por exemplo:

- As infecções e suas sequelas: através de controlo da cadeia de transmissão das ITS e assim como o seu tratamento.
- Alimentação equilibrada, saudável.
- Controlo regular da gravidez através das consultas pré-natais: para prevenir as ITS e detectar eventuais situações de risco e minimizar o risco de cirurgia e de sequelas pós-cirúrgicas.

BLOCO 3: HEMORRAGIA VAGINAL ANORMAL

Depois da menarca, toda mulher espera um sangramento vaginal cíclico definido como menstruação.

Qualquer alteração nas características do ciclo menstrual desperta a atenção da mulher. Estas alterações podem ser um aumento ou redução do fluxo menstrual, sangramentos fora dos ciclos menstruais, ou ainda uma ausência completa da menstruação.

3.1 Definição

Hemorragia vaginal anormal define-se como sendo o sangramento proveniente do útero, fora dos padrões normais da menstruação. Pode consistir na alteração do fluxo, do tempo ou da periodicidade da menstruação.

Importante lembrar que os padrões dos ciclos menstruais variam muito de mulher para mulher, devendo o clínico, investigar como eram os ciclos antes da paciente ter notado alguma alteração.

Na aula 4 (anamnese) foram descritos os tipos de manifestação do sangramento vaginal anormal, das quais as mais comuns são a menorragia, a metrorragia e a amenorreia.

3.2 Classificação

Quanto a sua etiologia, a hemorragia vaginal anormal é classificada em:

- Hemorragia uterina orgânica: aquela que está associada a factores orgânicos uterinos (tumores, pólipos, infecções).
- Hemorragia uterina disfuncional: quando não há causa específica identificada, e está associado a alterações hormonais.

3.3 Etiologia

As principais causas de sangramento vaginal anormal são:

3.3.1. Hemorragia uterina disfuncional (HUD): é o sangramento anormal devido a alterações hormonais com um nível de estrogénio e progesterona que não são balanceados. É a causa mais comum de sangramento anormal sem uma doença específica como causa.

Esta condição, é frequente em adolescentes nos 2 primeiros anos após o início dos ciclos reprodutivos e o sangramento é geralmente irregular.

O diagnóstico é um diagnóstico de exclusão, ou seja, é necessário excluir todas as causas orgânicas de sangramento (trauma, tumores e outras doenças) antes de se concluir que trata-se de HUD.

3.3.2. Hemorragia uterina orgânica

- **A gravidez:** a gravidez ectópica, que é a implantação do óvulo fecundado fora do útero, ou abortos podem causar hemorragia uterina anormal.

Mesmo numa gravidez normal, algumas mulheres podem reportar sangramento ligeiro no 1º mês, o que corresponde a implantação do ovo. Este fenómeno é normal, e frequentemente é confundido pela mulher como sendo um ciclo menstrual normal, mas que veio com pouca intensidade.

- **O climatério:** as mudanças no nível das hormonas que acontece durante o climatério (período antes e depois da menopausa) podem determinar um sangramento disfuncional. A atrofia das paredes vaginais que acontece durante a menopausa pode causar sangramento durante e após uma relação sexual.
- **Doenças dos órgãos reprodutivos como:**

- Pólipos na mucosa do útero ou vagina
- Cancro da vagina, do colo do útero e do ovário
- Doença pélvica inflamatória
- Fibroma uterino
- Endometriose (consultar aula19)
- Quistos do ovário
- Inflamação da cervix e do endométrio
- **Medicamentos:** anticoagulantes, anticoncepcionais a base exclusiva de progesterona.
- **Doenças genéticas do sangue:** como a hemofilia
- **Trauma:** por exemplo em caso de implante do dispositivo intra-uterino, um sangramento leve é normal, mas se é excessivo e prolongado é importante uma avaliação; outra possível causa de trauma pode ser durante a relação sexual.

3.3.3. Hemorragia uterina de causa não ginecológica

- Distúrbios hormonais (hipotireoidismo, hipertireoidismo, D.Mellitus);
- Doença hepática;
- Discrasias sanguíneas.

3.4 Manifestações Clínicas

- Alteração do período habitual de sangramento menstrual, ou sangramento entre 2 períodos normais;
- Alteração do volume de sangramento (excessivo ou reduzido);
- Sangramento por períodos prolongados (mais do normal ou mais de 7 dias); A duração do ciclo menstrual pode ser menos que 28 dias ou mais que 35 dias;
- Sinais e sintomas associados à anemia podem estar presentes (ver disciplina de hematologia);
- Sinais e sintomas associados à patologia de base.

3.5 Complicações:

- Infertilidade por falta de ovulação em caso de ciclos anovulatórios;
- Anemia severa por sangramento prolongado e volumoso.

3.6 Diagnóstico

A abordagem de uma paciente com sangramento vaginal anormal inclui:

- Anamnese
- Exame físico
- Testes de laboratório
- Exames especializados

O manejo dos casos de hemorragia uterina disfuncional é feito à níveis superiores do TMG, contudo, é importante que antes de referir estas doentes, o TMG faça uma anamnese e exame físico completos, por forma a:

- Confirmar o sangramento uterino e excluir outras causas como sangramento anorrectal ou uretral;
- Identificar a provável causa e grau de extensão da lesão (se aplicável);
- Avaliar a presença de eventuais complicações e estabilizar a paciente, antes de referir.

3.6.1 Anamnese

A recolha de uma anamnese, além das informações padrão da anamnese de um paciente adulto, deve ser enfocada nos antecedentes ginecológicos, obstétricos e da vida sexual, e incluem as seguintes áreas:

- Data da última menstruação para exclusão de gravidez
- Idade da menarca: que permite situar a paciente em uma das diversas fases da vida da mulher, quais sejam puberdade, maturidade, climatério e senilidade.
- Queixa principal e história da doença actual: sintomas associados
- Características do seu ciclo menstrual
- Planeamento familiar: métodos de contracepção em uso ou usados no passado
- Doenças de transmissão sexual pregressas e actuais: HIV, Sífilis, HSV e outras;
- Doenças crónicas: diabetes, coagulopatias e outras doenças hormonais-metabólicas;
- Medicamentos incluindo os tradicionais;
- Doenças ginecológicas anteriores, explorações e tratamentos feitos;
- Informações da história obstétrica:
 - Número de gestações (G) e complicações
 - Número de abortos (A): tipo, idade, complicações
 - Número de partos (P): tipo, idade, complicações
 - Nados mortos, idade gestacional e prováveis causas
 - Nados vivos, peso
 - Prematuridade
 - Puerpérios: evolução, problemas
 - Lactação: evolução, problemas, intervalo intergestacional
- Revisão de sistemas

3.6.2 O exame físico

Deve incluir o exame abdominal e ginecológico e deve focar em:

- Inspeção dos genitais externos, uretra e região anal;
- Especuloscopia: inspecção do colo do útero para procurar malformações, sinais de infecção como secreções e/ou feridas, eventuais corpos estranhos (tampão ou outros objectos)
- Exame bimanual: avaliar a forma do útero e vagina e pesquisar eventuais massas

Durante o exame físico o clínico pode colectar uma amostra de fluido vaginal para o exame microscópico e bacteriológico (cultura) em caso de suspeita de infecção

3.6.3 Meios auxiliares de diagnóstico

Ao nível do TMG, alguns exames podem ser feitos na primeira avaliação da doente (antes de referir):

- Hemograma: para avaliar se o sangramento provocou anemia significativa, ou se há sinais de infecção. Também permite avaliar a presença de trombocitopenia;
- Teste de gravidez: dosagem da HCG na urina ou sangue;
- Exame microbiológico do corrimento vaginal

3.7 Tratamento

A nível do TMG, o principal objectivo é tratar possíveis complicações como anemia, dor pélvica associada ao quadro, entre outras.

Após a estabilização, estas pacientes devem ser referidas para níveis de atenção superior onde beneficiaram de estudos mais avançados.

O objectivo do tratamento é de controlar/parar o sangramento e curar/corrigir a sua causa, se possível.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** Infertilidade é a incapacidade de um casal de conceber e ter filhos após um ano de relações sexuais regulares e sem protecção.
- 4.2** A infertilidade pode ser de origem feminina e masculina e portanto é sempre necessário considerar um problema com ambas as partes e oferecer a consulta ao casal em conjunto.
- 4.3** O aconselhamento sobre a vida sexual e a periodicidade das relações sexuais muito frequentemente é associado a um resultado de sucesso.
- 4.4** Deve-se fornecer suporte psicológico ao casal para tratar ou prevenir depressão ou ansiedade, associadas ao facto de não se poder ter filhos;
- 4.5** Define-se menorragia como uma menstruação abundante (muitas vezes prolongada - hipermenorreia), enquanto que metrorragia consiste no sangramento de origem uterina, fora do período menstrual normal;
- 4.6** A hemorragia uterina disfuncional é o sangramento anormal devido a alterações dos níveis hormonais normais. É a causa mais frequente de hemorragia vaginal anormal e é benigna.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	16
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Dor Pélvica Feminina (Síndrome da Dor) Menopausa	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre dor Pélvica Feminina (Síndrome da Dor)

1. Distinguir a dismenorreia primária da dismenorreia secundária.
2. Descrever a apresentação típica da dismenorreia primária, usando a idade, sintomas e resultados do exame pélvico.
3. Descrever o tratamento da dismenorreia primária com anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs).
4. Enumerar as causas gerais da dismenorreia secundária.
5. Identificar os sintomas gerais e os resultados de exame pélvico de endometriose.
6. Descrever etiologias, diagnósticos e tratamentos para a dor pélvica crónica.
7. Definir e dispareunia.
8. Descrever os critérios para referência ao outro nível.

Sobre Menopausa

1. Definir “menopausa” e identificar a idade normal e o período de tempo que leva para ocorrer.
2. Definir “menopausa prematura” e “menopausa cirúrgica”.
3. Descrever os sinais e sintomas normais da menopausa.
4. Descrever a apresentação clínica de vaginite atrófica.
5. Descrever as medidas preventivas que devem ser recomendadas para a prevenção da osteoporose pós-menopausa;
6. Identificar as mulheres que se encontram em maior risco de fractura osteoporótica.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Dismenorreia		
3	Dor pélvica Crónica e Dispareunia		
4	Menopausa		
5	Vaginite Atrófica		
6	Osteoporose		
7	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Porter R. Manual do Merck (Merck manual). 3º Edição. Merck; 2009.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 6ª Edição. Guanabara Koogan; 2009.
- Decherney. A, Nathan L, Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento, 9ª edição, McGraw Hill,

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DISMENORREIA

2.1 Definição

Dismenorreia significa menstruação dolorosa. Se a dor for acompanhada por dor no abdómen inferior com irradiação para a região lombar e membros inferiores, náuseas e cefaleia é chamada de síndrome da dismenorreia.

2.2 Classificação:

A dismenorreia pode ser:

- Primária ou idiopática ou funcional: quando não tem patologia pélvica associada;
- Secundária: quando é devida a qualquer doença pélvica orgânica.

2.3 Epidemiologia: a dismenorreia afecta aproximadamente 50% das mulheres. A dismenorreia primária, acomete maioritariamente mulheres jovens e surge geralmente 1 a 2 anos depois da menarca. Por sua vez, a dismenorreia secundária surge anos após a menarca.

2.4 Dismenorreia Primária

2.4.1. Fisiopatologia: as causas da dismenorreia primária são as contracções da musculatura lisa do útero por efeito das substâncias produzidas pelo próprio endométrio (prostaglandinas).

2.4.2. Factores que contribuem para a dismenorreia primária:

- Ansiedade em respeito aos ciclos menstruais: frequente em adolescentes
- Falta de exercício físico
- Alimentação inadequada

2.4.3. Manifestações Clínicas:

A intensidade do quadro é variável de leve à casos acentuados que obrigam a repouso absoluto.

- Dor hipogástrica tipo cólica de intensidade variável, aliviada por massagem abdominal, pressão ou movimento. A dor pode ser constante e pode irradiar-se para as fossas ilíacas, e região lombossacral. Em geral inicia algumas horas antes ou depois do início do ciclo menstrual e pode durar 48 a 72 horas
- Pode estar presente dor na região lombar com possível irradiação para os membros inferiores.
- Náuseas e vômitos
- Cefaleia
- Obstipação ou diarreia
- Polaciúria
- Raramente, podem estar presentes episódios de síncope;
- Sintomas da síndrome pré-menstrual podem iniciar duas semanas antes da menstruação.

