

- Planejamento familiar;
- Violência Sexual
- Dengue na Gestação e Puerpério

1. Saúde sexual e saúde reprodutiva

SEXO refere-se a um conjunto de características genóticas e biológicas;

GÊNERO é uma construção social e histórica.

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades:

- Aconselhamento.
- Atividades educativas.
- Atividades clínicas (voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde).

Direitos reprodutivos:

O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.

- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

OBS: Fazer leitura dos direitos sexuais

QUESTÕES

1- (Residência Enfermagem Obstétrica UERJ 2022-23) Sobre o planejamento reprodutivo, é correto afirmar que:

- (A) é um importante recurso para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos por meio do controle da natalidade
- (B) contribui para a superação da situação de pobreza existente no país pela implementação de ações de controle demográfico
- (C) pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família
- (D) deve ser desenvolvido sob a forma de trabalho em equipe e ser dirigido a populações de territórios bem delimitados

2- (Luciane de Almeida 2023) Sobre os direitos sexuais e reprodutivos e a política de planejamento familiar, verifique as alternativas e assinale a INCORRETA.

- (A) Na atenção básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve atividades de aconselhamento, atividades educativas e clínicas.
- (B) “Sexo” refere-se a um conjunto de características genóticas e biológicas. “Gênero” é uma construção social e histórica.
- (C) A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.
- (D) A laqueadura tubária, ao contrário da esterilização masculina, deve ser incentivada por se tratar de um procedimento mais fácil e seguro em relação à vasectomia. Costuma ser realizada junto com o parto cesáreo.

Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde

(APS) deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Primeiro contato: significa ser a “porta ou ponto de entrada” de fácil acesso para o sistema de saúde.

Longitudinalidade: quer dizer responsabilidade do serviço de saúde por toda a população de um determinado território ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doença e da procura pela unidade.

Integralidade: traduz-se em realizar atenção, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 690/2022

Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

RESOLVE:

Art. 1º **Aprovar a norma técnica referente à atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.**

Art. 2º **No âmbito da equipe de Enfermagem, a atuação no Planejamento Familiar e Reprodutivo é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.**

Art. 3º **Os procedimentos previstos nesta norma devem ser desenvolvidos no ato da consulta em cumprimento às etapas do Processo de Enfermagem, cabendo-lhe a prescrição, administração e procedimentos acerca dos métodos contraceptivos e contraceptivos disponíveis no SUS, com base em protocolos assistenciais.**

A **infertilidade** se define como a ausência de gravidez em um casal após um ano ou mais de atividade sexual regular e sem uso de medidas anticoncepcionais. infertilidade, de acordo com a disponibilidade locorregional, conforme os critérios abaixo:

- Mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 30 anos e menos de 40 anos, mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 40 anos e menos de 50 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção.

Abortamento habitual ou de repetição: ocorrência de três ou mais interrupções naturais consecutivas da gestação de até 20 semanas.

QUESTÕES

3- (UFRJ Residência Multiprofissional 2015) Casal infértil é definido como aquele que não consegue engravidar após:

- (A) Dois anos de vida sexual ativa, com frequência de coito pelo menos três vezes por semana e sem uso de método anticoncepcional.
- (B) Seis meses de vida sexual ativa, com frequência de coito pelo menos três vezes por semana e sem uso de método anticoncepcional.
- (C) Um ano e meio de vida sexual ativa, com frequência de coito pelo menos uma vez por semana e sem uso de método anticoncepcional.
- (D) Um ano de vida sexual ativa, com frequência de coito pelo menos duas vezes por semana e sem uso de método anticoncepcional.

O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

- A **fase oral** ocorre durante o primeiro ano de vida.
- A **fase anal** acontece por volta de um ano e meio a dois anos e é a fase em que se inicia o controle dos esfíncteres. Urinar e evacuar geram grande prazer às crianças, uma vez que representam suas primeiras produções no mundo.
- A **fase fálica** inicia-se por volta dos três anos e se estende até os seis anos, aproximadamente. Nesse período, dá-se a descoberta dos genitais como área de prazer;
- O **período de latência** ocorre por volta dos seis aos nove anos. As energias das crianças estão mais voltadas ao aprendizado e à aquisição de habilidades. Elas adquirem muito conhecimento e se tornam mais independentes.
- **Fase genital** - por volta dos nove a dez anos, quando se inicia a puberdade e, posteriormente, a adolescência. Ocorrem mudanças hormonais, emocionais e sociais e a energia que estava canalizada para o desenvolvimento intelectual e social volta-se para a “redescoberta” do próprio corpo como fonte de prazer e também para as manifestações de interesse, afeto, desejo, prazer/desprazer por pessoas fora do ambiente familiar, que simbolizarão “objetos de desejo”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) circunscreve a **adolescência** como o período de vida que vai dos **12 aos 18 anos** de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), delimita a adolescência como período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias; e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos.

O MS usa os termos “população jovem” na faixa entre 10 e 24 anos.

QUESTÕES

- 4- (Luciane de Almeida 2023) No que se refere ao desenvolvimento da sexualidade a fase que se inicia por volta dos 3 anos e se estende até os 6 anos, e nesse período, dá-se a descoberta dos genitais como área de prazer, pode ser classificada como:

- (A) Fase anal
- (B) Fase fálica
- (C) Fase genital
- (D) Período de latência
- (E) Fase oral

1.1. DISFUNÇÕES SEXUAIS

Anorgasmia ou disfunção orgásmica: grande retardo ou ausência do orgasmo quando ocorre de maneira persistente ou recorrente, após uma fase normal de excitação sexual.

Vaginismo: é uma contração involuntária, não desejada, da musculatura da vagina que ocorre quando a penetração é tentada ou quando a mulher imagina que possa vir a ter um ato sexual com penetração. A penetração pode tornar-se impossível ou extremamente dolorosa.

Dispareunia: é a dor genital que ocorre durante a relação sexual.

Algumas parafilias:

- **Exibicionismo**: exposição dos genitais em público, com intuito de impressionar ou chocar as pessoas.
- **Fetichismo**: excitação sexual com objetos inanimados, como sapatos, cabelo, roupas íntimas, entre outros.
- **Masoquismo**: prazer ou excitação sexual derivada do fato de sofrer abuso/agressão física ou psicológica ou de ser humilhado (masoquismo moral).
- **Sadismo**: excitação sexual derivada do fato de causar sofrimento físico ou psicológico a outra pessoa.

- **Frotteurismo:** friccionar genitais em outras pessoas (fora do contexto de uma atividade sexual com um parceiro) para adquirir excitação.
- **Voyerismo:** excitação sexual pela observação de atos sexuais ou pessoas nuas

QUESTÕES

5- (Luciane de Almeida 2023) Dentro das classificações das disfunções sexuais, no que tange as parafilias, o ato da pessoa friccionar genitais em outras pessoas (fora do contexto de uma atividade sexual com um parceiro) para adquirir excitação, tem a denominação:

- (A) Sadismo
- (B) Masoquismo
- (C) Exibicionismo
- (D) Fetichismo
- (E) frotteurismo

2. PLANEJAMENTO FAMILIAR

Mulher em Idade Fértil - segundo a definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos (BRASIL, 2009)

Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ ou indesejada.

Classificação dos métodos

No que concerne aos métodos anticoncepcionais, podem ser classificados da seguinte forma:

Temporários (reversíveis)

a. Hormonais

- Orais
- Injetáveis - mensais e trimestrais
- Implantes subcutâneos
- Percutâneos - adesivos
- Vaginais - Comprimidos e anel
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)

b. Barreira

- Feminino – diafragma, espermaticida, esponjas, capuz cervical e preservativo feminino
- Masculino - preservativo masculino

c. Intrauterinos

- Medicados
- DIU de cobre
- Diu com levonorgestrel
- Não medicados

d. Comportamentais ou naturais

- Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)
- Curva térmica basal ou de temperatura
- Sintotérmico
- Billings (mucocervical)
- Coito interrompido

e. Duchas vaginais

Definitivos (esterilização) - feminino (ligadura tubária) / masculino (vasectomia).

Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são:

- Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg).
- Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg).
- Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg).
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg).
- Preservativo masculino.
- Diafragma.
- DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre).

QUESTÕES

- 6- (Prefeitura de Uberaba - MG 2016^a) **Atenção em Saúde Sexual e em Saúde Reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.**

Sobre o planejamento familiar, no que concerne à classificação dos métodos anticoncepcionais, enumere a COLUNA II de acordo com a COLUNA I.

COLUNA I

1. Reversíveis
2. Irreversíveis

COLUNA II

- () Sistema liberador de levonorgestrel (SIU) () Diafragma associado à gel espermaticida
() Vasectomia
() Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre
() Laqueadura
() Método de Billings

Assinale a sequência **CORRETA**.

- (A) 1 1 2 1 2 1
(B) 1 2 1 2 1 2
(C) 2 1 2 1 1 2
(D) 2 2 1 2 2 1

- 7- **O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Analise as afirmativas a seguir sobre o planejamento familiar e reprodutivo.**

- É considerado direito sexual o direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.**
- É considerado direito reprodutivo o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.**
- Existem métodos anticoncepcionais reversíveis e irreversíveis, sendo que a escolha deve ser livre e informada.**

- IV. Pelo método de Billings, à medida que se aproxima o dia da ovulação, o muco cervical fica elástico e escorregadio, facilitando a entrada dos espermatozoides no útero.

Está(ão) CORRETA(S) as afirmativas:

- (A) I, apenas.
(B) I e II, apenas.
(C) I, II e III apenas.
(D) I, II, III e IV.

8- (EBSERH/HC-UFG 2015) Referente à lei do planejamento familiar, assinale a alternativa correta.

- (A) É permitida a realização da laqueadura em mulheres com mais de 30 anos e 3 filhos.
(B) A laqueadura poderá ser realizada imediatamente após o parto ou cesárea, de acordo com a vontade da mulher.
(C) A laqueadura só poderá ser feita durante a cesárea ou logo após o parto em mulheres que apresentarem problema grave de saúde ou que tenham feito várias cesarianas.
(D) A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de 30 anos e 3 filhos, poderá fazê-la depois de 60 dias do parto.
(E) A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de 27 anos e 1 filho, poderá fazê-la depois de 30 dias do parto.

2.1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Quadro 7: Categorias da OMS para critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

Categoria	Avaliação clínica	Pode ser usado?	Quem pode prescrever?
Categoria 1	Pode ser usado em quaisquer circunstâncias.	Sim	Médico / Enfermeiro
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	Sim	Médico/ Enfermeiro
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	Não	
Categoria 4	Não deve ser usado (uso inaceitável).	Não	

FONTE: OMS, 2018. Adaptado a partir de Ministério da Saúde. Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, p. 161.2016.

QUESTÕES

- 9- (CEPUERJ – Pref Paraty 2012) Quando o risco decorrente do uso de um método anticoncepcional supera os benefícios e mesmo assim, é escolhido e utilizado sob rigoroso acompanhamento, tem como critério clínico de elegibilidade pertence à seguinte classificação:

- (A) Categoria 1
(B) Categoria 2
(C) Categoria 3
(D) Categoria 4

2.2. ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS COMBINADOS

Mecanismo de ação inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides

Riscos

- Não são recomendados para lactantes, pois afetam a qualidade e quantidade do leite.
- Muito raramente, podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 15 cigarros/dia) com 35 anos ou mais.

No **primeiro mês de uso**, ingerir o primeiro comprimido no 1º dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o 5º dia.

- cartela for de 21 comprimidos - fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no 8º dia.
- cartela for de 22 comprimidos - fazer pausa de seis dias e iniciar nova cartela no 7º dia.

Em caso de esquecimento:

- Se esquecer de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.
- Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas:
 - Tomar uma pílula imediatamente.
 - Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante 7 dias.

As interações entre contraceptivos hormonais orais e outras drogas podem ser de dois tipos:

- Aquelas em que o fármaco diminui a eficácia dos contraceptivos orais, resultando em sangramentos intermenstruais e/ou gravidez. Incluem-se nesse grupo a rifampicina, griseofulvina, antibióticos em geral (embora nem todos), anticonvulsivantes como o fenobarbital, fenitoínas, primidona, carbamazepina, etosuximida. Os antirretrovirais (ARS) efavirenz e nevirapina (não nucleosídeos) e os nelfinavir e ritonavir (inibidores da protease), disponíveis para o controle da infecção pelo HIV.

Aquelas em que os contraceptivos alteram os efeitos de um fármaco. Incluem-se nesse grupo os anticonvulsivantes, antidepressivos, teofilina, certos benzodiazepínicos, anticoagulantes,

2.3. ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGÊNIO – MINIPÍLULAS

- Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto;
- Após o parto, se a mulher não estiver amamentando, a minipílula pode ser iniciada imediatamente, ou a qualquer momento durante as quatro primeiras semanas após o parto. Não há necessidade de esperar o retorno da menstruação.
- Após aborto espontâneo ou provocado, no 1º ou no 2º trimestre, pode ser iniciada imediatamente ou nos primeiros 7 dias após o aborto, ou a qualquer momento, desde que se tenha certeza de que a mulher não está grávida. Se a mulher **atrasou a ingestão da pílula mais do que 3 horas** ou esqueceu alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação já retornou, deve tomar a pílula esquecida assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia, normalmente. Entretanto, além disso, deve ser orientada a evitar relações sexuais ou usar camisinha por **dois dias**.

Interação medicamentosa.

Pode haver interação com a rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona), que são medicamentos indutores de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia da minipílula. Não há interação clínica significativa demonstrada até o momento com os antirretrovirais (ARV) disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

Em caso de **vômitos e/ou diarreia**: vômitos dentro de **uma hora** após tomar a pílula, há o risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela. Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem.

Consultas de retorno: o 1º retorno deve ser após 30 dias de uso da pílula. O retorno seguinte, após três meses de uso do método. Os retornos subsequentes devem ser anuais.

2.4. ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL

Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, na parte superior do braço (músculo deltoide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral). Após a aplicação, não deve ser feita massagem ou aplicação de calor local, para evitar difusão do material injetado.

2.4.1. Anticoncepcional injetável combinado mensal – injetável mensal

- Seu uso entre as lactantes deve ser evitado, pelo menos até o 6º mês após o parto.
- Para evitar o risco de doença tromboembólica no período puerperal, não devem ser utilizados antes dos 21 dias após o parto, entre não lactantes.
- Podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 20 cigarros/dia), com 35 anos ou mais.
- A primeira injeção deve ser feita até o 5º dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias.
- Se houver atraso de mais de 3 dias para a aplicação da nova injeção, a mulher deve ser orientada para o uso da camisinha ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

2.4.2. Anticoncepcional hormonal injetável só de progestogênio – injetável trimestral

- O retorno da fertilidade, em média, pode levar 4 meses após o término do efeito (7 meses após a última injeção). Em geral, as mulheres engravidam entre 9 e 16 meses após ter recebido a última injeção.
- A primeira injeção deve ser feita até o 7º dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada três meses, independentemente da menstruação.
- A mulher deve procurar retornar a tempo para a próxima injeção, que deve ser aplicada a cada 90 dias. Porém ela pode vir até duas semanas mais cedo ou até duas semanas mais tarde.
- Se houver atraso de mais de duas semanas para a nova injeção, a mulher deve usar condom ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.
- Mulheres não lactantes em pós-parto (portadoras do HIV ou com outra condição que contraindique a lactação); preferencialmente, deve ser usado na alta hospitalar ou a partir dos 40 dias, na visita do puerpério. Nos casos de abortamento, pode ser iniciado imediatamente.
- Efeitos colaterais: ganho de peso, queda de cabelo, acne, cefaleia, alteração do humor, sangramento irregular.

Métodos hormonais			
Via de administração	Tipos	Apresentação	Contraindicação
Hormonais orais	Combinado (mono-fásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez; • Câncer de mama atual.
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg	Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, desde que não esteja grávida.
Hormonais Injetáveis		Trimestrais (progestágeno)	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Câncer de mama atual; • Sangramento vaginal inexplicado.
		Mensais	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • Lactentes com menos de 6 semanas pós parto; • Hipertensão arterial grave ou com doença vascular; • Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado; • Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada; • Cardiopatia isquêmica no passado ou atual; • Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC); • Doença cardíaca valvular complicada; • Cefaleia grave, recorrente, incluindo enxaqueca, com sintomas neurológicos focais; • Câncer de mama atual.

QUESTÕES

10- As ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios e métodos. Um dos objetivos do planejamento reprodutivo é apresentar os métodos contraceptivos existentes para que a pessoa escolha o que é mais indicado para ela e melhor se encaixa ao seu estilo de vida. Sobre os métodos contraceptivos hormonais, marque V (VERDADEIRO) ou F (FALSO):

- () Iniciar o anticoncepcional oral combinado no meio do ciclo menstrual é contraindicado.
- () A minipílula não é um método anticoncepcional eficaz indicado para mulheres que estão amamentando.
- () O anticoncepcional injetável trimestral pode ser adiantado ou atrasado em até duas semanas.
- () Para fazer o uso de anticoncepcional injetável trimestral é indicado realizar colpocitologia, exame de mamas e pélvico.
- () Se a mulher vomitar nas primeiras duas horas após tomar o anticoncepcional oral combinado, ela pode tomar outra pílula assim que possível.

