

## Capítulo 21

# PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS À MULHER

---

Rayana Rolla Campos

Rogéria Andrade Werneck

Marina Moreira Scolari Miranda

Denise de Fátima Torres

Myrian Fátima de Siqueira Celani

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “a capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades”. Ser saudável implica a capacidade de “gerir a própria vida e/ ou cuidar de si mesmo” de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doença.<sup>1</sup> Visando diminuir as condições de saúde que possam levar à perda da autonomia e independência das mulheres, como também reduzir as taxas de mortalidade e morbidade, em 2010, o Ministério da Saúde (MS)<sup>2</sup> e, em 2013, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas<sup>3</sup> (*American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG) apresentaram diretrizes de cuidados e bem-estar na saúde da mulher.

O cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas mulheres fazem, durante toda a vida, apenas acompanhamento ginecológico. Então a consulta ginecológica “de rotina” pode ser o momento oportuno para a atenção primária às pacientes. Por isso, o ginecologista precisa ir além do “habitual” e orientar não apenas sobre os problemas ginecológicos, mas também sobre hábitos de vida saudáveis, cuidados com práticas de lazer, bem como rastreamentos de doenças sistêmicas como cardiovasculares e neoplásicas. As reco-

mendações e aconselhamentos devem ser adaptados à realidade epidemiológica da população sob cuidado. Vamos apresentar as recomendações das principais entidades médicas brasileiras e internacionais da saúde da mulher. Cabe ao ginecologista individualizar cada paciente e oferecer medidas preventivas adequadas.

## Rastreamento

A manutenção do bem-estar mental, físico e social da mulher inicia-se com a anamnese, exame físico, aconselhamento e rastreio bem realizados. A seguir serão descritas as rotinas de rastreamento para prevenção da saúde da mulher.

## Violência doméstica

Uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina é a violência. Ela atinge todas as mulheres, sem exceção. Essas mulheres vivem amedrontadas e muitas delas não conseguem expressar verbalmente tudo que estão passando. O acolhimento delas deve ser realizado periodicamente, por profissionais calmos e pacientes. A anamnese e a descrição do exame físico devem ser as mais completas possíveis, com dados sobre as circunstâncias da situação de violência e descrição das lesões identificadas.<sup>3</sup>

O *United States of Preventive Services Task Force* (USPSTF), junto com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), recomenda avaliar periodicamente todas as mulheres consideradas de risco. Entre outras, pode-se citar: as deprimidas, as que abusam de substâncias, as com problemas mentais e as portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) de repetição.<sup>25,26</sup>

## Depressão e suicídio

A saúde mental deve ser rastreada anualmente em mulheres mesmo assintomáticas, de todas as faixas etárias, por meio de instrumentos validados, visando diagnosticar depressão maior e possibilidade de suicídio. Caso seja necessário, essas mulheres terão acompanhamento psicoterápico. Nessa triagem anual, elas também devem ser avaliadas quanto ao relacionamento interpessoal e familiar, orientação sexual, identidade de sexo, distúrbios no aprendizado, abuso sexual, físico e emocional pela família e/ou pelo parceiro, prevenindo o estupro e o *bullying*.

## Tabagismo

No Brasil, a prevalência do tabagismo é de 17,2%, sendo que cerca de 200.000 mortes são causadas por ele<sup>2</sup>. Por ser o principal fator prevenível de morte, a orientação e educação devem estar voltadas para evitar o início de seu uso, com orientações desde a pré-escola. As mulheres tabagistas têm taxas de problemas reprodutivos, câncer ginecológico e não ginecológico, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares,

osteoporose, maiores do que as não tabagistas.<sup>6,7</sup> Uma triagem anual irá detectar as usuárias, que serão orientadas e, se necessário, tratadas. A triagem para câncer de pulmão não é recomendada em mulheres assintomáticas.

## Alcoolismo

No Brasil, a cada 100.000 mortes, 27,4 são causadas pelo consumo de álcool. É a quinta maior taxa de morte por álcool nas Américas.<sup>13</sup> Assim, é recomendado o rastreamento do alcoolismo em todos os adultos, inclusive nas gestantes. A ingestão de três doses de bebida alcoólica por ocasião e/ou mais de sete doses por semana leva a uma série de danos à saúde, à vida reprodutiva e à vida social da mulher<sup>14</sup>. A triagem de novos casos deve ser realizada, anualmente, por meio de questionários.