Os sinais vitais e o exame ginecológico são normais. Pode haver dor a palpação do útero, mas não há sinais de irritação peritoneal, nem dor a palpação do colo.

2.4.4. Diagnóstico

Perante caso de dor cíclica, associada ao período menstrual numa paciente que não apresente achados patológicos ao exame pélvico considera-se que se trata de dismenorreia primária. Muitas pacientes irão referir episódios anteriores com as mesmas características, o que auxilia na decisão do diagnóstico.

Devem ser usados os recursos disponíveis para excluir patologia pélvica (hemograma, VS, especuloscopia, ecografia), antes de concluir que se trata de dismenorreia sem causa patológica associada.

2.4.5. Tratamento

- Explicar a mulher que não é nenhuma doença e que seus órgãos genitais/ reprodutivos estão normais, isso irá acalmá-la;
- Tratar a dor: devido aos mecanismos causadores da dor na dismenorreia primária, algumas mulheres respondem a medicamentos específicos e não a outros, pelo que deve-se iniciar o tratamento com um tipo de medicamento e mudar se após 2 a 3 meses, não tiver efeito.
 - AINEs: Ibuprofeno comprimido de 200-400mg 3 vezes ao dia, por via oral. Também se pode usar Diclofenac. Aspirina deve ser usada como última alternativa devido aos efeitos secundários (anti-agregante plaquetário).
 - Analgésicos: Paracetamol 500mg, administrar 500mg a 1000 mg, 4 a 6 vezes ao dia por via oral, dependendo do nível de gravidade.
 - Butilescopolamina : comprimidos de 10 mg, administrar 10 a 20 mg, 3 a 4 vezes por dia, dependendo da gravidade.

O tratamento é mais eficaz se a administração do medicamento for iniciada 24-48 horas antes do início da menstruação e continuar por 1-2 dias de forma periódica e não quando tiver dor apenas.

Notas e precauções sobre os medicamentos usados no tratamento da dismenorreia

Os AINES e paracetamol devem ser tomados com alimentos para minimizar os efeitos da irritação gástrica. Em pacientes que tenham de tomar regularmente está indicado o uso de um protector

gástrico associado (ex:omeprazol). Em pacientes com antecedentes de gastrite avaliar risco benefício e usar com muita precaução se necessário.

Aspirina está contra-indicada nos doentes com hemofilia e potencia os efeitos dos anti-coagulantes.

Pacientes com HTA não controlada não devem ser tratados com AINES.

Caso a dor não responda às medicações acima, deve-se referir o caso para nível de atenção superior. O tratamento com anticoncepcionais orais com estrogénio e progesterona para inibir a ovulação, é uma boa opção para os casos persistentes.

2.5 Dismenorreia secundária

2.5.1 Definição

A dismenorreia secundária é a dor menstrual cíclica, relacionada com as doenças pélvicas orgânicas.

2.5.2 Fisiopatologia

Diversos mecanismos estão envolvidos na dismenorreia primária, incluindo aumento do nível de prostaglandinas e contrações uterinas fortes.

2.5.3 Causas

As causas mais comuns são:

- Endometriose: é a mais comum
- Adenomiose (presença de tecido endometrial no miométrio)
- Tumores benignos e malignos de ovário e úteroPresença de DIU (Dispositivo Intra-Uterino)
- Outras: aderência pós cirurgia, doença inflamatória pélvica crónica.

2.5.4 Manifestações clínicas

A dor frequentemente surge dois a tres dias antes do fluxo menstrual e persiste até alguns dias após cessar o sangramento. Por vezes pode se apresentar até uma semana antes. Em geral estão presentes sinais associados à patologia subjacente.

2.5.5 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico e tratamento da dismenorreia secundária, assentam-se na identificação da patologia subjacente.

Todos os casos de dismenorreia primária que não respondam ao tratamento inicial e os casos de dismenorria secundária devem ser referidos para nível superior.

2.6 Endometriose

2.6.1. Definição

Endometriose é a presença de tecido endometrial funcional fora do útero. O tecido endometrial pode estar dentro da camada muscular do útero (endometriose interna) ou fora do útero (endometriose externa). Os locais mais frequentemente afectados são as vísceras pélvicas (sobretudo ovário) e o peritoneu, contudo, outros locais como intestinos, ureteres, períneo, vagina podem ser afectados.

2.6.2. Epidemiologia

A endometriose afecta principalmente as mulheres em idade fértil, de todos grupos étnicos e sociais e está muitas vezes associada a subfertilidade e dor pélvica crónica.

2.6.3. Sintomatologia:

A endometriose pode ser assintomática, mesmo em algumas mulheres com doença avançada. Quando presentes os sintomas geralmente são os seguintes:

- Dismenorreia: A dor é de natureza paroxística e progressiva, localizada na região pélvica mas pode também ser na região lombar ou perineal com agravamento durante a evacuação. **Deve-se suspeitar de endometriose, em paciente que inicie com dismenorreia após anos de menstruação sem dor.**
- Massa pélvica
- Alterações do ciclo menstrual
- Infertilidade ou subfertilidade
- Dispareunia
- Sintomas locais de afecção extra-pélvica são raros mas podem estar presentes. Deve-se suspeitar de endometriose extra-pélvica na presença de massa palpável fora da pélvis, associada a dor cíclica (durante as menstruações).

2.6.4. Diagnóstico

O exame físico pode ser normal ou evidenciar lesões na vulva, vagina, cervix, umbigo ou outras localizações de cicatrizes cirúrgicas.

O diagnóstico definitivo é feito por laparoscopia e biópsia.

2.6.5. Tratamento

O tratamento depende de vários factores como extensão e gravidade da endometriose, idade da paciente, sintomatologia e desejo de engravidar. O manejo destes casos deve ser feito ao nível do especialista, pelo que perante suspeita de endometriose, o TMG deve referir a paciente para beneficiar de atenção de nível superior.

BLOCO 3: DOR PÉLVICA CRÓNICA E DISPAREUNIA

3.1 Dor Pélvica Crónica

3.1.1. Definição

A dor pélvica crónica foi definida como dor com duração maior que seis meses, localizada na pelve anatómica, e suficientemente intensa para provocar incapacidade funcional ou exigir cuidados médicos.

É um diagnóstico sindrómico que pode ter diferentes causas, e que pode estar relacionada com diferentes aparelhos (genito-urinário, musculoesquelético, gastrointestinal).

3.1.2. Epidemiologia

É uma causa comum de procura dos serviços de saúde, e pode ser devida a processos activos ou a sequelas de processos patológicos anteriores.

3.1.3. Etiologia

As causas podem ser de origem dos:

- Órgãos genitais
 - Sequelas de doença inflamatória pélvica
 - Malposição uterina
 - Neoplasia
 - Endometriose
 - Corpos estranhos
- Órgãos extragenitais:
 - Afecções do aparelho gastro intestinal: frequentemente associado a náusea, vômito
 - Afecções do aparelho urinário: frequentemente associado a sintomas urinários
 - Afecções do aparelho músculo-esquelético: frequentemente associado a dor nas costas
 - Alterações psicológicas

3.1.4. Manifestações clínicas

O quadro clínico consiste na existência da dor crónica, associada a sinais e sintomas de afecção do aparelho em causa. Quando a dor é de origem ginecológica, podem estar presentes os seguintes sintomas:

- Sangramento vaginal anormal;
- Dispareunia;
- Corrimento;
- Dismenorreia;
- Infertilidade;

3.1.5. Diagnóstico

- Na maioria das vezes, a anamnese e exame físico completos, permitem identificar o aparelho responsável pelo quadro de dor.
- Testes de laboratório devem ser feitos para excluir outras causas: hemograma, VS, Urina II.
- Testes instrumentais: ecografia abdominal, pélvica, vaginal, RX da coluna lombar e sacral, RX abdómen podem ser úteis para evidenciar eventuais massas, cicatrizes, aderências, malformações, corpos estranhos.

3.1.6. Tratamento

Tratamento médico: é focado na causa da dor, mas caso não seja reconhecida é indicado à terapia com medicamentos para controlar a dor

Perante casos de dor pélvica crónica de causa desconhecida ou fora das competências do TMG, este deve administrar tratamento para controlo da dor e referir os casos para nível de atenção superior.

É importante fornecer suporte e tratamento psicológico em casos de dor de natureza psicológica, abuso sexual, *stress*.

3.2 Dispareunia

3.2.1. Definição

Dispareunia significa coito difícil e doloroso para a mulher. Geralmente a dor aparece durante a penetração do pénis na vagina. É um sintoma inespecífico, que pode ser manifestação de condições patológicas ou por consequência de práticas sexuais (posições anatomicamente incorrectas e lubrificação inadequada durante o acto sexual).

3.2.2. Etiologia

A dispareunia pode ter várias Causas das quais as mais importantes são:

- Traumas locais (laceração do hímen, meato vaginal, uretra)
- Infecções vaginais e urinárias
- Inadequada lubrificação secundária a uma insuficiente estimulação pré-penetração ou a uma penetração inapropriada durante as relações sexuais
- Uso inadequado de preservativos
- Reacções alérgicas a produtos como lubrificantes ou substâncias anticoncepcionais
- Anomalias congénitas como o hímen rígido
 - Involução do aparelho genital após a menopausa com atrofia vaginal
 - Mau posicionamento do útero e anexos
 - Endometriose

3.2.3. Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico e tratamento dependem da causa de base:

- Casos simples como ITS, mau uso do preservativo, infecções urinárias e outras, devem ser tratadas ao nível do TMG.
- Deve-se fornecer aconselhamento ao casal, para procurar práticas sexuais anatomicamente correctas que não agravem a dor;
- Nalgumas situações (ITS, infecções urinárias) é aconselhável uma abstinência das relações sexuais ou pode ser usado um creme com lidocaína a 1% aplicada externamente.

BLOCO 4: MENOPAUSA

4.1. Definição

Climatério, é o período em que se considera que a mulher passa da etapa reprodutiva para a etapa não reprodutiva. Engloba o período pré-menopausa e termina cerca de um ano após a menopausa.

Cada mulher pode iniciar seu climatério de forma diferente tanto em cronologia quanto em sintomatologia.

A **menopausa** ocorre durante o climatério, e é a última menstruação da mulher, que geralmente ocorre entre os 45 e os 55 anos.

A **pós-menopausa** é o período que decorre depois da menopausa.

Popularmente, o termo menopausa é usado para se referir ao climatério. O TMG deve ter em conta que a menopausa é apenas um evento que ocorre dentro do climatério.

4.2. Mecanismos fisiológicos

A menopausa fisiológica, ou seja aquela que acontece dentro do período normal e com os sintomas habituais, acontece nas mulheres devido a mudanças hormonais (hormonas hipofisárias e sexuais) e à redução gradual dos oócitos funcionais nos ovários.

4.3. Classificação

De acordo com o período da vida da mulher em que acontece e com o evento desencadeador, a menopausa pode ser classificada em:

- **Menopausa prematura:** quando acontece antes de 40 anos de idade.
- **Menopausa artificial:** é a interrupção da menstruação por mecanismos não fisiológicos. Pode ser por causa cirúrgica (remoção dos ovários) ou devida a outros métodos como radioterapia e quimioterapia.

4.4. Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas são determinadas pelas alterações da concentração dos hormônios estrogénio e progesterona. Os sintomas são variáveis em cada mulher e podem permanecer por vários anos antes e depois da menopausa.

Podem ser leves e aparecer gradualmente ou podem ser graves e começar rapidamente, sobretudo se a causa for cirúrgica ou farmacológica.

Em algumas mulheres o fluxo menstrual para repentinamente, mas na maior parte dos casos acontece lentamente e nesse período os ciclos menstruais são irregulares e tornam-se mais escassos ou até mais frequentes.