- (A) F, V, F, V, F.
- (B) F, F, V, F, V.
- (C) V, V, V, F, F.
- (D) V, F, F, V, V.
- (E) V, F, V, F, F.

11- (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Paciente de 40 anos, procura a unidade básica de saúde para atendimento de planejamento familiar. Ao ser atendida relata ser fumante, diabética e ter hipertensão arterial, solicita ajuda na escolha do método anticoncepcional. Nesta situação clínica, contraindica-se:

- (A) Método do muco cervical.
- (B) Colocação do diafragma.
- (C) Colocação do DIU.
- (D) Uso da pílula combinada de estrogênio e progesterona.
- (E) Coito interrompido

12- (Marinha, 2010) Assinale a opção que completa corretamente as lacunas da sentença abaixo.

Segundo Barros (2002), “o anticoncepcional injetável mensal, geralmente, é de hormônio _____ e deverá ser aplicado iniciando-se a primeira injeção entre o _____ e o _____ dia do ciclo menstrual, e as aplicações subsequentes deverão ocorrer a cada _____ dias, com variação de _____ dias, independente da menstruação”.

- (A) combinado/ segundo/ terceiro/ vinte e um/ cinco
- (B) isolado/ primeiro/ quinto/ trinta/ três
- (C) combinado/ sétimo/ décimo quarto/ trinta/ três
- (D) isolado/ segundo/ terceiro/ vinte e um/ cinco
- (E) combinado/ primeiro/ quinto/ trinta/ três

2.5. MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos de barreira disponíveis são: condons masculinos e femininos; diafragma; espermaticidas; capuz cervical; e esponjas vaginais

2.5.1. DIAFRAGMA O diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino.

- O **tamanho adequado** do diafragma para cada mulher corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior.
- Não pode ser **ajustado** antes de 6 a 12 semanas após um parto a termo ou um aborto no 2º trimestre.
- Pode ser colocado na hora da relação sexual ou, no máximo, **duas horas antes**.
- O diafragma só deve ser **retirado de seis a oito horas após a última relação sexual**, não devendo permanecer mais de 24 horas.

QUESTÕES

13- (UECE-CEV - 2018 - Prefeitura de Sobral - CE - Enfermeiro) São métodos contraceptivos de barreira:

- (A) diafragma, espermicida e preservativo feminino.
- (B) implante subcutâneo, comprimido vaginal e diafragma.
- (C) espermicida, DIU de cobre e coito interrompido.
- (D) preservativo masculino, anel vaginal e tabela.

14- (Luciane de Almeida 2023) Os métodos de barreira contraceptivos apresentam como vantagens a proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, o que inclui a AIDS. Como método de barreira podemos citar:

- (A) Método das temperaturas.
- (B) Ogino-Knaus
- (C) Condom .

(D) Billings.

15- (FADESP - 2010 - Prefeitura de Juruti - PA - Enfermeiro) O Diafragma é um método contraceptivo de barreira, que se baseia na obstrução da passagem dos espermatozoides para o interior do útero, impossibilitando, assim, o seu encontro com o óvulo. Sobre esse método, podemos afirmar que

- (A) recobre a parede vaginal e a vulva e, portanto, eleva a proteção contra todas as DST/AIDS.
- (B) pode ser colocado minutos ou horas antes da relação sexual e não deve ser retirado de 6 a 8 horas após a última relação sexual.
- (C) para aumentar ao máximo sua efetividade, somente deve ser retirado 24h após a última relação sexual.
- (D) devido à eficácia desse método ser restrita e dependente da regularidade menstrual, só têm lugar enquanto os ciclos permanecerem regulares.

16- (Luciane de Almeida 2023) O diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino. Sobre o diafragma é correto afirmar:

- (A) Apresenta tamanho único e se adequa à cada mulher.
- (B) A durabilidade é de aproximadamente dois a três meses, após esse período deverá ser lavado.
- (C) Pode ser usado durante a menstruação e ser retirado 30 minutos após a relação sexual.
- (D) Pode ser colocado na hora da relação sexual ou, no máximo, duas horas antes

2.6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

É um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva.

Complicações: gravidez ectópica, perfuração, expulsão, dor ou sangramento que coloquem em risco a vida da mulher, infecção.

1. Inserção - Momento apropriado para iniciar o uso:

✓ Mulher menstruando regularmente:

O DIU pode ser inserido a qualquer momento durante o ciclo menstrual, desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida, que não tenha malformação uterina e não existam sinais de infecção.

→ O DIU deve ser inserido, preferencialmente, durante a menstruação

✓ Após o parto.

O momento mais indicado é logo após a expulsão da placenta. Porém pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto, embora a taxa de expulsão, nesses casos, seja em torno de 20%. Passado esse período, deve-se aguardar, pelo menos, quatro semanas.

✓ Após aborto espontâneo ou induzido:

-- Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.

-- Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após 3 meses, se não houver mais infecção e a mulher não estiver grávida.

Agendar consulta de retorno dentro de 3 a 6 semanas, após a primeira menstruação depois da inserção, para exame pélvico e revisão. O objetivo dessa consulta é verificar, por meio do exame físico, se o DIU continua no lugar e se não há sinais de infecção. Depois dessa consulta, os retornos subsequentes devem ser a cada 6 meses, no 1º ano. Os demais retornos devem ser anuais.

O DIU **deve ser removido** nos casos de:

- Doença inflamatória pélvica aguda, após o início de antibioticoterapia adequada.
- Gravidez (se a gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas, a remoção deve ser imediata).
- Sangramento vaginal anormal e volumoso que põe em risco a saúde da mulher.
- Perfuração do útero.
- Expulsão parcial do DIU.
- Após um ano da menopausa.

QUESTÕES

17- (Luciane de Almeida 2023) Ao atuar em grupos educativos sobre planejamento reprodutivo, o enfermeiro deve esclarecer que, devido ao fato de que os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método anticoncepcional, está contraindicado para mulher, com idade maior ou igual a 35 anos e fumante, o uso de

- (A) dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e a minipílula.
- (B) anticoncepcional hormonal oral apenas com progestogênio e laqueadura tubária.
- (C) anticoncepcionais orais combinados e o dispositivo intrauterino (DIU)
- (D) anticoncepcional hormonal oral isolado e diafragma.
- (E) anticoncepcionais injetáveis combinados mensais e anticoncepcionais orais combinados.

18- (MDS - 2019 - Prefeitura de Bom Repouso - MG - Enfermeiro) Durante uma consulta de enfermagem no qual uma mulher procurou o serviço de planejamento familiar, foi detectado que a mesma possuía um diagnóstico de hipertensão arterial e trombose venosa, além do uso de tabaco. Para garantir o melhor método anticoncepcional, contraindica-se:

- (A) A colocação de DIU – Dispositivo Intrauterino
- (B) A colocação do diafragma intravaginal
- (C) O uso de Condom
- (D) O uso da pílula anticoncepcional combinada de estrogênio e progesterona

19- (SUGEP - UFRPE - 2019 - UFRPE - Enfermeiro) Em relação à inserção dos Dispositivos Intrauterinos (DIU), analise as proposições abaixo.

- 1) O DIU pode ser usado para anticoncepção no pós-parto normal, no pós-parto cirúrgico ou pós-abortamento imediatos.
- 2) A inserção do DIU pós-parto ou pós-abortamento deverá ocorrer no período entre 1 hora a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento.
- 3) Não existe impedimento legal para que o enfermeiro realize indicação, inserção e retirada do DIU.
- 4) Mulheres que tenham risco de contrair ou estejam infectadas com o HIV, ou que tenham Aids e que estejam em terapia antirretroviral (ARV), desde que

estejam clinicamente bem, podem colocar o DIU com segurança.

Estão corretas:

- (A) 1 e 3.
- (B) 1, 3 e 4.
- (C) 2 e 3.
- (D) 2 e 4.
- (E) 1, 2, 3 e 4.

20- (COVEST-COPSET - 2019 - UFPE - Enfermeiro) O Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre deve ser utilizado quando obedecido o cuidado a seguir.

- (A) A mulher que apresenta ciclos menstruais normais deverá colocar o DIU quando menstruada, de preferência, após realização de exames para certificação de não haver gestação.
- (B) Quando já se passaram mais de 48 horas após o parto, a inserção do DIU deverá acontecer após quatro semanas do parto ou mais.
- (C) Por motivo de segurança e prevenção de complicações, as mulheres que tenham risco de contrair ou estejam infectadas com o HIV, ou que tenham aids, mesmo que estejam em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente bem, não devem usar o DIU.
- (D) Em função do risco de infecção, a mulher que abortou não deve ser submetida à inserção do DIU até que sejam transcorridas duas semanas e ela esteja clinicamente bem.
- (E) Caso haja expulsão do DIU, a inserção de um novo dispositivo pode ser realizada após quatro semanas, tempo suficiente para descartar nova gestação e também infecção, aguardando-se uma nova menstruação.

21- (CEV-URCA - 2021 - Prefeitura de Crato - CE - Enfermeiro) O planejamento reprodutivo é compreendido como um direito sexual e reprodutivo e deve levar em consideração o contexto individual de decisão livre e informada sem discriminação ou qualquer tipo de violência. Em relação ao uso do Dispositivo intra-uterino (DIU), está INCORRETO afirmar:

- (A) O progestogênio presente no DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) causa modificações no muco cervical e na tuba uterina, dificultando a migração espermática e inibindo a fertilização.
- (B) O cobre presente no DIU-Cu é tóxico para o espermatozoide, alterando sua motilidade e sua capacidade de penetrar no óvulo, impedindo, assim, a ocorrência da fecundação.
- (C) Mulheres com câncer de mama atual são consideradas de categoria 4 (risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja utilizado) pela OMS para uso dos DIU.
- (D) O DIU pode ser inserido em qualquer momento do ciclo menstrual, sendo que na certeza de que a mulher não está grávida, não é necessário realizar teste de gravidez.
- (E) O DIU-cobre necessita de método anticoncepcional adicional após sua inserção, pelo menos um mês após ser inserido.

22- (FEPESE - 2019 - Prefeitura de Florianópolis - SC - Enfermeiro) A inserção e a retirada do Dispositivo Intrauterino (DIU) pode ser realizada por enfermeiro treinado, sendo condutas recomendadas:

1. Descartar sempre gravidez.
2. Priorizar inserção fora do período menstrual.
3. No período menstrual a inserção é mais fácil.
4. Realizar preventivo, antes da inserção.
5. Não utilizar em nuligestas e nulíparas.

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas corretas.

- (A) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 4.
- (B) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 5.
- (C) São corretas apenas as afirmativas 1, 3 e 4.
- (D) São corretas apenas as afirmativas 1, 3 e 5.
- (E) São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 5.

23- (CESPE - 2018 - EBSERH - Enfermeiro - Obstetrícia) A atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde e deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa, e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência. Considerando esse assunto, julgue o próximo item, relativo ao planejamento reprodutivo.

O DIU de cobre pode ser inserido até 48 h após o parto ou após a quarta semana pós-parto. Segundo o disposto nas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, o enfermeiro, após treinamento específico, estará apto a realizar a consulta clínica, prescrever e inserir o DIU.

- (A) Certo
- (B) Errado

24- (FCC - 2014 - TCE-PI - Enfermeiro) Durante as ações educativas sobre planejamento familiar, uma trabalhadora faz a seguinte pergunta: “Qual o momento indicado para a colocação do DIU?”

A resposta correta do enfermeiro deverá ser:

- (A) preferencialmente, durante a menstruação.
- (B) obrigatoriamente, nos três primeiros dias após a menstruação.
- (C) obrigatoriamente, cinco dias antes do ciclo menstrual.
- (D) preferencialmente, na fase estrogênica, entre o 5° e o 14° dia de um ciclo menstrual de 28 dias.
- (E) habitualmente, na fase de aumento do nível de progesterona, entre o 15° e o 20° dia do ciclo menstrual de 28 dias.

GARCIA, 2019.

A – O DIU de cobre é categoria 2.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez, mas ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é categoria 1 se:

a) For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4);

b) For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é categoria 2, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras ISTs que não as listadas na letra.

2.7. MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

O sucesso dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Os métodos comportamentais incluem: Ogino-Knaus (tabelinha), temperatura corporal basal, *Billings* (muco cervical), sintotérmico e coito interrompido.

2.7.1. TABELA OU CALENDÁRIO OU RITMO – OGINO-KNAUS

Esse método baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatória ou fase lútea). Verificar o ciclo mais curto e o mais longo.

- Calcular a diferença entre eles. Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar esse método.
- Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:
 - Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.
 - Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.
- Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais vaginais durante o período fértil.

2.7.2. CURVA TÉRMICA BASAL OU DE TEMPERATURA

A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.

O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal no período de 4 a 5 dias antes da data prevista da ovulação até o quarto dia da temperatura basal alta.

A temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal. A temperatura oral deve ser verificada pelo tempo mínimo de 5 minutos. A temperatura retal ou vaginal deve ser verificada por, no mínimo, 3 minutos.

verificar diariamente a temperatura basal, pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de no mínimo cinco horas

Reconhecer que a diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem

O período fértil termina na manhã do quarto dia em que for observada a temperatura elevada.

2.7.3. MUCO CERVICAL – BILLINGS

Esse método baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação, com relação às mudanças do muco cervical e à sensação de umidade na vagina ao longo do ciclo menstrual. O quarto dia após o dia do ápice marca o início de um período infértil.

2.7.4. Sintotérmico

Esse método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

- Identificar o início do período fértil por meio de um dos métodos a seguir ou a combinação deles: Método do muco cervical: primeiro dia de muco.
- Identificar o término do período fértil de um dos métodos a seguir ou a combinação deles:
 - Método da temperatura basal corporal: quatro dias após a manutenção da temperatura basal elevada.
 - Método do muco cervical: quarta noite após o ápice do muco.

2.8. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (esquema de Yuzpe) ou pílulas contendo apenas levonorgestrel – pílula anticoncepcional de emergência (PAE).

Entre as principais indicações da anticoncepção de emergência, encontram-se:

- Relação sexual sem uso de anticoncepcional.
- Falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do diafragma.
- No caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional

➔ A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência **até cinco dias (120 horas)** após a relação sexual desprotegida. Se a mulher vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dosagem.

Quadro 12: Formas de anticoncepção de emergência.

Método Yuzpe	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados, de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como "pílulas anticoncepcionais"; • Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel; • Esse método deve ser reservado apenas para situações excepcionais, quando o levonorgestrel não se encontra disponível.
Pílulas contendo exclusivamente o levonorgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido de 0,75 mg ou comprimido de 1,5 mg; • Essas pílulas são chamadas de Pílula Anticoncepcional de Emergência – PAE.

Uma vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais, diferentemente do método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da AE. Essa diferença entre os dois métodos é significativa quando se tratam de mulheres soropositivas que usam a AE, ou mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a AE para evitar a gravidez por estupro e os antirretrovirais para a profilaxia da infecção pelo HIV.

QUESTÕES

25- (VUNESP - 2013 - UNESP - Enfermeiro) A anticoncepção hormonal de emergência (AE) está inserida no contexto da Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2011). Assinale a alternativa que contém um dos itens do protocolo da AE.

- (A) Para a dispensação da AE não será exigida a receita médica, podendo os enfermeiros disponibilizarem o medicamento na ausência do médico.
- (B) Está contraindicado o uso da AE quando ocorrer esquecimento prolongado do anticoncepcional oral ou atraso do injetável.
- (C) Está indicado o uso da AE até no máximo 2 dias após a relação sexual.
- (D) Será disponibilizada a AE para todas as mulheres acima de 21 anos de idade que desejarem.
- (E) O medicamento de escolha para a anticoncepção hormonal de emergência é o Etinilestradiol.

26- (INSTITUTO AOCP - 2015 - EBSERH - Enfermeiro - Saúde da Mulher - Obstetrícia) Sobre a Anticoncepção de Emergência, assinale a alternativa correta.

- (A) Consiste na utilização de pílulas contendo apenas progestogênio depois de uma relação sexual desprotegida, para evitar gravidez.
- (B) Consiste na utilização de pílulas contendo apenas estrogênio depois de uma relação sexual desprotegida, para evitar gravidez.
- (C) Pode ser usada de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional
- (D) A pílula anticoncepcional de emergência – a pílula apenas de progestogênio (levonorgestrel) – pode ser abortiva.
- (E) Não disponibilizar a anticoncepção de emergência fere os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das pessoas e a Lei federal nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar.