## Uso de drogas

A triagem para detecção do uso de drogas deve ser anual, por meio de questionários e/ou por relato de uso de drogas ilícitas, drogas sem receita médica e drogas que melhoram o desempenho. Além disso, em todas as consultas, a mulher deve ser avaliada e aconselhada sobre o uso de drogas, álcool e tabaco.

## Obesidade

A obesidade está relacionada a doença coronariana, hipertensão arterial, apneia do sono, diabetes tipo 2, acidente vascular cerebral e alguns tipos de cânceres.

Todas as pessoas com IMC  $\geq 30$  devem ser encaminhadas para acompanhamento, intervenções intensivas multicomportamentais e orientações sobre dieta e exercícios físicos.

## Nutrição

O USPSTF, ACOG e Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam não só aconselhamento intensivo, atividade física como também dieta aos adolescentes com IMC  $< 19$  OU  $> 25$ , os com hiperlipidemia e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além dos aconselhamentos e atividade física, anualmente devem rastreadas todas as doenças crônicas associadas à obesidade.

## Síndrome metabólica

USPSTF e ACOG recomendam triagem de rotina para dislipidemia, apenas uma vez ao final da adolescência e dos 20-45 anos, independentemente da existência ou não dos fatores de risco. Segundo o CDC, o diagnóstico de síndrome metabólica requer três dos seguintes achados: obesidade abdominal; triglicérides  $\geq 150$  mg/dL; HDL  $\leq 50$  mg/dL; pressão sanguínea  $\geq 130/85$  mmHg; glicemia de jejum  $\geq 100$  mg/dL.

## Dislipidemias

Mulheres entre 20 e 45 anos e com alto risco para doença cardíaca (DCA) devem ser rastreadas anualmente para distúrbios lipídicos. Paciente  $\geq 75$  anos e com DAC deve ser tratada para que a redução das taxas de colesterol seja mantida, mas essa decisão deve levar em conta o grau de funcionalidade do idoso.

## Osteoporose

A fratura de fêmur está associada à redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade. Fratura de coluna vertebral, por sua vez, relaciona-se ao aumento da mortalidade e risco de nova fratura, além de dor crônica. O principal objetivo do rastreamento da osteoporose é prevenir futuras fraturas, a partir da identificação das pacientes com alto risco clínico. O rastreamento de osteoporose é realizado com base na densitometria óssea, em mulheres  $\geq 65$  anos<sup>1</sup> e nas pacientes com alterações clínicas associadas à baixa massa óssea. O rastreamento deve ser precoce para avaliar início de tratamento.

## Hipertensão arterial sistêmica

O risco de doenças cardiovasculares é diretamente proporcional aos níveis pressóricos.<sup>19</sup> Então, todas as mulheres acima dos 18 anos devem ser rastreadas. Não há evidência de um período para rastrear a hipertensão. Recomenda-se que seja a cada dois anos nas mulheres com pressão arterial (PA)  $\leq 120/80$  mmHg e anual se a pressão sistólica (PAS) estiver entre 120 e 139 mmHg e/ou a diastólica (PAD) entre 80 e 89 mmHg.

## Diabetes

Pela ACOG, não há recomendações de exames rotineiros em adolescentes assintomáticos, exceto para aqueles com  $IMC \geq 30$ . Nos adultos com idade  $\geq 45$  anos, o rastreio de diabetes deverá ser de 3/3 anos. Todos os casos com pressão arterial  $\geq 135/90$  mmHg devem ser rastreados anualmente.

## Hipotireoidismo

Pela USPSTF, em mulheres assintomáticas e com baixo risco não é recomendada triagem rotineira. Em mulheres com risco e idade entre 19 e 49 anos, o ACOG recomenda dosar TSH anualmente. Após 50 anos, todas as mulheres devem ser triadas a cada cinco anos.

## Hepatite B

USPSTF e ACOG não recomendam triagem geral e de rotina para população assintomática. O rastreio de rotina deve ser reservado apenas para as grávidas.

## Hepatite C

USPSTF, ACOG E CDC recomendam o rastreio, apenas uma vez, em pessoas nascidas entre 1945 a 1965 e teste de rotina em pessoas com alto risco de infecção pelo HIV.