Os sintomas mais comuns são:

- Ondas de calor (fogachos): 75% dos casos
- Sudorese nocturna: 75% dos casos
- Aumento da frequência cardíaca
- Palpitações
- Hiperemia no rosto que aparece e desaparece rapidamente
- Insónia
- Redução da libido ou interesse sexual
- Dor de cabeça
- Ciclo menstrual irregular (antes da menopausa)
- Amenorreia (menopausa propriamente dita)
- Alterações do humor incluindo irritabilidade, depressão e ansiedade e instabilidade emocional
- Cistite
- Vaginite atrófica (ver Bloco 3)
- Dispareunia durante as relações sexuais
- Dor nas articulações e maior susceptibilidade à fracturas devido à osteoporose.

4.5. Diagnóstico:

É feito através de:

- Anamnese minuciosa do ciclo e vida sexual da mulher

- Exame ginecológico:
 - Atrofia da vulva
 - Paredes vaginais secas e finas
- Testes de laboratório: medição de níveis hormonais (FSH, LH, estrogénio, progesterona).

4.6. Complicações no período pós - menopausa

- Sangramento vaginal anormal: geralmente não é nada de importante mas deve ser feito o diagnóstico diferencial com o carcinoma.
- Osteoporose ou perda de tecido ósseo (ver Bloco 4).
- Maior risco de doenças cardiológicas, relacionado ao aumento dos níveis de colesterol patológico (LDL).

4.7. Tratamento

- Aconselhamento da mulher e explicação que esta é uma fase normal da sua vida
- Aconselhamento para mudança do estilo de vida, que ajuda a controlar e muitas das vezes a eliminar a maior parte da sintomatologia:
 - Evitar cafeína, álcool e comida picante
 - Vestir-se levemente
 - Comer soja e derivados
 - Tomar cálcio e vitamina D
 - Fazer exercício físico
 - Respirar profundamente e lentamente quando aparecem as ondas de calor
 - Usar lubrificantes durante a actividade sexual

Caso hajam sintomas significativos, deve-se referir para beneficiar de tratamento hormonal.

BLOCO 5: VAGINITE ATRÓFICA

5.1. Definição

Vaginite atrófica é a inflamação ou irritação da vagina que ocorre como consequência à alteração do ambiente normal da vagina. Estas alterações são devidas à redução dos níveis de estrogénio após a menopausa.

Outros factores podem levar à vaginite atrófica, nesta aula vamos focar na vaginite atrófica relacionada com a menopausa.

5.2. Manifestações Clínicas

- Disúria
- Sangramento leve após uma relação sexual
- Dispareunia
- Secreções vaginais escassas
- Dor tipo queimadura e prurido na vagina

5.3. Complicações

- Infecções vaginais bacterianas ou fúngicas
- Feridas (fissuras) profundas na parede vaginal

5.4. Diagnóstico

É feito através da anamnese e do exame ginecológico que evidencia os seguintes achados:

- Os genitais externos aparecem menos elásticos, os pêlos pubianos ralos, lábios da vagina secos, os lábios pequenos podem ficar colados.
- As paredes da vagina ficam pálidas finas e secas. Caso haja inflamação da mucosa, esta fica hiperêmica e friável. Podem apresentar pequenas lesões e feridas.

5.5. Tratamento:

- Em caso de sintomatologia leve: lubrificante vaginal a base de água deve ser usado durante a relação sexual. Não usar gelatina de petróleo ou óleo mineral, que podem irritar a mucosa vaginal.
- Exercício físico para manter uma boa circulação também na área genital.
- Continuar com a actividade sexual para manter a elasticidade da vagina e a produção fisiológica de lubrificante.
- Para prevenir a vaginite atrófica é possível usar estrogénios vaginais antes da condição tornar-se grave, normalmente são receitados a nível mais superior.

BLOCO 6: OSTEOPOROSE

6.1. Definição

Osteoporose é uma patologia óssea, caracterizada pela redução da massa óssea. Afecta homens e mulheres. Nas mulheres, um dos factores risco mais importantes para o desenvolvimento da osteoporose, é a redução de estrogénio circulante que ocorre após a menopausa.

6.2. Manifestações Clínicas

A perda de tecido ósseo pode determinar fracturas: os ossos mais afectados são as vértebras com evidente malformação e dor nas costas; os ossos da bacia, do colo do fémur e do tornozelo.

As fracturas podem acontecer por traumas leves, mas também podem acontecer espontaneamente, sem nenhum trauma aparente.

6.3. Prevenção

As medidas preventivas que devem ser recomendadas para a osteoporose pós-menopausa incluem:

- Parar de fumar
- Exercício regular: ajuda a fortalecer os ossos e melhorar o equilíbrio.
- Cálcio: 1gr/dia em pacientes em pré-menopausa e em tratamento com estrogénios e 1,5gr/dia nas pacientes em pós-menopausa sem estrogénios.
- Referir ao nível superior de referência para tratamento com estrogénios

BLOCO 7: PONTOS-CHAVE

7.1. Dismenorreia significa menstruação dolorosa. Pode ser primária caso não tenha uma causa orgânica subjacente ou secundária, caso seja resultado de uma doença pélvica orgânica.

- 7.2.** O exame ginecológico na dismenorreia primária é normal, e em caso de dismenorreia secundária pode evidenciar alterações dos órgãos genitais, associadas à patologia de base.
- 7.3.** A endometriose é a presença de tecido endometrial funcional fora do útero. O tecido endometrial pode estar dentro da camada muscular do útero (endometriose interna) ou fora do útero (endometriose externa).
- 7.4.** Dispareunia significa relação sexual dolorosa, pode ser manifestação de condições patológicas ou por consequência de práticas sexuais (posições anatomicamente incorrectas e lubrificação inadequada durante o acto sexual).
- 7.5.** A menopausa é a última menstruação da mulher. Ocorre durante o climatério que é a fase de transição da mulher da etapa reprodutiva para a etapa não reprodutiva.
- 7.6.** Os sintomas mais comuns da menopausa são ondas de calor, sudorese nocturna, ciclo menstrual irregular, alterações do humor incluindo irritabilidade, depressão e ansiedade e instabilidade emocional, cistite e vaginite atrófica.
- 7.7.** Vaginite atrófica na menopausa, resulta da diminuição do estrogénio que se manifesta com irritação e inflamação da vagina devido a redução da espessura das paredes vaginais e sua lubrificação.
- 7.8.** A osteoporose é a perda de tecido ósseo, tem como factor de risco importante nas mulheres, a redução dos níveis de estrogénio que acontece no período pós menopausa.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	17
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Seios	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar a apresentação clínica, avaliação e tratamento da:
 - a. Descarga do mamilo;
 - c. Mastalgia;
 - d. Mastite.
2. Descrever os critérios para referência ao outro nível.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Secreção do Mamilo		
3	Mastalgia e Mastite		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Porter R. Manual do Merck (Merck manual). 3º Edição. Merck; 2009.
- Decherney. A, Nathan L, Obstetrícia e Ginecologia Diagnóstico e Tratamento, 9ª edição, McGraw Hill,

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: SECREÇÃO DO MAMILO

2.1. Introdução

A secreção do mamilo é um sintoma comum em mulheres que não estão grávidas ou que não estão a amamentar, sobretudo em idade fértil. Pode ser indicação de alguma patologia (carcinoma ou abscesso mamário), mas também pode ocorrer em mulheres saudáveis.

A secreção pode ocorrer espontaneamente ou após manipulação da mama e mamilo. Pode ser de natureza diversa:

- Serosa: amarelada
- Mucosa: muco transparente e aquoso
- Hemorrágica: com sangue ou avermelhada
- Leite: com aspecto de leite
- Purulenta: amarelada e com pus
- Pode ter combinações das características acima descritas

2.2. Etiologia

Geralmente a causa é benigna, mas é necessário excluir o cancro. Algumas causas mais importantes são:

- Lesões benignas da mama (doença fibroquística, abscesso mamário, papiloma intraductal, dilatação do ducto mamário)
- Cancro da mama
- Doenças endócrinas (hiperprolactinémia, hipotireoidismo)
- Alguns medicamentos (metildopa, antidepressivos, ranitidina, codeína, morfina, metoclopramida)
- Estimulação mecânica repetida

O tipo de secreção é um dado inespecífico, mas que pode apoiar no diagnóstico da patologia em causa. Por exemplo a secreção serohemática ou hemática pode ser indicativa de lesões malignas como o carcinoma da mama, ou de lesões benignas como o papiloma intraductal ou a ectasia do ducto mamário. As secreções purulentas ou seropurulentas indicam processos infecciosos como mastite e abscesso mamário. A secreção leitosa é frequentemente compatível com distúrbios endócrinos, toma de alguns medicamentos, ou estimulação mecânica repetida.

2.3. Diagnóstico:

É feito através da anamnese e do exame físico:

2.3.1. Anamnese:

- História da doença actual: procurar sobre a secreção actual, o início, se é uni ou bilateral, cor, duração, se é espontânea ou após estimulação, se há presença de massa.
- Sintomatologia associada: presença de febre e de sinais inflamatórios locais (dor, hiperemia, calor, tumefação) que pode acompanhar uma mastite ou um abscesso mamário; aumento do

peso (hipotireoidismo), amenorreia, dor de cabeça e alterações da vista (se a causa for um tumor no encéfalo).

- História médica pregressa: investigar possíveis causas de produção anormal de prolactina como alterações da funcionalidade renal, gravidez, amamentação, doenças hepáticas, da tireóide, história de infertilidade, hipertensão, depressão, investigar o ciclo menstrual; uso de medicamentos anti-hipertensivo, ranitidina, antidepressivos tricíclicos.

2.3.2. Exame físico: inspeção e palpação da mama e expressão do mamilo (ver bloco 2 e tabela 1)

- Inspeccionar a simetria das mamas, a pele, cor, alterações, edema, mamilo e eventual alteração da pele, forma, feridas, retrações.
- Palpar para pesquisar massas, gânglios aumentados na região das axilas e supraclavicular.
- Caso não haja secreção espontânea é necessário espremer o mamilo.
- São achados alarmantes os seguintes:
 - Secreção espontânea
 - Idade >40 anos
 - Secreção unilateral de natureza hemorrágica
 - Massa palpável

2.4. Diagnóstico

Para o diagnóstico, testes especializados (mamografia, dosagem de hormonas) devem ser feitos, pelo que o TMG deve referir a paciente ao nível superior para exames laboratoriais e estudo.

2.5. Tratamento

- O tratamento depende da patologia de base, e pode incluir drenagem de abscesso, cirurgia e outros.
- Caso a secreção seja benigna é necessário tranquilizar a paciente e controlar a evolução. Recordar que perante estes casos, deve-se referir a doente antes de concluir que a secreção é benigna.

BLOCO 3: MASTALGIA E MASTITE

3.1. Mastalgia

3.1.1. Definição

Mastalgia é definida como uma dor da mama. É a condição benigna da mama mais frequente. Pode ser unilateral ou bilateral.

Maior parte dos casos decorrem em associação com o ciclo menstrual (mastalgia cíclica), mas pode acontecer de forma independente e em qualquer momento.

3.1.2. Etiologia

- Em mulheres na fase pré-menopausa durante o ciclo menstrual como uma variante da síndrome pré-menstrual
- Quisto
- Alterações das hormonas

3.1.3. Manifestações Clínicas

Dor difusa unilateral ou bilateral das mamas

3.1.4. Diagnóstico

- História: de dor
- Exame físico: dor a palpação e possíveis áreas de nodularidade.

3.1.5. Tratamento

A mastalgia geralmente passa espontaneamente.

Se este não for o caso receitar tratamento para a dor (Ibuprofeno comp 200 - 400mg, 3x dia) e referir ao nível superior.

3.2. Mastite

3.2.1. Definição

A mastite é uma infecção do tecido da mama que acontece mais frequentemente durante o período em que a mulher está amamentando. Desenvolve-se geralmente após 1-3 meses do parto ou logo após o desmame. É geralmente unilateral.

Pode também afectar mulheres que não estão amamentando (raramente) ou mulheres em menopausa.