27- (VUNESP – SP / 2010) A anticoncepção de urgência está indicada em casos de:

- I – abuso sexual;
 - II - Relação sexual, sem uso de método anticonceptivos;
 - III – falha conhecida ou presumida do método anticoncepcional em uso de rotina.
- Está correto o apresentado em:

- (A) I, apenas.
- (B) III, apenas.
- (C) I e II, apenas.
- (D) I, II e III.

28- (EBSERH 2017) O medicamento _____, usado para a anticoncepção hormonal de emergência, insere-se no contexto da Rede Cegonha como insumo eficaz para evitar a gravidez indesejada e, consequentemente, o abortamento inseguro, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna. Tem apresentação de comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5mg (cartela com 1 comprimido). Preencha a lacuna e a seguir assinale a alternativa correta.

- (A) Acetato de ciproterona
- (B) Desogestrel
- (C) Gestodene
- (D) Norgestrel
- (E) Levonorgestrel

2.9. ANTICONCEPÇÃO NA PERIMENOPAUSA

Para a verificação da ocorrência ou não da menopausa, é necessário fazer a dosagem sérica do FSH, na fase folicular que se segue à pausa de sete dias na tomada do anticoncepcional. Valores maiores que 40 mUI/ml sugerem falência ovariana, o que deve ser repetido e confirmado depois de 30 dias sem medicação, suspendendo assim o uso do método.

2.10. ANTICONCEPÇÃO NA LACTANTE

- ✓ **Método comportamental de anticoncepção – LAM** (método da lactação e amenorréia)

Durante os primeiros 6 meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorréia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém esse efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê – o que ocorrer primeiro.

Três condições devem ser cumpridas (todas):

- Que a menstruação da mãe não tenha retornado.
- Que o bebê esteja sendo alimentado no peito de forma integral e que seja amamentado com frequência, dia e noite.
- Que o bebê tenha menos de 6 meses de idade.

QUESTÕES

29- O Método de Lactação e Amenorreia (LAM) é considerado efetivo de planejamento familiar nos seis primeiros meses pós-parto e está associado a taxas baixíssimas de gravidez (0,5 a 2%). Para garantir tal eficácia, é necessário que a mulher permaneça em amenorreia e que o aleitamento materno seja:

- (A) Misto
- (B) Exclusivo
- (C) Predominante
- (D) Complementado.
- (E) Exclusivo e predominante

30- (EBSERH 2015) Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. O efeito inibidor da fertilidade, que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem, pode ser utilizado como um método comportamental de anticoncepção e denomina-se

- (A) método contraceptivo de barreira.
- (B) método da amenorreia da lactação.
- (C) método de fertilização induzido.
- (D) método de fertilização hormonal.
- (E) método contraceptivo cirúrgico.

- ✓ A **minipílula** e o **injetável trimestral**, que contém apenas progestogênio, pode ser utilizada pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.
- ✓ Os anticoncepcionais **hormonais combinados**, que contêm estrogênio e progesterona (pílulas combinadas e injetável mensal), **não devem ser usados em lactantes**, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê
- ✓ O **DIU** é um bom método para ser utilizado pela mulher que está amamentando. Pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de 4 semanas pós-parto, sem que seja necessário esperar pelo retorno da menstruação.

O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV

- ✓ O **diafragma** é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após cada parto.

- ✓ Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- ✓ Com relação à **laqueadura tubária**, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

2.11. ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO

- Os **anticoncepcionais hormonais** (pílulas, injetáveis, entre outros) podem ser iniciados imediatamente após o aborto. Podem ser administrados entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento.
- O **DIU** pode ser inserido imediatamente após aborto espontâneo ou induzido, em mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção. No abortamento que ocorreu no 2º trimestre da gestação, há preocupação pelo risco maior de expulsão. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com septicemia, até 3 meses após a cura, e para mulheres com risco aumentado para DST/HIV
- O **diafragma** é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após abortamento.
- Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- Com relação à laqueadura tubária, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

2.12. ANTICONCEPÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. diversos estudos demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre zero e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais (ARV) combinados na gestação, o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com o AZT na parturiente e no RN, e a não amamentação

Anticoncepcionais hormonais - mulheres com HIV, com Aids, em uso ou não de terapia antirretroviral (ARV), podem usar os anticoncepcionais hormonais.

DIU DE COBRE

- se a mulher é portadora do HIV, pode colocar um DIU.
- com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente bem ou em terapia ARV.
- mulher que desenvolva Aids quando estiver usando DIU pode continuar a usá-lo com segurança

GARCIA, 2019

Anticoncepção em pessoas vivendo com HIV / Aids

As pessoas que vivem com HIV possuem o risco de nova infecção quando se expõem novamente ao vírus, podendo se infectar com cepas distintas do vírus, por isso é fundamental enfatizar a importância do uso do preservativo, mesmo em caso de casais soroconcordantes (ambos portadores do HIV) para prevenir a infecção ou (re)infecção pelo HIV e outras ISTs.

Os métodos abaixo descritos não conferem proteção ao HIV e ISTs sendo necessária a dupla proteção:

- **Anticoncepcionais hormonais:** Embora alguns estudos sugiram que potenciais

interações medicamentosas entre antirretrovirais (ARV) e os anticoncepcionais hormonais possam alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARVs, as mulheres com HIV/Aids podem usar os anticoncepcionais hormonais (oral, injetável, minipílula). Neste sentido, as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar.

Sugere-se ainda que, em caso de opção por um anticoncepcional oral combinado, deve-se usar formulação que contenha um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.

- **DIU:** A mulher portadora do HIV pode optar pela inserção do DIU de cobre, pois não há interação medicamentosa conhecida entre a terapia ARV e o uso de DIU. A mulher com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente estável ou em terapia ARV.

- **Diafragma:** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar alterações sistêmicas. Em mulheres HIV-positivas, não deve ser utilizado associado ao espermicida.

- **Espermicidas à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2%:** não é indicado para mulheres HIV-positivas ou por parceiras de homens HIV-positivos, podendo provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco para ISTs/HIV.

- **Anticoncepção oral de emergência:** é muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usado somente em caráter excepcional e como método de emergência.

2.13. ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

- ✓ A prescrição de métodos anticoncepcionais para menores de 14 anos deve ser criteriosa. Atenção para situação de abuso ou violência sexual da adolescente.
- ✓ Os **anticoncepcionais hormonais combinados**, podem ser usados desde a menarca. Evitar o uso de anticoncepcionais só de progestogênio (injetável trimestral e da pílula só de progesterona – minipílula) antes dos 18 anos, pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea.
- ✓ O diafragma é um ótimo método para adolescentes motivadas a usá-lo e bem orientadas.
- ✓ O DIU deve ser usado com cuidado e com acompanhamento rigoroso da menarca até 19 anos de idade, em jovens nulíparas. Há preocupações pelo risco de expulsão e de infecções.
- ✓ Os métodos comportamentais são pouco recomendados para adolescentes, pois a irregularidade menstrual é muito comum nessa fase e, além disso, são métodos que exigem disciplina e planejamento

Queixas comuns no uso de contraceptivos	Quais métodos possuem maior incidência?
Alterações da menstruação	AOC e Minipílula Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado) DIU de cobre
Náuseas ou tonturas	AOC e Minipílula
Alterações de peso	AOC e injetável mensal (combinado)
Alterações de humor ou no desejo sexual	AOC e Minipílula Injetável trimestral (progestágeno)
Acne	AOC

Cefaleia comum	AOC Injetável trimestral (progestágeno) Injetável mensal (combinado)
Dores de cabeça com enxaqueca	AOC e minipílula Injetável mensal (combinado) Injetável trimestral (progestágeno)
Sensibilidade dos seios	AOC e Minipílula Injetável mensal (combinado)
Dor aguda na parte inferior do abdome	Minipílula DIU de cobre ACE
Cólicas e dor	DIU de cobre
Suspeita de perfuração uterina	DIU de cobre
Irritação ao redor da vagina ou pênis	Preservativos (masculino e feminino) Espermicida

QUESTÕES

31-(AMEOSC - 2019 - Prefeitura de Guaraciaba - SC - Enfermeiro) Sobre a anticoncepção na adolescência, responda verdadeiro (V) ou falso (F) e assinale a alternativa que traz a sequência correta:

- (☐) A minipílula e a injeção trimestral podem ser usadas na adolescência, desde a primeira menstruação;
- (☐) O Dispositivo Intrauterino (DIU) pode ser usado pelas adolescentes, entretanto as que nunca tiveram filhos correm mais risco de expulsá-lo;
- (☐) Os métodos da tabela, do muco cervical e da temperatura basal são pouco recomendados, porque exigem do adolescente disciplina e planejamento e as relações sexuais nessa fase, em geral, não são planejadas.

- (A) V / V / F.
- (B) V / F / F.
- (C) F / V / V.**
- (D) F / F / V

32-(RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM 2008 – CEPUERJ) Você aproveitou a oportunidade da consulta para enfatizar a importância da dupla proteção. Sendo Priscila alérgica ao látex, você incentivou o uso do preservativo feminino pelo fato deste ser confeccionado com o seguinte material:

- (A) Silicone
- (B) Borracha
- (C) Polietileno
- (D) Poliuretano

33-(UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Não existe método anticoncepcional 100% eficaz. Todos os métodos anticoncepcionais apresentam taxa de falha, que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários(as) de determinado método anticoncepcional, nos primeiros 12 meses de uso. Considerando que a usuária fez o uso correto do seu método anticoncepcional, qual método a seguir apresenta a menor taxa de falha:

- (A) DIU com levonorgestrel.
- (B) Preservativo Masculino.

- (C) Anticoncepcionais Orais Combinados.
- (D) Laqueadura.
- (E) Injetáveis só de progestogênio.

34- (UFMA - 2019 - UFMA - Enfermeiro) Considerando os métodos de planejamento reprodutivo, tanto os voltados para a concepção de filhos quanto os voltados para a prevenção da gravidez, assinale a alternativa correta.

- (A) Dentre os métodos naturais para prevenção da gravidez, aprovados pelo MS, podem-se citar: muco, tabela, espermicida e dispositivo intrauterino (DIU).
- (B) Usada como método contraceptivo masculino, a vasectomia é pouco frequente na população porque requer internação do paciente por 24 horas e afastamento das atividades laborais durante quatro dias.
- (C) A contracepção de emergência deve ser indicada na situação de eventual relação sexual protegida
- (D) O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre não provoca aborto, porque atua antes da fecundação do óvulo, inativando ou matando os espermatozoides.
- (E) Uma mulher de 43 anos, fumante, diabética e com hipertensão arterial procura o serviço de planejamento reprodutivo para ser orientada na escolha do método anticoncepcional. Nesta situação clínica, está contraindicado o uso do diafragma.

35- (AMEOSC - 2019 - Prefeitura de Paraíso - SC - Enfermeiro) Sobre os métodos contraceptivos, é correto afirmar que:

- (A) Billings é um método de barreira.
- (B) Espermicidas são métodos químico-naturais.
- (C) Diafragma é um método de barreira.
- (D) Vasectomia é um método físico-hormonal.

36- (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Em meio a uma realidade global de índices elevados de infecções transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das IST/HIV/Aids, dando-se ênfase à dupla proteção. Os serviços e profissionais de saúde devem incentivar a adoção da dupla proteção, de modo a garantir a prevenção das IST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ ou indesejada. São métodos anticoncepcionais que podem ser utilizados como dupla proteção:

- (A) Preservativo e DIU de Cobre.
- (B) Implantes subcutâneos e Espermaticida.
- (C) Minipílula e Diafragma.
- (D) DIU com Levonogestrel e Anel Vaginal.
- (E) Ogino – Knaus e Injetáveis Hormonais.

37- (EBSERH) Preencha a lacuna e a seguir assinale a alternativa correta. “Em meio a uma realidade global de índices elevados de doenças transmissíveis por via sexual, torna-se imprescindível a abordagem da prevenção das DST/HIV/Aids, dando-se ênfase a _____, que é dada pelo uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, tendo como finalidade promover, ao mesmo

tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras DST.

- (A) proteção hormonal
- (B) dupla proteção
- (C) tripla proteção
- (D) proteção cirúrgica
- (E) proteção bilateral

38-(EBSERH ENFERMEIRO 2020) A saúde sexual e reprodutiva da mulher manifesta-se através da vivência livre, agradável, prazerosa e segura, da sexualidade humana, com direito a autonomia para se reproduzir. As ações de planejamento reprodutivo, realizada pela equipe de saúde são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos. Analise as afirmativas abaixo.

- I. Durante o acolhimento de enfermagem o enfermeiro deve realizar uma escuta qualificada, identificando os motivos do contato da mulher e direcionando-a ao atendimento necessário.
- II. O enfermeiro deve orientar pessoas em idade fértil (10-39 anos), considerando os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer.
- III. São critérios para esterilização voluntária, a laqueadura, mulheres com capacidade civil plena que tenham idade maior que 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos.
- IV. De acordo com a OMS os métodos contraceptivos: DIU de cobre e os anticoncepcionais injetáveis são contra-indicados para mulheres hipertensas, por constituírem fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Assinale a alternativa correta.

- (A) Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas
- (B) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas
- (C) Apenas as afirmativas I e III estão corretas
- (D) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas
- (E) Apenas a afirmativa II está correta

39-(FURB - 2019 - Prefeitura de Guabiruba - SC - Enfermeiro) A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa “ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (BRASIL, 2016). Devem, portanto, ser ofertados a homens e mulheres adultos, a jovens e adolescentes informação, acesso e escolha a métodos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis, e não contrários à Lei nº 9.263/1996, e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério. Com relação aos métodos contraceptivos, assinale V, para as afirmações verdadeiras, e F, para as afirmações falsas:

- () O anticoncepcional oral combinado deve ser iniciado preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual.
- () Se a paciente vomitar nas primeiras duas horas após tomar o anticoncepcional oral combinado, orienta-se a continuar tomando as pílulas normalmente no dia seguinte e utilizar preservativo nos 3 dias subsequentes.
- () O anticoncepcional injetável trimestral é indicado apenas para mulheres com idade entre 25 e 49 anos.

- () A inserção de DIU pode ser realizada por enfermeiros, desde que supervisionada por profissional médico.
- () O DIU de cobre é altamente indicado para mulheres portadoras do vírus HIV, pois o método barreira inibe a transmissão do vírus.
- () O anticoncepcional oral combinado não deve ser usado por mulheres em período de amamentação de até 6 semanas após o parto.
- () A pílula anticoncepcional de emergência é apresentada por Levonorgestrel 0,75 mg.

Assinale a alternativa correta:

- (A) F – V – F – V – F – F – F.
- (B) V – F – F – F – F – V – V.
- (C) F – F – V – V – F – V – F.
- (D) V – V – V – F – V – F – V.
- (E) F – F – F – V – F – F – F.

3. VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”

Quadro 1: Formas de violência de gênero.

Violência física	Qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.
Violência psicológica	Qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação
Violência sexual	Qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
Violência patrimonial	Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
Violência moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: BRASIL, 2006, p. 1. Art. 7º. Lei Maria da Penha.

QUESTÕES

- 40-** (Prefeitura de Campo Magro - PR 2016) Os tipos de violências, segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde, estão divididos em três grandes categorias. A natureza dos atos violentos poderá ser física, sexual, psicológica ou poderá envolver a negligência, a privação e o abandono. A alternativa que conceitua CORRETAMENTE um dos atos violentos é:
- (A) Física: omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social.

- (B) Psicológica: violência empregada com o uso da força ou de ações, em geral, praticadas por pais ou responsáveis, pessoas conhecidas ou desconhecidas, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes.
- (C) Negligência: toda forma de rejeição, depreciação e desrespeito cometidos contra a criança com o intuito de atender às necessidades psíquicas dos adultos.
- (D) Sexual: abuso de poder, quando a criança é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais de que ela não tem entendimento, com ou sem violência física associada

Em âmbito nacional, marcos políticos de suma importância, como a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), a **Lei de Notificação Compulsória** no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidos em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10.778/2003, art. 13 da Lei nº 8.069/1990, art. 19 da Lei nº 10.741/2003), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outros.

Destaca-se também a importância da **notificação** de qualquer suspeita ou confirmação de violência pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência.

A notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de **ações de prevenção e proteção**, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. **Notificação pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. No caso de crianças e adolescentes a lei é clara: cabe ao profissional de saúde notificar o Conselho Tutelar casos suspeitos ou confirmados

O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.

