

Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército



LUCIANE PEREIRA DE ALMEIDA

Planejamento Reprodutivo

Violência sexual

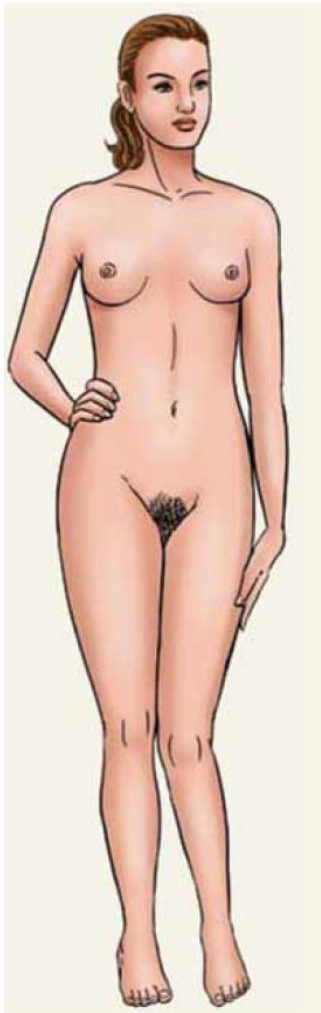
**Controle do Câncer do Colo de Útero e de
Mama**

Climatério / Menopausa

Planejamento Familiar

Infertilidade

Um ano de vida sexual ativa, com frequência de coito pelo menos duas vezes por semana e sem uso de método anticoncepcional.



Infertilidade, de acordo com a disponibilidade locorregional, conforme os critérios abaixo:

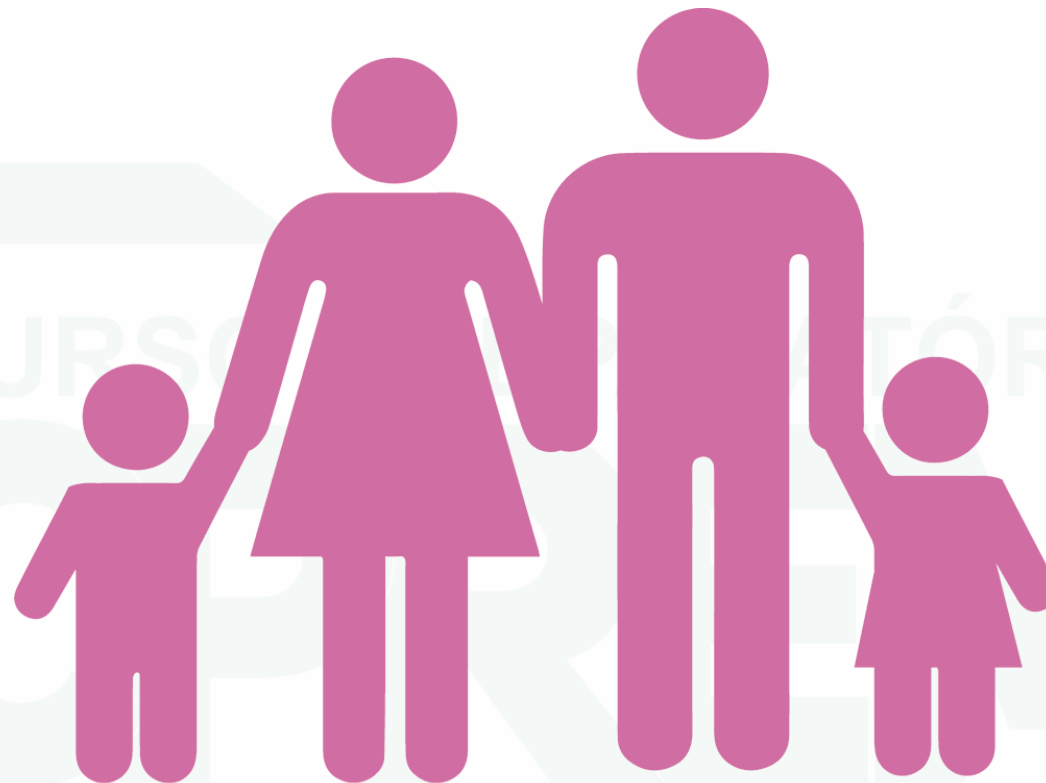
- Mulher com menos de 30 anos, mais de 2 anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 30 anos e menos de 40 anos, mais de 1 ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção.
- Mulher com mais de 40 anos e menos de 50 anos, mais de 6 meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção.

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





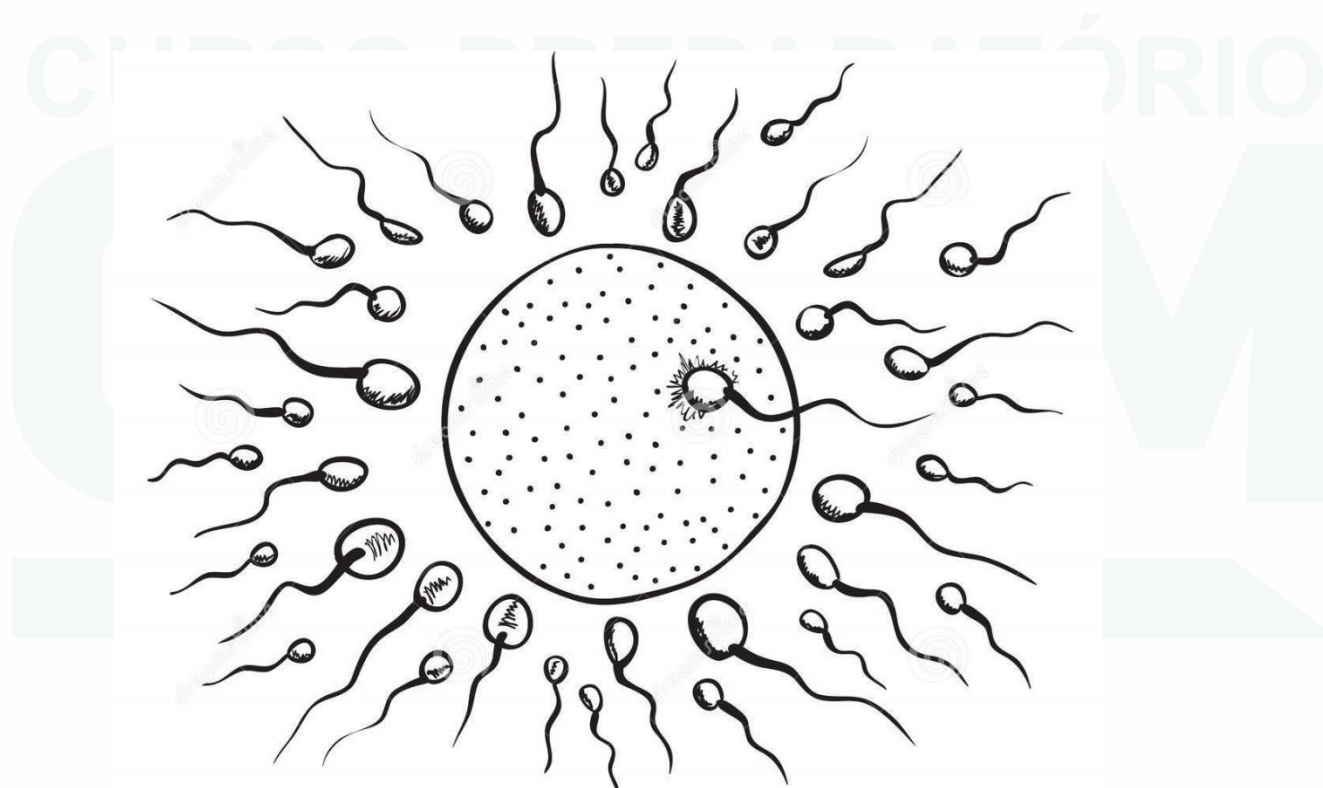
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

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.

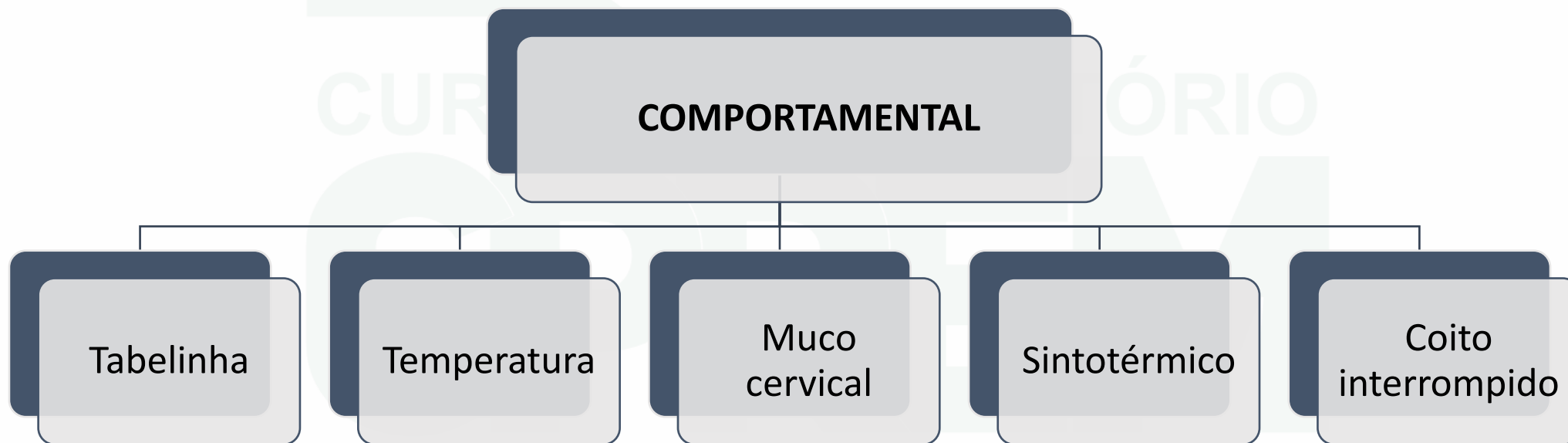


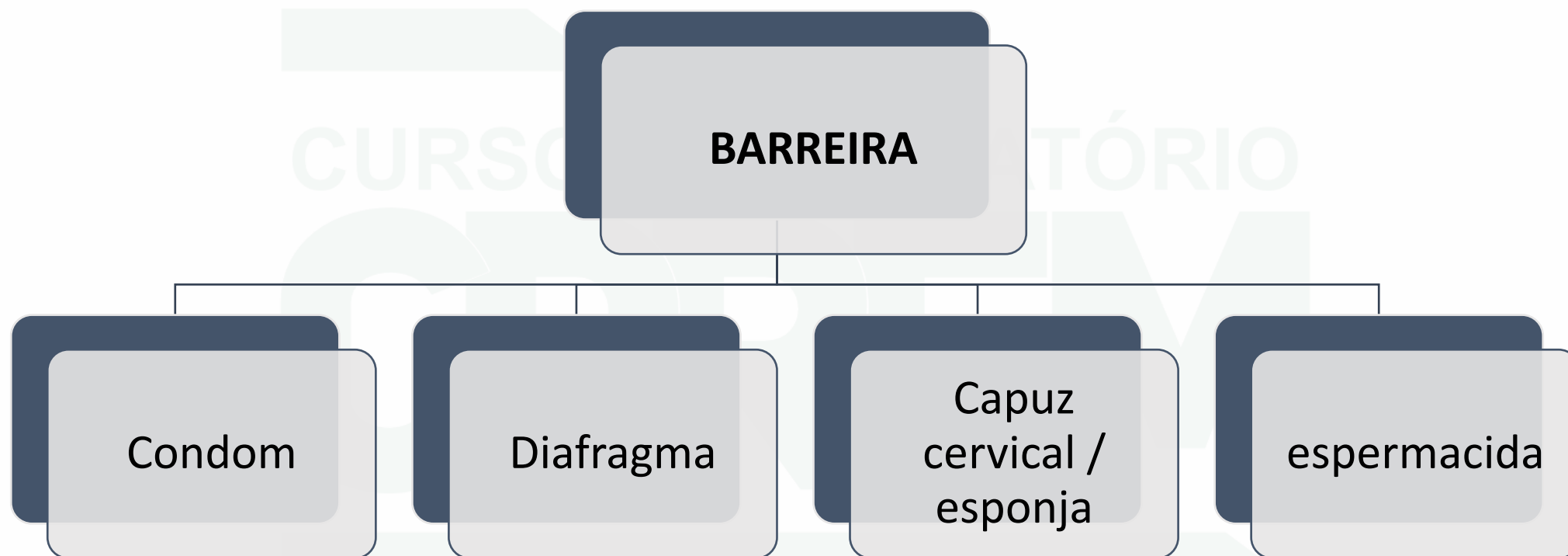
Para o uso de qualquer método, é preciso entender...