3.2.2. Etiologia:

- Bactérias como o Estreptococo ou o Estafilococo, que se encontram na mucosa oral do bebé que está sendo amamentado ou na pele do mamilo. Estes microrganismos, entram nos ductos que transportam o leite através das micro-feridas que podem desenvolver-se no mamilo e dentro do tecido multiplicam-se rapidamente.
- Obstrução da mama em mulher que ainda não iniciou a amamentar ou que ainda não teve supressão completa da produção do leite. Pode também ser um factor que piora uma mastite já iniciada por outras causas.
- Trauma: cria portas de entrada para os microrganismos
- Mastite crónica em mulher em menopausa por infecção crónica dos ductos localizados abaixo do mamilo por deposição de células mortas que são um factor predisponente à infecção bacteriana.
- Cancro inflamatório da mama (forma rara de cancro da mama).

3.2.3. Manifestações Clínicas

- A mastite infecciosa geralmente acomete uma mama, em apenas um quadrante ou lóbulo. A área afectada apresenta-se com: massa dolorosa, edema, hiperemia e aumento da temperatura local
- Pode haver obstrução ao fluxo de leite, com consequente ingurgitamento (que agrava a dor);
- Podem estar presentes sinais de toxicidade sistémica, com febre, arrepios de frio, mal estar.

3.2.4. Complicações

Abcesso ou área delimitada que contém pus, pode desenvolver-se caso a mastite não seja tratada.

3.2.5. Diagnóstico

- História

- Exame físico
- Exames laboratoriais:
 - Hemograma: permite confirmar processo infeccioso, através da indicação de leucocitose, à custa de neutrófilos.
 - PAAF: pode revelar saída de secreção purulenta e o exame citológico permite excluir lesões malignas;
 - Outros exames: ecografia (útil para diferenciar a mastite e o abscesso) e mamografia (caso não haja melhoria após o tratamento antibiótico para excluir o possível cancro).

3.2.6. Tratamento

Tratamento da dor:

- Paracetamol cpr 500mg/1gr de 6h/6h ou Ibuprofeno cpr 200-400mg de 8h/8h. Estes medicamentos podem ser tomados em caso de amamentação.

Antibióticos em caso de mastite moderada ou grave:

- Flucloxacilina oral cpr de 250 mg, administrar 1 cp de 6/6h 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições, durante 7 a 10 dias. (Dobrar as doses nas infecções mais graves).
- Amoxicilina com ácido clavulânico cpr de 250 mg de trihidrato de amoxicilina e 125mg de clavulanato de potássio, 1 cpr de 8/8 horas no início da refeição, durante 7 a 10 dias.
- Eritromicina oral cpr 500mg (em caso de alergia a penicilina): 1 cpr 6/6h durante 7 a 10 dias.

Aconselhar a mulher a:

- Continuar a amamentação também usando a mama afectada, pode doer mas é importante para prevenir ingurgitamento;
- Aplicar em casa penso húmido morno acima da mama para aliviar a dor;
- Beber muita água, até 10 copos por dia, e comer uma dieta balanceada. A desidratação contribui para o agravamento do quadro.

Referir para o nível superior caso não melhore após 72 h de terapia com antibióticos, para internamento e início de antibióticos EV e eventual drenagem em caso de abscesso.

3.2.7. Prevenção

Algumas mulheres são mais susceptíveis que outras para desenvolver mastite, sobretudo as que amamentam pela primeira vez.

- Hábitos que ajudam a prevenir a mastite são:
- Amamentar com os dois seios
- Esvaziar periodicamente os seios para prevenir ingurgitamento (mulheres que trabalham fora de casa)
- Técnica de amamentação correcta para prevenir as feridas dos mamilos
- Beber muitos líquidos para evitar desidratação
- Higiene correcta: lavar mãos, lavar os mamilos e o bebé

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** A secreção do mamilo é geralmente de origem benigna. Os seguintes achados são alarmantes: uma secreção espontânea, a idade >40 anos e a secreção unilateral de natureza hemorrágica.
- 4.2.** A secreção do mamilo pode ter diversas etiologias como: lesões benignas da mama, Cancro da mama, Doenças endócrinas, alguns medicamentos e estimulação mecânica repetida.
- 4.3.** A mastite é uma infecção do tecido da mama geralmente causada por *Estafilococo* ou *Estreptococo*, que acontece geralmente 1-3 meses após o parto ou logo após o desmame.
- 4.4.** A mastite infecciosa geralmente acomete uma mama, em apenas um quadrante ou lóbulo. A área afectada apresenta-se com: massa dolorosa, edema, hiperemia e aumento da temperatura local.
- 4.5.** A mastalgia é definida como uma dor da mama. É a condição benigna da mama mais frequente e na maior parte dos casos decorre em associação com o ciclo menstrual (mastalgia cíclica).

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	18
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Violência Sexual - Abordagem Sindrómica da Violação Sexual	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir violência sexual segundo princípios de medicina legal.
2. Prevalência da violência sexual em Moçambique.
3. Explicar o impacto psicológico em vítimas de violência sexual.
4. Aconselhar pacientes vítimas de violência sexual.
5. Identificar medidas imediatas para um caso de violação sexual ou estupro (seguindo o algoritmo nacional de violação sexual).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Violência Sexual		
3	Manejo de Caso de Violação Sexual ou Estupro		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

- Boulware C. Terapia. Disponível em: <http://www.psychotherapist.net>
- MISAU. Manual de tratamento da criança com infecção pelo HIV. Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA. 2ª Edição. 2011.
- Manejo integrado de doenças de adolescentes e adultos – Cuidado Agudo. WHO; 2004.
- Site do Healthy Place. Abuso. Disponível em: <http://www.healthyplace.com/abuse/menu-id-52/>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: VIOLÊNCIA SEXUAL

2.1. Violência sexual

A violência sexual é definida como qualquer violência, física ou psicológica, praticada por via sexual ou visando a sexualidade, que acontece sem mútuo acordo, ou seja, sem consentimento, que pode ser explícito no caso de adultos, ou tácito ou implícito no caso de menores.

2.1.1. A violação sexual é uma forma de violência sexual definida como cópula ilícita com qualquer mulher, contra sua vontade, por meio de violência física, de veemente intimidação, ou de qualquer fraude, que não constitua sedução, ou achando-se a mulher privada do uso da razão, ou dos sentidos.

2.1.2. Estupro: é uma forma de violência sexual, definida como a cópula vaginal, por meio de sedução, com mulher virgem menor de dezoito e maior de doze anos.

2.2. Prevalência da violência sexual em Moçambique

Não há dados reais em Moçambique, pois a notificação destes crimes depende da participação (queixa) dos ofendidos. É sabido que muitas vezes os agressores são membros da família, o que contribui para que muitas vezes as vítimas não apresentem queixa.

2.3. Manifestações clínicas em caso de violência sexual

A sintomatologia que se manifesta após uma violência sexual pode ser a curto e/ou longo prazo. Pode ser:

- Sintomas orgânicos, ligados a lesões dos órgãos genitais ou da área do períneo: dor, sangramento, inchaço.
- Sintomas de somatização, ou seja, o paciente transforma o seu mal-estar, o medo da situação vivida, numa sintomatologia que reflecte uma doença de um ou vários órgãos não necessariamente relacionados aos órgãos genitais. É devida ao mecanismo de defesa que a paciente actua para ultrapassar uma situação desagradável.
- Sintomas ligados a vida sexual.
- Sintomas psicológicos:

2.3.1. Sintomatologia psicológica após a violação sexual ou estupro

Relativa à vida sexual

- Disfunções sexuais
- Dificuldade em ter relações sexuais
- Pensamentos sexuais alterados
- Dor vaginal
- Inabilidade de atingir o orgasmo
- Distância emocional durante uma relação sexual
- Medo de ter relações sexuais

- Falta de tolerância ou procura exagerada de situações de intimidade
- Sensações de medo, culpa, raiva enquanto está tendo relação sexual

Geral

- Depressão
- Ansiedade
- Doença de distress pós-traumático
- Baixa auto-estima
- Alterações da personalidade
- Abuso ou início do uso de substâncias como álcool, drogas
- Automutilação
- Tentativa de suicídio
- Comportamentos anti-sociais como: roubar, mentir, fugir
- Doenças da alimentação: anorexia, bulimia
- Fraca adesão aos aconselhamentos do pessoal de saúde

BLOCO 3: MANEJO DE CASO DE VIOLAÇÃO SEXUAL/ESTUPRO

3.1. Manejo dos casos de violação sexual

A violação sexual ou estupro é uma emergência e o manejo dessa situação deve ser feito imediatamente, sobretudo pensando na possibilidade de transmissão do HIV, e de outras infecções para qual a profilaxia deve ser iniciada logo que for possível.

Sempre que um caso destes ocorra, deve-se referir imediatamente a paciente ao serviço de urgências para beneficiar de conduta adequada e atempada.

É fundamental a realização de:

- História clínica da paciente
- Exame físico
- Exames de laboratório
- Avaliação do suporte psicossocial
- Tratamento adequado
- Consultas de seguimento

Recordar que a atenção inicial da paciente, até que a mesma possa beneficiar de tratamento deve ser feita de forma o mais célere possível.

3.2. História: o clínico deve investigar os seguintes pontos:

- História da agressão que inclui:
 - Data e hora aproximada da agressão: deve-se investigar o tempo decorrido desde a agressão até o momento em que a paciente chega a nossa atenção.

Isto é importante sobretudo na decisão de iniciar a profilaxia pós-exposição pelo HIV (vide abaixo).

Podem existir casos de abuso em crianças ou adolescentes que não se lembram ou não sabem dizer a hora certa.

- A descrição do tipo de abuso: se foi contacto ou penetração. Isto é também importante para a avaliação do risco de transmissão de doenças de transmissão sexual. Pode acontecer que a mulher esteja em estado de choque e não se lembre bem do que aconteceu, ou em caso de criança é difícil que a mesma descreva bem o que aconteceu.
- O lugar, o agressor e todas as informações “logísticas”. Isto é importante para identificar o responsável.
- Uso de preservativo durante a agressão, locais em que houve penetração (anal, vaginal)
- A história sexual: se já havia sido desflorada (perdido a virgindade), contactos sexuais recentes (incluindo o número de parceiros), as práticas sexuais.
- Data da última menstruação: para avaliar o risco de gravidez.
- História de gravidez prévia.

3.3. Exame físico: deve incluir:

- Inspeção e palpação da região genital: examinar a genitália externa, afastar os lábios vaginais, visualizar o intróito vaginal, se o hímen está intacto ou não, examinar a vagina. Avaliar sinais e evidências de penetração vaginal e eventuais lesões e sua extensão.
- Durante o exame vaginal é possível recolher amostra de secreções vaginais. A colheita deste material é para efeitos de avaliação médico-legal. A colheita deverá ser feita imediatamente na 1ª observação. Com o espécule e com uma zaragatoa deve-se colher as secreções vaginais, e deve-se colocar a zaragatoa em frasco contendo soro fisiológico, para posterior envio ao laboratório de análises clínicas para pesquisa de ITS (se houver disponibilidade laboratorial). A colheita e armazenamento do material biológico do conteúdo vaginal também devem ser realizados para a pesquisa de espermatozoides.
- Inspeccionar o períneo e o ânus: avaliar sinais e evidências de penetração anal e eventuais lesões e sua extensão.
- Inspeccionar a boca e cavidade orofaríngea: avaliar lesões e sua extensão na mucosa, pelos, resto de secreções; colher com uma zaragatoa se possível secreções da orofaringe.
- Completar com o exame dos sistemas especialmente lesões traumáticas na pele e mucosas.

3.4. Exames de Laboratório

- Teste rápido para HIV
- Teste rápido para Sífilis
- Teste de gravidez, para excluir uma gravidez já em acto antes da violação
- Hemograma e funcionalidade hepática em caso de início da profilaxia para o HIV
- Exame microscópico e cultura de secreção vaginal (ver acima)
- Pesquisa de espermatozoides nas secreções vaginais

3.5. Tratamento

Caso a agressão tenha ocorrido há menos de 72 horas providenciar:

- Quimioprofilaxia para o HIV por um mês, caso a vítima seja HIV negativa
- Profilaxia para as ITS

- Profilaxia para a HBV
- Contracepção de emergência (dentro de 120 horas), somente em caso de adolescentes/mulheres após a menarca

Caso a agressão tenha ocorrido há mais de 72 horas, providenciar:

- Profilaxia para as ITS
- Profilaxia para a HBV
- Contracepção de emergência (dentro de 120 horas) somente em caso de adolescentes/mulheres após a menarca.