Sinais e sintomas	
<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos crônicos, vagos e repetitivos; • Depressão; • Ansiedade; • Nervosismo; • Insônia; • Transtorno do estresse pós-traumático; • História de tentativa de suicídio ou ideação suicida; • Entrada tardia no Pré-Natal; Complicações em gestações anteriores; • Abortos de repetição; • Lesões físicas que não se explicam como acidentes; • Síndrome do intestino irritável; • Transtornos na sexualidade; • Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); • Dor pélvica crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros
Exame físico	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame físico geral, segundo sistemas, seguimentos corporais ou de acordo com as necessidades humanas básicas; • Ofertar o exame ginecológico mediante aconselhamento prévio; • Atentar para recusa ou dificuldade no exame, principalmente ginecológico de rotina; • Atentar para lesões físicas que não se explicam como acidentes; • Avaliar a gravidade da violência e sua repercussão na saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros
Testes e exames laboratoriais	
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); • Testes rápidos positivos para HIV, sífilis e hepatites; • Teste de gravidez positivo; • Exames laboratoriais confirmatórios para HIV, sífilis e hepatites, outras ISTs e gravidez; • Demais exames compatíveis com alterações identificadas no exame físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros

NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

O **acolhimento** é elemento importante para a **qualidade e humanização** da atenção.

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão, e que seja preenchida a “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”.

De acordo com **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde (BRASIL, 2004)**, a classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.

Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

AMARELO

→ Vítimas de abuso sexual.

→ Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita

QUESTÕES

41- (ESFCEX 2022) Na unidade de emergência de um hospital geral, o enfermeiro responsável pelo acolhimento e avaliação de risco, está realizando o atendimento de uma jovem com 19 anos de idade, desacompanhada, que, chorando muito, relatou ter sido vítima de violência sexual há uma hora, quando se dirigia para casa após sair do trabalho. Informou se tratar de agressor único e desconhecido. O enfermeiro observou que suas roupas estavam desalinhadas e sujas e apresentava escoriações na face, braços, colo e pernas. Após acolhimento, avaliação e classificação de risco, o enfermeiro encaminhou a paciente para atendimento com a equipe de saúde especializada a quem a jovem informou que sua última menstruação ocorrera há sete dias. Ao exame físico foi constatada a presença de lesões vulvo-perineais superficiais, sem sangramento, com presença de hematomas e sêmen. De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2004), ao realizar a avaliação e classificação de risco, o enfermeiro deve identificar o caso com a cor

- (A) vermelha.
- (B) azul.
- (C) lilás.
- (D) verde.
- (E) amarela.

42- (CESPE - 2018 - EBSERH - Enfermeiro - Obstetrícia) Julgue o item seguinte, tendo como referência os protocolos de avaliação clínica em enfermagem obstétrica.

Vítima de violência física e sexual, com dor abdominal ou perda de líquido ou de sangue via vaginal, se não apresentar condições que a classifiquem como vermelho, será classificada como laranja.

Alternativas

- (A) Certo
- (B) Errado

GABARITO

1-C	2-D	3-D	4-B	5-E	6-A	7-D	8-C	9-C	10-E
11-D	12-E	13-A	14-C	15-B	16-D	17-E	18-D	19-B	20-B
21-E	22-C	23-A	24-A	25-A	26-E	27-D	28-E	29-B	30-B
31-C	32-D	33-A	34-D	35-C	36-A	37-B	38-D	39-B	40-D
41-E	42-B	43-D	44-C	45-D	46-D	47-E	48-B	49-D	50-D
51-B	52-B	53-E	54-C	55-E					

ETAPAS DO ATENDIMENTO: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial (BRASIL, 2015).

TRAUMATISMOS FÍSICOS

Quando presentes, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes.

- **lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento** - deve-se proceder apenas com assepsia local.
- **lesões vulvo-perineais superficiais com sangramento** - indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas.
- **Presença de hematomas** - aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente.
- **Presença de hematomas instáveis** - podem necessitar de drenagem cirúrgica.

OBS: Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da mulher.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A única **contraindicação** absoluta da AE, **categoria 4 da OMS**, é a gravidez confirmada.

Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares. Para esses casos, recomenda-se o método de Yuzpe, sendo realizada com o levonorgestrel.

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (**esquema de Yuzpe**) ou pílulas contendo apenas levonorgestrel – **pílula anticoncepcional de emergência (PAE)**.

Em caso de vômitos dentro de 2 horas após tomar as pílulas, a mulher deve tomar nova dosagem.

QUESTÃO

43- (CEPERJ - 2012 - DEGASE - Enfermeiro) De acordo com o Ministério da Saúde (2010), no seu manual “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica”, a anticoncepção de emergência em adolescentes, após a violência sexual, deve ser administrada, tão logo quanto possível, no prazo máximo de:

- (A) 2 dias
- (B) 3 dias
- (C) 4 dias
- (D) 5 dias
- (E) 6 dias

44- (CEPERJ - 2012 - DEGASE - Enfermeiro) Conforme orientação do Ministério da Saúde (2010), no seu manual “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica”, a primeira escolha na anticoncepção de emergência, após violência sexual, deve ser de:

- (A) AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido com 2 comprimidos a cada 12 horas por um dia
- (B) AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, com 4 comprimidos a cada 12 horas por um dia
- (C) levonorgestrel de 1,5 mg em dose única
- (D) levonorgestrel de 0,75 mg em dose única
- (E) levonorgestrel de 0,5 mg em dose única

- 45- (ESFCEX 2022) Como medida de anticoncepção de emergência foi prescrito o levonorgestrel (progestágeno), 1,5 mg, via oral. Em relação a essa medida, o enfermeiro deve informar à paciente que
- (A) sua próxima menstruação irá se adiantar, devendo ocorrer em até 48 horas após a ingestão do medicamento.
 - (B) caso ocorra vômito após uma hora da ingestão do levonorgestrel, não será necessário ingerir nova dose do medicamento.
 - (C) para que seja eficaz, o medicamento deverá ser ingerido em até sete dias após o contato sexual.
 - (D) os efeitos secundários mais frequentes da anticoncepção de emergência são as náuseas e o vômito.
 - (E) por se encontrar na primeira fase do ciclo menstrual, o método é seguro e eficaz, pois evita a gravidez em 100% dos casos.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

A prevalência de IST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como: **tipo de violência sofrida** (vaginal, anal ou oral), **o número de agressores**, **o tempo de exposição** (única, múltipla ou crônica), **a ocorrência de traumatismos genitais**, **a idade e susceptibilidade da mulher**, **a condição himenal**, **a presença de IST** e **a forma de constrangimento utilizada pelo agressor**.

Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, **deve-se optar preferencialmente pela via parenteral para administração dos antibióticos**, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento.

ESQUEMA PREFERENCIAL: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina.

Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, **a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada.**

MEDICAÇÕES POR VIA ORAL: recomenda-se realizar a profilaxia para as IST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual.

A coleta de amostras cérvico-vaginais para diagnóstico de infecções pode ser feito no momento do exame, porém não deve retardar o início da profilaxia para as IST não virais.

A gravidez, em qualquer idade gestacional, **não contraindica o esquema profilático recomendado** no quadro abaixo.

OBS: A ciprofloxacina está contraindicada durante a gestação. O metronidazol deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez.

OBS: Na falta do Ceftriaxone, a Azitromicina já é uma medicação efetiva para a prevenção da gonococcia, além da clamídia, embora não seja a primeira escolha. Desta maneira, na falta da ceftriaxone o uso da Penicilina associada à azitromicina já seria razoável, principalmente naquelas pacientes com problemas gástricos.

O esquema de escolha para profilaxia das DST não virais em **crianças** inclui as mesmas do esquema para mulheres adultas (penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina).

O uso de quinolonas é contraindicado em crianças, adolescentes e gestantes com peso menor que 45kg.

IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B

- Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, **não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)**.
- Mulheres **não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal** devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses.
- Mulheres com **esquema vacinal incompleto** devem completar as doses recomendadas.

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber dose única de IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B (IGHAHB), NA DOSE DE 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina. No caso do volume a ser administrado ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAB pode ser administrada em até, **no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora seja recomendada a aplicação nas primeiras 48 horas** após a violência.

- A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa. Deve-se evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade.

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltoide 1,0 ml para adultos e 0,5 ml para crianças menores de 12 anos.

Imunização ativa: a segunda e terceira doses devem ser aplicadas, respectivamente, com um mês e seis meses após a primeira dose.

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em glúteo 0,06 ml/kg dose única.

Imunização passiva.

Para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia.

A administração de IGHAB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal. A gravidez, em qualquer IG, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB.

INFECÇÃO PELO HIV

O trauma genital com lacerações pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, comparando com 5% nas situações de sexo consentido. O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se:

- os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral);
- o número de agressores;
- a susceptibilidade da mulher;
- a rotura himenal;
- a exposição a secreções sexuais e/ou sangue;
- a presença de DST ou úlcera genital;
- a carga viral do agressor; e
- o início precoce da profilaxia ARV, quando indicada.

Também está associado ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime.

A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal **nas primeiras 72 horas após a violência**, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. Todavia, A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma **emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas**. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas.

Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação
	Uso de preservativo durante toda a agressão
	Agressor sabidamente HIV negativo
	Violência sofrida há mais de 72 horas
	Abuso crônico pelo mesmo agressor

A testagem para HIV do agressor não deve retardar o início da profilaxia ARV, mas deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, utilizando o fluxograma com testes rápidos para tomada de decisão terapêutica.

Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia antirretroviral não deve ser realizada ou deve ser interrompida.

QUESTÕES

46- (UERJ Res Enf Geral 2018) Quando indicada, a profilaxia antiretroviral (ARV), nos casos de violência sexual, deve ser iniciada, no máximo, até:

- (A) 12 horas
- (B) 24 horas
- (C) 48 horas
- (D) 72 horas

47- (CEPERJ 2012) O Ministério da Saúde (2010), no seu manual “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica”, refere que, para adolescentes vítimas de violência sexual, o esquema de primeira escolha para profilaxia anti-HIV deve ser composto por:

- (A) A zidovudina e lopinavir
- (B) lamivudina e lopinavir/ritonavir
- (C) tenofovir, lamivudina e ritonavir
- (D) zidovudina, tenofovir, lamivudina e ritonavir
- (E) zidovudina, lamivudina e lopinavir/ritonavir

48- (CEPERJ - 2012 - DEGASE - Enfermeiro) A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV, nos casos de violência, não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime (Ministério

da Saúde, 2010). Nesse sentido, o manual “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica” recomenda, em situação absoluta, a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de:

- (A) penetração oral com ejaculação
- (B) violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida, com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
- (C) violência sexual sofrida há mais de 72 horas
- (D) abuso sexual crônico pelo mesmo agressor
- (E) penetração oral sem ejaculação

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

É direito das mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

LEITURA COMPLEMENTAR

PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

PROCEDIMENTOS DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

Sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

- 1- O método de escolha é a **aspiração a vácuo intrauterina**. É um procedimento muito seguro, rápido e eficiente. Pode ser necessária a dilatação do colo de útero com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar.
- 2- A **curetagem uterina** deve ser usada apenas quando a aspiração a vácuo não estiver disponível.
- 3- O **abortamento medicamentoso com misoprostol** é opção válida e segura para interrupção da gravidez, particularmente no primeiro trimestre de gravidez.

GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Não há indicação para interrupção da gravidez após 22 semanas de idade gestacional.

ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH

COLETA DE MATERIAL

Nos casos de atendimento imediato, nas primeiras horas ou dias da violência sexual, o material do conteúdo vaginal, oral ou anal deve ser obtido por meio de swab estéril, acondicionado em papel filtro, mantido em envelope lacrado e identificado, se possível em ambiente climatizado.

- O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, facilitando a proliferação bacteriana e consequente destruição do DNA.
- Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA.
- Deve-se realizar esfregaço desse material biológico em duas lâminas de vidro, sem fixadores, devidamente identificadas.

- Nas situações de abortamento, o material embrionário deve ser acondicionado diretamente em frasco de pequeno volume, abolindo-se qualquer tipo de fixador.
- Nas **gestações com menos de 12 semanas** recomenda-se preservar parte dos restos embrionário. Nas **gestações com 13 semanas ou mais**, recomenda-se preservar parte do cordão umbilical ou parte de material fetal. Essas amostras devem ser devidamente identificadas e encaminhadas para congelação o mais breve possível, mantendo-as dessa forma preservadas por prazo indeterminado.

QUESTÕES

49- (CONSULPAM - 2022 - Prefeitura de Irauçuba - CE - Enfermeiro) Com relação a Portaria n.º 1.508, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, analise os itens abaixo:
I- Conforme a lei supracitada, o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de cinco fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.
II- A quarta fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica e de aborto, caso não tenha sido vítima de violência sexual. Assinale a alternativa CORRETA.

- (A) Apenas o item I é correto.
- (B) Apenas o item II é correto.
- (C) Todos os itens são corretos.
- (D) Todos os itens são incorretos.

50- (UFRJ Residência Multiprofissional 2015) Nas mulheres vítimas de violência sexual a conduta adequada é:

- (A) Profilaxia da gravidez, início de antibioticoterapia para Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST) e profilaxia do HIV e das hepatites A, B e C.
- (B) Coleta imediata para sorologias de sífilis, HIV, hepatite B e C, profilaxia do HIV e coleta do exame preventivo do câncer de colo do útero.
- (C) Vacina e imunoterapia passiva para hepatite B, ultrassonografia transvaginal e profilaxia da gravidez.
- (D) Profilaxia da gravidez, início de antibioticoterapia para Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST) e coleta imediata para sorologias de sífilis, HIV, hepatite B

51- Em caso de violência sexual com teste rápido reagente para sífilis, assinale a opção correta.

- (A) Realizar antibiograma antes de iniciar o tratamento.
- (B) Iniciar o tratamento para sífilis sem aguardar o resultado do teste não treponêmico.
- (C) Iniciar o tratamento para sífilis somente após o resultado de um segundo teste rápido.
- (D) Confirmar o diagnóstico para sífilis com teste não treponêmico para iniciar o tratamento.
- (E) Realizar teste sorológico para outras infecções que podem ser transmitidas por via sexual, antes de começar o tratamento para sífilis.

52- (CONSULPLAN - 2015 - Prefeitura de Ibirapu - ES - Enfermeiro) Acerca da atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, analise as afirmativas a seguir.

- I. É obrigatória a notificação da violência sexual às autoridades de saúde competentes.
- II. O serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual deve ser organizado em locais especiais, fora de estabelecimentos de saúde, a fim de garantir a privacidade da vítima.
- III. Pelas leis brasileiras, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de violência sexual, bastando, para isso, o consentimento da mulher.
- IV. A anticoncepção de emergência somente deve ser prescrita para as mulheres e adolescentes expostas à gravidez por contato comprovado com sêmen.

Estão corretas apenas as afirmativas

- (A) I e II.
- (B) I e III.
- (C) II e IV.
- (D) III e IV.

53- Em relação à assistência a mulheres vítimas de violência sexual, é correto afirmar que

- (A) a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis não virais está contraindicada em qualquer idade gestacional.
- (B) o esquema utilizado para a anticoncepção de emergência em caso de violência sexual compreende a administração de pílula contendo levonorgestrel e anticoncepcional hormonal injetável mensal, em dose única.
- (C) independentemente do status vacinal, todas as vítimas de violência sexual devem receber uma dose de reforço da vacina contra hepatite B.
- (D) a anticoncepção de emergência é eficaz se a vítima tomar as pílulas anticoncepcionais até sete dias após a relação sexual desprotegida.
- (E) quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual é desnecessária a imunoprofilaxia para hepatite B.

54- (UNIFASE 2021 2022) A violência contra as mulheres é um fenômeno multidimensional, que as atinge no seu direito à vida, à saúde e à integridade física. Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização destas mulheres e oferecer o atendimento humanizado e integral. É uma atribuição dos serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual:

- (A) Realizar a contracepção de emergência nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência apenas se a violência tiver ocorrido em até 12 horas.
- (B) Realizar profilaxia das IST/AIDS e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 120 horas;
- (C) Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de violência interpessoal/Autoprovocada.
- (D) Explicar sobre os procedimentos a serem realizados, sem a necessidade da assinatura no Termo de Consentimento Informado para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados.
- (E) Não encaminhar para outros locais de assistência e referência a fim de manter o sigilo profissional.

- 55- (EsFCEX 2023) Adolescente, 16 anos, sexo feminino, foi atendida em uma unidade de referência para vítimas de violência sexual, relatando estupro há 60 horas. Informou que ocorrera relação sexual vaginal, que o agressor fizera uso de preservativo durante todo o ato sexual e que, para se defender, havia mordido fortemente o indivíduo no ombro e na orelha, o que resultou em ferimento sangrento. Frente a essa situação, entre outras ações, foram realizados os testes rápidos para HIV, hepatite B e sífilis, que apresentaram resultado não reagente. De acordo com recomendado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais (MS, 2021), é correto afirmar que, para esse caso, a profilaxia antirretroviral para HIV
- (A) deve ser iniciada, com a administração de zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC), por via oral, nas dosagens estabelecidas em protocolo, por 14 dias.
 - (B) devido à idade da vítima, deve ser iniciada, preferencialmente com zidovudina (AZT), via oral, na dosagem estabelecida em protocolo, por 28 dias.
 - (C) não está recomendada, porque o tempo transcorrido entre a violência e o atendimento excede 48 horas.
 - (D) deve ser iniciada, preferencialmente, com a administração de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG), por via oral, nas dosagens estabelecidas em protocolo, por 28 dias.
 - (E) não está recomendada, porque o agressor usou preservativo durante todo o transcorrer da relação sexual.