## Saúde sexual

Segundo o ACOG, durante a consulta de rotina, deve ser perguntado sobre a saúde sexual da mulher, com perguntas simples e diretas, como: “você está satisfeita com a sua vida sexual?” “Você tem quaisquer dúvidas ou preocupações sobre sexo?”

## Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

USPSTF e CDC recomendam aconselhamento para prevenir DSTs. O rastreio deve ser instituído de acordo com o CDC DST. As mulheres devem ser orientadas sempre sobre o uso de preservativos masculinos e/ou femininos.

## Planejamento familiar

O ACOG recomenda orientar todas as adolescentes sobre os métodos contraceptivos, inclusive o de emergência, mesmo antes do início das relações sexuais, prevenindo, assim, uma gravidez indesejada. O CDC reafirma que todas as mulheres devem ter orientação e acesso a toda gama de contraceptivos aprovados pela FDA anualmente. Nunca deve ser esquecida a orientação do uso de preservativo masculino e/ou feminino.

## Exame das mamas e mamografia

A incidência de câncer de mama, no Brasil, é estimada em 28,1% das neoplasias. USPSTF e ACOG informam que as mulheres devem ser orientadas sobre os benefícios e as limitações do autoexame das mamas (AEM), sendo que ele deve ser iniciado a partir dos 20 anos de idade. O exame clínico das mamas (ECM), segundo ACOG, deve ser realizado anualmente ou no máximo de 3/3 anos em pacientes com idade entre 20 e 39 anos; em idade  $\geq 40$  anos ele deve ser anual. Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (MS), mulheres com idade  $\geq 35$  anos e risco elevado para câncer de mama devem passar pelo rastreio anual com ECM. As mulheres em geral, dos 40-74anos, sem qualquer risco, devem se submeter anualmente ao ECM. O rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia está indicado nas seguintes situações:

- ♦ anualmente, segundo ACOG, em toda população feminina com idade  $\geq 40$  anos;
- ♦ o USPSTF recomenda, para mulheres  $< 50$  anos, mamografia bienal e individualiza o rastreio para população de  $\geq 75$  anos, visto que não há evidências suficientes para avaliar os benefícios e os danos da mamografia rotineira;

- ♦ o INCA recomenda mamografia anuais para mulheres  $\geq 35$  anos e com risco elevado para câncer de mama e para idade entre 40 e 49 anos com ECM alterado. Para mulheres com risco habitual e idade entre 50 e 74 anos, o rastreamento de câncer de mama é realizado com mamografia a cada dois anos;<sup>20</sup>
- ♦ o MS recomenda que dos 25-59 anos e após dois exames consecutivos normais, o rastreio mamográfico passe a ser de 3/3 anos; nas mulheres  $\geq 65$  anos o rastreio passe a ser individualizado.

## Câncer de ovário

Não é recomendada triagem de mulheres com baixo risco para câncer de ovário, pois os danos superam os benefícios da triagem. Para ACOG, às mulheres com prole definida e /ou idade  $\geq 40$  anos, com risco elevado para CA de ovário e/ou com mutações para BRCA1 e BRCA2, deve ser oferecida salpingoforectomia bilateral. Segundo o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), em pacientes que não foram submetidas à salpingoforectomia, o ultrassom transvaginal anual e a dosagem de CA-125 não são eficazes para rastreio de câncer de ovário.

## Prevenção de câncer cervical

O MS recomenda que após dois exames citopatológicos consecutivos normais em mulheres com idades de 25-59 anos, o rastreio deva ser de 3/3 anos. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada. Já com idade  $\geq 65$  anos, a recomendação é suspender o rastreamento, desde que os últimos exames estejam normais. Em mulheres hysterectomizadas com remoção do colo do útero não é necessária prevenção, EXCETO se tiver história de lesão de alto grau (NIC2 ou NIC3) ou câncer cervical tratado até 20 anos antes.