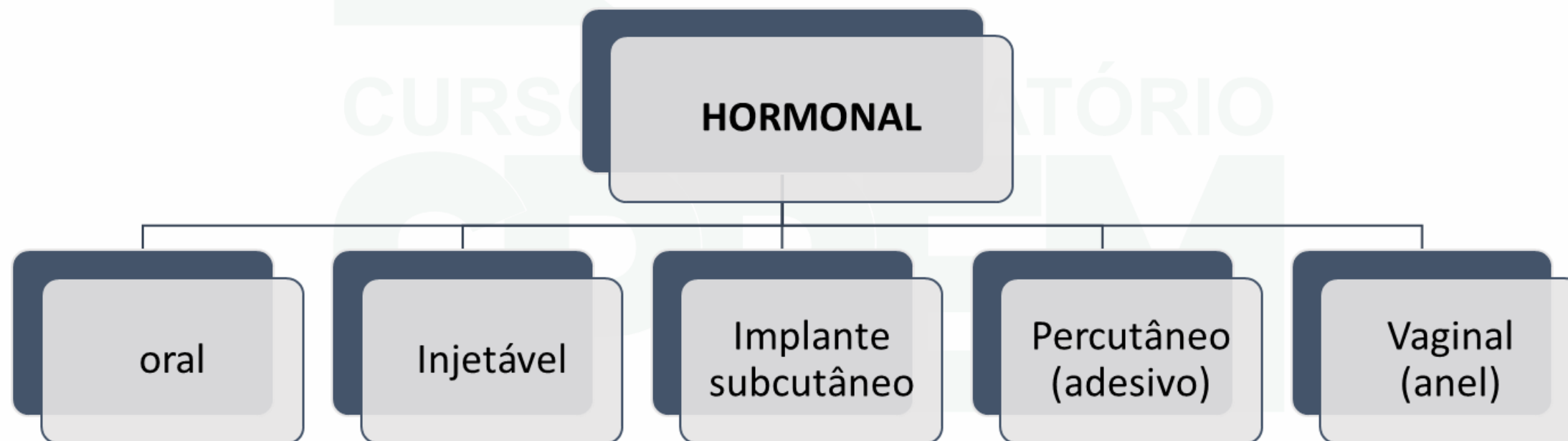


CLASSIFICAÇÃO DOS MÉTODOS

- **Temporários (reversíveis)**
- **Definitivos (esterilização)**









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).

Critérios de elegibilidade – CATEGORIAS



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.

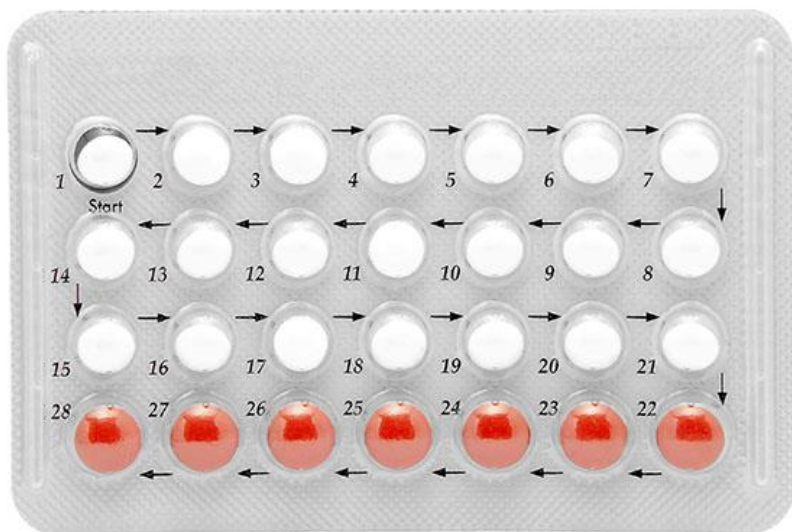
Anticoncepcionais hormonais orais combinados

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, trombooses venosas profundas ou infarto do miocárdio, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 15 cigarros/dia) com 35 anos ou mais.



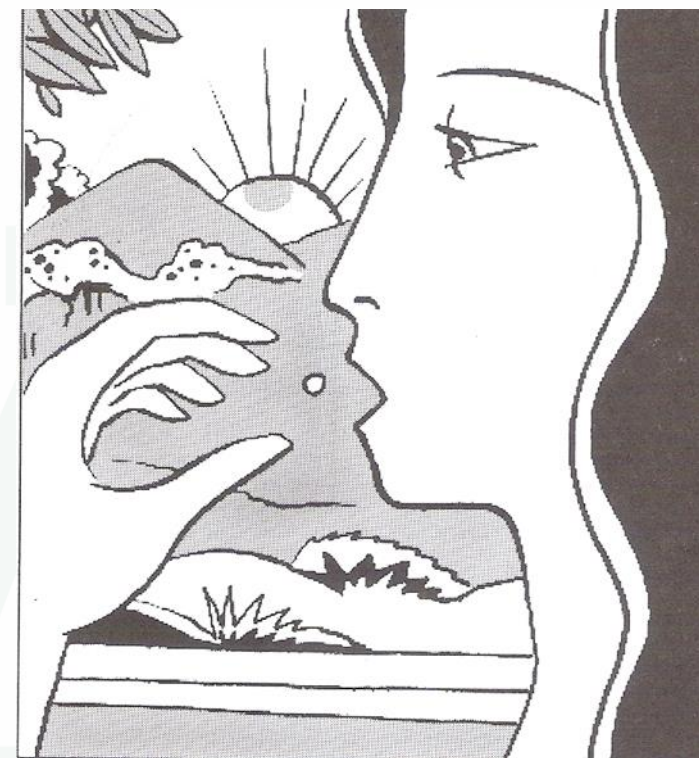


No **primeiro mês de uso**, ingerir o primeiro comprimido no 1º dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o 5º dia.

- cartela for de 21 comprimidos - fazer pausa de 7 dias e iniciar nova cartela no 8º dia.
- cartela for de 22 comprimidos - fazer pausa de 6 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 sete 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.**

Rifampicina, antibióticos em geral (embora nem todos), anticonvulsivantes como o fenobarbital, carbamazepina.

Os antirretrovirais (ARS) efavirenz e nevirapina (não nucleosídeos) e os nelfinavir e ritonavir (inibidores da protease).

- **Aquelas em que os contraceptivos alteram os efeitos de um fármaco.**
anticonvulsivantes, antidepressivos, anticoagulantes,

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 **4 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 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...** deve tomar a pílula esquecida assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia, normalmente.

Evitar relações sexuais ou usar camisinha por **2 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.



O que fazer em caso de vômito dentro de uma hora após tomara pílula?

O que fazer em casos de vômitos e/ou diarreia grave durante mais de 24 horas?



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.



ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL



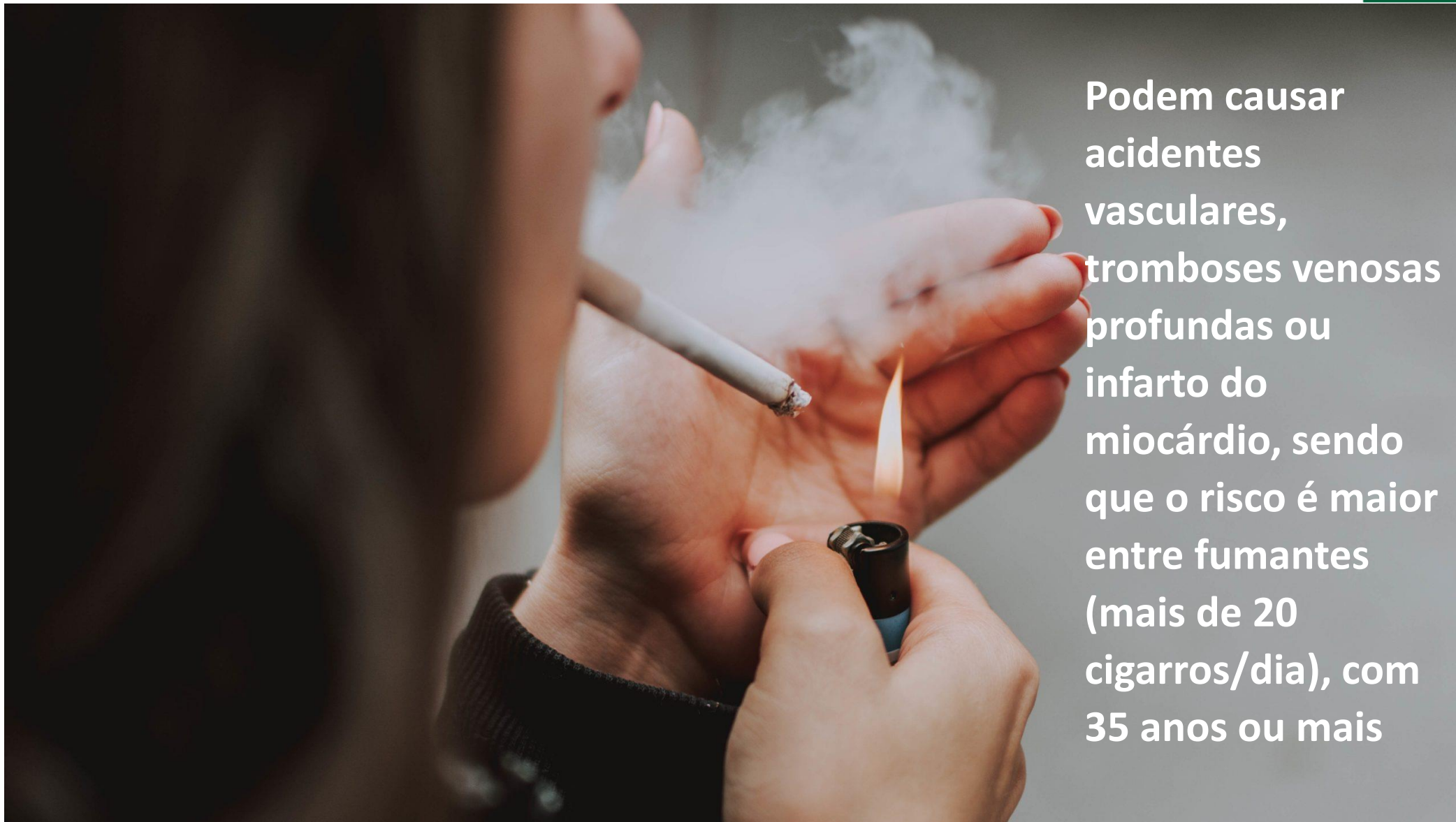
Deve-se aplicar por via intramuscular profunda, na parte superior do braço (músculo deltoide) ou na nádega (músculo glúteo, quadrante superior lateral).

Após a aplicação, **não deve ser feita massagem ou aplicação de calor local**, para evitar difusão do material injetado.

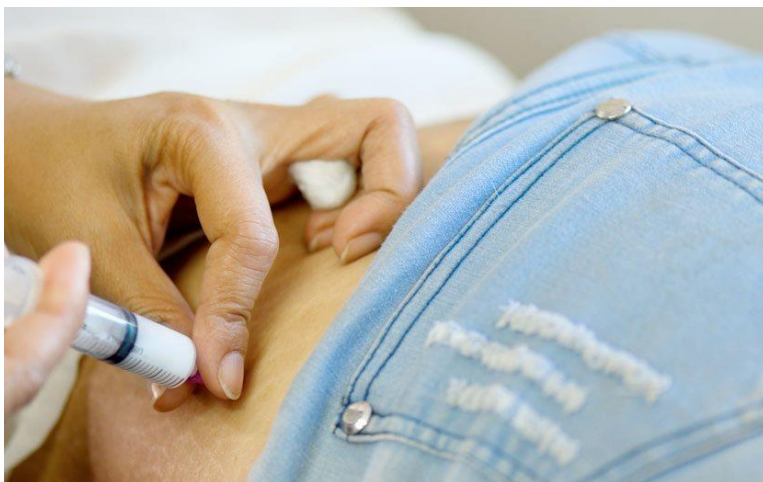
Anticoncepcional injetável combinado mensal – injetável mensal

- 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,
tromboses venosas
profundas ou
infarto do
miocárdio, sendo
que o risco é maior
entre fumantes
(mais de 20
cigarros/dia), com
35 anos ou mais



1ª dose - até o 5º dia do início da menstruação

Aplicações subsequentes – a cada 30 dias

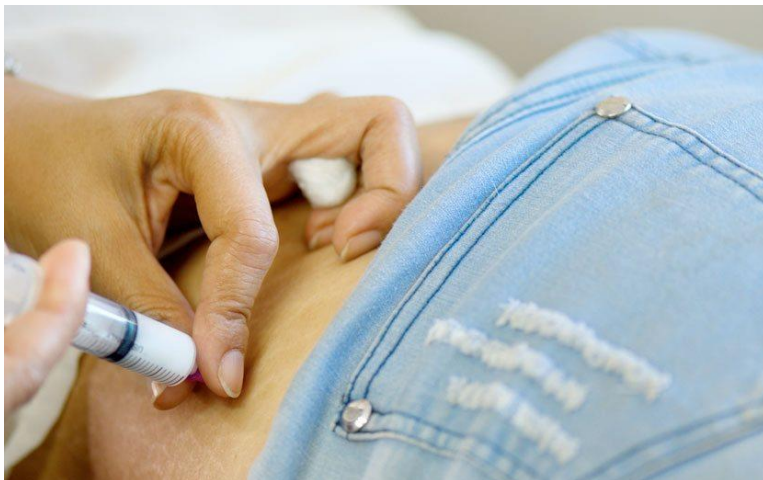
Orientação para situação de atraso de mais de 3 dias na aplicação

Anticoncepcional hormonal injetável só de progestogênio – injetável trimestral

O retorno da fertilidade, em média, pode levar quatro 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



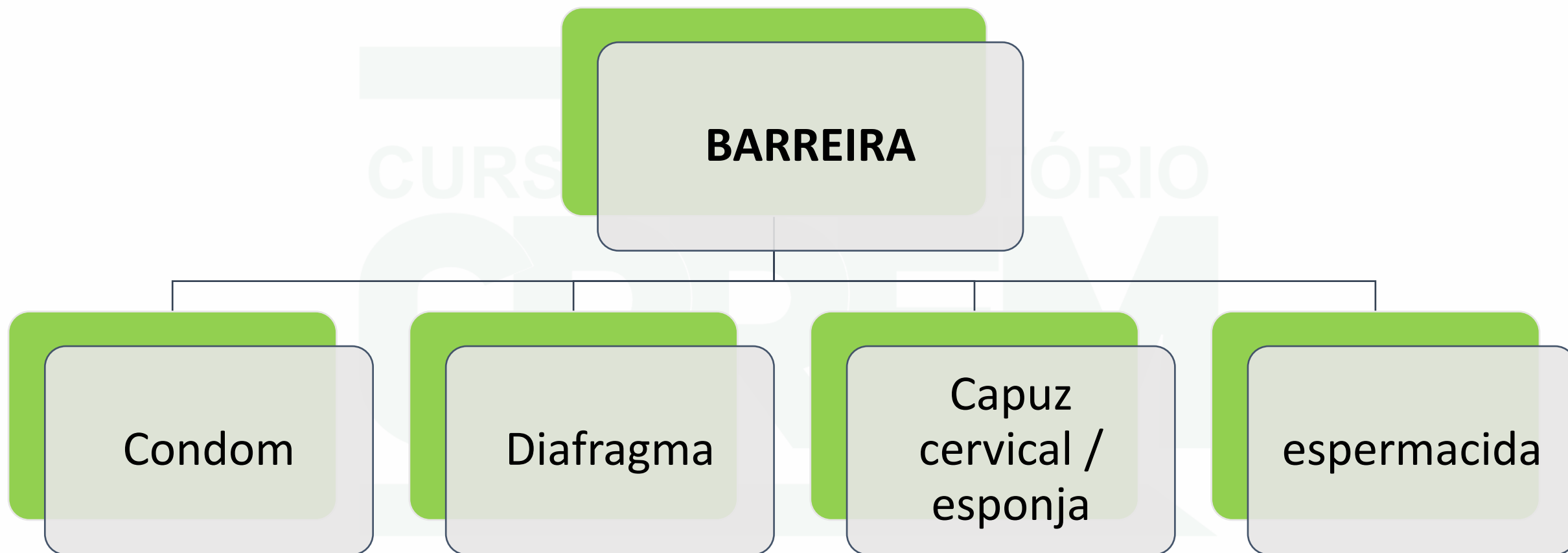


1ª dose - até o 7º dia do início da menstruação

Aplicações subsequentes – a cada 90 dias (3 meses)

Orientação para situação de atraso de mais de 2 semanas da aplicação

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.