3.5.1. Profilaxia pós-exposição para o HIV

Deve iniciar-se logo que possível nas primeiras 6 horas após a exposição ao HIV, ou no máximo até 72 horas. Se a paciente já for seropositiva, não se deve fazer.

Deve incluir sistematicamente 3 ARV, o protocolo nacional recomenda:

AZT 300mg + **3TC** 150 mg, 1 comprimido de manhã e outro à noite, tomado juntamente com as refeições durante quatro semanas (ou **D4T** 30mg + **3TC** 150 mg)+ **Lopinavir/ritonavir** (200/50mg), 2 comprimidos de 12 em 12 horas, durante quatro semanas.

- Caso haja falta de Lopinavir/ritonavir pode-se substituir com Efavirenz: 600mg 1 comprimido à noite.
- Depois da serologia inicial, repetir a serologia para o HIV na 6ª semana, e no 3º e 6º mês
- Serologia para hepatite 1º, 3º, 6º e 9º mês
- Aconselhamento adicional conforme a necessidade.

3.5.2. Profilaxia de ITS

As ITS constituem uma grande preocupação nos casos de abuso sexual, e portanto, deve ser indicado a profilaxia medicamentosa das ITS enquanto se aguarda o resultado dos exames laboratoriais colhidos.

- Penicilina Benzatínica 2.4 milhões UI IM Dose Única
- Ciprofloxacina 500 mg VO Dose Única
- Metronidazol 2g VO Dose Única
- Azitromicina 1g VO Dose Única

3.5.3. Contracepção de Emergência

- Microgynon 4 comp 12/12h, 1 só dia
ou
- Lo-feminal 4 comp 12/12h, 1 só dia

3.5.4. Profilaxia da Hepatite B

- Encaminhar para aplicação de primeira dose da vacina de Hepatite B: Vacina hepatite B (Engerix) 1 dose, IM
- Imunoglobulina se houver disponibilidade: HBIG 0,06-0,08 mg/Kg, IM

3.5.5. Referir a outros serviços: para completar o suporte a vítima

- Referir a paciente a consulta de Psicologia

- Referir a paciente ao serviço de medicina legal para resolução dos aspectos legais associados.
- Caso não tenha ido à esquadra, deve-se aconselhar a submeter a queixa.

3.5.6. Aconselhamento psicológico pacientes vítimas de estupro

As pacientes vítimas de estupro ou violação podem experimentar diferentes sensações após o acontecimento: sensação de vergonha, culpa, sujidade, negação, desespero, tristeza.

Os elementos base do aconselhamento são:

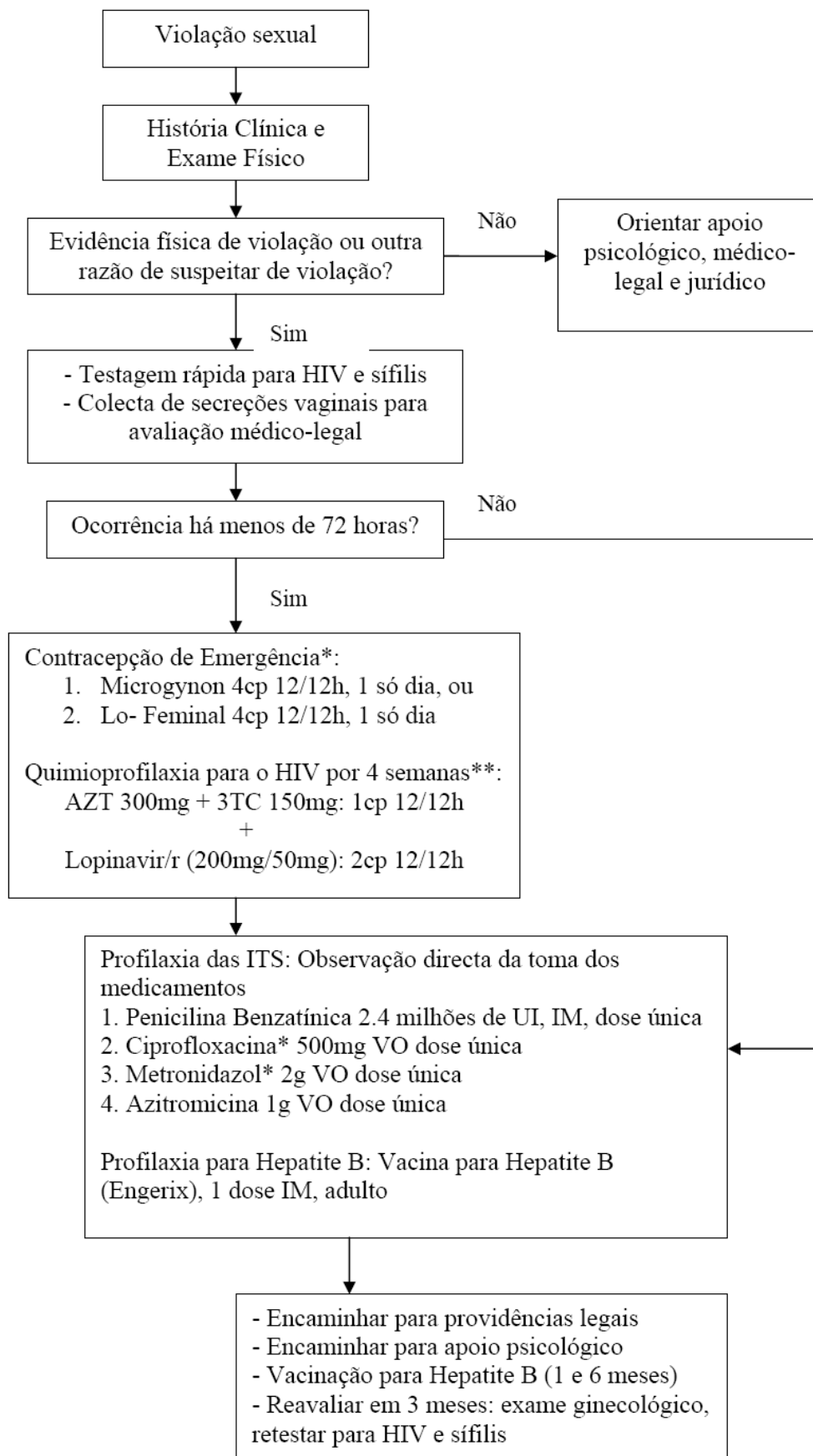
- Estabelecer uma boa relação com a paciente
- Descobrir como a paciente está se sentindo em relação ao acontecimento
- Responder com empatia
- Providenciar uma retro-informação a paciente para que ela se sinta compreendida
- Oferecer as informações certas e completas
- Ajudar a paciente a encontrar dentro de si mesma os pontos de força para avançar na sua vida evitando desenvolver uma sintomatologia psicológica e sexual patológica
- Ajudar a paciente a priorizar os problemas e encontrar suas próprias soluções
- Ajudar a paciente a identificar e a encontrar maneiras para conectar com os familiares e amigos que podem lhe dar suporte
- Ensinar habilidades específicas para que a paciente possa enfrentar a sua situação:
 - Técnicas de relaxamento como a respiração profunda; pensar em imagens positivas
 - Pensar sobre possíveis soluções de problemas
- Encorajar
- Transmitir esperança
- Assegurar confidencialidade, privacidade
- Assegurar e concordar sobre o seguimento

3.5.7. Consultas de seguimento:

Devem ser feitas ao 1º, 3º e 6º mês após a agressão

- Em caso de início de profilaxia para o HIV é necessário o seguimento na consulta TARV: para controlar eventuais efeitos colaterais, e repetir o teste para o HIV 3 e 6 meses após a agressão.
 - No caso de positividade ao teste do HIV a paciente será aconselhada para continuar o seguimento no serviço TARV.
 - Caso o teste do HIV resulte negativo a paciente terá alta
- Após o início do tratamento, em caso de adolescentes com idade menor de 15 anos, referir a paciente à consulta de pediatria para o seguimento
- Consultas para continuar o apoio psicológico

ALGORITMO SOBRE ABORDAGEM À VIOLAÇÃO SEXUAL



BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** Violação sexual é definida como uma violência, física ou psicológica, praticada por via sexual ou visando a sexualidade, que acontece sem mútuo acordo.
- 4.2.** Após uma violação sexual podem aparecer sintomas de somatização, ou seja, o paciente transforma o seu mal-estar numa sintomatologia que reflecte uma doença de um ou vários órgãos não necessariamente relacionados aos órgãos genitais.
- 4.3.** O caso de violência sexual (estupro, violação) é uma emergência sobretudo caso haja a necessidade de iniciar a profilaxia para o HIV, ITS e prevenir uma gravidez.
- 4.4.** O tratamento médico em caso de violência sexual inclui a profilaxia para o HIV (caso a paciente seja HIV negativa), a hepatite B, as doenças de transmissão sexual, a gravidez (em caso de mulheres que já tiverem tido a menarca).
- 4.5.** O apoio psicológico em caso de violência sexual é essencial para que a mulher possa avançar na sua vida e evite desenvolver uma sintomatologia psicológica e sexual patológica.

Disciplina	Saúde Sexual e Reprodutiva I: Sistema Reprodutor Feminino	Nº da Aula	19
Tópico	Clínica Médica: Sexual Feminina	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Sexualidade e Violência Baseada no Género	Duração	4h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os factores culturais, ritos de iniciação sexual e factores relacionados ao género, que interferem na sexualidade dos Moçambicanos.
2. Definir género, enumerando as relações sociais e culturais na diferenciação entre mulheres e homens.
3. Enumerar os factores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade de mulheres e homens na transmissão do HIV.
4. Promover uma discussão educativa sobre sexualidade, utilizando a metodologia da dramatização.
5. Debater a diferença entre homens e mulheres, em relação aos papéis, acesso a recursos produtivos e autoridade para tomada de decisão.
6. Debater a importância do género e da sexualidade na transmissão sexual do HIV, seu tratamento, cuidados e apoio.
7. Definir Violência Baseada no Género
8. Classificar a Violência Baseada no Género
9. Estabelecer uma relação entre a Violência Baseada no Género e o HIV
10. Explicar o contexto que ocorre a Violência Baseada no Género
11. Descrever as barreiras na identificação de casos de Violência Baseada no Género
12. Descrever a abordagem da Violência Baseada no Género na Prática
13. Descrever o papel das unidades sanitárias e dos provedores de saúde na luta contra a Violência Baseada no Género

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		5 min
2	Factores que Interferem na Sexualidade dos Moçambicanos: Culturais, Ritos de Iniciação e o Género		25 min
3	Relações Sociais e Culturais na Diferenciação entre Géneros		10 min
4	Factores que Contribuem para a Transmissão do HIV		10 min
5	Violência Baseada no Género		30 min
6	Demonstração da técnica pelo docente		30 min
7	Prática dos alunos		125 min
8	Pontos-chave		5 min

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

- Bagnol B, Mariano E. Cuidados consigo mesma, sexualidade e erotismo na província de Tete, Moçambique. WLSA Moçambique (Womam and Law in Southern Africa).
- Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação (INDE) – Moçambique.
- Ministério da Saúde do Brasil, Departamento da Saúde da Mulher. Manual de Orientação, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 2008.
- Ministério da Saúde. Guia do Facilitador: Formação de Provedores de Saúde em Prevenção Positiva. Julho de 2012
- Ministério da Saúde. Prevenção Positiva: Manual do Provedor de Saúde. Setembro de 2012
- AIDSTAR-One. Violência Baseada no Género e HIV: Manual Programático para Integrar a Prevenção e a Resposta Contra a Violência Baseada no Género em Programas PEPFAR. 2011
- Osório C, Silva TC. Identidades de género e vida sexual. Outras Vozes, nº 23, Maio de 2008.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

(5 min)

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2. Apresentação da estrutura da aula.

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2. FACTORES QUE INTERFEREM NA SEXUALIDADE DOS MOÇAMBICANOS: CULTURAIS, RITOS DE INICIAÇÃO E O GÉNERO

(25 min)

Moçambique tem atravessado nos últimos anos, muitas transições económicas, políticas e culturais, e experimentado múltiplas e contraditórias forças que contribuem para uma rápida mudança social. Este processo causou um impacto profundo no sistema de valores e levou a ruptura e/ou transformação de elementos tradicionais. Um exemplo é a desestruturação muito mais frequente dos casamentos e a perda progressiva da importância das alianças familiares.