## Prevenção do câncer de cólon retal

Estima-se que o câncer de cólon e reto será, nos próximos anos, a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres. Este câncer está relacionado a obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, baixa ingestão de fibras alimentares e consumo de carnes vermelhas. Outros fatores de risco para desenvolvimento da doença são a história familiar do câncer de cólon e reto, a predisposição genética para o desenvolvimento de doenças crônicas do intestino e a idade. A história natural do câncer de cólon e reto permite prevenção e detecção precoce da doença, uma vez que a maioria das lesões neoplásicas se origina de uma lesão adenomatosa, que leva cerca de 10 a 15 anos para evoluir para lesão neoplásica, sendo que as lesões  $\geq 1$  cm têm mais probabilidade de se transformar em lesão maligna.<sup>2</sup>

## Vacinação

A situação vacinal da mulher deve ser investigada, com identificação das vacinas indicadas para cada faixa etária (Quadro 21.1), de acordo com as recomendações vacinais da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e do programa de vacinas do MS.<sup>27,28,29,30</sup>

Quadro 21.1. Vacinas

Vacinas	Adolescente (11 - 19 anos)			Adulto (20-59 anos)			Idoso (60 OU MAIS anos)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	\$
Triplice Viral (Caxumba, Rubéola, Sarampo)	S	Duas 0-1 mês	S	Gravidez Imunodeprimido	Duas 0-1 mês	S	Gravidez Imunodeprimido	Duas 0-1 mês	Imunodeprimido
Hepatitis A	S	Duas 0-6 mês	Ñ	Gravidez	Duas 0-6 mês	Ñ	Gravidez	Duas 0-6 mês	Ñ
Hepatitis B	S	Três 0-1-6 mês	S	Não	Três 0-1-6 mês	S	Não	Três 0-1-6 mês	Não
Hepatitis A e B	S	<16 anos Duas 0-6 mês >16 anos Três 0-1-6 mês	Ñ	Gravidez	Três 0-1-6 meses	Ñ	Gravidez	Três 0-1-6 meses	Não

1 + Disponível nos postos de saúde até 49 anos de idade. 2 - indicado ; 3 - contraindicado ; 4 - gratuito \$.

Continua...

... continuação

Quadro 21.1. Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	<input type="checkbox"/>	Dose	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	Dose	<input type="checkbox"/>	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	<input type="checkbox"/>	\$
HPV Quadrivalente (6, 11, 16, 18)	S	* OBS	Gravidez	*	S	Três 0-1-6 meses	Gravidez	Ñ	X	X	X	X
Tríplice Bacteriana Acelular Adulto (dTpa) (Difteria, Tétano, Coqueluche)	S	1 reforço em 10 anos	** Não	** S	S	Reforço a cada 10 anos	** Não	** S	S	Reforço a cada 10 anos	** Não	** S
Dupla Adulto (dT) (Difteria, Tétano)	S	***	Não	S	S	***	Não	S	X	X	X	X
Varicela (Catapora)	S	Duas <13 anos 0-3 mês >13 anos 0-1 mês	Gravidez	Ñ	S	Duas 0-2 meses	Gravidez	Ñ	X	X	X	X

\* Ministério da Saúde (MS) indica duas doses exclusivamente para meninas de nove a 13 anos de idade. Nos postos só vacinam com 9-13 anos de idade. Indicado para homens de 9-26 anos e mulheres de 9-45 anos, três doses 0-1-6 meses.

\*\* Gestantes apenas uma dose entre 27 e 36 semanas de gestação. Postos apenas para gestantes.

\*\*\* Uma dose de dTpa a qualquer momento e completar com duas de dT.

1 - indicado ; 2- contraindicado ; 3 - gratuito \$.

Continua...

... continuação

**Quadro 21.1.** Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	<input checked="" type="checkbox"/>	\$
Influenza (Gripe)	S	Única anual	Não	**** S	S	Única anual	Não	**** S	S	Única anual	Não	**** S
Meningocócica Conjugada ACWY	S	2 5/5 anos reforço aos 11 anos	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	**** S	S	C	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	Ñ	**	Dose única	Não	Ñ
Meningocócica B	S	2 0-1 mês	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	Ñ	S	2 0-1 mês	Gravidez, a ser considerada em risco aumentado	&	&	&	&	&
Febre Amarela	S	Uma *****	Gravidez Imunodeprimido	S	S	Uma *****	Gravidez Imunodeprimido	S	S	Uma *****	Imunodeprimido	S

\*\*\*\*Postos oferecem para grupos de risco e gestantes.

\*\*\*\*\*Uma dose para residentes ou viajantes para áreas de vacinação segundo o MS.

\*\*\*\*\*Surto e viagens para áreas de risco.

& Apenas na indisponibilidade da meningocócica conjugada ACWY; 1 - indicado ; 2- contraindicado ; 3 - gratuito \$.

Continua...