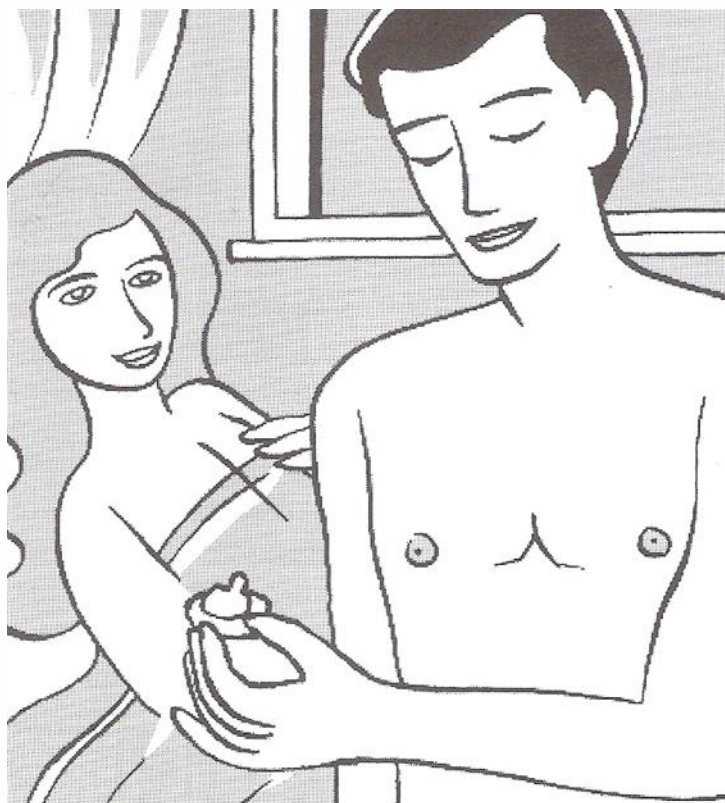


Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical.

Os métodos de barreira disponíveis são:

- condons masculinos e femininos;
- diafragma;
- espermaticidas;
- capuz cervical;
- esponjas vaginais

PRESERVATIVO MASCULINO

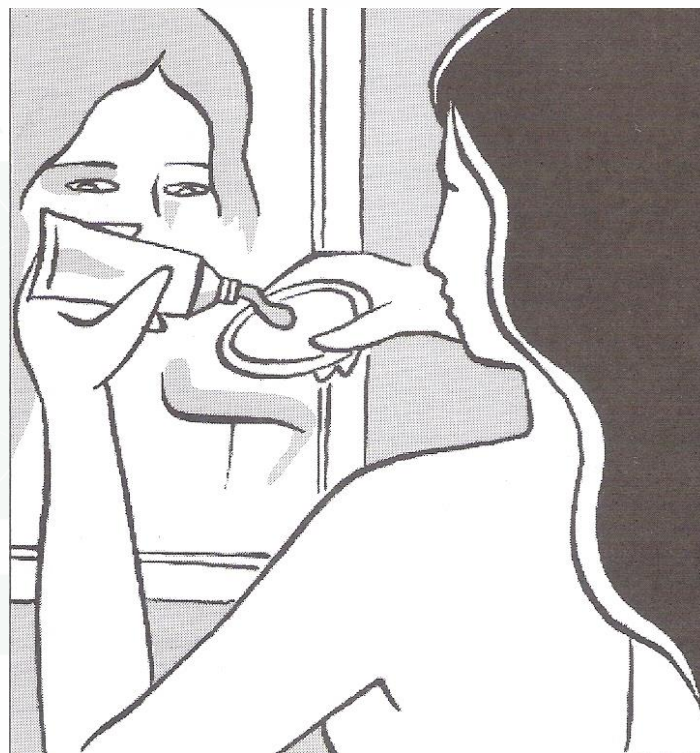


PRESERVATIVO FEMININO





DIAFRAGMA



Capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino.



A durabilidade é de aproximadamente 2 a 3 anos.





Técnica de medição do diafragma

Corresponde ao comprimento diagonal do canal vaginal, desde a face posterior da sínfise púbica até o fundo do saco vaginal posterior.

O que mais você precisa saber sobre o diafragma?

Pode ser colocado na hora da relação sexual ou, no máximo, 2 horas antes.

Só deve ser retirado de 6 a 8 horas após a última relação sexual, não devendo permanecer mais de 24 horas

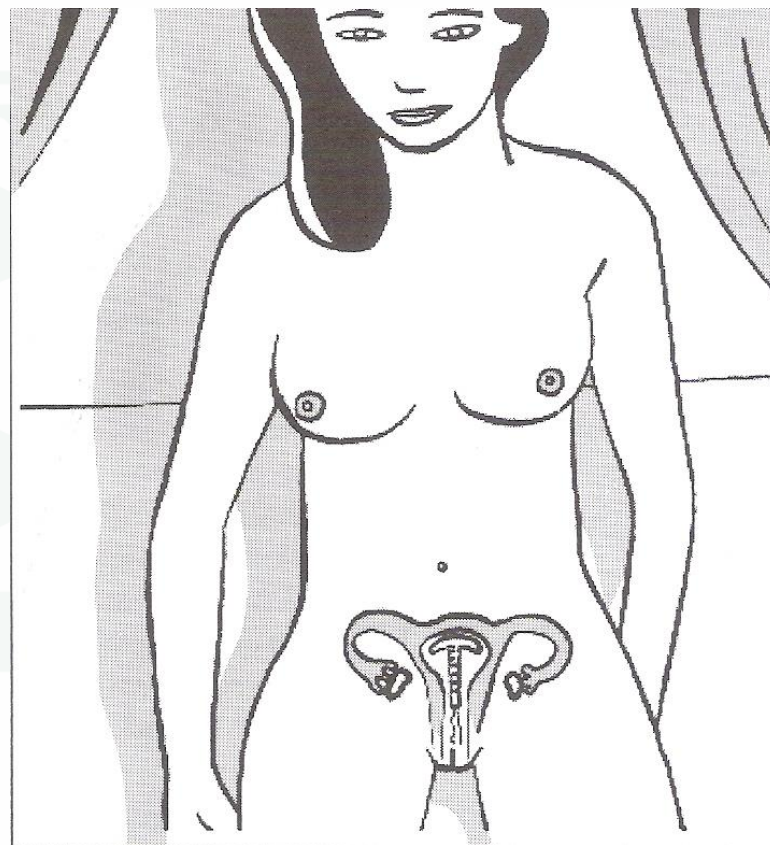


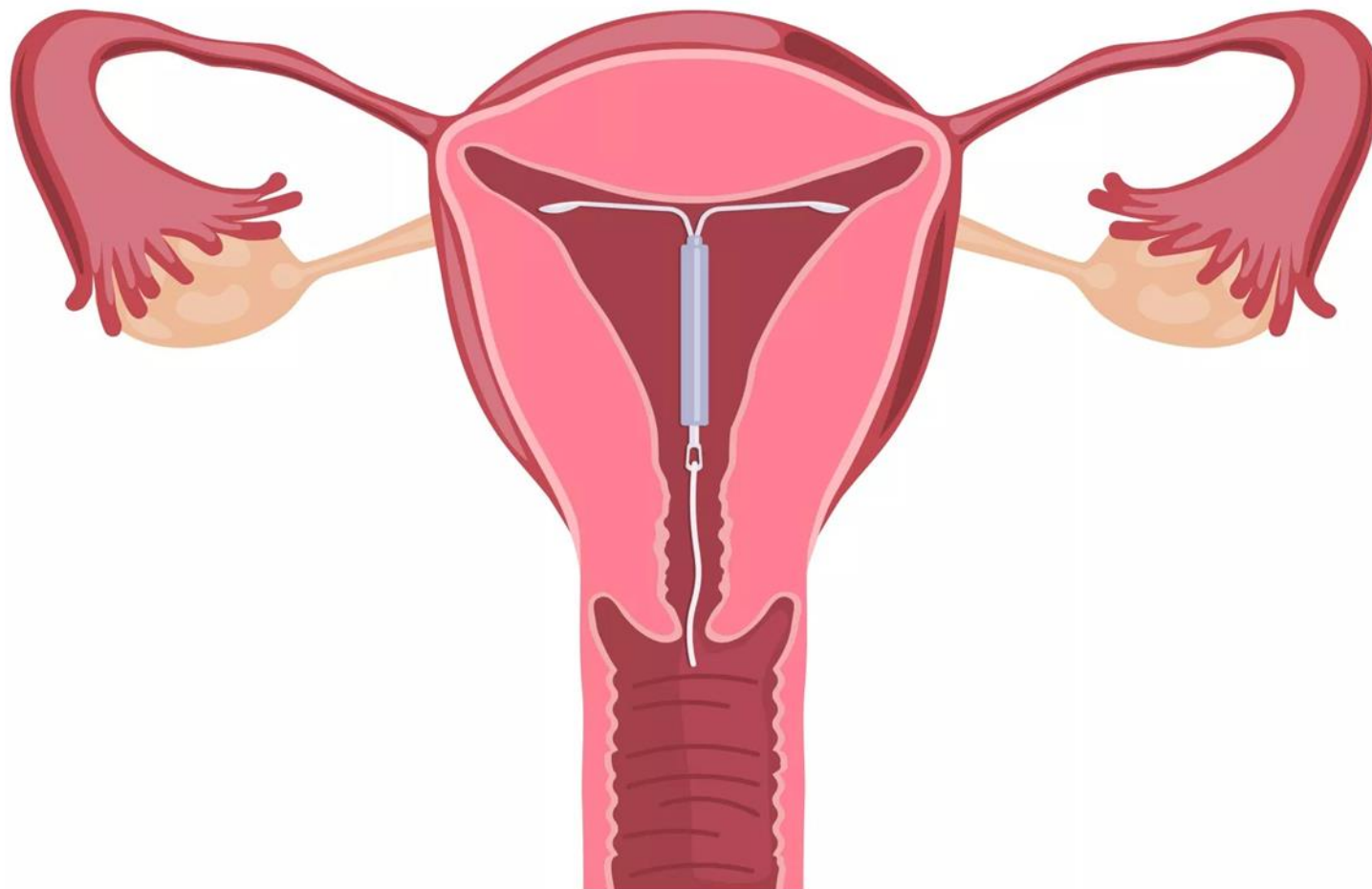


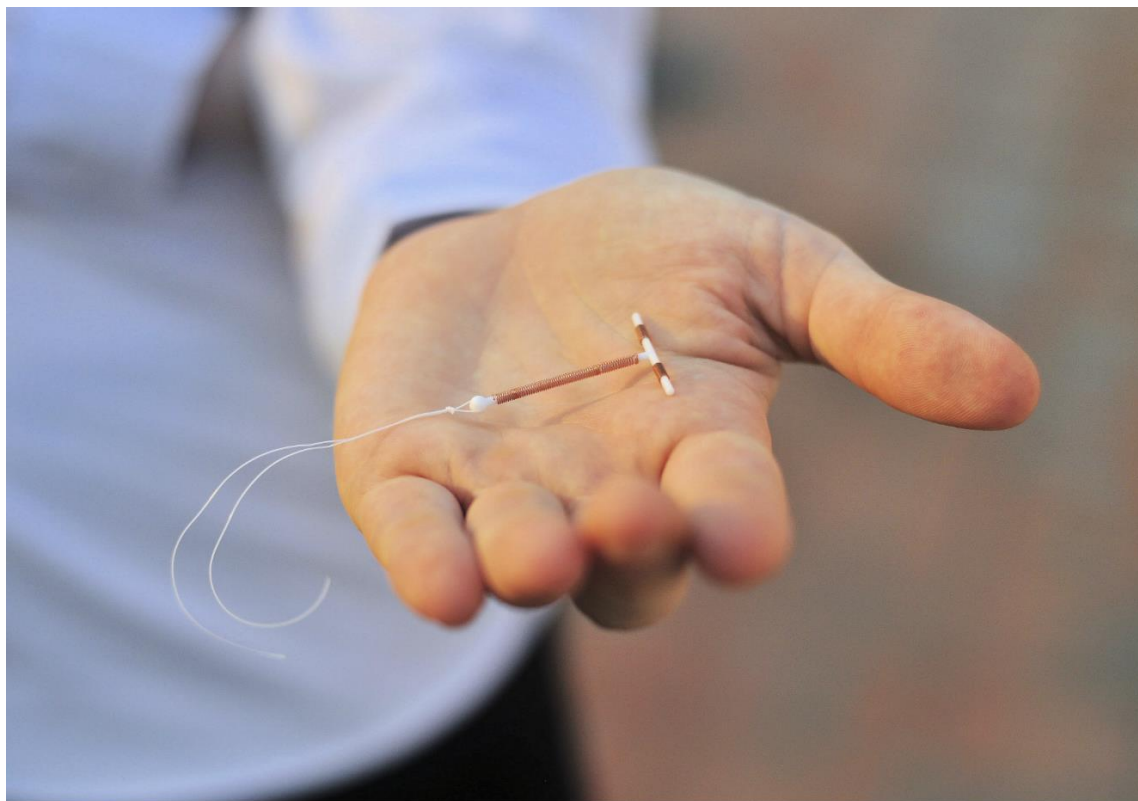
NÃO pode ser ajustado antes
de 6 a 12 semanas após um
parto a termo ou um aborto no
2º trimestre.