Pertencer a um grupo religioso, o nível de educação, classe social, entre outros factores, podem modificar significativamente a visão do mundo e influenciar a adopção de novas concepções sobre saúde, sexualidade e reprodução, proporcionando novas formas de ser e de se comportar.

Mulheres e homens, sobretudo nas populações residentes na zona rural, incorporam nas suas práticas, os valores do poder masculino, como naturalmente “certos e justos”. Porém, em relação à diferença entre os géneros, observa-se que principalmente as mulheres urbanas mais jovens começam a rejeitar uma posição subalterna na sociedade. Hoje em dia, as raparigas já apresentam um discurso de expectativas de trabalho e formação escolar.

Os programas de promoção de saúde sexual e reprodutiva e prevenção das ITS/ HIV/SIDA, para serem eficazes, precisam conhecer a sexualidade, em toda a sua dinâmica e diversidade.

2.1. Factores Culturais & Sexualidade

Vários factores culturais interferem na sexualidade dos Moçambicanos. Em algumas Províncias do País, as mulheres modificam e preparam o seu corpo, nas diferentes fases da sua vida sexual e reprodutiva.

Existe ainda, uma concepção, com origem na sociedade tribal, que “riqueza” e “vida” estão directamente relacionadas com uma numerosa descendência. Ter muitos filhos garante a força de trabalho para as actividades agrícolas. No contexto cultural, procriar é a garantia de sustento na velhice e da continuação da vida depois da morte, pois os pais serão recordados como antepassados nos rituais familiares pelos filhos e netos e terão seus nomes atribuídos aos indivíduos das novas gerações.

Para a maioria dos Moçambicanos, o debate sobre sexualidade é feito através de conversas com amigos, na escola, no bairro, na rua, e em alguns casos, nos meios de comunicação social como a rádio e a televisão. A discussão sobre a sexualidade é ainda tabu no seio das famílias.

A mãe ou uma pessoa mais velha (tia ou avó), é uma referência para passar os conhecimentos básicos sobre o corpo e, menos sobre sexualidade. As informações referem à prevenção de gravidez e os cuidados higiénicos, em especial com os genitais, após a primeira menstruação.

Em praticamente todo país, existe a prática de realizar encontros para preparar a mulher para a vida sexual e conjugal, dias ou semanas antes do casamento, contudo, nalgumas zonas, a informação sobre a sexualidade ainda é obtida fora do ambiente familiar, pois conversar sobre sexo com pessoas idosas ou mais velhas, pode ser considerado “falta de respeito”.

Nas zonas rurais são frequentes os casamentos polígamos. Em algumas Províncias, cerca de 1/4 dos homens, têm mais de uma esposa; As cerimónias de casamento são caracterizadas pela entrega de bens e dinheiro (“lobolo”) pelo marido à família da sua esposa.

Quanto mais elevada a instrução, maior o conhecimento da protecção da sua própria saúde, reduzindo o risco de contrair doenças, contudo persiste algum fraco poder de negociação, resultante da influência dos factores culturais na sexualidade.

O número de jovens fora da escola, no País, é muito grande. Cerca de 60% dos jovens moçambicanos estão fora da escola até aos 13 anos. Apenas 5% das meninas completam o ensino secundário. As raparigas que não frequentam a escola, são uma população de difícil acesso, mais vulnerável e exposta a riscos, além de ter menos oportunidades de receber mensagens educativas e informações sobre prevenção.

É muito importante que mulheres e homens entendam os riscos das infecções transmitidas sexualmente, as vantagens de se reduzir o número de parceiros e o uso constante do preservativo. Uma mudança de comportamento vai possibilitar que homens e mulheres actuem de forma responsável na expressão da sua sexualidade, no seu comportamento reprodutivo e na construção de relações íntimas saudáveis.

2.2. Ritos de Iniciação Sexual & Sexualidade

Em geral, a sexualidade não é discutida em família. Os ritos de iniciação têm este papel, porém em algumas áreas caíram em desuso e já não são mais seguidos.. Isto trouxe em parte, um vazio na educação do jovem durante a puberdade, momento importante no seu processo de socialização.

Os ritos de iniciação sexual marcam a passagem da rapariga para a idade adulta.

Os ritos de iniciação podem ser extremamente válidos na transmissão de valores positivos; como o respeito aos mais velhos e entre os cônjuges, conceitos de higiene corporal, particularmente dos órgãos genitais e cuidados para se evitar uma gravidez e doenças de transmissão sexual.

Sem dúvidas que algumas das cerimónias de iniciação possuem forte conteúdo cultural e tradicional e contribuem para a manutenção da identidade nacional.

Porém, alguns ritos contribuem para a permanência da desigualdade entre os géneros. Os valores negativos transmitidos pelos ritos de iniciação são: legitimação da violência física e fortalecimento do conceito de que as mulheres devem se subjugar ao homem e ser um instrumento de prazer.

Alguns ritos e costumes, ligados a sexualidade, devem ser conhecidos, uma vez que alguns podem estar intimamente relacionadas com a transmissão do HIV e das ITS.

Ritos e costumes ligados a sexualidade:

- Na primeira menstruação, os panos contendo o sangue são deitados ao rio para que a corrente os leve, propiciando assim um fluxo menstrual abundante à rapariga.
- A mulher durante o período menstrual pode ser vítima de acções de feitiçaria cuja hemorragia conduz à morte.
- Casamentos prematuros, arrançados pela família, que estimulam as práticas sexuais precoces, como forma de obter ganhos e melhorar o estado de pobreza.
- Casamentos poligâmicos, aonde o homem possui mais de uma esposa, com ou sem o consentimento desta, para obter maior status social na comunidade e satisfazer o seu prazer pessoal.

- Alongar os lábios vaginais menores, relacionado com a noção básica da feminilidade. Os “matunas” (pequenos lábios vaginais alongados) “fecham” o orifício vaginal. Os lábios vaginais alongados são considerados mais eróticos e mais aceites pelo parceiro sexual, além de funcionar como uma “protecção” contra as forças maléficas, da feitiçaria, que usam os orifícios do corpo para entrar. Este processo de iniciação da sexualidade feminina leva a uma modificação do corpo e está ligada a sexualidade e ao casamento, sendo orientado pelas mulheres mais velhas, chamadas “madrinhas”, que são geralmente escolhidas pelas próprias mães ou avós. O processo de alongamento pode durar vários meses até atingir um tamanho de 3 a 4 cm, considerado ideal. A madrinha acompanha o alongamento dos lábios da jovem e define quando esse processo deve ser considerado terminado.
- Uso de substâncias para reduzir e secar o canal vagina. Este método é usado por mulheres em idade fértil e sexualmente activas com objectivo de “preparar” a vagina para a relação sexual. Estes produtos também são usados após o parto para “fechar a vagina” o mais rapidamente possível, e retornando assim, as relações sexuais com o parceiro. Geralmente os remédios vaginais são fornecidos pelos familiares da mulher (madrinhas, tias, avós) ou por médicos tradicionais. São passados no orifício vaginal ou colocados dentro do canal vaginal ou até mesmo ingeridos. A finalidade é melhorar a relação sexual. Pois, segundo este costume, a vagina quando seca e apertada, permiti a fricção e o prazer sexual de ambos.
- Uso de substâncias para aumentar o desejo sexual e criar a sensação de “aquecimento no corpo”.
- “Pitakufa”; ritual de purificação que obriga a mulher viúva a dormir com o irmão do marido falecido.

2.3. Género & Sexualidade

Rapazes e raparigas são, desde pequenos, tratados de forma diferente por seus familiares. A família empenha-se em deixar claro para os jovens, que estes terão que assumir papéis diferentes na sociedade.

Os universos masculino e feminino encontram caminhos de separação já no período da adolescência. As raparigas são mantidas sob estreita tutela e vigilância da família, enquanto os rapazes são incentivados a sair, e ampliar suas relações sociais.

O acesso a educação é, muitas vezes negado a rapariga, que tem que trabalhar na machamba e ajudar a cuidar dos irmãos. Outra causa importante de evasão escolar é o grande número de gravidez na adolescência, que faz com que esta jovem abandone a sala de aula para cuidar da criança. Quanto mais bem informadas forem, as jovens sentir-se-iam mais fortalecidas e confiantes para tomar decisões e fazer escolhas mais acertadas.

As mulheres se encontram em uma situação económica e social muitas vezes desfavorecida em relação ao seu parceiro, não tendo a mesma possibilidade de negociar a relação sexual ou de a recusar. Valores culturais e sociais também definem um papel sexual diferente para os homens e para as mulheres, definindo o tipo de relação sexual, sua frequência e o tipo de parceiro. Ao homem é dada maior liberdade, iniciativa e possibilidade de variar de parceiras em comparação com as mulheres.

A situação de dependência económica das mulheres faz com que as relações sexuais sejam uma forma de “pagamento” da mulher ao homem, pelo sustento da mesma. Muitas vezes é na sedução do homem e na manutenção dele em casa, que a mulher encontra alguma forma de sustento.

Em contrapartida, nalgumas regiões o homem se encontra muitas vezes na obrigação social de ter várias parceiras, a quem sustenta total ou parcialmente, e com elas mantém relações sexuais, pois ter muitas parceiras é sinal de virilidade e status social.

A busca por um relacionamento entre homens e mulheres, livre de coerção, leva a um aumento da auto-estima e ajuda a desenvolver relações equitativas, de apoio mútuo e prazer. O exercício da sexualidade deve ser baseado na afectividade, respeito e igualdade de géneros e no repúdio a todas as formas de violência sexual.

BLOCO 3. RELAÇÕES SOCIAIS E CULTURAIS NA DIFERENCIAÇÃO ENTRE GÉNEROS **(10 min)**

Género não representa apenas as diferenças anatómicas entre os sexos, o género é a construção social das diferenças entre homens e mulheres. O feminino e o masculino são, na verdade, categorias sociais.

Homens e mulheres se encontram em situação desigual, no que diz respeito ao poder de estabelecer as normas da relação. As mulheres geralmente estão em uma situação socialmente mais desfavorável que os homens, e isto influi no comportamento sexual dos mesmos. Os motivos para estas desigualdades são vários: aspectos ideológicos, culturais, históricos, legais e práticos. Todos contribuem para que as mulheres tenham menos acesso que os homens à educação, terra e emprego, entre outros aspectos.

Nas relações entre homens e mulheres, a hierarquia do poder actua directamente sobre a sexualidade.

Quando se trata do direito das mulheres de desfrutar do prazer sexual, há diferenças marcantes entre os géneros. Por exemplo, nos países da África central incluindo o Egipto, praticam a mutilação do clítoris e até dos grandes e pequenos lábios (a chamada de mutilação faraónica no Egipto), que é para impedir que a mulher sinta o prazer sexual e deste modo elas tornam-se eternas fiéis ao marido sendo somente este quem pode usufruir do orgasmo (KHADY, a mutilada 2005). Quanto ao número de parceiros, é socialmente permitido aos homens ter mais de uma parceira, mas este direito é vedado as mulheres, que devem permanecer fiéis.

A maioria das mulheres fica à espera que seja o homem a tomar a iniciativa de propor a utilização do preservativo. Muitas mulheres consideram que não se pode fazer tal proposta, porque “quem manda é o homem”; “o homem é o dono da casa”; e “propor o uso do preservativo não fica bem”.

Na maioria das vezes, considera-se que homens e mulheres têm os mesmos direitos, mas as práticas sociais impedem o seu exercício.

As relações de poder se reflectem nas relações sexuais, onde os direitos das mulheres são subjugados pelo “poder de dominação” e pelo “poder de tomar decisões” que cabem socialmente, aos homens. Esta posição é aceite, inclusive, por várias mulheres como um poder masculino adquirido.

A pobreza e a falta de uma base familiar funcionam como uma motivação para a prática sexual em troca de uma compensação material, de favores ou apenas por capricho e raramente por prazer. Os exemplos utilizados para ilustrar esta situação são os de raparigas que mantêm relações sexuais com homens muito mais velhos mas com poder económico, e outros indivíduos socialmente bem posicionados, em troca de algum favor. Na maior parte dos casos, essas relações sexuais não são protegidas, colocando a sua saúde em risco e contribuindo para o aumento dos riscos de contaminação de ITS/HIV/SIDA.