... continuação

**Quadro 21.1.** Vacinas

Vacinas	Adolescente (11-19 anos)				Adulto (20-59 anos)				Idoso (60 OU MAIS anos)			
	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	⊗	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	⊗	\$	<input checked="" type="checkbox"/>	Dose	⊗	\$
Pneumocócica (VPC13) e (VPP23)	X	X	X	X	X	X	X	X	S	&*	Não	S &*
Herpes Zoster	X	X	X	X	X	X	X	X	S	Dose única	Imunodeprimido	Ñ

&\*: iniciar com uma dose de VPC13 seguida de uma dose de VPP23 seis a 12 meses depois e uma segunda dose de VPP23 cinco anos depois da primeira.

Nos postos de saúde apenas a VPP23 para grupos de risco.

1 - indicado ; 2- contraindicado ⊗; 3 - gratuito \$.

# Referências

1. Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais* Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. Conry JA, Brown H. Well-woman task force: components of the well-woman visit. *Obstet Gynecol*. 2015 Oct; 126(4):697-701. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26348188>.
4. Committee opinion no. 471. Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010 Nov; 116(5):1241-4. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966731>.
5. Fiore MC et al. A Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008 Aug; 35(2):158-176. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18617085>.
6. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion number 503: tobacco use and women's health. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):746-50. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21860316>.
7. Roelands J et al. Consequences of smoking during pregnancy on maternal health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Jun; 18(6):867-72. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19514829>.
8. Haddad A, Davis AM. Tobacco smoking cessation in adults and pregnant women: behavioral and pharmacotherapy interventions. *JAMA*, 2016 May 10; 315(18):2011-2 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27163990>.
9. Hemsing N Greaves L, Poole N. tobacco cessation interventions for underserved women. *J Soc Work Pract Addict*. 2015 Jul 3;15(3):267-87 [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27226783>.
10. Kruger J, O'Halloran A, Rosenthal A. Assessment of compliance with U.S. Public Health Service clinical practice guideline for tobacco by primary care physicians. *Harm Reduct J*. 2015 Mar; 12:7. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25889679>.
11. ACOG Committee Opinion No. 587: Effective patient-physician communication. *Obstet Gynecol*. 2014 Feb; 123(2 Pt 1):389-93. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24451677>.
12. Garcia LP, De Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24: 227-37.
13. Rehm J et al. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. *Addiction*. 2014 Jun; 109(6):880-93. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467748>.
14. Committee opinion no. 633. Alcohol abuse and other substance use disorders: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. *Obstet Gynecol*. 2015 Jun; 125(6):1529-37. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26000541>.
15. Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician*. 2009 Jul; 80(1):44-50. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621845>.

16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug; 118(2 Pt 1):383-8. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775870>.
17. ACOG Committee Opinion No. 423: motivational interviewing: a tool for behavioral change. *Obstet Gynecol.* 2009 Jan; 113(1):243-6. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19104391>.
18. ACOG Committee Opinion No. 600: Ethical issues in the care of the obese woman. *Obstet Gynecol.* 2014 Jun; 123(6):1388-93. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24848919>.
19. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
22. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
23. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
24. ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol.* 2012 Feb; 119(2 Pt 1):412-7. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22270317>.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 554: reproductive and sexual coercion. *Obstet Gynecol.* 2013 Feb;121(2 Pt 1):411-5. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23344307>.
26. Romero R, Nygaard I. CDC updates guidelines for treating sexually transmitted diseases. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Aug; 213(2):117-8. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216176>.
27. Sociedade Brasileira de Imunizações. *Calendário de vacinação - idoso 2015- 2016*. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <http://www.imunize.com.br/calendarios/idoso.pdf>.
28. Sociedade Brasileira de Imunizações. *Calendário de vacinação - adolescente de 11 a 19 anos 2015 - 2016*. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <http://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-adolescente-2016-17.pdf>.
29. Sociedade Brasileira de Imunizações. *Calendário de vacinação - criança de 0 a 10 anos 2015 - 2016*. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <http://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca-2016-17.pdf>.
30. Sociedade Brasileira de Imunizações. *Calendário de vacinação da mulher - 20 a 59 anos 2015 - 2016*. [Acesso em: 18 out 2016]. Disponível em: <http://saudebrasilnet.com.br/Arquitetura/PDFs/calendario-20-59-mulher.pdf>.