DIU – Dispositivo intrauterino







Tipos

DIU com cobre

DIU que libera hormônio: é feito de polietileno e a haste vertical é envolvida por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel.

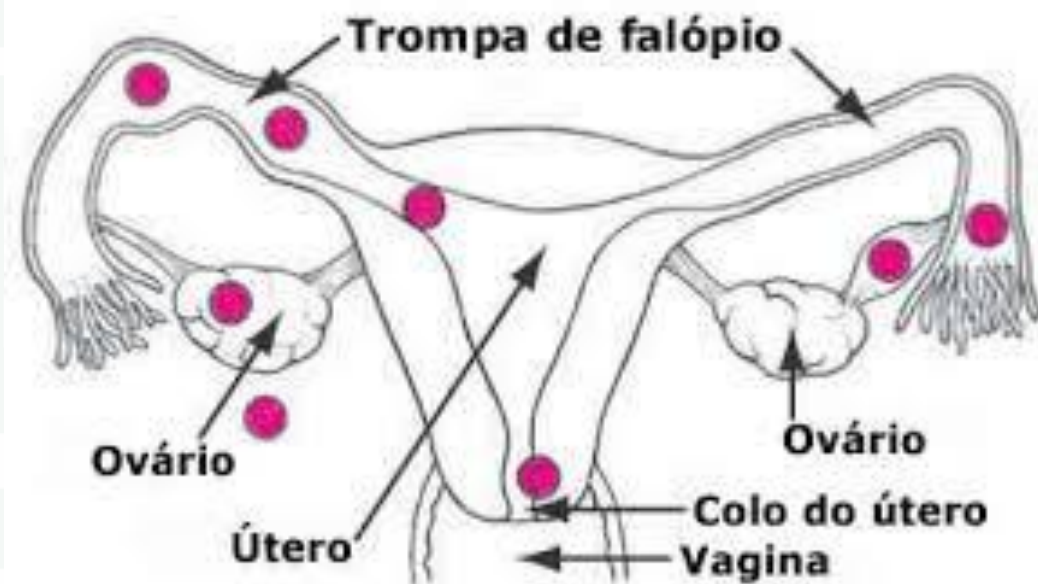
A duração de uso do DIU com levonorgestrel é de 5 a 7 anos.



A taxa de falha é de 0,6 a 0,8 por 100 mulheres.

Efeitos secundários mais comuns

Complicações



Quando inserir o DIU?

Em qualquer momento durante o ciclo menstrual

Após o parto / abortamento

Dica IMPORTANTE!!!

Quais as indicações para
remoção do DIU?



Indicações para remoção do DIU

- 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.

- 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.

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.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

São técnicas utilizadas mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual.

O sucesso dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil.

MÉTODO OGINO-KNAUS (Ritmo, Calendário ou Tabelinha)



MÉTODO CURVA TÉRMICA BASAL ou DE TEMPERATURA

CURSO PREPARATÓRIO
CPREM



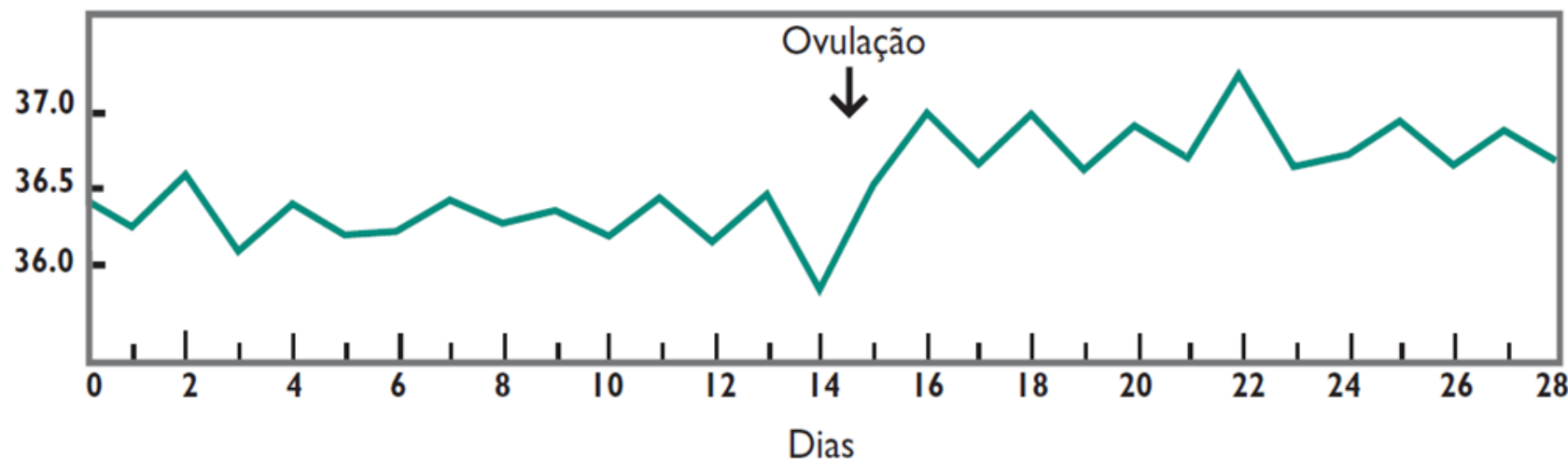
Curva térmica basal ou da Temperatura

Fundamenta-se nas alterações da temperatura basal (repouso) que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual.

Permite a determinação da fase infértil pós-ovulatória.



E como é possível identificar a fase pós-ovulatória?



Reconhecer que a diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as 3 temperaturas altas que se seguem

**Mas para isso, precisa ter pelo menos o
mínimo de 5 horas de repouso**

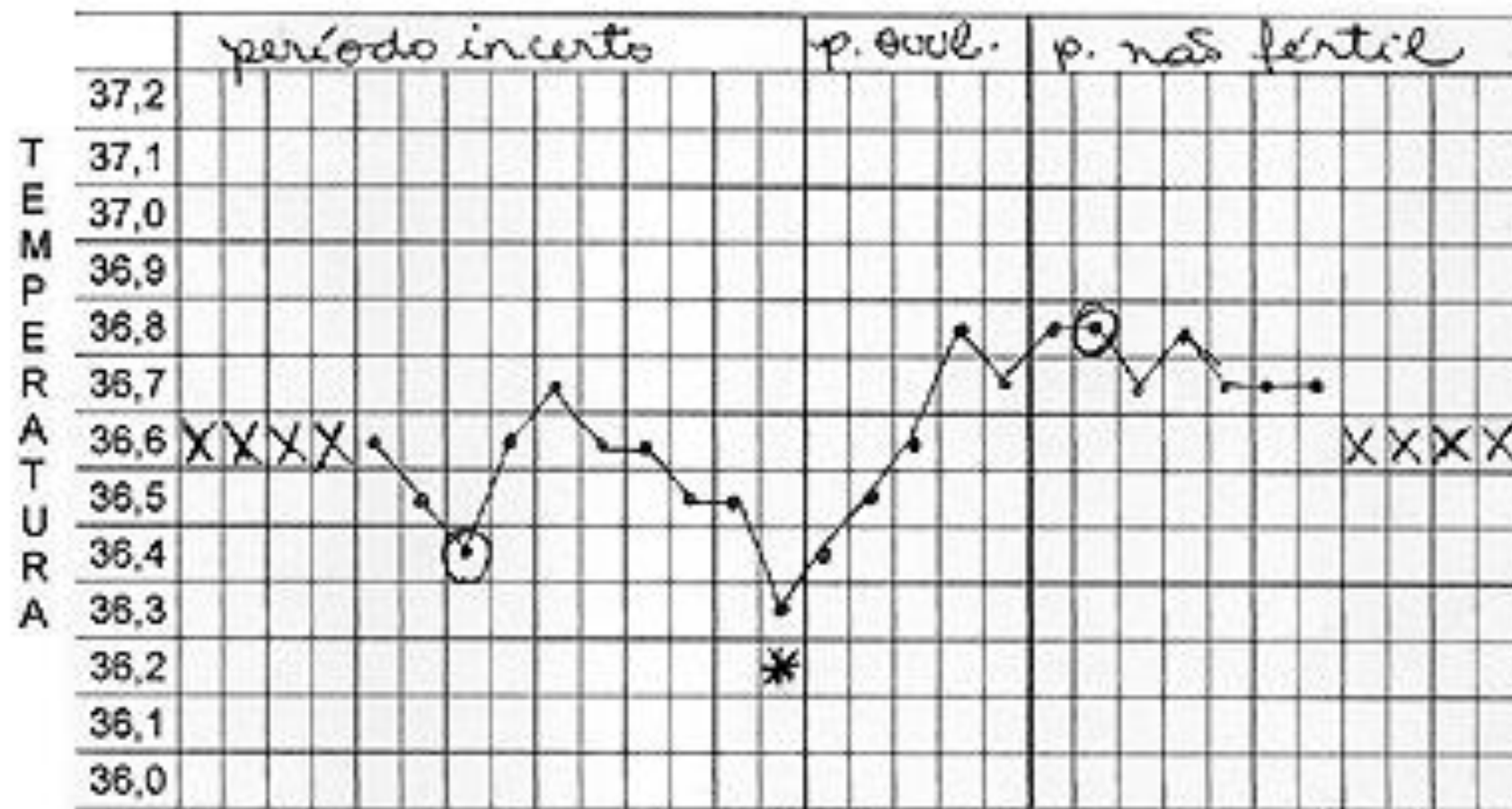




Manter a mesma via de aferição durante todo ciclo: **Via oral (5 min), retal ou vaginal (3 min).**



**Registrar a
temperatura em
papel
quadriculado
comum**



x = menstruação • = temperatura do dia * = ovulação O = relação sexual

Quais são os fatores que podem alterar a temperatura corporal?



MÉTODO DO MUCO CERVICAL OU BILLINGS

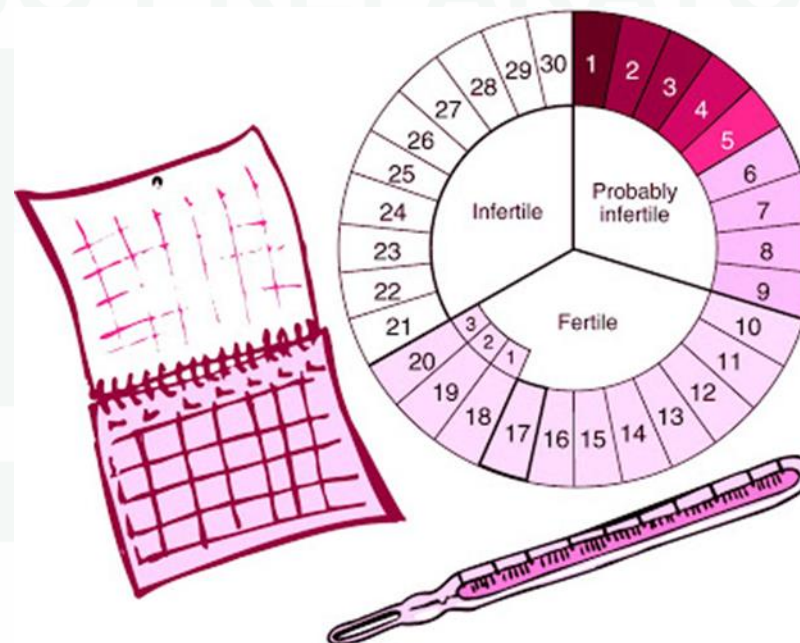




Identificação do período fértil por meio da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva.