4. Câncer do Colo do útero

O **colo do útero** apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco – epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a **junção escamocolumnar** (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher.

Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical.

No período da menacme, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse – ectopia ou eversão.

Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido:

- carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos)
- adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular.

- **Câncer do Colo do útero**

A história natural do câncer do colo do útero geralmente apresenta um longo período de lesões precursoras, assintomáticas, curáveis na quase totalidade dos casos quando tratadas adequadamente, conhecidas como NIC II/III, ou lesões de alto grau, e AIS.

Quadro 3 – Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema Bethesda (2001)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	LSIL	LSIL
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NICIII	HSIL	HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Já a **NIC I** representa a expressão citomorfológica de uma **infecção transitória produzida pelo HPV** e têm alta probabilidade de regredir, de tal forma que atualmente **não é considerada como lesão precursora do câncer do colo do útero.**

É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV.

<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.148, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2024</p> <p>Incluir a infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas -HTLV, da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.</p> <p>Notificação semanal</p>
<p>OUTRAS NOTIFICAÇÕES: SEMANAL</p> <p>Sífilis: Adquirida, Congênita, e em gestante / Tétano neonatal / Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV / Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV / Violência doméstica e/ou outras violências / Toxoplasmose gestacional e congênita.</p>
<p>Violência sexual e tentativa de suicídio notificação em 24h pela SMS</p>

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o **exame citopatológico**. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado. Segue até 64 anos.

Quadro 1: Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária.

Idade	Início: 25 anos para mulheres que já tiveram atividade sexual a até 64 anos para mulheres com ao menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos.
Intervalo entre os exames	Após dois exames negativos com intervalos anuais, o exame deverá ser feito a cada 3 anos. Mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico: realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Fonte: BRASIL, 2016.

GARCIA, 2019

O exame citopatológico é composto pela citologia cervical associado a outras técnicas, tais como: exame clínico especular, inspeção visual com ácido acético (IVA) e teste de Schiller.

Além disso, faz-se necessário que sejam acrescidos a esses exames outros testes complementares para aumentar a precisão do diagnóstico das lesões apresentadas pelas usuárias, tais como: **colposcopia**, **cervicografia digital**, **citologia em meio líquido (CML)** e **teste do DNA do HPV**.

Tal fato se justifica pela baixa sensibilidade que a citologia oncótica possui, quando executada de forma isolada, chegando a apresentar 58% de amostras falso-positivo.

Coleta de espécimes para exame citopatológico concomitante à colposcopia

Recomendações: Nas situações em que é necessária a coleta de amostra citológica, esta deve ser priorizada e é preferível que anteceda a colposcopia.

Os profissionais devem optar por realizar a colposcopia em seguida ou em outra oportunidade.

Quando a coleta não tiver sido antecipada, a aplicação do ácido acético não contraindica a nova coleta citológica, o que deve ser informado no pedido do exame

Medidas para auxiliar a visão da junção escamocolumnar

Recomendações

Na situação em que a JEC não é visível ou parcialmente visível, é recomendável a realização das seguintes manobras durante o exame colposcópico:

- ✓ maior abertura do espéculo ou pressão por meio de pinça na transição entre o colo e a vagina;
- ✓ retirada do muco cervical ou sua introdução no canal por meio de swab ou bola de algodão, embebida por ácido acético;
- ✓ uso de espéculos endocervicais (pinças de Mencken ou Kogan) ou uso dos ramos de uma pinça de dissecação longa ou Cheron.

Quando essas manobras não são suficientes, é recomendável o uso de estrogênios: estradiol 1 ou 2mg ou estrogênios conjugados 0,625mg por via oral por até dez dias ou vaginal (estrogênios conjugados 0,625mg) entre cinco e 14 dias antes de uma nova colposcopia.

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada:

1. Material acelular ou hipocelular (75% do esfregaço) por presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

Recomendações: O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório

Amostra satisfatória para avaliação: Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.
- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos.

GARCIA, ROSANA APARECIDA. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: COREN-SP, 2019.

Fazer leitura na referência de GARCIA (2019) da Técnica de Coleta (páginas 51 até 54)

Etapas da coleta da citopatológica oncótica (página 54)

Abordagem inicial

Anamnese e histórico clínico

Orientação anterior ao exame ginecológico

Etapa 1 – revisão anatômica

Etapa 2 – preparação dos materiais com localização da JEC

Etapa 3 – toque e localização do colo

Etapa 4 – inserção do espéculo no intróito vaginal

Etapa 5 – coleta citológica

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero - Nanda-I e NIC (página 57)

Alguns diagnósticos e intervenções no rastreamento do colo do útero - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (página 58)

Plano de cuidados (páginas 58 e 59)

GARCIA, 2019

Para o referido procedimento **não há necessidade de que o espéculo vaginal ou os demais itens estejam esterilizados**, exceto se o espéculo de metal for utilizado, devendo assegurar que o mesmo será devidamente processado entre as pacientes, com no mínimo, limpeza e desinfecção de alto nível.

A **desinfecção de alto nível**, no entanto, pode ser um procedimento custoso e com maior risco ocupacional pela manipulação de germicidas químicos.

Assim sendo, **nos locais onde uma autoclave a vapor esteja disponível**, a opção pela esterilização após a limpeza pode ser mais efetiva e econômica.

4.1. Situações especiais:

- ➔ **Gestantes** têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. A coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.
- ➔ **Mulheres na pós-menopausa**, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino, apresentam baixo risco para

desenvolvimento de câncer. Pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo → Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta.

- **Histerectomizadas** – rastreamento em mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais.
- **Mulheres sem história de atividade sexual** - o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível. Assim, não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.

→ Imunossuprimidas

Mulheres infectadas pelo HIV, mulheres imunossuprimidas por uso de imunossupressores após transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides constituem os principais exemplos desse grupo.

A prevalência da infecção pelo HPV e a persistência viral, assim como a infecção múltipla (por mais de um tipo de HPV), são mais frequentes nesse grupo de mulheres.

Para minimizar os resultados falso-negativos, preconizam a complementação colposcópica a cada seis meses.

Recomendações: o exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no 1º ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Mulheres HIV positivas rastreamento citológico a cada seis meses.

Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta	
SITUAÇÃO	O QUE FAZER?
Vaginismo	<p>Caracterizada pela contração involuntária dos músculos próximos da vagina durante a penetração, podendo dificultar a coleta. Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adiar a coleta, para evitar desconfortos ou mesmo lesões à mulher. Buscar tranquilizar e apoiar a mulher, reagendando a avaliação; • Considerar o encaminhamento ao ginecologista, caso seja identificado causa orgânica que necessite tratamento na atenção especializada ou quando necessário, o apoio psicológico
Ressecamento vaginal	<p>Mulheres em menopausa: o exame deve ser cuidadoso para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias, pois o resultado pode levar a falsos positivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres no climatério: caso haja esta queixa, o enfermeiro poderá prescrever o tratamento específico (estrogenização), se houver dificuldade na coleta ou o laudo mencionar dificuldade diagnóstica causada por atrofia; • Tratamento: Prescrever a administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses, preferencialmente à noite, durante 21 dias com pausa de 7 dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). Suspender o uso no mínimo de 48 horas antes da coleta. (BRASIL, 2016); • Mulheres que fazem uso dos inibidores de aromatase a terapia com estrógeno está contraindicada
Ectopia	<p>Presente no período de atividade menstrual e fase reprodutiva da mulher. Geralmente a JEC situa-se no nível do orifício</p>

	externo ou para fora deste, sendo uma situação fisiológica. Intervenções: não há.
Cisto de Naboth	É decorrente da obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes. Intervenções: não há.
Pólipos cervicais	São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramentos vaginais fora do período menstrual e, principalmente, após relação sexual. Intervenções: encaminhar para avaliação do ginecologista.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Alguns Diagnósticos e intervenções de enfermagem no rastreamento de câncer de colo de útero - Nanda-I e NIC (página 57)

Alguns diagnósticos e intervenções no rastreamento do colo do útero - CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (página 58)

Plano de cuidados (páginas 58 e 59)

Recomendações diante das situações especiais

Histerectomizadas	<p>Recomenda-se que em caso de histerectomia subtotal, seguir com o rastreamento de rotina.</p> <p>Em caso de histerectomia total por condições benignas, não se recomenda o rastreamento, desde que apresente exames anteriores normais.</p> <p>Exceção: se a histerectomia foi realizada devido a uma lesão precursora ou câncer de colo do útero, seguir o protocolo de controle de acordo com o caso, realizando a coleta na porção final da vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais. • Câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. <p>Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).</p>
-------------------	--

Quadro 14: Fatores de risco para o câncer de mama

Comportamentais/ambientais
Obesidade e sobrepeso após a menopausa. Sedentarismo (não fazer exercícios); Consumo de bebida alcoólica; Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).
História reprodutiva/hormonais
Primeira menstruação (menarca) antes de 12 anos; Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos; Não ter tido filhos. Primeira gravidez após os 30 anos. Não ter amamentado; Ter feito uso de contraceptivos orais por tempo prolongado. Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.
Hereditários/genéticos
História familiar de: <ul style="list-style-type: none"> • Câncer de ovário; • Câncer de mama em homens; • Câncer de mama em mulheres, principalmente antes dos 50 anos.

Fonte: Inca, 2016.

Resultado citológico dentro dos limites da normalidade no material examinado

Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)

Inflamação sem identificação de agente

Resultado citológico indicando metaplasia escamosa imatura

Resultado citológico indicando reparação

Resultado citológico indicando atrofia com inflamação

Resultado citológico indicando alterações decorrentes de radiação ou quimioterapia

Achados microbiológicos – Lactobacillus sp. – Cocos. – Outros Bacilos

Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

GARCIA, 2019

No Brasil, o sistema de classificação adotado para determinar a descrição da citologia cervical é uma adaptação do sistema de Bethesda de 2001, que descreve as anormalidades de células epiteliais escamosas (atypical squamous cells of undetermined significance – ASC-US), anormalidade intraepitelial de baixo ou alto grau (low-grade/high-grade squamous intraepithelial lesion – LSIL/HSIL), anormalidades celulares glandulares atípicas (atypical glandular cells – AGC) e adenocarcinoma *in situ* (AIS)

No caso de **células escamosas atípicas de significado indeterminado**, que **possivelmente não são neoplásicas**, deve-se encaminhar a mulher para realizar a repetição da citologia em 6 e 12 meses, levando em consideração o tratamento de possíveis infecções. Se o resultado se mantiver, fazer a colposcopia

COLPOSCOPIA - Sua realização é indicada nos seguintes casos: depois de dois resultados insatisfatórios após citologia oncológica; na maioria dos casos HPV-positivos após teste de DNA do HPV; resultados consecutivos de Ascus, ASC-H, HSIL, LSIL após citologia e outros resultados glandulares anormais.

Diante das evidências encontradas, infere-se que todas as mulheres que realizaram o exame Papanicolaou e obtiveram um resultado de anormalidade, tais como Ascus e LSIL com testagem para HPV positiva ou negativa, devem ser submetidas à

colposcopia, a fim de se confirmar precocemente as lesões na cérvix uterina e iniciar o tratamento adequado para resolução destas o mais rápido possível

Cervicografia Digital

A cervicografia é um exame complementar que foi introduzido na prática clínica com o objetivo de aprimorar os achados da colposcopia em meados da década de 80, por Adolf Snafl. Atualmente, é um método que utiliza uma câmera fotográfica reflex de 35 mm especialmente desenvolvida para tirar fotografias do colo do útero, identificando anormalidades neste órgão. O colo do útero é visualizado com um espécule vaginal e ácido acético 5% que é aplicado na cérvix. As imagens capturadas após aplicação do ácido acético são processadas em um filme e projetadas em uma tela branca para análise, gerando a fotografia.

As fotografias advindas desse exame se constituem como uma forma de acompanhar a evolução das lesões cervicais uterinas, que deverão estar anexadas ao prontuário de cada cliente. Isso permite que seja realizada uma avaliação do aspecto lesional no decorrer do tempo, principalmente se a paciente for submetida a qualquer tipo de tratamento.

Quadro 11: Recomendações diante dos resultados de exames normais

Diagnóstico citopatológico	Conduta inicial
Dentro dos limites da normalidade	Seguir rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente; Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas).	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal segundo capítulo de ISTs.
Achados microbiológicos <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus sp</i>; • Cocos; • Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>); • <i>Candida sp</i>. 	
Achados microbiológicos <ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia sp</i>; • Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes; • <i>Trichomonas vaginalis</i>; • <i>Actinomyces sp</i>. 	<p>A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs;</p> <p>No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados:</p> <p>Herpes Vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital conforme capítulo de ISTs;</p> <p>Chlamydia, Gonococo e Trichomonas: Mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos por <i>Chlamydia</i> e <i>Gonococo</i>) seguir esquema de tratamento de mulher e parceiro, além das orientações e sorologias conforme capítulo de ISTs;</p> <p>Actinomyces: Bactéria encontrada no trato genital de usuárias de DIU (cerca de 10% a 20%); raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata e não se retira o DIU (Dispositivo Intrauterino).</p>

Atrofia com inflamação	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Se o resultado discriminar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, proceder com a estrogenização conforme esquema sugerido no quadro de ressecamento vaginal.
Indicando radiação	Seguir a rotina de rastreamento citológico; O tratamento radioterápico deve ser mencionado na requisição do exame.
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Avaliar cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Encaminhar ao ginecologista. Nota: Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a este método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal.

Fonte: BRASIL, 2016.

Quadro 12: Recomendações diante do resultado de exames citopatológicos anormais.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (Ascus)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Todas as idades	Encaminhar para a colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se pode afastar lesão de alto grau	Todas as idades	Encaminhar para a colposcopia
Lesão de baixo grau		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia	
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			
Carcinoma escamoso invasor			
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			

Fonte: BRASIL, 2016.

QUESTÕES

56- (VUNESP - 2020 - PREFEITURA DE MORRO AGUDO - SP - TÉCNICO EM ENFERMAGEM) O câncer de colo de útero, apesar de prevenível, é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil, com altas taxas de incidência e de mortalidade. Uma importante medida para sua prevenção é a coleta de exame Papanicolaou que, **segundo o Ministério da Saúde, deve ser realizado em mulheres**

- (A) a partir do início da sua vida sexual ativa, independentemente de sua idade.
- (B) dos 14 aos 50 anos, sem qualquer interferência com a vida sexual.
- (C) que tenham ou tiveram vida sexual e que estão entre 25 e 64 anos de idade.
- (D) até os 45 anos de idade, desde que tenham apresentado 3 exames consecutivos normais.
- (E) que apresentam corrimento vaginal, independentemente da idade ou vida sexual ativa.

57- (INSTITUTO AOCP - 2015 – EBSERH) Dentre as neoplasias malignas, o câncer do colo do útero está entre as que mais acometem as mulheres, sendo que grande parte das lesões precursoras ou malignas do colo do útero se originam

- (A) no corpo do útero.
- (B) na parede vaginal.
- (C) na zona de transformação.
- (D) em cistos de naboth.
- (E) no endométrio.

58- (EBSERH) O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de _____. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é _____. Assinale a alternativa que completa correta e respectivamente as lacunas.

- (A) 35 a 69 anos, e que já tiveram atividade sexual; a repetição anual do exame Papanicolaou, mesmo com resultado negativo no ano anterior
- (B) 30 a 59 anos, e que já tiveram atividade sexual; a repetição do exame Papanicolaou a cada dois anos, após um exame normal no ano anterior
- (C) 18 a 69 anos, independentemente do início da atividade sexual; a repetição anual do exame Papanicolaou
- (D) 20 a 59 anos, e que já iniciaram a atividade sexual; a realização do exame de colposcopia a cada três anos, após um exame com resultado negativo
- (E) 25 a 64 anos, e que já tiveram atividade sexual; a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.