BLOCO 4. FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A TRANSMISSÃO DO HIV (10min)

Nas últimas décadas, devido à pandemia de HIV/SIDA, a sexualidade e as práticas a ela ligadas, estão sendo analisadas de forma mais aprofundada. É necessário uma melhor compreensão da complexidade das relações para se encontrar melhores respostas para a prevenção da doença.

A transmissão do HIV em Moçambique tem apresentado um perfil cada vez mais jovem e feminino. Mais da metade dos adultos e jovens, infectados pelo HIV/SIDA, são mulheres. A África subsaariana é responsável por quase 64% do total de seropositivos do mundo. Em Moçambique, como em outros países da África Austral, o crescimento dos níveis de infecção pelo HIV e por outras ITS é motivo de grande preocupação. Os programas de combate à doença estão longe de atingir os resultados esperados. Estima-se que cerca de 500 pessoas são infectadas pelo HIV, diariamente no país.

Estas novas infecções atingem sobretudo jovens, entre os 15 a 24 anos. As mulheres são as mais afectadas, devido à sua particular sensibilidade à infecção.

O modelo tradicional de educação na família e na escola, aliada a influência religiosa, determinam que a rapariga não esteja preparada, quando adulta, para negociar com o parceiro, o exercício saudável e prazeroso da sexualidade.

Como resultado, é facto que as mulheres estão sujeitas à contaminação de infecções de transmissão sexual (ITS), sem que para isso tenham a oportunidade ou a possibilidade, de se precaverem e por não terem direito de escolha sobre o seu corpo.

Factores relacionados ao género e a sexualidade, que contribuem para as altas taxas de transmissão do HIV no país:

- Baixa qualidade e cobertura dos serviços de saúde a nível Nacional
- Baixo número de partos assistidos institucionalmente
- Casos de violência sexual e doméstica contra as mulheres
- Manutenção de uma posição subalterna da mulher, sobretudo no campo
- Maior vulnerabilidade das mulheres e das crianças, com grande número de órfãos, filhos de pessoas portadoras de SIDA, e de crianças que já nascem seropositivas
- Início precoce da vida sexual
- Manutenção dos casamentos poligâmicos
- Fraco acesso a escolaridade

É fundamental compreender e caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres e dos homens no contexto social. Esta compreensão vai permitir entender os mecanismos de transmissão do vírus HIV e ajudar a criação de políticas de prevenção adequadas ao contexto Nacional, levando-se em conta as diferenças regionais e entre as populações urbanas e rurais.

BLOCO 5: VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO (30 min)

5.1. Definições:

Violência Baseada no Género (VBG) é a violência direccionada a um indivíduo com base no seu sexo biológico, identidade de género ou à percepção de sua adesão a normas de masculinidade e feminilidade definidas socialmente.

As mulheres e meninas são as que estão mais vulneráveis e são as mais afectadas pela VBG. Consequentemente os termos “violência contra mulheres” e “violência baseada no género” são muitas vezes usados em substituição um do outro.

No entanto, os meninos e homens também podem sofrer de VBG assim como as minorias sexuais e de género, como homens que fazem sexo com outros homens. Independentemente do alvo, a VBG está enraizada nas desigualdades estruturais entre homens e mulheres e é caracterizada pelo uso e abuso do poder e controlo físico, emocional ou financeiro.

5.2. Classificação

A VBG pode ser classificada como:

- Violência doméstica
- Violência física
- Violência emocional e verbal
- Violência psicológica
- Violência sexual
- Assédio sexual

Outras formas de VBG incluem:

- Forçar a mulher a engravidar, escravidão sexual, práticas tradicionais prejudiciais às mulheres (crimes de honra, queimar ou atirar ácido no rosto da mulher, mutilação genital feminina, violência relacionada com o dote ou lobolos, etc.), casamento forçado, violência em conflitos armados, assassinato e violações); tráfico de mulheres e raparigas para a prostituição;

É importante lembrar que a vítima de violência não costuma ser só vítima de violência física, sexual, psicológica ou económica, costumando sofrer as várias formas de violência combinadas. Por isso, quando a vítima se dirige à US, não se pode tratar só a parte física ou sexual, devendo tratar a pessoa violentada com muita empatia e prestar apoio psicológico.

5.3. Contexto que ocorre a VBG

A VBG pode ocorrer em todos os contextos da vida de uma mulher, contudo, os principais contextos em que ela ocorre são: seio familiar, comunidade, local de trabalho ou escolas e Instituições do Estado

- Família: é um dos principais locais (violência doméstica), sendo que a maioria dos casos de VBG que tem lugar neste contexto não são denunciados.
- Comunidade: na rua por gente conhecida ou desconhecida
- Local de trabalho ou escolas: nos locais de trabalho, pelos colegas ou pelos superiores hierárquicos; nas escolas por colegas de turma e/ou por professores.
- Nas instituições oficiais do Estado: perpetuada por agentes policiais, autoridades jurídicas, forças armadas, autoridades migratórias, entre outras

Sintomas que podem ajudar a suspeitar e identificar vítimas de violência:

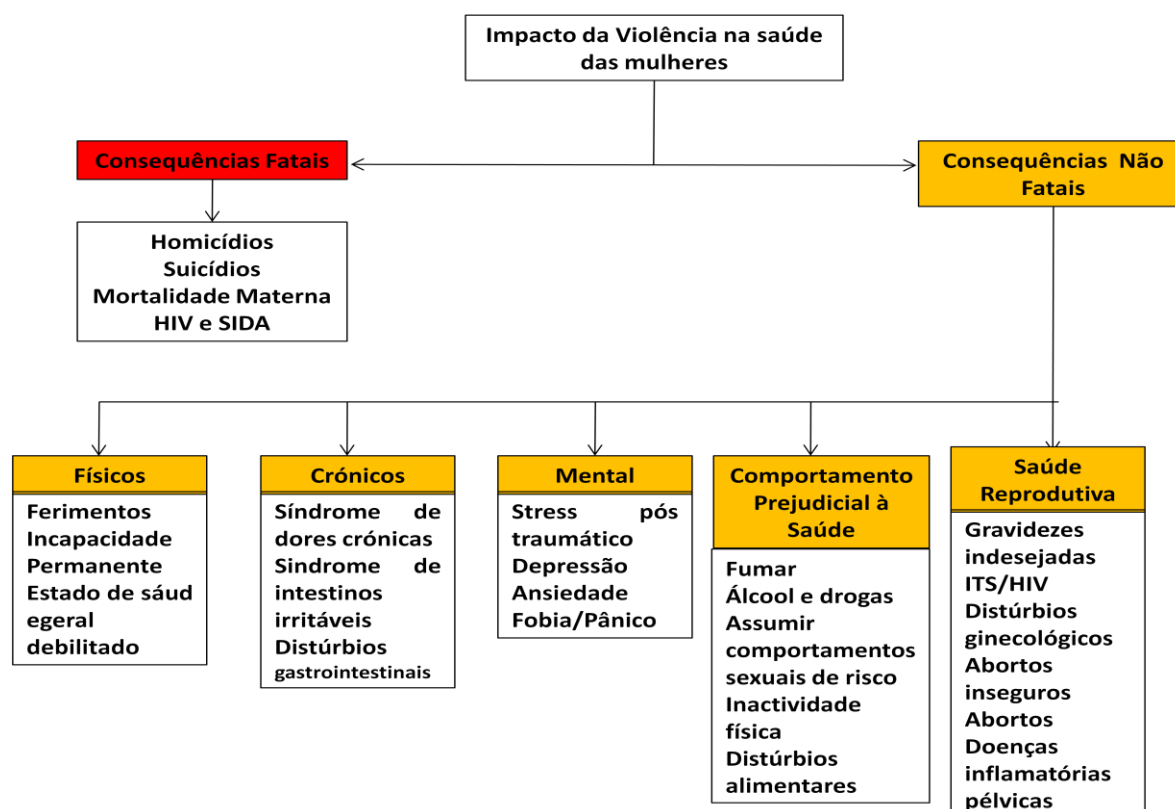
- Transtornos crónicos, vagos e repetitivos
- Início tardio no pré-natal

- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada)
- Dor pélvica crónica
- Depressão, ansiedade
- História de tentativa de suicídio
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada

As mulheres que sofrem de violência física, sexual ou psicológica podem ter uma série de problemas de saúde, muitas vezes em silêncio. São menos saudáveis fisicamente e mentalmente, sofrem mais lesões e utilizam mais os serviços de saúde do que as mulheres que não passaram por situações de violência. Os/as provedores de saúde têm a oportunidade e a obrigação de identificar, tratar e educar as mulheres em situação de violência.

5.4. Impacto da Violência na Saúde da Mulher

Podemos dividir as consequências em Fatais e Não Fatais. O esquema abaixo ilustra as formas que estas consequências se assumem na saúde da mulher. Dentre as consequências fatais destacam-se: homicídios, suicídios, mortalidade materna e HIV/SIDA.



5.5. Relação entre a VBG e HIV

Em muitos países, as normas e comportamentos tradicionais, culturais e sociais masculinos contribuem para a disseminação da infecção pelo HIV e SIDA, e podem limitar o acesso aos serviços e cuidados de saúde para os que necessitam. Comportamentos masculinos de alto risco que são orientados por tais normas incluem: relação sexual intergeracional e transaccional, parceiros múltiplos concorrentes, abuso do álcool, consumo de drogas ilícitas, baixo uso dos serviços de saúde e dos cuidados para o HIV, entre outras. Programas que têm como objectivo mudar os padrões masculinos no sentido de promover maior envolvimento deste na mudança comportamental, podem reduzir a vulnerabilidade ao HIV/SIDA entre homens e mulheres, e melhorar a saúde das pessoas vivendo com HIV/SIDA.

A VBG é uma causa e consequência da infecção pelo HIV. A violência ou o medo da violência podem representar barreiras gigantescas à prevenção, atenção e tratamento da infecção pelo HIV, limitando a capacidade dos indivíduos de conhecerem o seu diagnóstico, adoptarem e manterem medidas de protecção que vão desde negociar relações sexuais seguras passando por manter-se sob o tratamento e a permanecer na escola.

Pelo contrário, um resultado positivo pode levar ao estigma, discriminação, isolamento e violência em casa e na comunidade, aumentando as vulnerabilidades que as mulheres, meninas, órfãos e crianças vulneráveis e outras populações vulneráveis já enfrentam na busca de vidas saudáveis, satisfatórias e produtivas.

Portanto, estas duas pandemias, GBV e HIV, estão intrinsecamente relacionadas e, combinar estratégias de combate à GBV e HIV é necessária por forma a alcançar resultados duradouros na luta contra o HIV. Ambos requerem uma abordagem abrangente, multisectorial e de forma contínua ao longo de todo o ciclo da vida.

5.6. Barreiras na identificação de casos de VBG

De entre as barreiras na identificação de casos de VBG se destacam os motivos que impedem as mulheres de revelar que é vítima de VBG e motivos que impedem o provedor de abordar a violência com os utentes.

- Motivos que impedem as mulheres de revelar que é vítima de VBG
 - Sentir-se envergonhada ou humilhada
 - Medo que a considerem culpada
 - Medo pela sua segurança pessoal e dos seus filhos, incluindo medo de perder os filhos
 - Más experiências anteriores ao partilhar a sua situação
 - Acreditar que o agressor possa mudar de comportamento
 - Pensar que as suas lesões e problemas não são importantes
 - Protecção do parceiro por motivos de dependência económica ou afectiva
 - Não ter conhecimento sobre a lei e direitos
- Motivos que impedem o provedor de abordar a VBG com os utentes:
 - Pensar que as mulheres gostam de ser agredidas
 - Considerar que a violência é um problema pessoal e privado
 - Pensar que as mulheres se sentem ofendidas quando questionadas sobre a violência
 - Acreditar que não tem tempo suficiente para abordar questões sobre a violência
 - Ter sofrido ou cometido actos de violência contra a mulher
 - Conhecer pessoalmente o agressor ou membros de sua família

5.7. Como abordar a VBG na prática

- Prestar atenção aos relatos espontâneos:
 - Revelações sobre restrição de liberdades individuais (proibição de trabalhar fora, estudar ou sair fora)
 - Revelações sobre recusa em disponibilizar dinheiro para necessidades básicas por parte do parceiro

- Revelações sobre humilhação, maus tratos, ameaças de agressão, relações sexuais forçadas, agressão física de qualquer espécie
- Fazer perguntas indirectas
 - Está tudo bem em sua casa? Está com problemas no relacionamento familiar?
 - Sente-se humilhada ou agredida? Acha que os problemas que tem estão a afectar a sua saúde?
 - Está tudo bem com o seu parceiro? Discute muito com o seu parceiro? Quando discutem ele fica agressivo?
- Fazer perguntas directas
 - Alguma vez já foi agredida física, psicológica ou sexualmente?
 - Já foi forçada a ter relações sexuais com alguém?
 - Já revelou a alguém que é vítima de violência?