Método SINTO-TÉRMICO



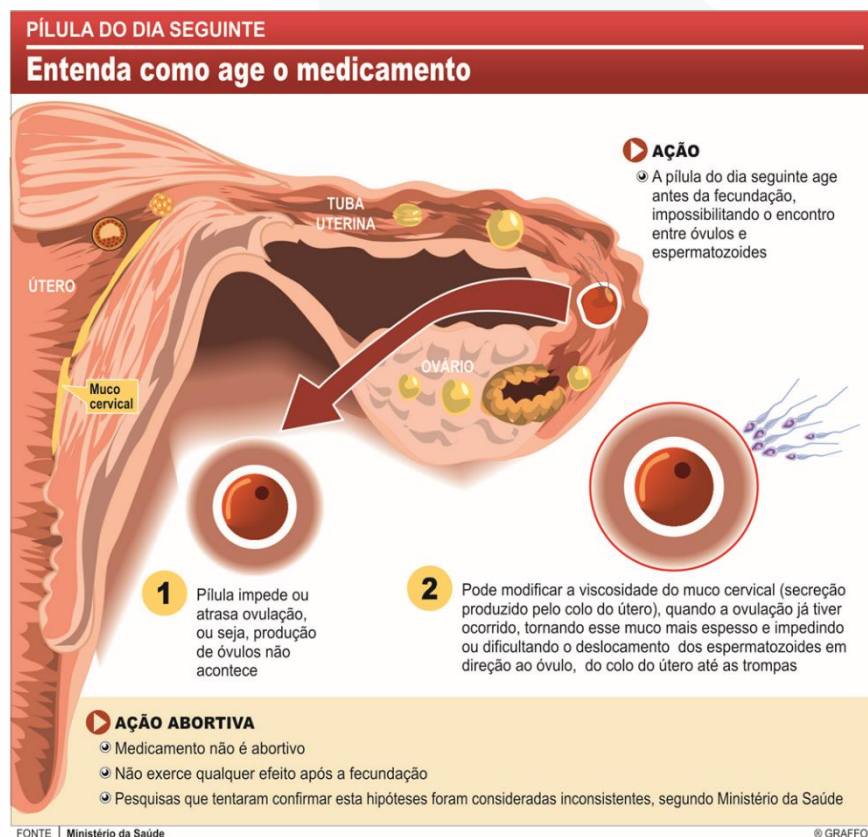
Anticoncepção de emergência



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

Qual mecanismo de ação?



Impossibilita o encontro entre o óvulo e o espermatozóide

Impede ou atrasa a fecundação

Modifica a viscosidade do muco cervical

Os esquemas utilizados para anticoncepção de emergência são de:

- pílulas combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel (esquema de Yuzpe)
- pílulas contendo apenas levonorgestrel – pílula anticoncepcional de emergência (PAE).



Modo de uso



tomar as pílulas de anticoncepção de emergência
até 5 dias (120 horas) após a relação sexual
desprotegida.

Náuseas: antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência.



Vômitos: se a mulher vomitar dentro de 2 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 anticonceptivos 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 encontre 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.

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 7 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.



ANTICONCEPÇÃO NA LACTAÇÃO



Método de
AMENORREIA LACTACIONAL (MAL)

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.

ANTICONCEPÇÃO NA LACTAÇÃO

- ✓ 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

ANTICONCEPÇÃO NA LACTAÇÃO

✓ 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

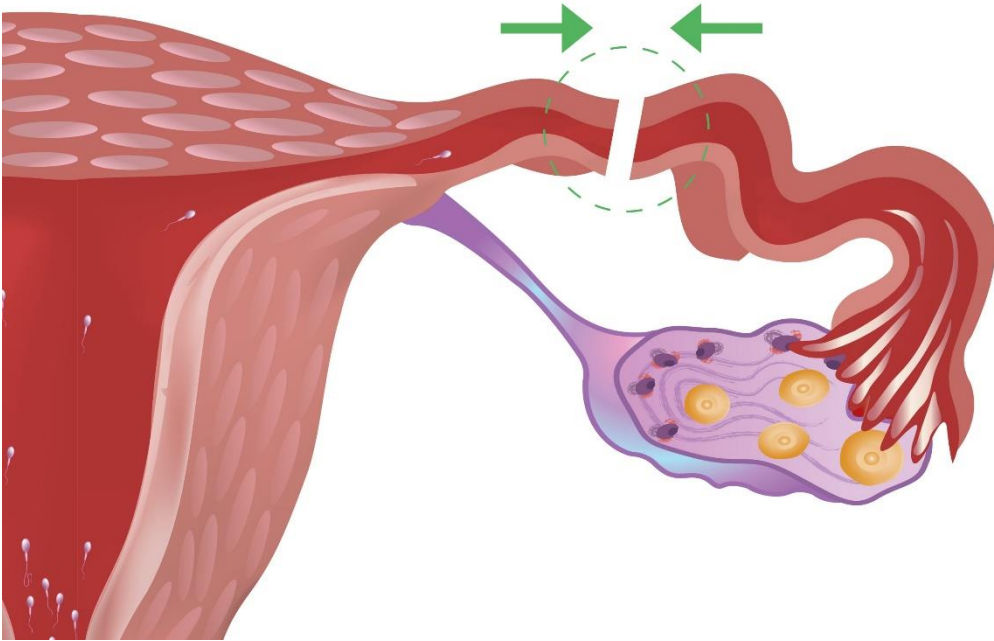


ANTICONCEPÇÃO NA LACTAÇÃO

- ✓ 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.



ANTICONCEPÇÃO NA LACTAÇÃO



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.

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.

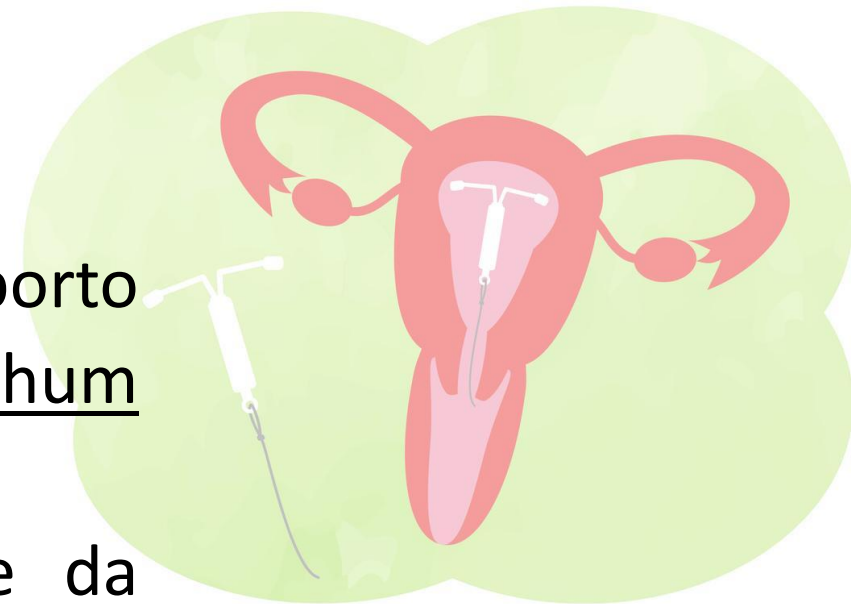


ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO

- 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.



ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO

- 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.



ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO

- 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.



Laqueadura

ANTICONCEPÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%.

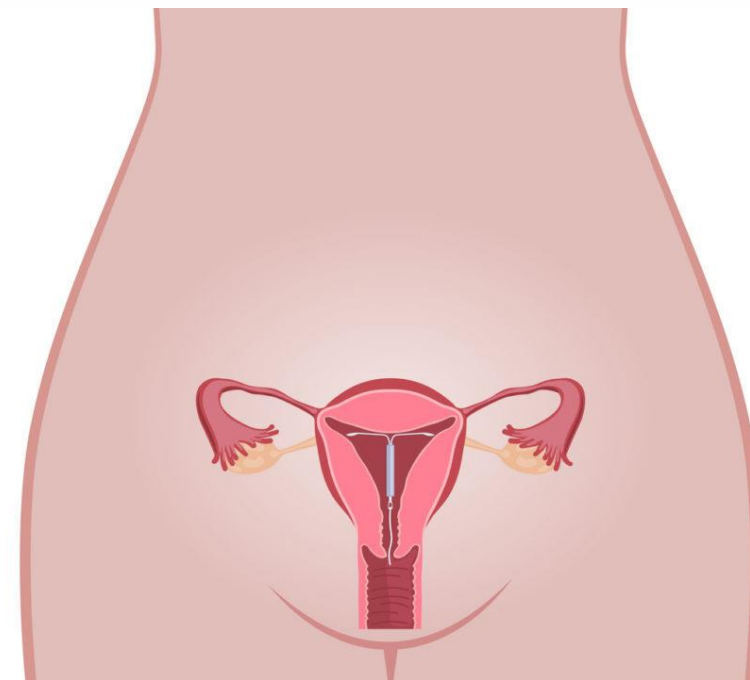
Redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre zero e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como:

- 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
- não amamentação.

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

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



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.
- ✓ O diafragma é um ótimo método para adolescentes motivadas a usá-lo e bem orientadas.





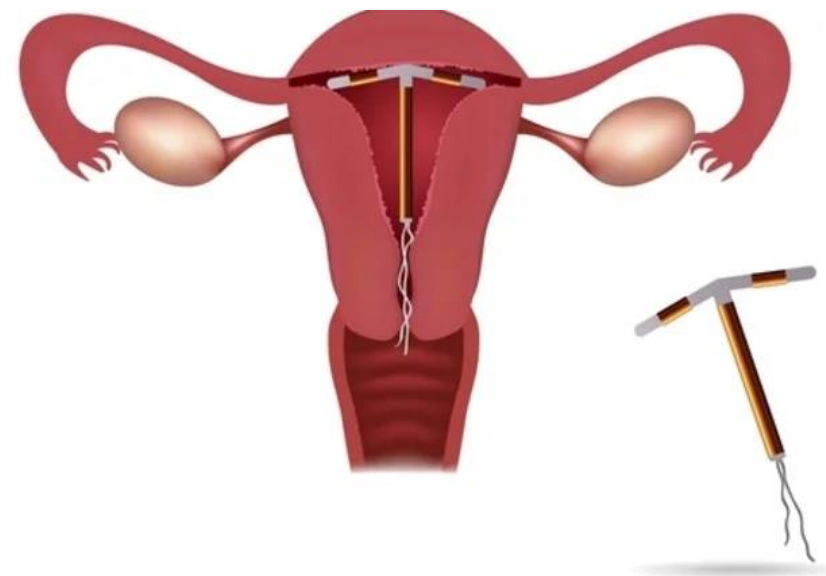
ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA



evitar o uso do injetável trimestral e da minipílula antes dos 18 anos, pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea



deve ser usado com cuidado e com acompanhamento rigoroso da menarca até 19 anos de idade



são pouco recomendados



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



Violência Sexual

Luciane de Almeida

Violência Sexual



Repercussões

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- 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

40- 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

- Risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV
- Gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático
- Comprometimento na saúde mental da pessoa – quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos.

- 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 Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006),



Notificação

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.

Notificação pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

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 para o 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”.

Normas gerais para o atendimento

- Qualidade e humanização da atenção.
Conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência.
- As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida.

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.

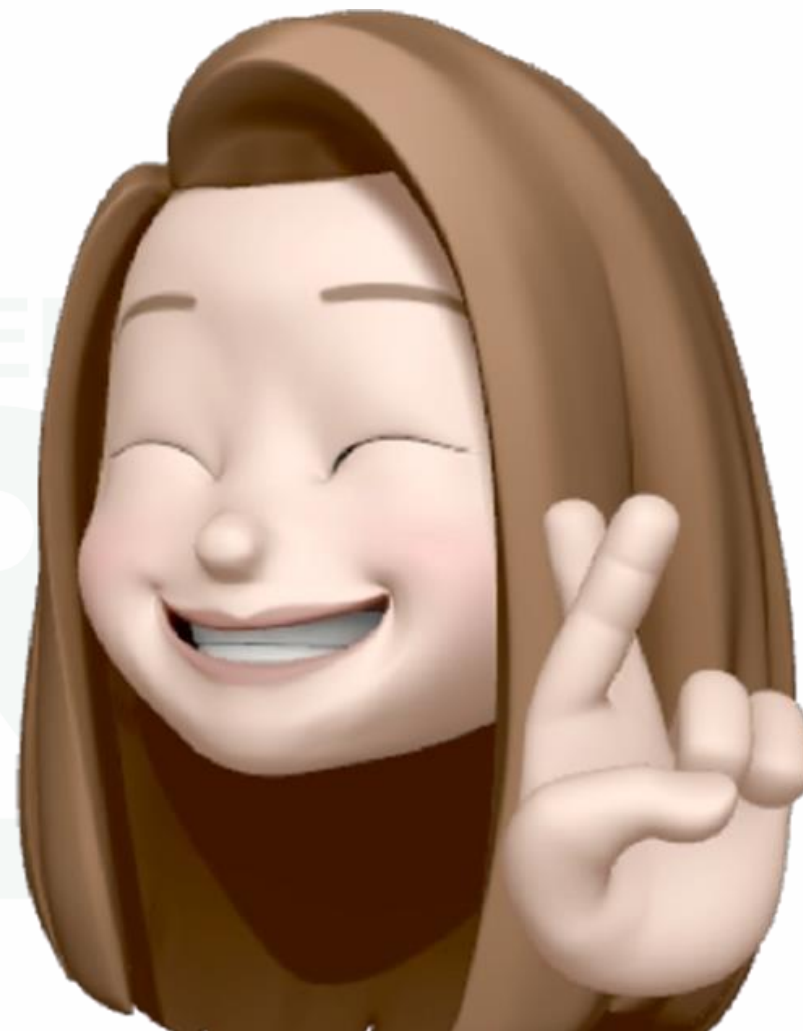
Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

AMARELO

→ Vítimas de abuso sexual.

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

QUESTÕES



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).

Quadro 1 - Registro de Encaminhamento.**HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA**

Registrar em prontuário:

- 1) local, dia e hora aproximada da violência sexual.
- 2) tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
- 3) forma(s) de constrangimento utilizada(s).
- 4) tipificação e número de autores da violência.
- 5) órgão que realizou o encaminhamento

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

- 1) atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.
- 2) realização do Boletim de Ocorrência Policial.
- 3) realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
- 4) comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
- 5) outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE ATENÇÃO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.

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

Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal.

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
Primeira Escolha	1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e	Oral	2 comprimidos cada 12 horas –
Segunda Escolha	0,25 mg de levonorgestrel por comprimido		total de 4 comprimidos
	AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e	Oral	4 comprimidos cada 12 horas –
	0,15 mg de levonorgestrel por comprimido		total de 8 comprimidos

Qual a eficácia do método?