59- (EBSERH 2015) Mulher de 32 anos comparece à consulta de enfermagem em ginecologia e relata ter mantido relação sexual com seu namorado na noite anterior à consulta. Em relação à coleta de material para o exame citopatológico do colo do útero, a enfermeira deve esclarecer que a abstinência sexual:

- (A) deve ser de 48 horas prévias ao exame, justificável pelo tempo de vida do espermatozoide
- (B) deve ser de 72 horas prévias ao exame, justificável pelo tempo de vida do espermatozoide
- (C) é uma recomendação prévia comum para esse exame, ela é justificável apenas quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas
- (D) é uma recomendação prévia comum neste exame, justificado por erros na leitura da lâmina pela presença de células sanguíneas no fundo de saco vaginal

60- (Residência Enfermagem Obstétrica UERJ 2022-23) Uma mulher de 42 anos, residente do interior com acesso limitado ao serviço de saúde, relata nunca ter realizado exame citopatológico do colo do útero e informa não procurar unidades de saúde por conta dos seus afazeres e da distância, sendo essa uma oportunidade ímpar para coleta deste exame. Ela informa que começou a menstruar há cinco dias e que “ainda está descendo um pouco de sangue”. Quanto à possibilidade de coletar o exame citopatológico do colo do útero dessa mulher, a conduta adequada é:

- (A) não coletar, pois a presença de sangue na amostra é uma contraindicação absoluta para coleta

- (B) não coletar, pois a coleta da amostra deve ser feita, pelo menos, cinco dias após o término da menstruação
- (C) realizar a coleta do citopatológico do colo do útero e adicionar gotas de ácido acético (CH_3COOH) a 2% à solução fixadora, buscando melhorar a qualidade da amostra
- (D) realizar a coleta do citopatológico do colo do útero e adicionar gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% à solução fixadora, buscando melhorar a qualidade da amostra

61- (EsFCEx 2023) Em consulta de enfermagem, M.M., 25 anos, mostrou interesse em realizar o exame para prevenção do câncer de colo do útero porque sua mãe havia falecido há 6 meses em decorrência desse tipo de câncer, diagnosticado tardiamente. Relatou ser HIV positivo, fazer uso de terapia antirretroviral e que não iniciara vida sexual. Ao analisar os dados constantes do prontuário, o enfermeiro constatou que M.M. era portadora de HIV adquirido por transmissão vertical e, até o momento, não havia apresentado infecções oportunistas e neoplasias. Observou ainda, que a última contagem de CD4+, realizada há 90 dias, era de 1 020 cels/mm³. Frente a essa situação, o enfermeiro deve, entre outras ações, deve:

- (A) realizar a coleta de material do fundo de saco de Douglas, orientando M.M. sobre a necessidade de realizar o exame preventivo a cada 12 meses, se o resultado do exame não evidenciar situação que exija outras ações.
- (B) agendar consulta com ginecologista para M.M., para avaliação e conduta.
- (C) realizar a coleta de material para o exame citopatológico, encaminhar M.M. para colposcopia e enfatizar a necessidade de realizar o exame preventivo a cada 6 meses, se o resultado do exame não evidenciar situação que exija outras ações.
- (D) realizar cuidadoso exame da vagina, vulva e região perianal e proceder a coleta de material do colo do útero para a realização do exame citopatológico.
- (E) orientar M.M. que, no momento, não há indicação para que seja realizado o exame citológico para a prevenção do câncer de colo uterino, explicando os motivos

5. CÂNCER DE MAMA – DIRETRIZES PARA A DETECÇÃO PRECOCE

Identificação de sinais e sintomas suspeitos

Os seguintes sinais e sintomas devem ser considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos):

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral
- Presença de linfadenopatia axilar
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja
- Retração na pele da mama

- Mudança no formato do mamilo

Quadro 14: Fatores de risco para o câncer de mama

Comportamentais/ambientais
Obesidade e sobrepeso após a menopausa. Sedentarismo (não fazer exercícios); Consumo de bebida alcoólica; Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X, mamografia e tomografia).
História reprodutiva/hormonais
Primeira menstruação (menarca) antes de 12 anos; Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos; Não ter tido filhos. Primeira gravidez após os 30 anos. Não ter amamentado; Ter feito uso de contraceptivos orais por tempo prolongado. Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos.
Hereditários/genéticos
História familiar de: <ul style="list-style-type: none"> • Câncer de ovário; • Câncer de mama em homens; • Câncer de mama em mulheres, principalmente antes dos 50 anos.

Fonte: Inca, 2016.

Quadro 17: Recomendações diante dos problemas mais comuns durante avaliação das mamas.

Situação	Definição	Conduta do enfermeiro
Mastalgia sem febre	Dor nas mamas. Está relacionada, na maioria das vezes, com processos fisiológicos do organismo feminino, uso de terapias hormonais ou gestação. Como regra, sinais e sintomas que desaparecem totalmente após a menstruação raras vezes são causados por processos malignos (GOYAL, 2016). Podem vir acompanhadas de febre ou não.	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar dor; • Em caso de nutrízes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas conforme capítulo sobre amamentação; • Orientar uso de roupa íntima adequada; • Avaliar uso de terapias hormonais, discutir conduta com médico.
Mastalgia com febre (Temperatura axilar >38°C)		<ul style="list-style-type: none"> • Investigar gestação; • Tranquilizar a paciente sobre o fato de o câncer raramente causar febre ou dor; • Em caso de nutrízes, avaliar se há ingurgitamento mamário e realizar medidas conforme capítulo sobre amamentação; • Orientar o uso de roupa íntima adequada; • Acolher a usuária e encaminhar para consulta médica.

<p>Descarga papilar espontânea em nutrízes ou não gestantes</p>	<p>Constitui-se de saída de secreção pelas papilas mamárias fora do período gravídico-puerperal e lactação. É importante investigar a data da última gravidez, aleitamento recente, uso de medicamentos que podem causar galactorreia, trauma local e tabagismo. Devem ser investigadas as descargas espontâneas, unilateral, uni papilar, persistente, purulenta ou sanguinolenta (PRIMO, 2017);</p> <p>A descarga papilar em homens deve ser sempre considerada um achado suspeito, dado que a incidência de carcinoma, que é de cerca de 23% (DE PAULA, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o uso de medicações que podem causar aumento de prolactina; • Investigar gestação; <p>Características a serem pontuadas no exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espontânea ou provocada: a descarga papilar espontânea sugere sinais de anormalidade e pode estar relacionada a processos hormonais; Em ambos, sugere-se colher amostra de citopatológico de mama e retorno para reavaliação; • Lateralidade: quando unilateral sugere-se maior atenção; quando bilateral, deve-se observar outros sinais complementares descritos. Colher amostra de citopatológico de mama e agendar retorno para avaliação; • Número de orifícios: a descarga unipapilar é sugestiva de maiores cuidados, deve-se colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica. Quando multipapilar deve-se observar outros sinais descritos. • Láctea ou serosa: provável causa hormonal, orientar a investigação de câncer de mama e encaminhamento a mastologista; • Sanguinolenta ou purulenta: colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica.
<p>Retração de pele ou mamilar</p>	<p>É a inversão da estrutura da pele, ou mamilo, diz-se do aspecto de “casca de laranja” na pele da mama. As causas podem ser congênita ou adquirida (processos inflamatórios, infecciosos, trauma, lesões malignas da mama (PRIMO, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se associada com amamentação, a conduta está descrita no capítulo específico deste protocolo; • Se a alteração ocorreu repentinamente, deve-se encaminhar a usuária para avaliação médica e conduta.
<p>Cistos mamários</p>	<p>Nódulos de aparecimento súbito, de contornos regulares, móveis e dolorosos. A consistência pode ser amolecida ou, quando o líquido intracístico encontra-se sob tensão, a sensação palpatória é fibroelástica. São formados pela obstrução e dilatação dos ductos mamários terminais. A maior parte dos cistos decorrem de processos de involução da mama, ocorrendo com mais frequência entre 35 e 50 anos de idade e incidem de 7 a 10% da população feminina, podendo ser únicos ou múltiplos, uni ou bilaterais (RUIZ, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese deve-se avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso; • Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama; • Encaminhar ao acompanhamento médico.

Assimetria mamária	Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas: tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem ocorrer como resultado de postura distorcida, rotações de ombros, escolioses entre outras causas. (HORTA, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a alteração foi súbita e se há outros sinais ou sintomas, caso afirmativo, encaminhar à consulta médica; • Ao exame físico deve-se avaliar a postura da usuária; • Reavaliar em tempo oportuno.
Alterações infecciosas (mastites)	Apresentam-se com sinais inflamatórios clássicos: dor, calor, rubor e edema, em resposta a algum tipo de agressão podendo ocorrer abaulamento ou aumento do volume mamário. Dependendo do tipo de agressão e da fase em que se apresenta o processo, percebe-se a combinação e a intensidade dos sinais inflamatórios. Podem ser divididas em puerperal e não puerperal (RUIZ, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar histórico de amamentação; • Há possibilidade de apresentar sinais sistêmicos da infecção (febre, mal-estar); • Orientar cuidados locais, curativos, se necessário; • Encaminhar para avaliação médica.
Siliconomas	O silicone líquido industrial tem sido introduzido no organismo humano (inclusive na região de mama) de forma clandestina, com a finalidade de corrigir defeitos, e aumentar volume em homens e mulheres ampliando chances de complicações como infecções, necroses teciduais, migração do produto pelo sistema linfático, venoso ou por força da gravidade (DORNELAS, 2011).	<ul style="list-style-type: none"> • Exame físico geral amplo e detalhado com o histórico de uso do silicone industrial; • Encaminhamento médico a especialista para avaliação e conduta.
Fibroadenomas	São os nódulos de mama benignos mais comuns. Podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalentes em mulheres com idade entre 15 e 35 anos. Têm crescimento limitado, em geral não superando 2 cm. Apenas 0,1 a 0,3% dos casos apresentam transformação maligna. (RUIZ, 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • No exame clínico das mamas (ECM) o fibroadenoma normalmente se apresenta como uma nodulação móvel, não aderido ao tecido que o rodeia, bem delimitado, com dimensões em geral de 2 a 3 cm; • Nas usuárias de maior faixa etária devido a alterações fisiopatológicas o nódulo pode passar a ter consistência endurecida; • O diagnóstico é predominante clínico, porém a USG de mamas pode ser indicada tanto quanto a PAAF; • A realização da tríple análise é a mais indicada, portanto viabilizar consulta médica.

Diversos fatores estão relacionados ao câncer de mama. O risco de desenvolver a doença aumenta com a idade, sendo maior a partir dos 50 anos. A mulher que possui alterações genéticas herdadas na família, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2, tem risco elevado de câncer de mama.

Recomendações de indicação da mamografia (GARCIA, 2019)

São fatores que favorecem a investigação mamária com o uso da mamografia fora das indicações habituais de rastreio:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade, ou câncer de mama bilateral em qualquer faixa etária (Inca, 2019);
- Mulheres com história familiar de câncer de ovário ou de câncer de mama masculino (Inca, 2019);

- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (Inca, 2009).

Recomendações quanto às tecnologias ou ações avaliadas para a detecção precoce do câncer de mama

Mulheres < de 50 anos / mulheres de 70 à 74 anos / mulheres > 75 anos → O MS recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos

Mulheres De 50 a 69 anos - O Ministério da Saúde **recomenda** o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 69 anos.

Periodicidade - recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal

O MS recomenda **contra o ensino do AEM** como método de rastreamento do câncer de mama.

Fazer leitura em Garcia (2019) do Exame físico específico: exame clínico das mamas (ECM) - Toda mulher deve ser submetida ao exame físico das mamas por profissional habilitado, anualmente, após os 30 anos de idade. Páginas 72 até 74

O MS recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com **Ressonância Nuclear Magnética** (RNM) em mulheres com risco padrão de desenvolvimento desse câncer, seja isoladamente, seja como complemento à mamografia.

O MS recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com **ultrassonografia** das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.

GARCIA, 2019 - Exames de imagem complementares

A ultrassonografia de mamas é um método de diagnóstico por imagem considerado o principal complementar à mamografia na detecção de alterações mamárias.

Sua característica fundamental reside na capacidade de distinguir cistos e lesões sólidas, algo difícil de detectar na mamografia.

Ela é utilizada nas mulheres assintomáticas com mama densa; quando há lesão palpável sem expressão na mamografia; nos nódulos regulares ou lobulados e nas lesões densificantes (assimetria difusa, área densa) que podem representar lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A confirmação diagnóstica em uma única etapa (one stop clinic) é mais efetiva que as estratégias habituais?

O MS recomenda que toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, seja feita em um mesmo centro de referência.

As estratégias de **diagnóstico precoce** devem ser formadas pelo tripé: população alerta para sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde também alertas para sinais e sintomas suspeitos de câncer e capacitados para avaliação dos casos suspeitos; e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade, garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado.

A estratégia de conscientização destaca a importância do diagnóstico precoce e, na prática, significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e a divulgação dos principais sinais e sintomas do

câncer de mama. Estimula também as mulheres a procurarem esclarecimento médico sempre que houver qualquer dúvida em relação a alguma alteração suspeita nas mamas. **O MS recomenda a implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama**

Deteccção precoce é uma forma de prevenção secundária e visa a identificar o câncer em estágios iniciais, momento em que a doença pode ter melhor prognóstico.

É preciso diferenciar a deteccção precoce das ações de prevenção primária, pois essas têm por objetivo evitar a ocorrência da doença e suas estratégias são voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco.

Existem duas **estratégias de deteção precoce**: rastreamento e diagnóstico precoce.

O **rastreamento** é uma tecnologia da atenção primária e os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método de rastreamento, a periodicidade e a população-alvo recomendadas.

Critérios para definição de população-alvo: sexo (feminino) e faixa etária.

O ECM é usado como método tanto diagnóstico quanto de rastreamento.

Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou médico – realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama.

A ultrassonografia é, ao lado da mamografia, o mais importante método de imagem na investigação diagnóstica de alterações mamárias suspeitas, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas.

O MS recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia

A **termografia** clínica da mama é um exame de imagem que registra a variação da temperatura cutânea. Por se tratar de um procedimento não invasivo, não expõe a pessoa à radiação, nem requer a compressão do tecido da mama.

A **termografia infravermelha**, ou exame de imagem térmica infravermelha digital, envolve o uso de um dispositivo de imagem térmica para detectar e registrar o padrão de calor emitido pela superfície da mama. A técnica consiste basicamente em capturar e registrar, por meio de câmeras de infravermelho, diferenças de temperatura emitidas pela superfície da pele.

O MS recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia

A **tomossíntese mamária**, também denominada mamografia tridimensional ou mamografia tomográfica, representa um avanço nas técnicas de imagem mamária a partir da introdução da tecnologia digital no campo da mamografia e do desenvolvimento de sofisticadas técnicas de computação que permitem uma avaliação tridimensional da mama. É uma técnica que oferece múltiplas e finas imagens da mama obtidas a partir de diferentes ângulos do tubo de raios X, enquanto a mama permanece estática e ligeiramente 64 comprimida, permitindo cortes finos, passíveis de serem reconstruídos pelo computador em imagens tridimensionais.

O MS recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia

A mamografia é o principal recurso capaz de diagnosticar o câncer de mama, pois detecta as lesões no estado subclínico, antecipando a descoberta em pelo menos 20

meses, em relação ao diagnóstico clínico. O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva, pois apresenta taxa significativa de falsos-positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não altera o desfecho de mortalidade por câncer de mamas (GARCIA, 2019).

Quadro 13: População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento

Recomendações do ministério da saúde para o rastreamento do câncer de mama		
Mamografia	< 50 Anos	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)
	50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)
	60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
	70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
	75 anos ou mais	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
	Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).
Ultrassonografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Autoexame das mamas	Contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Exame clínico das mamas	Ausência de recomendação: O balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.	
Ressonância nuclear magnética	Contra o rastreamento do câncer de mama com ressonância nuclear magnética em mulheres, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Termografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	
Tomossíntese	Contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).	

Fonte: Inca, 2015 e MIGOWSKI, 2018.

Quadro 19: Métodos invasivos que auxiliam no diagnóstico final

Método	Descrição
A Biópsia Cirúrgica	Exérese de nódulo de mama, guiada por meio da ultrassonografia. É o meio mais tradicional e mais utilizado. Pode ser incisional (retirada de parte da lesão) ou excisional (retirada total da lesão).
Biópsia Percutânea com Agulha Grossa (PAG)	A punção por agulha grossa (PAG), ou <i>core biopsy</i> , é um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que retira fragmento de tecido mamário para o exame histopatológico por meio de dispositivo automático para biópsia (pistola).
Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)	Procedimento ambulatorial, simples e de baixo custo. A PAAF pode ser utilizada tanto na abordagem das lesões palpáveis como de não palpáveis, não fornece diagnóstico de invasão tumoral, somente material para estudo citopatológico.
Biópsia Percutânea a Vácuo (Mamotomia)	Utiliza um sistema de aspiração a vácuo em conjunto com sistema de corte. Este método pode ser guiado por raios X (estereotaxia), ultrassonografia ou ressonância magnética. Em comparação com a PAG, é mais eficaz obtendo maior número de fragmentos com melhor desempenho nas microcalcificações, porém seu custo é mais elevado.

Quadro 18: Interpretação, risco de câncer, recomendações e condutas mediante o resultado de mamografia.