5.8. Papel da Unidades Sanitárias e dos Provedores de Saúde na luta contra a VBG

a) Defender, Criar uma Rede e Coordenar a provisão de cuidados

É importante criar uma rede com outros sectores e associações que também lidam com as vítimas de VBG. Montar coligações entre estes diferentes grupos pode aumentar a possibilidade de mudança. Não só esses grupos ligados podem ser fontes potenciais de referência, mas também há a possibilidade de as utentes serem referidas de e para a US. Por outro lado um trabalho multisectorial pode também evitar a duplicação dos serviços.

b) Garantir Privacidade e Segurança

Deve haver um gabinete privado, onde essas discussões podem ter lugar. Para facilitar que as mulheres se sintam seguras ao relatar os episódios de violência, deve haver uma política claramente delineada que assegure a privacidade. Isso significa que não pode ser permitida a entrada do parceiro da vítima no gabinete de consulta enquanto decorre a conversa com a vítima. Perguntar a uma vítima de violência doméstica acerca da VBG em frente ao seu parceiro, pode colocá-la em perigo e podemos não colher as informações chave sobre o caso.

c) Garantir Confidencialidade

Pode haver graves consequências para a saúde e bem-estar das vítimas se o que ela conta sobre a violência for tornado público. Deve haver também uma política sobre a confidencialidade, na Unidades Sanitárias, que seja clara tanto para o pessoal como para as utentes. Tal como acontece com outros problemas de saúde como HIV/SIDA, ITS etc., esta é uma informação que precisa de ser mantida confidencial, devendo pensar-se como evitar que haja brechas na confidencialidade.

d) Responsabilidades dos provedores de saúde

Os provedores de saúde no atendimento às vítimas de violência devem oferecer compreensão, apoio, abertura e respeito.

O papel do provedor de saúde é identificar, avaliar a violência e assistir a vítima para que ela possa obter ajuda que necessita para lidar a situação. Os papéis específicos dos provedores são:

- Testemunhar

O provedor de saúde não precisa de ouvir toda a história, mas precisa de entender a injustiça do que está a ouvir e comunicar isto à sua utente. A par disto, o provedor de saúde pode e deve ajudar esta mulher a obter a assistência que ela necessita.

- Ouvir e Validar

O provedor de saúde deve apoiar não com sugestões ou prescrições mas com compreensão. A utente precisa do apoio do clínico, mostrando à utente simpatia, sensibilidade e acreditar no que a utente lhe conta.

- Educar

O provedor deve educar a utente acerca da ligação existente entre os seus sintomas e a violência, modos de cuidar melhor de si própria e mais importante ainda, mostrar que ela não está sozinha.

- Documentar

Quando se aborda a violência com a utente, é importante que o provedor de saúde documente as respostas na sua ficha. Esta documentação pode incluir a colocação de informação na ficha sobre o tipo de violência que ela sofreu, quando ocorreu, registo da avaliação feita, as referências que foram feitas, e, no caso de evidência física como escoriações ou cicatrizes preenchidas no desenho de um corpo humano.

- Apoiar

O provedor precisa de se mostrar não crítico, sensível e compreensivo. Isto significa não dizer à utente o que ela deve fazer mas sim assisti-la a pensar sobre as várias opções e o que é que ela está preparada para fazer agora. Apoiar as utentes significa respeitar o seu poder de decisão e acreditar que elas melhor do que ninguém sabem o que precisam. As utentes depois de revelarem ser vítimas de violência podem recear um julgamento negativo por parte do provedor e seria útil deixar as vítimas saberem que elas não estão a ser julgadas mas que, por exemplo, o facto de contarem o seu segredo é um gesto de bravura e coragem da sua parte.

- Ser Membro da Equipa

Os clínicos precisam de trabalhar com outros provedores nas Unidades Sanitárias que também estão envolvidos com a utente. Os provedores precisam de trabalhar como equipa, coordenando os cuidados da vítima e depois de ter permissão da utente, partilhar a informação sobre ela.

- Referir

As vítimas de violência precisam de ser referidas aos vários tipos de serviços de acordo com as suas necessidades específicas. Os provedores devem assistir as utentes a obter os serviços que elas precisam.

BLOCO 6: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE (30 min)

O debate sobre sexualidade está intimamente relacionado a conceitos religiosos, familiares, morais e educacionais; que precisam ser respeitados na sua individualidade. É fundamental que a formação para o TMG ajude a construir no jovem futuro provedor dos serviços de saúde, uma mentalidade transformadora e crítica da sociedade. Na sua prática clínica, o TMG deve ser respeitoso com as opiniões dos utentes e não deixar que suas próprias concepções morais e ideológicas se sobreponham.

O docente deve explicar resumidamente a metodologia usada para o debate e funcionar como controlador do tempo e moderador da discussão, estimulando os alunos menos extrovertidos a contribuírem.

Para um bom nível de discussão deve-se fazer um acordo entre o grupo pelo respeito a todas as opiniões discordantes.

- Cada aluno vai receber um (ou dois) pedaços de papel contendo um questionamento sobre o tema da sexualidade
- O aluno terá cerca de três minutos para dizer se concorda ou não com aquele questionamento, justificando sua resposta
- Esta opinião deve ser anotada resumidamente no quadro pelo docente
- Se algum colega tiver alguma dúvida, deve apontar e apresentar no debate no final da aula
- Depois de todos os alunos se organizarem, abre-se o debate entre as ideias mais polémicas ou discordantes
- Exemplos pessoais podem ser colocados, para exemplificar como estes conceitos se aplicam na prática, obviamente, ocultando a verdadeira identidade das pessoas envolvidas.

O docente deve explicar aos alunos que o objectivo do debate não é criar um “juízo de valor”, determinando o que é “certo ou errado”, mas sim estimular o debate e o confronto de diferentes opiniões, mantendo o respeito e o bom nível da discussão.

BLOCO 7: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(125 min)

Cada aluno deverá ler a afirmação que lhe for atribuída, reflectir sobre o assunto, e apresentar as suas ideias aos colegas.

Como o TMG abordaria esse assunto ao seu utente?

1. Quando existe apenas uma vaga de trabalho, que está sendo disputada entre um homem e uma mulher, é preferível que o homem assuma, pois este precisa de dar o sustento a sua família.
2. Não fica bem para uma mulher casada exigir que seu marido use preservativo pois ela deve confiar nele.
3. É certo estimular as meninas a alongar os lábios menores pois se elas não fizerem isto, não serão aceites pelos homens de sua comunidade mais tarde.
4. Não é bom que os ritos de iniciação sexual acabem, pois eles fazem parte da cultura do país.
5. É bom que os ritos de iniciação sexual e outros costumes culturais, como a poligamia, acabem no país pois eles contribuem para que as mulheres tenham menos status social.
6. Os homens não podem ficar sem fazer sexo muito tempo, mas as mulheres sim.
7. Não fica bem para uma mulher ter muitos parceiros sexuais.
8. O homem precisa ter muitas parceiras sexuais para mostrar sua virilidade.
9. Quanto mais cedo se iniciar a vida sexual melhor, pois assim tem-se mais tempo para aprender como fazer sexo cada vez melhor.
10. Mulheres e homens têm os mesmos direitos na sociedade.
11. Quem deve ter a iniciativa de propor o uso do preservativo é o homem, pois é no corpo dele que é colocado.

12. Os direitos entre os géneros não são igualitários em Moçambique.
13. Principalmente as mulheres mais jovens já não aceitam esta posição de dominação do homem, exigem os mesmos direitos ao estudo e ao trabalho.
14. É muito importante ter muitos filhos, pois assim, a força para o trabalho no campo está garantida.
15. Não se deve discutir sobre sexo na família, pois é falta de respeito. Este é para ser aprendido sozinho, ou com os amigo(as).
16. Quanto mais instrução a pessoas tiverem, maior será o seu conhecimento sobre protecção da sua própria saúde e menor risco de se contrair doenças.
17. Meninos e meninas são criados pela família de forma desigual: a menina tem que trabalhar mais que os meninos.
18. A jovem estudante quando engravida deve ser obrigada a passar para o turno da noite, para ter tempo de cuidar de seu filho.
19. Quanto mais informação as mulheres receberem, mais vão se sentir fortalecidas e confiantes para tomar decisões e fazer escolhas mais acertadas.
20. Homens e mulheres devem buscar relacionamentos pautados na liberdade, pois isto aumenta a auto-estima e ajuda a desenvolver relações de apoio mútuo e prazer.
21. A relação sexual deve ser baseada na afectividade, respeito e igualdade entre os géneros.
22. Todas as formas de violência sexual devem ser combatidas.
23. Na maioria das vezes, considera-se que homens e mulheres têm os mesmos direitos, mas as práticas sociais impedem o seu exercício.
24. O poder de dominação e de tomar decisões, socialmente, cabe aos homens. Esta posição é aceite, inclusive, por várias mulheres.
25. A pobreza faz com que muitas mulheres, inclusive raparigas, façam sexo por troca de compensação material ou favores.
26. Muitas jovens raparigas mantêm relações sexuais com homens mais velhos ou com maior poder económico visando alguma compensação. Isto é visto também dentro da escola entre o professor e a aluna.
27. É importante debater e conhecer mais sobre a sexualidade dos moçambicanos, pois só assim os programas de saúde sexual e reprodutiva e as acções de prevenção das ITS/ HIV/SIDA serão mais eficazes.
28. Os actuais programas educativos de prevenção do HIV/SIDA não são eficazes, pois o número de pessoas seropositivas não pára de crescer.
29. As políticas de prevenção da transmissão das ITS e do HIV devem ser diferentes para as populações do campo e da cidade.
30. Sexo é vital para a vida. Quem não tem uma vida sexualmente activa não é feliz.

BLOCO 8. PONTOS-CHAVE (5 min)

- 8.1** Vários factores culturais interferem na sexualidade dos Moçambicanos já que vários tabus por vezes entram em contradição com a educação formal.
- 8.2** Quanto mais elevada a instrução, maior o conhecimento da protecção da sua própria saúde, reduzindo o risco de contrair doenças.
- 8.3** As cerimónias de iniciação possuem forte conteúdo cultural e tradicional. Alguns ritos e costumes, estão intimamente relacionadas com a transmissão do HIV e das ITS.
- 8.4** Valores culturais e sociais também definem um papel sexual diferente para os homens e as mulheres, definindo o modelo de relacionamento sexual.
- 8.5** Alguns factores que contribuem para a transmissão do HIV: casos de violência sexual e doméstica contra as mulheres, fraco poder de negociação em questões de sexo (mesmo nas mais instruídas); manutenção de uma posição subalterna da mulher e início precoce da vida sexual com múltiplos parceiros concorrentes, negligência e/ou desconhecimento quanto a protecção de ITS/HIV/SIDA, baixo acesso a escolaridade e pobreza.
- 8.6** A VBG tem consequências fatais (homicídio, suicídio, mortalidade materna, HIV e SIDA) e não fatais (físicos, crónicos, mentais, comportamentos prejudiciais à saúde e na saúde reprodutiva) que influenciam a saúde da mulher.
- 8.7** A VBG é uma causa e consequência do HIV.
- 8.8** A abordagem da VBG deve ser abrangente, multisectorial e contínua ao longo do ciclo de toda a vida.