- índice de efetividade médio de 75% a 80% e índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%.
- No entanto, a eficácia da AE pode variar em função do número de horas entre a violência sexual e sua administração.

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

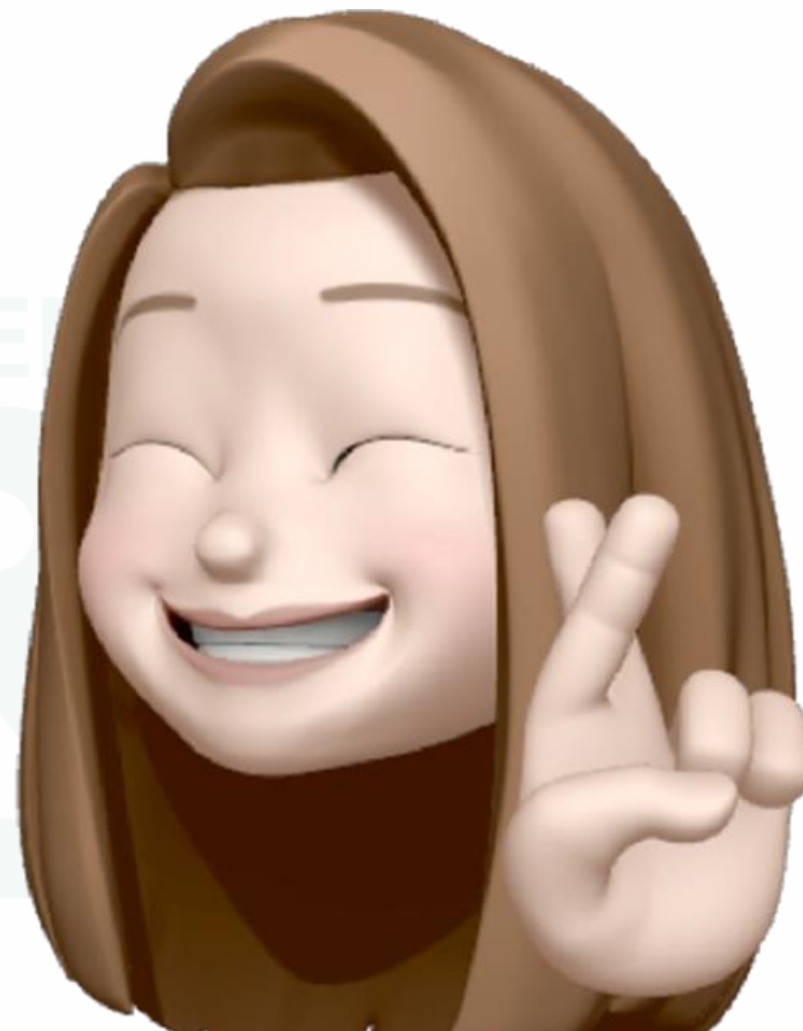
Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares. Para esses casos, recomenda-se o método de Yuzpe, sendo realizada com o levonorgestrel.

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.

QUESTÕES



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

A prevalência de IST depende:

- tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral),
- o número de agressores, o tempo de exposição
- ocorrência de traumatismos genitais,
- idade e susceptibilidade da mulher,
- condição himenal,
- a presença de DST

O uso concomitante de diversas medicações → pode levar a intolerância gástrica e baixa adesão → 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 DST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual.

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

Profilaxia das DST não Virais em Adultos e Adolescentes com mais de 45 Kg não Gestantes

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

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).**

Para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia.

IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B

Mulheres com **esquema vacinal incompleto** devem completar as doses recomendadas.

Mulheres **não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal**

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 IGHAHB 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.

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.

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 depende de:
 - 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.

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.

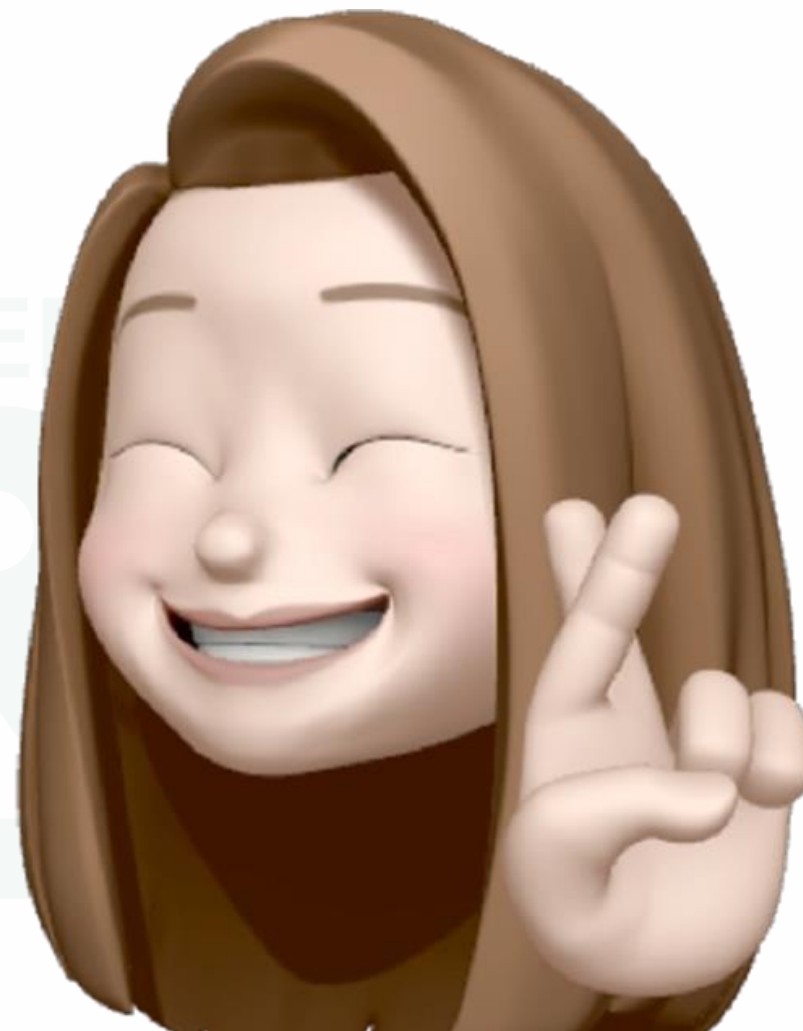
Quadro 9 - Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

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

1ª escolha	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (AZT) + LAMIVUDINA (3TC)	300mg/150mg	VO	01 comprimido a cada 12 horas (café e jantar)
LOPINAVIR/ RITONAVIR (LPV/r)	200mg/50mg	VO	02 comprimidos a cada 12 horas (café e jantar)

* Esse esquema pode ser utilizado na gestação.

QUESTÕES



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 INTERRUPÇÃO 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.

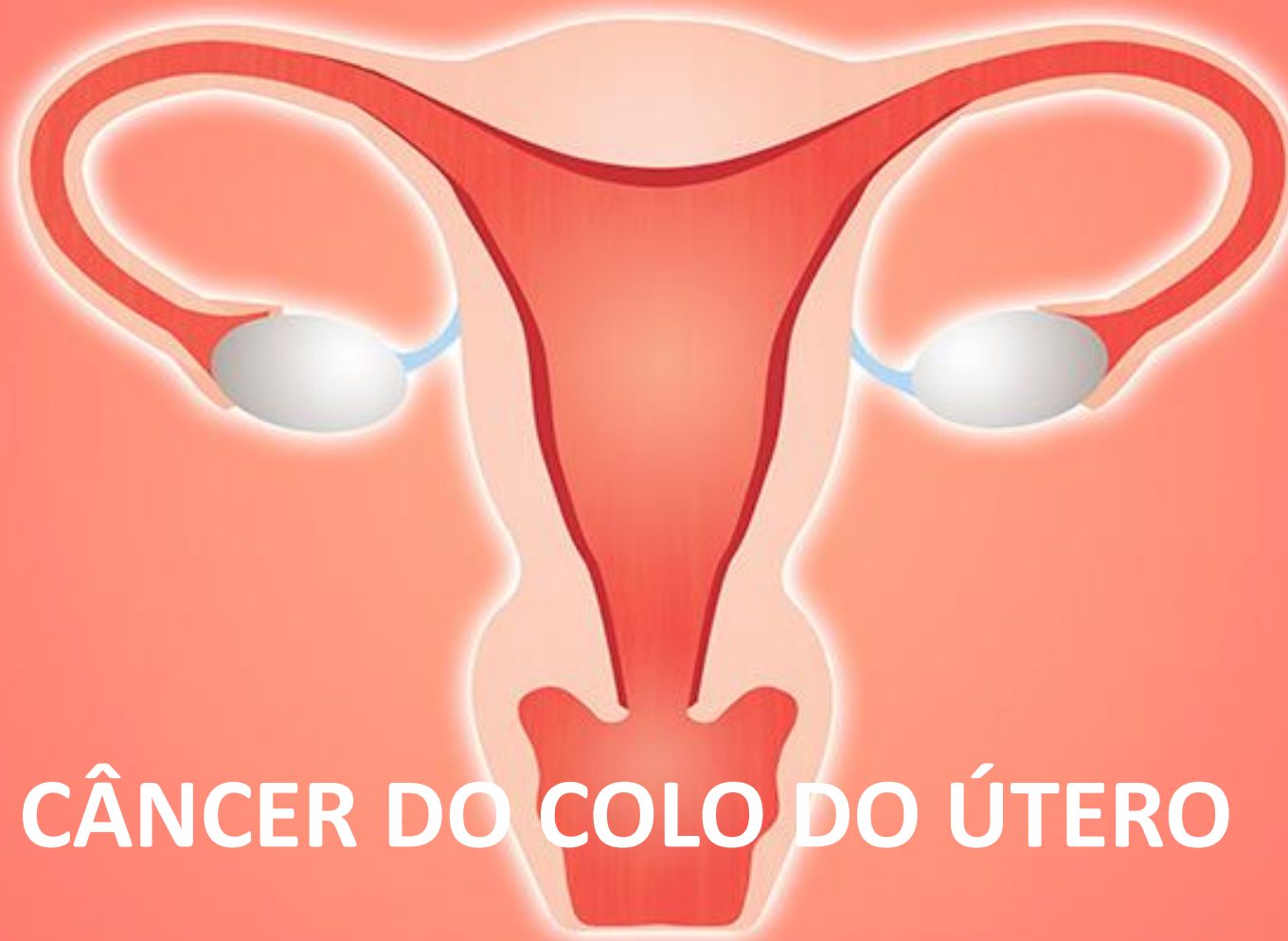
GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

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.