Categoria BI-RADS®	Interpretação	Risco de câncer	Recomendações e conduta
1	Sem achados	0%	Rotina de rastreamento
2	Achados provavelmente benignos	0%	Rotina de rastreamento
3	Achados provavelmente benignos	< 2%	Controle radiológico por três anos com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois seguintes. A usuária pode ser encaminhada à unidade de referência especializada para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe APS na coordenação de cuidado.
4	Achados suspeitos de malignidade	2% a 95% a depender do grau de suspeição	Encaminhar para a unidade de referência especializada para tratamento. A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
5	Achados altamente suspeitos de malignidade	> 95%	Confirmando o diagnóstico com exames complementares, encaminhar a usuária à unidade de referência para tratamento. A APS deve manter a coordenação do cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	Terapêutica específica em unidade de tratamento de câncer. A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	Necessidade de avaliação adicional que deverá ser solicitada e avaliada pelo médico (outras incidências mamográficas, ultrassonografia das mamas que será solicitada pelo médico e comparação com mamografia feita no ano anterior para estabelecimento de conduta.

QUESTÕES

62- (CONTEMAX - 2020 - Prefeitura de Passira - PE - Enfermeiro - ESF) Sobre o câncer de mama, analise os itens, abaixo:

I - Câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, no mundo e no Brasil.

II - O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente, indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos.

III - A amamentação ajuda a prevenir o câncer de mama.

Está correto o que se afirma em:

- (A) I, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

63- (CESPE - 2018 - HUB - Enfermagem) No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

A detecção precoce do câncer de mama é considerada uma forma de prevenção primária da doença.

Alternativas

- () Certo
- () Errado

64- (CESPE - 2018 - HUB - Enfermagem) No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

O ensino do autoexame das mamas é recomendado como método de rastreamento do câncer de mama.

Alternativas

- () Certo
- () Errado

65- (CESPE - 2018 - HUB - Enfermagem) No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

Para rastreamento do câncer de mama em mulheres com risco padrão, recomenda-se a utilização da termografia, exame de imagem que registra a variação da temperatura cutânea.

Alternativas

- () Certo
- () Errado

66- (IBADE - 2016 - IABAS - Enfermeiro) A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Marque a alternativa que apresenta a população-alvo e a periodicidade dos exames no rastreamento do câncer de mama corretas.

- (A) Mulheres de 40 e 49 anos ECM anual e, se alterado, mamografia.
- (B) Mulheres de 25 a 35 anos - ECM e mamografia a cada 2 anos.
- (C) Mulheres de 40 a 49 anos - ECM anual e mamografia a cada 2 anos.
- (D) Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado - ECM semestral e mamografia anual.
- (E) Mulheres de 50 a 69 anos - ECM e mamografia anual.

67- (Residência Enf UERJ /2016) Considerando a população-alvo e a periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama, a relação correta é:

- (A) 50 a 69 anos – realização de exame clínico das mamas e de ultrassonografia anualmente
- (B) 40 a 49 anos – realização de exame clínico das mamas anualmente e, se alterado, mamografia
- (C) 35 anos ou menos com risco elevado – realização de exame clínico das mamas e mamografia a cada dois anos
- (D) 35 anos ou mais, com risco elevado – realização de exame clínico das mamas e de tomografia anualmente

68- (UFRJ Residência Multiprofissional 2015) As mulheres que fazem parte dos grupos populacionais com risco mais elevado para o desenvolvimento do câncer de mama são aquelas que:

- (A) engravidaram após os 30 anos.
- (B) tiveram história familiar de câncer de mama masculino.
- (C) tiveram menopausa precoce e menarca tardia.
- (D) nunca tiveram filhos.

69- (Marinha Saúde 2020-2021) Segundo o Caderno de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (2006), qual procedimento deverá ser evitado após a linfadenectomia axilar?

- (A) Manter a pele hidratada e limpa
- (B) Usar luvas de proteção ao fazer as atividades do lar
- (C) Durante a execução de atividades, promover intervalos para descanso
- (D) Utilizar banheiras e compressas quentes, saunas e exposição solar
- (E) Durante viagens aéreas, usar malha compressiva.

70- (Residência Enfermagem Obstétrica UERJ 2022-23) Uma mulher com 54 anos vai à consulta ginecológica de retorno tensa, ansiosa e com muitas dúvidas, pois, ao pesquisar o resultado de sua mamografia, verificou que o risco para ela desenvolver câncer variava de 2% a 95%, a depender do grau de suspeição. Nesse caso, a categoria BI-RADS encontrada no resultado do exame e a conduta recomendada pelo Ministério da Saúde para o seguimento dessa mulher, respectivamente, são:

- (A) BI-RADS 4 / realizar o controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anualmente nos dois anos seguintes
- (B) BI-RADS 5 / realizar o controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anualmente nos dois anos seguintes
- (C) BI-RADS 4 / encaminhá-la à unidade de referência secundária para investigação histopatológica e, caso confirme o diagnóstico de câncer, encaminhá-la à unidade de referência terciária para tratamento
- (D) BI-RADS 5 / encaminhá-la à unidade de referência secundária para investigação histopatológica e, caso confirme o diagnóstico de câncer, encaminhá-la à unidade de referência terciária para tratamento

6. ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO / MENOPAUSA

ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO / MENOPAUSA

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher.

O **climatério** compreende uma fase de transição caracterizada por flutuações hormonais que podem levar a irregularidades menstruais até chegar à amenorreia.

A **menopausa** é um marco dessa fase, correspondendo ao **último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência** e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade.

O volume médio dos ovários diminui de 8 a 9 cm na menacme para 2 a 3cm alguns anos após a menopausa.

A intensidade dos sintomas e ou dos sinais clínicos é influenciada principalmente por três fatores:

- Ambiente sociocultural em que vive;
- Situação pessoal (estado psicológico), conjugal, familiar e profissional;
- Diminuição de estrogênio endógeno.

Os **sinais e sintomas clínicos do climatério** ainda podem ser divididos em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, e não transitórios, representados pelos fenômenos atróficos geniturinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo.

Alterações Orgânicas no Climatério e Resposta Sexual

O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital. Os pelos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris.

Os sintomas da menopausa e as respostas sexuais não são os mesmos para todas as mulheres.

- ressecamento e a hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio. Queixas sexuais verificadas: existência de uma relação direta entre alguns sintomas como secura vaginal, dor à penetração e sensação de ardor e os níveis de estradiol. Esses sintomas responderam à terapia estrogênica local ou sistêmica.
- concentrações séricas de estrogênios elevadas - distensão abdominal e mastalgia, principalmente na perimenopausa.

A presença de prolapsos genitais e incontinência urinária também podem ser situações constrangedoras, atuando sobre a sensualidade e a auto-estima.

Mulheres que desenvolvem doenças endócrinas como Diabetes mellitus, hiperprolactinemia, hipotireoidismo e disfunções adrenais podem evoluir com diminuição da libido.

Um dos sintomas mais incômodos relatados pelas mulheres nessa fase da vida é a **fragilidade da mucosa vaginal**, com sensação de ardor e prurido, que também pode ser tratados com outros meios não hormonais. Como a lubrificação nessa fase se faz mais lentamente, o período de estimulação sexual necessita ser mais prolongado, podendo ser utilizado um lubrificante antes da penetração.

Os **fogachos** ou “ondas de calor” constituem o sintoma mais comum nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. Manifestam-se como sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face que pode apresentar hiperemia, acompanhada na maioria das vezes de sudorese.

Além disso, pode ocorrer **palpitação** e mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde muito leves a intensos, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia. A duração pode ser de alguns segundos a 30 minutos.

Outros **sintomas neurovegetativos** encontrados frequentemente são os calafrios, a insônia ou sono agitado, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga, que muitas vezes são relacionados a etiologias diversas ao climatério.

Sintomas neuropsíquicos.

Compreendem a labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério em intensidade variável

Disfunções Sexuais**Alterações Urogenitais -**

Distopias a constituição estrutural óssea e muscular da pelve, a qualidade da assistência obstétrica, a paridade, fatores raciais, metabolismo do colágeno e envelhecimento dos tecidos.

Incontinência urinária

Fenômenos atróficos genitourinários

Distúrbios Metabólicos

Alterações no metabolismo

Alterações no metabolismo ósseo

Manifestações Clínicas Não-Transitórias

ABORDAGEM CLÍNICA***Anamnese***

A história da mulher deve ser semelhante a àquela colhida durante a menacme, acrescida de alguns aspectos importantes para esta fase.

Nas queixas clínicas, pode haver referência a fogachos, insônia, irritabilidade, artralgia, mialgia, palpitações, diminuição da memória e do interesse pelas atividades de rotina, da libido, dispareunia, astenia e sintomas gênito-urinários relacionados com a hipotrofia das mucosas.

A idade da menarca e a data da última menstruação/menopausa são importantes, além da forma como cada uma se instalou. A presença de irregularidades menstruais é comum nesta fase, necessitando abordagem individualizada.

A avaliação dos antecedentes pessoais, familiares, menstruais, sexuais e obstétricos colaboram muito para o entendimento do momento atual. A orientação sexual da mulher é uma informação importante e deve ser considerada sem preconceitos. Investigar os métodos de anticoncepção utilizados, a vulnerabilidade da mulher a DST/aids e sobre a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama. Dados sobre o funcionamento gastrointestinal indicam a existência ou o risco para o desenvolvimento de doenças. Da mesma forma são importantes informações acerca de sintomas urinários, como infecções ou incontinência.

É imprescindível investigar os hábitos alimentares (ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos simples), atividades físicas (tipo, regularidade e duração), além da existência de patologias concomitantes, uso de medicações, alergias e problemas pessoais, do relacionamento amoroso ou familiar.

Nos antecedentes familiares, a investigação sobre a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, como *Diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, gastrointestinais, osteoporose, assim como de câncer de mama, útero (colo ou endométrio), ovários ou outros, indica a necessidade de maior atenção quanto à adoção de medidas de prevenção e de preservação da saúde relacionadas.

Exame Físico

- verificação do peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC (peso/altura²) define a necessidade de um maior cuidado com a alimentação, quando

detectados índices de baixo peso ($IMC < 18,5$), sobrepeso ($IMC > 25$) ou obesidade ($IMC > 30$).

- verificação da pressão arterial
- medida da circunferência abdominal (> 80 cm nas mulheres), associada a outros fatores, indica a atenção para a avaliação da síndrome metabólica e risco cardiovascular.
- saúde bucal no envelhecimento apresenta algumas especificidades, portanto neste momento é também oportuno verificar a condição dos dentes, gengivas e língua e orientar a mulher para adoção de hábitos saudáveis e consulta regular ao dentista.
- O exame ginecológico inicia-se pela avaliação mamária, com inspeção e palpação cuidadosa das mesmas, culminando na expressão papilar, na procura de descarga patológica que, se encontrada, deve ser colhida e enviada para análise. Na sequência, são palpadas as axilas e a cadeia ganglionar, à procura de alterações, com descrição detalhada de suas características e localização, quando encontrada.

A palpação abdominal e da pelve é direcionada à investigação de anormalidades na parede e na cavidade, como dor ou alterações nas características dos órgãos internos, seja na sua localização, volume, consistência, mobilidade, etc. A seguir deve-se proceder à inspeção cuidadosa da vulva com atenção para a ocorrência de alterações do trofismo, coloração ou adelgaçamento da pele e mucosa. Na inspeção dinâmica são comuns as distopias, com prolapsos genitais nos mais variados graus e naturezas, acompanhados ou não de roturas perineais, sendo um bom momento para indicação cirúrgica quando necessário e/ou orientação da necessidade de realizar exercícios para recuperação da tonicidade muscular.

Ao exame especular, a avaliação da rugosidade da mucosa e da lubrificação do colo e vagina podem refletir nitidamente o *status* hormonal. Nesse momento se observa a necessidade ou não do uso de estrogênio oral ou tópico prévio ao exame, de preferência aqueles à base de estriol (creme) – 2cc intravaginal por sete dias. O mesmo pode também ser usado regularmente – 2cc intravaginal, uma a duas vezes por semana – para melhora do trofismo da mucosa, diminuição do desconforto urogenital e ao coito e a predisposição maior a infecções.

Exames Complementares

Os exames complementares essenciais para o acompanhamento do climatério estão abaixo relacionados:

- Avaliação laboratorial
- Mamografia e ultra-sonografia mamária (de acordo com as diretrizes de rastreamento para o câncer de mama)
- Exame Preventivo do câncer do colo do útero
- Ultra-sonografia transvaginal
- Densitometria óssea

A rotina básica de exames na primeira consulta da mulher no climatério consta de exames para prevenção de doenças, detecção precoce ou mesmo para a avaliação da saúde em geral. Deve ser repetida com regularidade (semestral, anual, bianual, trianual) de acordo com os protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações.

Preventivo ginecológico

- A coleta do material para citopatologia deve abranger a ectocérvice e endocérvice, e nas mulheres histerectomizadas, o fundo-de-saco vaginal.
- A ocorrência de hipo ou atrofia da mucosa pode comprometer a qualidade do material citológico, podendo ocorrer sangramentos por traumatismos e processo inflamatório que são comuns nesta fase. A JEC (Junção Escamo Colunar) migra para o interior do canal

endocervical, causando entropia e dificuldade de obtenção das células glandulares na amostra.

- O pH vaginal também sofre alterações, com tendência à alcalinização e mudança da flora, predispondo muitas vezes ao crescimento bacteriano com ocorrência de vaginite ou vaginose.

- A presença de atrofia que comprometa a qualidade do exame ou traga desconforto importante à mulher, indica a utilização prévia de estrogênio vaginal. Preferencialmente utiliza-se estriol ou promestriene, aplicando-se 2 cc do creme durante sete dias e aguardando de três a cinco dias (ideal) para a coleta. Quando a atrofia for intensa, pode ser utilizado creme à base de estrogênios conjugados, (1 a 2 cc do creme durante sete dias, aguardando de três a cinco dias para coleta), sempre atentando para possíveis alterações endometriais, sangramentos ou mastalgia nas mais idosas ou mais sensíveis ao tratamento hormonal.

Investigação endometrial

A indicação da investigação endometrial na rotina está relacionada a sintomas genitais como sangramentos irregulares na pré, durante ou após a instalação da menopausa.

Métodos não invasivos:

- **Teste de Progesterona:** consta da administração de 10mg de acetato de medroxiprogesterona durante 7 a 10 dias. O teste é positivo quando da ocorrência de sangramento uterino durante ou até 15 dias após a suspensão da medicação, (quando não houver uso prévio de estrogênio) o que sugere espessamento endometrial e indica necessidade de avaliação. Somente tem indicação após a menopausa.
- **Ultra-sonografia pélvica (preferentemente por via transvaginal):** possibilita a mensuração e observação do aspecto endometrial. É considerado normal até 5mm (e até 8mm nas mulheres usuárias de TH). Nos casos de espessamento é obrigatório prosseguir a investigação por histeroscopia e biópsia endometrial, ou mesmo curetagem para estudo anatomopatológico.

Rastreamento ovariano

A ultra-sonografia transvaginal associada ou não à dopplerfluxometria e à dosagem do CA 125 são exames indicados na investigação de patologias ovarianas.

Avaliação óssea

OSTEOPOROSE

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva a uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Força óssea primariamente reflete integração entre densidade e qualidade óssea.

Na formação óssea vários são os fatores que influenciam, sendo os nutricionais e os hormonais os de maior importância.

Nutricionais:

As vitaminas D, A e C, além do Cálcio, Magnésio, Boro, Manganês e vitamina K são imprescindíveis para a formação de massa óssea. As deficiências de sais minerais, vitaminas essenciais e proteínas na alimentação acarretam distúrbios na função osteoblástica.

Hormonais:

Paratormônio (PTH): quando ocorre a diminuição da taxa de Cálcio no plasma, as paratireóides são estimuladas a liberar o seu hormônio (paratormônio), que vai atuar sobre as células do tecido ósseo, aumentando o número de osteoclastos, promovendo absorção da matriz óssea calcificada. Os ossos tornam-se descalcificados e sujeitos a fraturas (osteíte fibrosa) e mostram cavidades de reabsorção de tecidos fibrosos não calcificados.

Hormônios Tireoidianos: a calcitonina ou tireocalcitonina, atuam opondo-se ao paratormônio. A calcitonina atua inibindo a reabsorção óssea, diminuindo o cálcio sanguíneo. Admite-se que a calcitonina e o paratormônio agem juntos para impedir ou neutralizar qualquer alteração significativa da regulação homeostática da concentração de cálcio no plasma.

Hormônio do Crescimento: nos processos de remodelação óssea, atua com aumento das atividades de reabsorção e neoformação óssea, nas zonas endo e periostais.

Hormônios sexuais: os hormônios sexuais, tanto o masculino (testosterona) como os femininos (estrogênios), de algum modo desempenham um papel importante na determinação da velocidade de maturação do tecido ósseo.

Corticóides Adrenais: Corticóides em pequenas doses causam uma inibição na osteoformação e, indiretamente, uma aparente elevação da reabsorção óssea.

Diagnóstico da Osteoporose

História clínica

A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, sendo as de vértebras, fêmur e antebraço as mais frequentes.