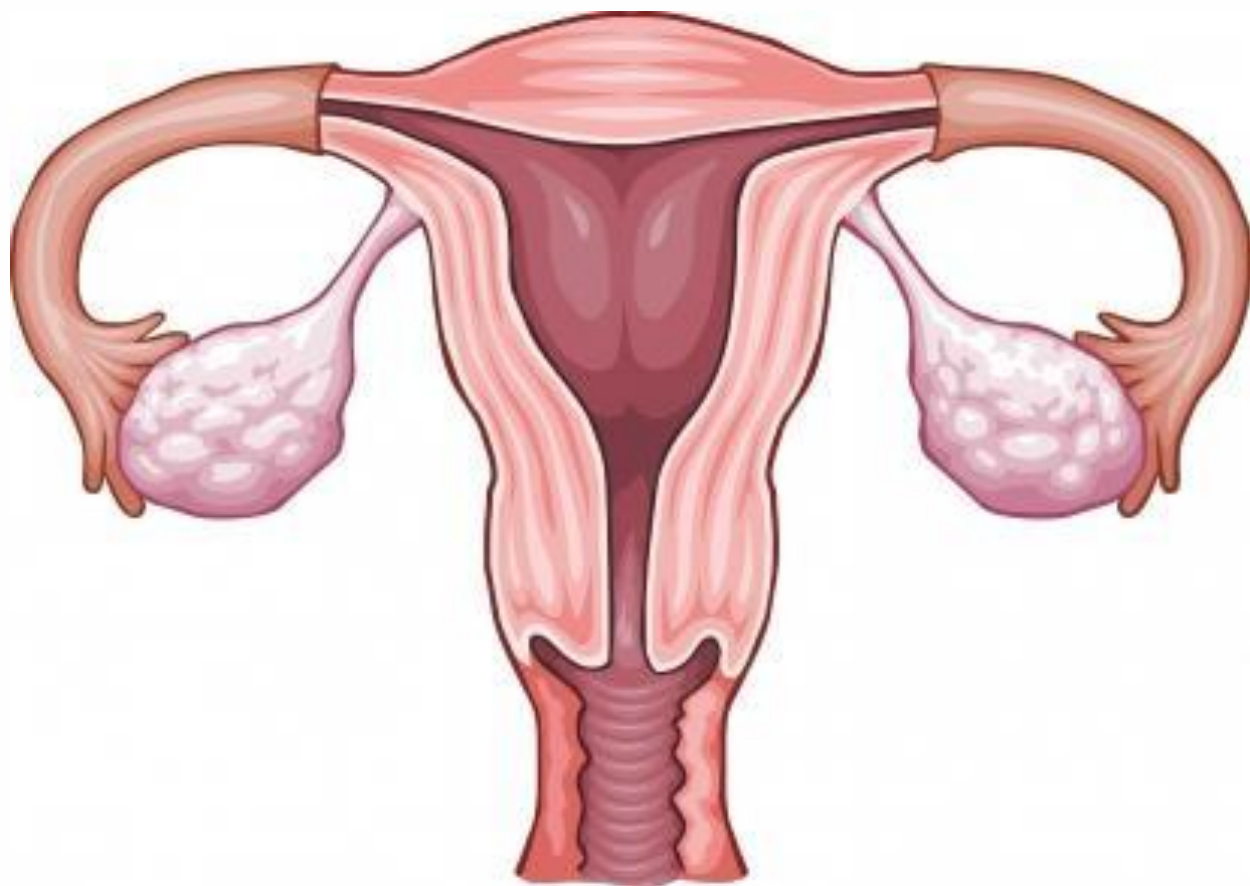


CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



**Visão frontal do
colo do útero**

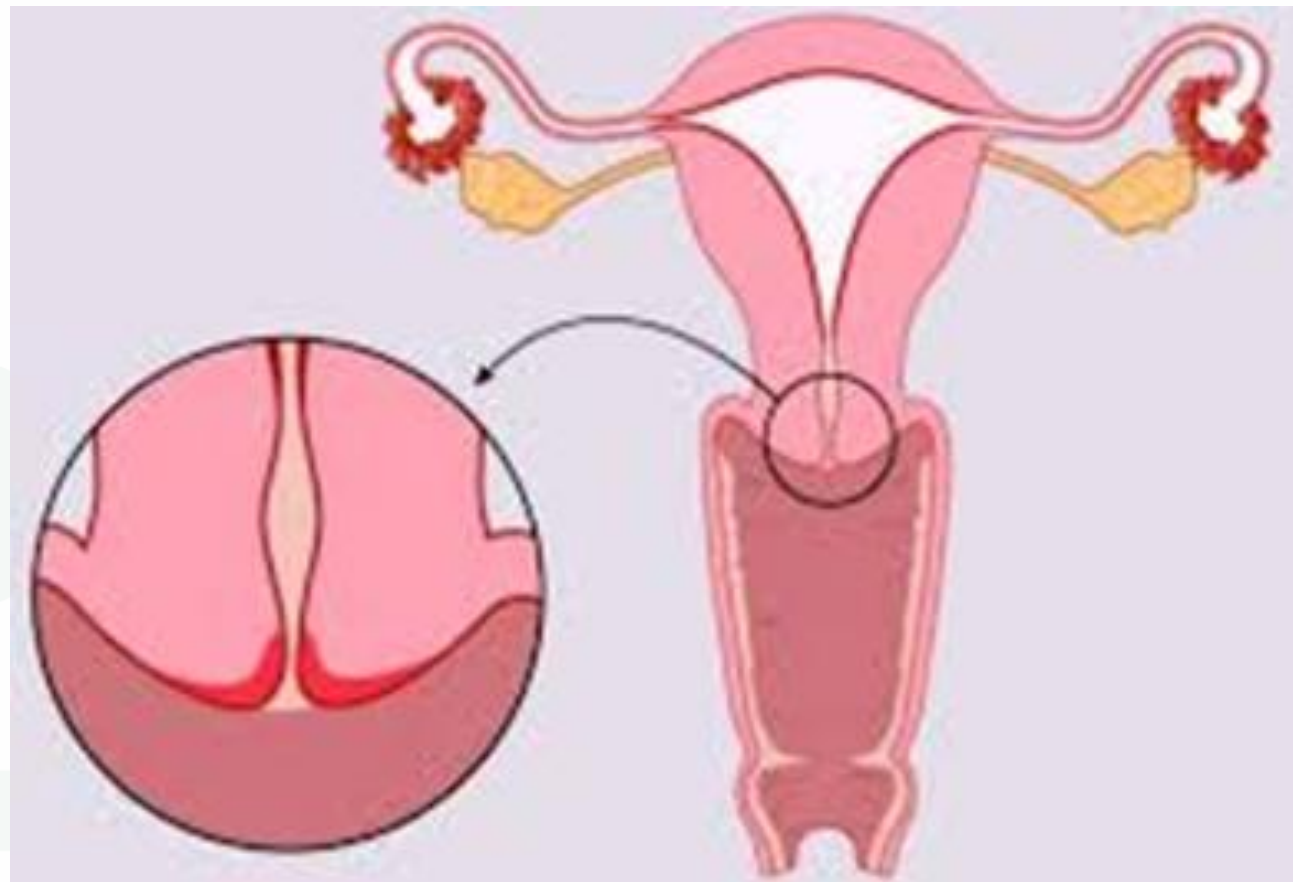




Parte INTERNA do colo do útero → canal cervical ou endocérvice,

Camada de células que se projeta para o canal vaginal
→ ectocérvice

Junção escamocolunar (JEC)



Junção escamocolunar (JEC)

ECTOCÉRVICE

Epitélio escamoso estratificado

ENDOCÉRVICE – epitélio cilíndrico

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.

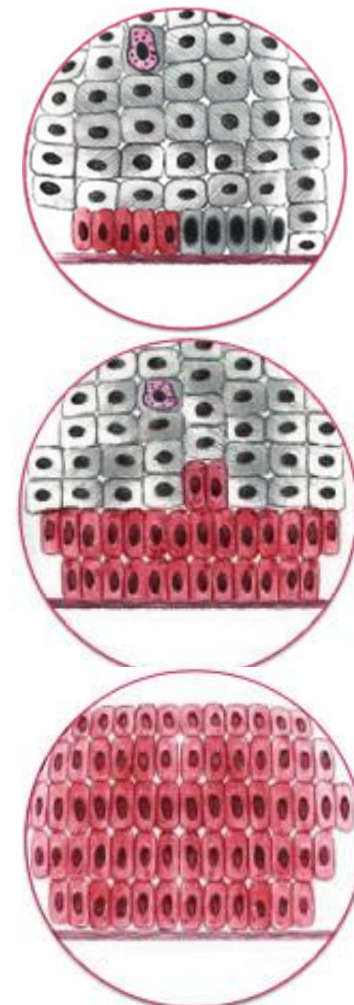


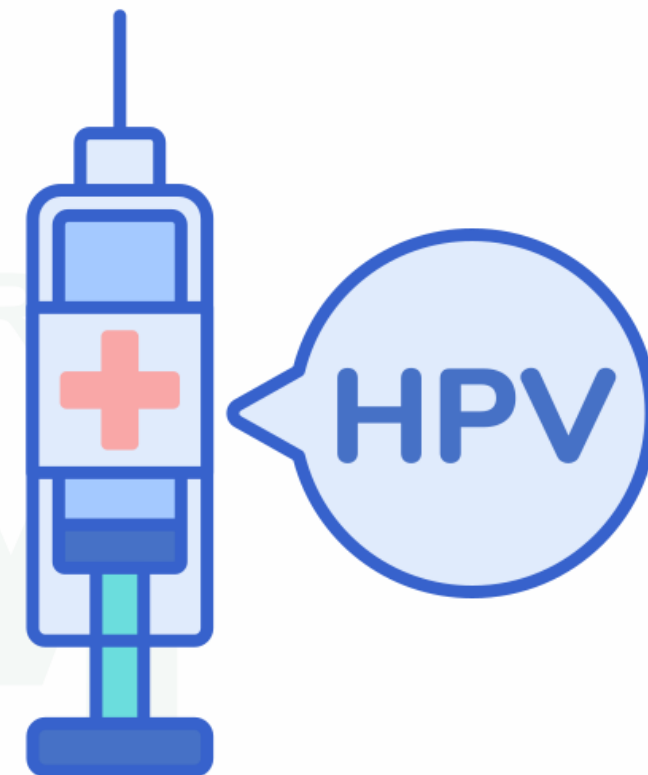
Figura 3

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.



PORTARIA GM/MS Nº 3.148, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2024

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.

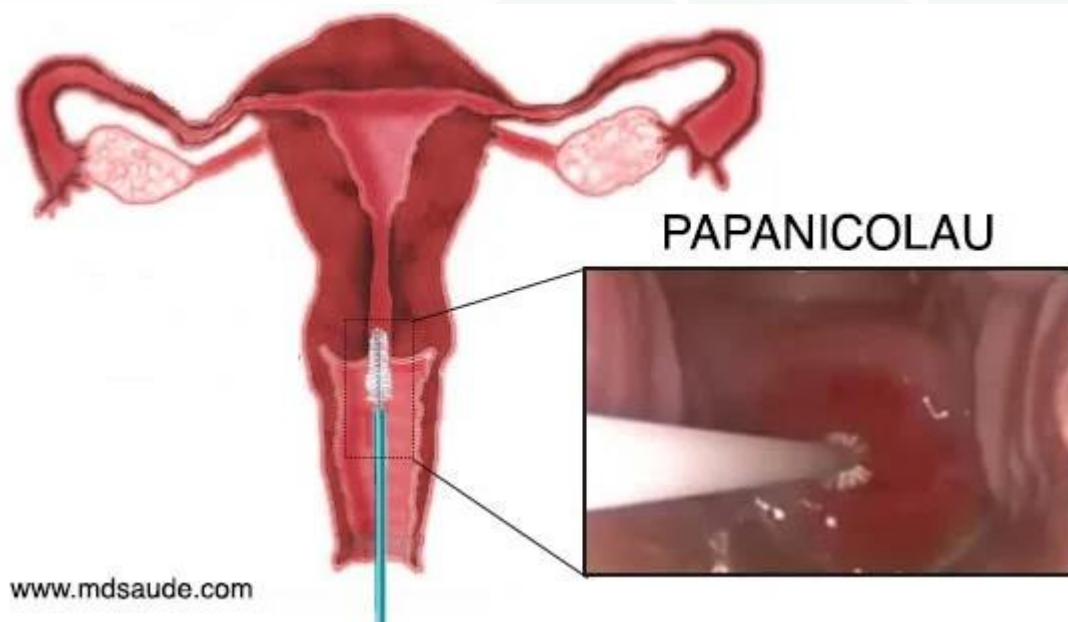
Notificação semanal

OUTRAS NOTIFICAÇÕES: SEMANAL

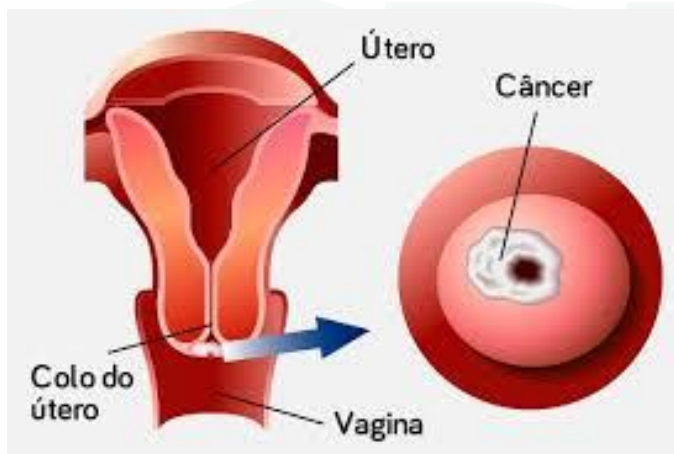
Sífilis: Adquirida, Congênita, e em gestante / Tétano neonatal / Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV / Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV / Violência doméstica e/ou outras violências / Toxoplasmose gestacional e congênita.

Violência sexual e tentativa de suicídio notificação em 24h pela SMS

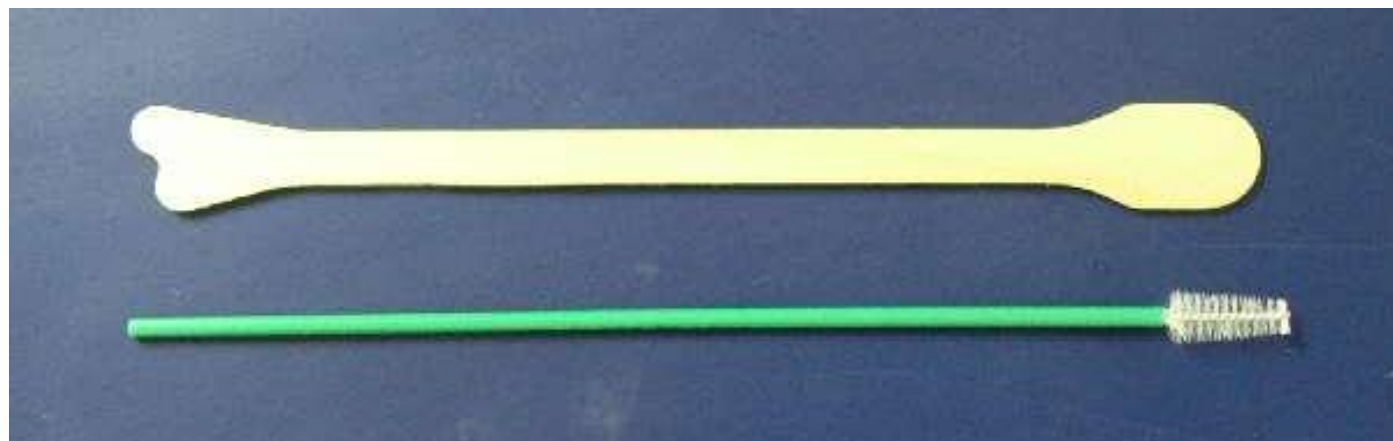
Pra que serve o exame citopatológico?



**Para identificar as lesões precursoras do
câncer do colo do útero**



**Se houver alteração →
colposcopia e exame
histopatológico.**





Álcool a 96%



Spray de
polietilenoglicol





**Quais são as
recomendações
Ministeriais para o
rastreamento?**



Início aos 25 anos



Seguir até 64 anos



**de 2 exames consecutivos com
intervalo anual, repete a cada 3 anos**

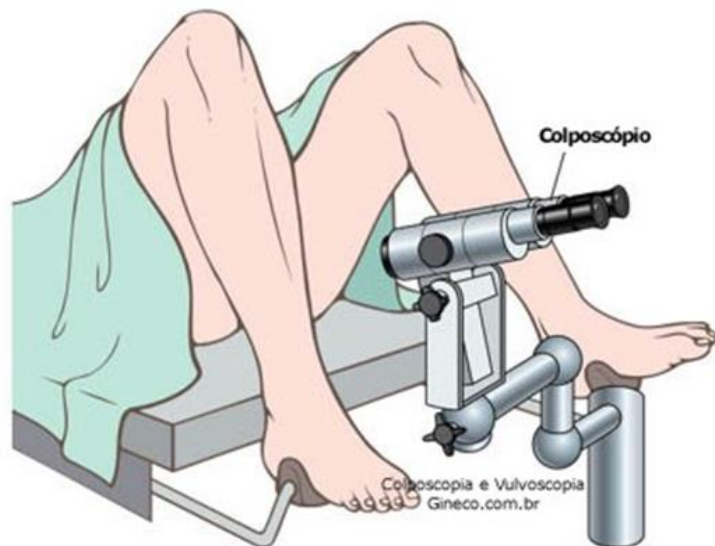
Quadro 1: Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária.