Exame físico

Os seguintes itens são de fundamental importância na avaliação das mulheres com risco para osteoporose:

- estatura;
- peso corporal;
- cifose dorsal (moderada a acentuada);
- abdômen protuso;
- outras deformidades esqueléticas;
- sinais físicos de doenças associadas à osteoporose, como por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatóide), fáscties cushingóide, etc.

Avaliação laboratorial

Hemograma completo, dosagem de TSH, VHS, dosagens de cálcio e fósforo, uréia e creatinina plasmática, fosfatase alcalina total (com a finalidade de avaliar a presença de defeitos na mineralização ou osteomalácia, especialmente nos idosos) e análise urinária (EAS).

Avaliação por imagem

No diagnóstico por imagem são utilizadas radiografias e a densitometria óssea. O exame radiográfico pode mostrar diminuição da densidade óssea, porém só são detectadas alterações quando a perda óssea for superior a 30%, sendo baixa sua sensibilidade diagnóstica. É indicada para a avaliação das fraturas.

Quadro 10 – Fatores de Risco para Osteoporose

MAIORES	MENORES
• Fratura anterior causada por pequeno trauma;	• Doenças que induzam à perda de massa óssea;
• Sexo feminino;	• Amenorréia primária ou secundária;
• Baixa massa óssea;	• Menarca tardia, nuliparidade;
• Raça branca ou asiática;	• Hipogonadismo primário ou secundário;
• Idade avançada em ambos os sexos;	• Baixa estatura e peso (IMC <19kg/m ²);
• História familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;	• Perda importante de peso após os 25 anos;
• Menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;	• Baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio;
• Uso de corticóides.	• Alta ingestão de proteína animal;
	• Pouca exposição ao sol, imobilização prolongada; quedas freqüentes;
	• Sedentarismo, tabagismo e alcoolismo;
	• Medicamentos (como heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio);
	• Alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto).

Indicações de Realização de Densitometria Óssea

- Mulheres acima de 65 anos;
- Mulheres com deficiência estrogênica com menos de 45 anos;
- Mulheres peri e pós-menopausa com fatores de risco (um maior ou dois menores);
- Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de 1 ano);
- Todos os indivíduos que tenham apresentado fratura por trauma mínimo ou atraumática;
- Indivíduos com evidência radiológica de osteopenia ou fraturas vertebrais;
- Homens acima de 70 anos;
- Indivíduos que apresentem perda de estatura (maior do que 2,5cm) ou hipercifose torácica;
- Indivíduos em uso de corticosteróides, por três meses ou mais (doses superiores ao equivalente de 5mg de prednisona);
- Mulheres com índice de massa corporal abaixo de 19kg/m²;
- Portadores de doenças ou uso de medicações associadas à perda de massa óssea;
- Monitoramento de tratamento da osteoporose.

Prevenção e Tratamento da Osteoporose

A prevenção deve começar na infância com a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta equilibrada e rica em cálcio e exposição regular ao sol (que converte a pró-vitamina D3 em vitamina D3), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos.

Dieta

É necessário adotar uma alimentação equilibrada, porém voltada para a oferta dos componentes (oligo-elementos) essenciais na síntese óssea como as calorias, o cálcio, a pró-vitamina D, o magnésio, zinco, boro, vitamina K e vitamina C diariamente.

Cálcio

Todas as mulheres se beneficiarão de uma dieta rica em cálcio ou da sua suplementação para manutenção da saúde em geral e em particular do tecido ósseo.

Crianças de 3 e de 4 a 8 anos necessitam, respectivamente, de 500mg e 800mg de cálcio por dia.

A necessidade diária de cálcio dos adolescentes de ambos os sexos é de 1.300mg.

Os adultos de 19 a 50 anos devem consumir de 800mg a 1.000mg de cálcio ao dia enquanto os maiores que 50 anos e os idosos, 1.200 mg de cálcio por dia.

Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1.500mg ao dia, associados a 400–800 UI de vitamina D.

Vitamina D

A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação, medicação e exposição ao sol, no mínimo 15 minutos ao dia, em horários e durante períodos adequados (início da manhã e final da tarde).

No caso da necessidade de suplementação, deve ser administrada na dose de 400 a 800 UI/dia, especialmente em mulheres acima de 65 anos, institucionalizadas ou com osteoporose estabelecida.

Exercícios

Especificamente os exercícios aeróbicos e com peso (musculação), têm sido associados com manutenção e ganho da massa óssea em mulheres após a menopausa.

Em mulheres com osteoporose estabelecida deve-se evitar exercícios de alto impacto pelos riscos de fraturas que podem acarretar. Recomenda-se caminhadas de 30 a 45 minutos no mínimo três a quatro vezes por semana preferentemente à luz do dia.

Alimentação saudável: prevenção e controle da osteoporose

A alimentação tem papel fundamental para prevenção e controle da osteoporose. O consumo excessivo de sódio e de carnes vermelhas (devido ao seu elevado teor de aminoácidos sulfurados) está relacionado ao maior risco de osteoporose.

Este é mais um motivo para orientar o consumo moderado carnes vermelhas, sal e alimentos processados com alto teor de sódio.

Os nutrientes mais diretamente associados com a prevenção da perda óssea são o cálcio e a vitamina D.

A vitamina D está presente em alimentos como leite e seus derivados e nos ovos, mas a sua melhor fonte é a exposição ao sol, que ativa a pró-vitamina D.

Para mulheres com osteoporose é preconizado o consumo de 1.500mg ao dia, associados a 400-800UI de vitamina D.

Outras fontes de cálcio, como brócolis, repolho, couve, tofu (queijo de soja), castanhas, peixes e frutos do mar, além do leite e derivados (queijo, iogurte e coalhada), devem ser consumidos diariamente.

A presença de magnésio, além de outros minerais, é fundamental para absorção do cálcio.

FAZER LEITURA NO MATERIAL COMPLEMENTAR DA TABELA QUE CONTÉM: NUTRIENTE, AS FUNÇÕES E AS FONTES DE ALIMENTOS

ANTICONCEPÇÃO NO CLIMATÉRIO – FAZER LEITURA NO MATERIAL COMPLEMENTAR

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids

A aids, por definição, caracteriza-se por imunodeficiência grave e por aparecimento de doenças oportunistas, sendo uma doença de notificação compulsória.

A maior incidência ocorre entre 35 e 49 anos. Considerando que a demanda voluntária para a testagem do HIV nesta época da vida seja relativamente baixa, quando comparada com mulheres mais jovens e em idade reprodutiva franca (em que há o oferecimento da testagem para o HIV no pré-natal). A maioria dos casos de aids em mulheres ainda é identificada na fase mais avançada da doença.

Efeitos Colaterais dos ARV (Anti-Retrovirais) em Relação aos Agravos mais Comuns no Climatério

Vários para-efeitos foram reconhecidos e atribuídos aos antiretrovirais, alguns desses efeitos tóxicos são potencialmente graves e podem limitar a capacidade ou o desejo do indivíduo em manter o tratamento.

As reações adversas aos agentes antiretrovirais compreendem o desenvolvimento ou agravamento de *Diabetes mellitus*, alterações lipídicas séricas associadas ao risco de doença coronariana e AVE, acidose láctica/esteatose do fígado atribuída aos análogos de nucleosídeos e toxicidade hepática.

A resistência à insulina é observada em 30 a 90% dos pacientes tratados com inibidores da protease (IP). As alterações na sensibilidade à insulina e na glicemia ocorrem em 2 a 4 meses após o início da terapia anti-retroviral, e podem ser identificados pelos testes de tolerância à glicose.

O efavirenz e possivelmente a nevirapina estão relacionados ao aumento do colesterol total e do HDL.

Também é comum em pacientes submetidos à terapia anti-retroviral de alta potência (HAART) o surgimento da redistribuição do tecido adiposo corporal. Esta condição de lipodistrofia foi relacionada inicialmente, ao uso de inibidores da protease (IP). A “síndrome” se associa a uma perda da gordura periférica e ao acúmulo de gordura na cavidade abdominal e na parte superior do tronco.

Todos os anti-retrovirais foram implicados como causas de hepatotoxicidade. A monitorização dos níveis das aminotransferases é recomendada para todos os pacientes recebendo nevirapina, independentemente de terem ou não doença hepática subjacente.

A osteonecrose e a necrose avascular são outras possíveis complicações tardias que podem ser atribuídas ao HAART. A prevalência descrita com base em ressonância magnética de rotina é de 1,3% a 4,4%. O local mais comum é a cabeça do fêmur. A osteopenia e a osteoporose são relativamente comuns, embora não exista uma associação clara com agentes específicos, classes de medicamentos ou lipodistrofia.

Terapia Hormonal e Interações Medicamentosas com Anti-Retrovirais

A hormonioterapia, que é baseada fundamentalmente na administração de estrogênio, é mais comumente administrada por via oral, sofrendo metabolismo de dupla passagem hepática. O hormônio é absorvido e metabolizado a nível hepático. Portanto, quando indicada a TH (Terapia Hormonal), é preferível utilizar o estrogênio na forma de estradiol por via parenteral nas pacientes em tratamento com anti-retrovirais, assim como nas hipertensas, hepatopatas ou com fenômenos tromboembólicos. A via vaginal é mais indicada para pacientes com queixas exclusivamente urogenitais.

O uso da TH em mulheres HIV positivas acompanham as mesmas indicações e contraindicações daquelas com sorologia negativa. Cuidados especiais devem ser observados em pacientes em uso de HAART, onde, não raro, são observadas alterações na função hepática e no perfil lipídico.

Fazer leitura no material complementar: AGRAVOS À SAÚDE MAIS FREQUENTES DURANTE O CLIMATÉRIO

Terapia Hormonal

Indicações da Terapia Hormonal

Deve ser iniciada para alívio dos sintomas desagradáveis relacionados à redução dos esteróides sexuais, como as alterações menstruais, fogachos/sudorese e aqueles consequentes à atrofia urogenital.

A dose ministrada deve ser a mínima eficaz para melhorar os sintomas, devendo ser interrompida assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios. Atualmente, a TH não deve mais ser iniciada com o objetivo de prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular.

Contraindicações Absolutas à Terapia Hormonal:

- Câncer de Mama;
- Câncer de Endométrio;
- Doença Hepática Grave;
- Sangramento Genital Não Esclarecido;
- História de Tromboembolismo Agudo e Recorrente;
- Porfíria.

Entre as **contraindicações relativas** estão a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* não-controlados, a endometriose e miomatose uterina.

Efeitos Colaterais

Progestógenos

Dor nas mamas, cólicas abdominais, alterações de humor, fadiga, depressão, irritabilidade, alterações na pele, ganho de peso, ansiedade e dores generalizadas, sendo dependentes da dose e tipo do progestógeno utilizado.

Estrogênios

Náuseas, distúrbios gastrointestinais (quando utilizados por via oral), sensibilidade mamária, dor de cabeça, retenção de líquido, edema; provável estímulo a leiomiomas e endometriose. Há variações individuais e até mesmo entre os diferentes compostos estrogênicos, no que se refere aos efeitos colaterais.

Às mulheres com atrofia urogenital (vaginite atrófica, síndrome uretral ou incontinência urinária) e sem as demais indicações de TH sistêmica, recomenda-se o uso exclusivo da estrogênio-terapia tópica vaginal.

Utilizam-se estriol ou promestriene, (2cc do creme, uma a duas vezes por semana). Quando a atrofia for intensa e houver urgência nos resultados, pode ser utilizado creme à base de estrogênios eqüinos conjugados (1 a 2cc do creme, uma ou mais vezes por semana).

Tratamento Medicamentoso não Hormonal

O tratamento medicamentoso não hormonal pode melhorar os sintomas vasomotores, sobretudo quando leves ou moderados. As mulheres com quadros de ansiedade e/ou depressão, relacionados ou não ao climatério, podem se beneficiar também com esses recursos. As principais indicações dessa modalidade terapêutica são:

- para mulheres que não desejam a hormonioterapia;
- para mulheres que apresentam efeitos colaterais durante a TH;
- contra-indicação à TH;
- para mulheres sintomáticas em que a resposta à terapia hormonal é insatisfatória.

As opções atualmente disponíveis no mercado são os agentes antidopaminérgicos, antidepressivos, hipno-sedativos, vasoativos e os que atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário.

Prevenção e Tratamento das Distopias Genital***Exercícios de Kegel***

Os exercícios descritos a seguir apresentam comprovada eficácia para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática.

A prática dos exercícios de Kegel necessita de continuidade em sua realização, que pode ser iniciada a qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independente da posição adotada (em pé, sentada ou em decúbito).

Para identificar o grupo muscular a ser trabalhado, basta interromper o fluxo urinário, pois a contração será proveniente da ação desses músculos, embora seja questionada a realização dos exercícios durante a micção.

Sugestão técnica de realização dos exercícios de Kegel:

- Deve ser contraído com força o músculo pubo-coccígeo e mantê-lo assim por três segundos. Relaxar três segundos e repetir consecutivamente. A duração das contrações deve aumentar gradativamente até chegar a dez segundos.
- Contrair e relaxar o mais rápido possível, iniciando com 30 repetições, até chegar a 200 vezes.
- Em posição horizontal, encostar a coluna em uma base sólida, com os joelhos dobrados e os pés apoiados no solo. Suspender a pelve e começar a contrair.

Os exercícios podem ser realizados e incorporados às atividades diárias, gradativamente, em relação ao tipo, à frequência e à força muscular aplicada nas contrações.

O Stages of Reproductive Aging - Workshop (STRAW) é um sistema de estadiamento do envelhecimento reprodutivo estabelecido em 2001, e 10 anos depois foi feito o STRAW +10. O novo estadiamento é dividido em 7 estágios e não é necessário que todas as fases ocorram e, se ocorrerem, podem não seguir a sequência.

Estágio	Descrição
-5	Início do período reprodutivo
-4	Pico reprodutivo
-3	Fim do período reprodutivo
-2	Início da transição menopáusica
-1	Final da transição menopáusica
+1 a	Primeiro ano depois do período menstrual final
+1 b	Período do 2º ao 5º ano após a menopausa
+2	Anos pós menopausa posteriores ao 5º

QUESTÕES

71- (VUNESP - 2011 - IAMSPE - TÉCNICO EM ENFERMAGEM) É orientação alimentar importante a ser fornecida no atendimento a uma mulher em fase de climatério:

- (A) faça somente três refeições por dia (café da manhã, almoço e jantar).
(B) inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições.

- (C) coma diariamente pelo menos uma porção de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções, ou mais, de frutas no café da manhã e nas sobremesas.
- (D) coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana, misturando duas partes de feijão com uma de arroz.
- (E) consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção, por semana, de carnes, aves, peixes ou ovos.

72- (FGV - 2021 - Câmara de Aracaju - SE - Enfermeiro) Entre as alterações hormonais que ocorrem durante o climatério, estão aquelas relacionadas ao metabolismo do cálcio, que podem levar a quadros de osteoporose. Sobre os fatores de risco não modificáveis para o desenvolvimento de osteoporose no climatério estão:

- (A) Alcoolismo
- (B) tabagismo;
- (C) sedentarismo;
- (D) baixa ingestão de cálcio;
- (E) antecedente familiar da doença.

73- (AMEOSC - 2021 - Prefeitura de São Miguel do Oeste - SC - Enfermeiro) A respeito do Climatério, marque a alternativa CORRETA:

- (A) Climatério e menopausa são termos sinônimos usados para designar o último ciclo menstrual de uma mulher.
- (B) Climatério é a fase de transição do período reprodutivo, ou fértil, para o não reprodutivo na vida da mulher.
- (C) Toda mulher no climatério deve passar pela cirurgia de histerectomia.
- (D) Não existe nenhuma forma de tratamento para mulheres em climatério.

74- (AMEOSC - 2021 - Prefeitura de Itapiranga - SC - Enfermeiro) Em relação as manifestações clínicas do climatério, é INCORRETO afirmar que:

- (A) Aumento nos níveis dos hormônios sexuais estrógeno e progesterona.
- (B) Suores noturnos.
- (C) Irregularidade nos ciclos menstruais.
- (D) Irritabilidade.

GABARITO

1-C	2-D	3-D	4-B	5-E	6-A	7-D	8-C	9-C	10-E
11-D	12-E	13-A	14-C	15-B	16-D	17-E	18-D	19-B	20-B
21-E	22-C	23-A	24-A	25-A	26-E	27-D	28-E	29-B	30-B
31-C	32-D	33-A	34-D	35-C	36-A	37-B	38-D	39-B	40-D
41-E	42-B	43-D	44-C	45-D	46-D	47-E	48-B	49-D	50-D
51-B	52-B	53-E	54-C	55-E	56-C	57-C	58-E	59-C	60-C
61- C	62-E	63- errado	64- errado	65- errado	66-A	67-B	68-B	69- D	70-C
71-B	72-E	73-B	74-A						

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**, Brasília: Ministério da Saúde, 2020

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 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.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- GARCIA, ROSANA APARECIDA. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher** / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: COREN-SP, 2019.