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.

Coleta de espécimes para exame citopatológico concomitante à colposcopia

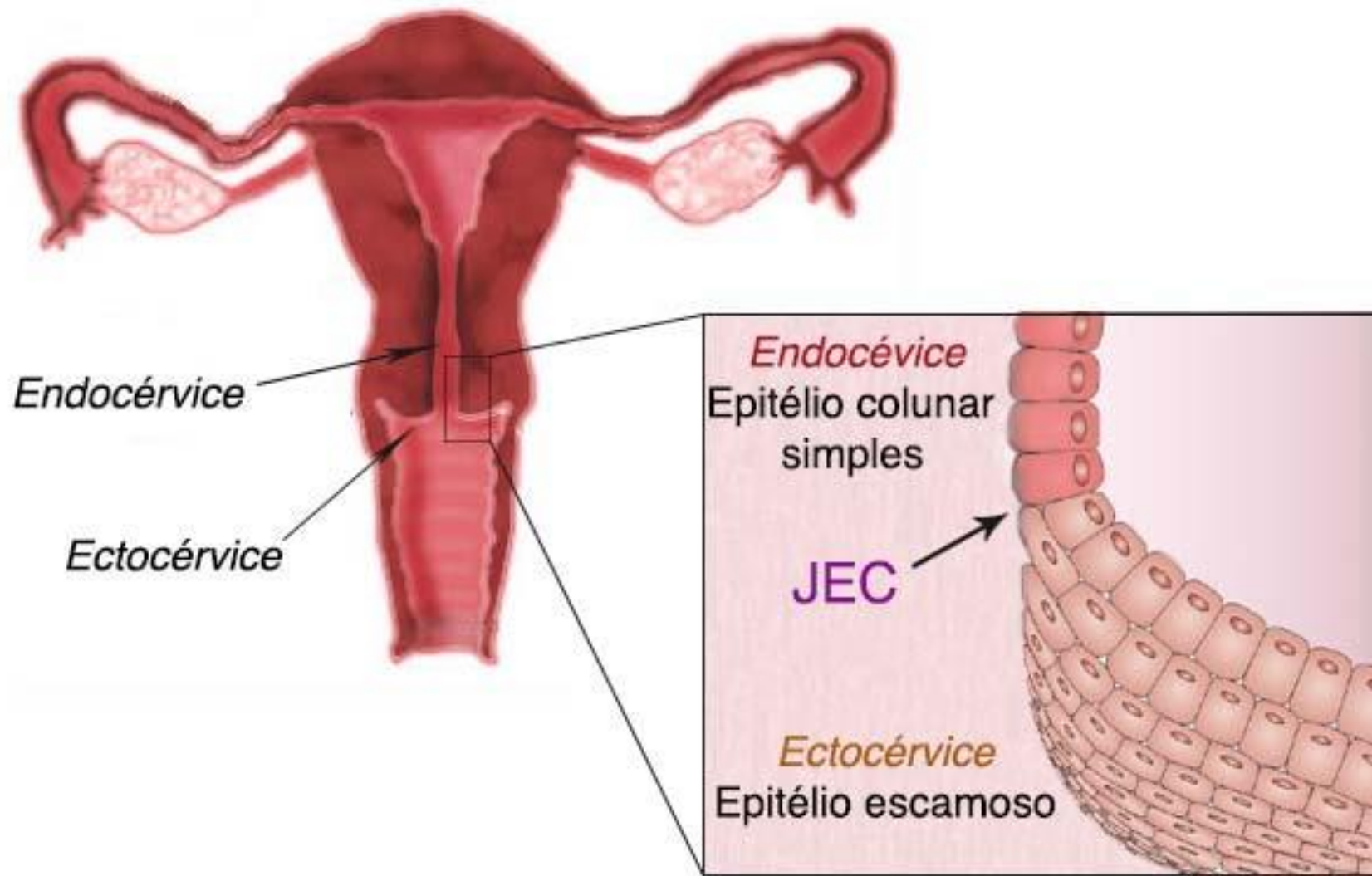
Recomendações: Nas situações em que é necessária a coleta de amostra citológica, esta deve ser priorizada e é preferível que anteceda a colposcopia.



Medidas para auxiliar a visão da junção escamocolunar

JEC não é visível ou parcialmente visível → recomenda-se as 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

Etapas da coleta da citopatológica oncológica (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 introito vaginal

Etapa 5 – coleta citológica

GARCIA, 2019

Para o referido procedimento **não há necessidade de que o espécuro vaginal ou os demais itens estejam esterilizados**, exceto se o espécuro 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.

Amostra satisfatória para avaliação:

- 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 1 ano** e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de 3 anos.

EXAME CITOPATOLÓGICO

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL:
SATISFATÓRIA

Número Interno: 24367

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:
ESCAMOSO, GLANDULAR, METAPLASICO

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO:
NEGATIVO PARA NEOPLASIA. ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS, REATIVAS OU REPARATIVAS, INFLAMAÇÃO

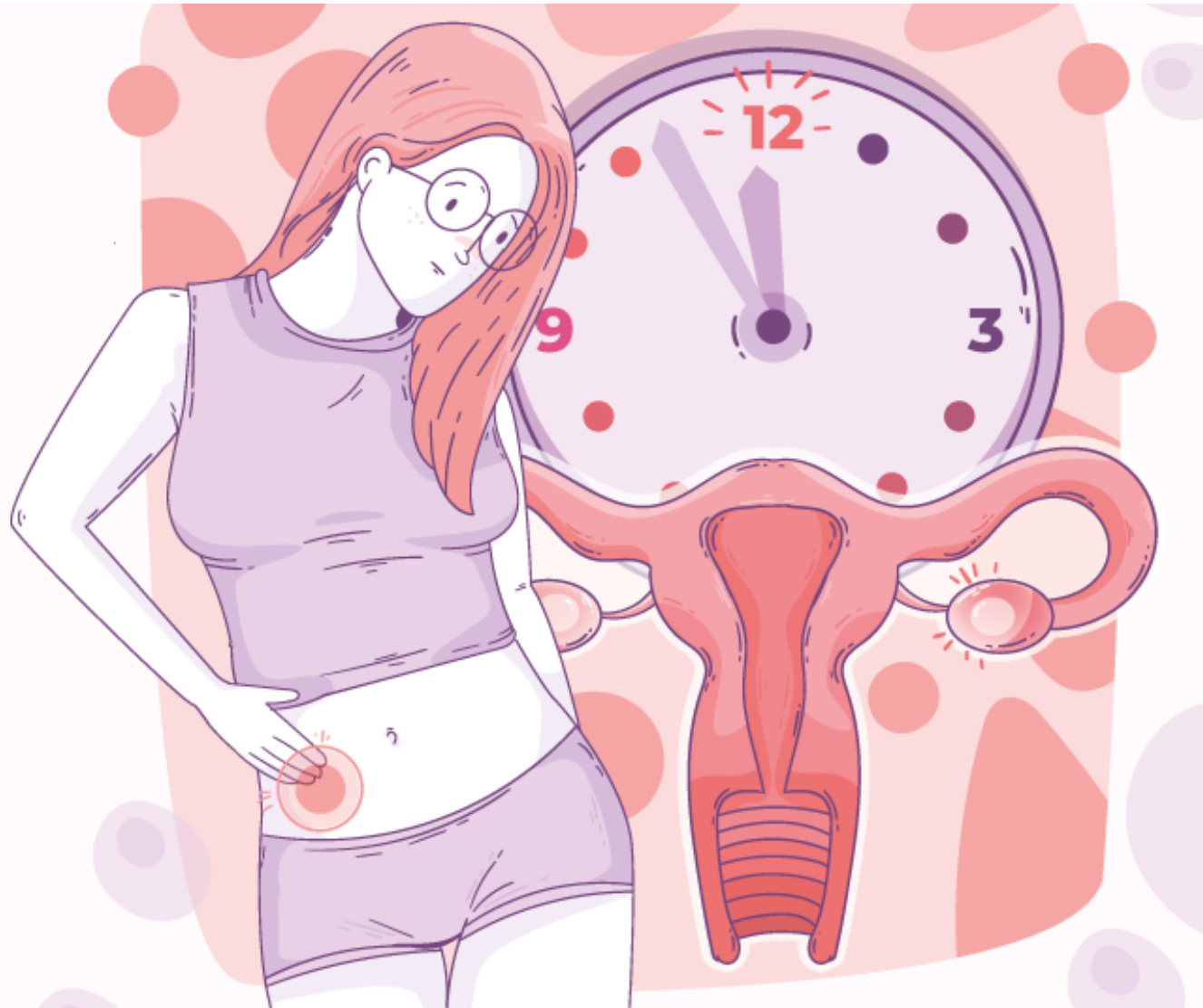
MICROBIOLOGIA:
GARDNERELLA VAGINALLIS

Situações especiais

→ **Gestantes** têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras.

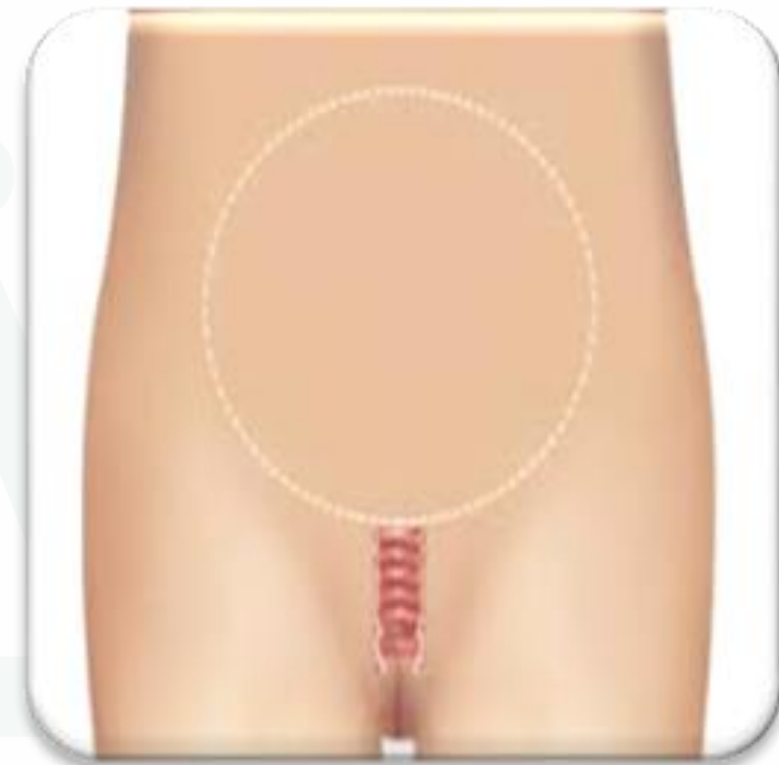
A coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.





→ **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.



Histerectomizadas

Recomenda-se que em caso de histerectomia subtotal, seguir com o rastreamento de rotina.

Em caso de histerectomia total por condições benignas, não se recomenda o rastreamento, desde que apresente exames anteriores normais.

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:

- **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.

Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).

➔ 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.



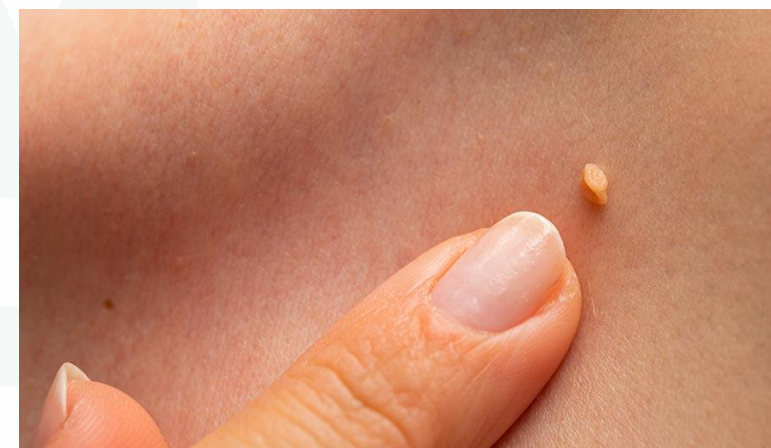
➔ Imunossuprimidas – exemplos:

- Mulheres infectadas pelo HIV,
- mulheres imunossuprimidas por uso de imunossupressores após transplante de órgãos sólidos,
- em tratamentos de câncer e
- usuárias crônicas de corticosteroides



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 6 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

Mulheres em menopausa: o exame deve ser cuidadoso para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias, pois o resultado pode levar a falsos positivos.

- **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). Suspende 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	Presente no período de atividade menstrual e fase reprodutiva da mulher. Geralmente a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, sendo uma situação fisiológica. Intervenções: não há.
Cisto de Naboth	É decorrente da obstrução dos ductos excretorios 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.

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 (ASCUS)	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

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 espéculo 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). 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>.	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal segundo capítulo de ISTs.

Achados microbiológicos

- *Clamydia sp*;
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes;
- *Trichomonas vaginalis*;
- *Actinomyces sp*.

A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs;

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:

Herpes Vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital conforme capítulo de ISTs;

Clamydia, Gonococo e Trichomonas: Mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos por *Clamydia* e *Gonococo*) seguir esquema de tratamento de mulher e parceiro, além das orientações e sorologias conforme capítulo de ISTs;

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).

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

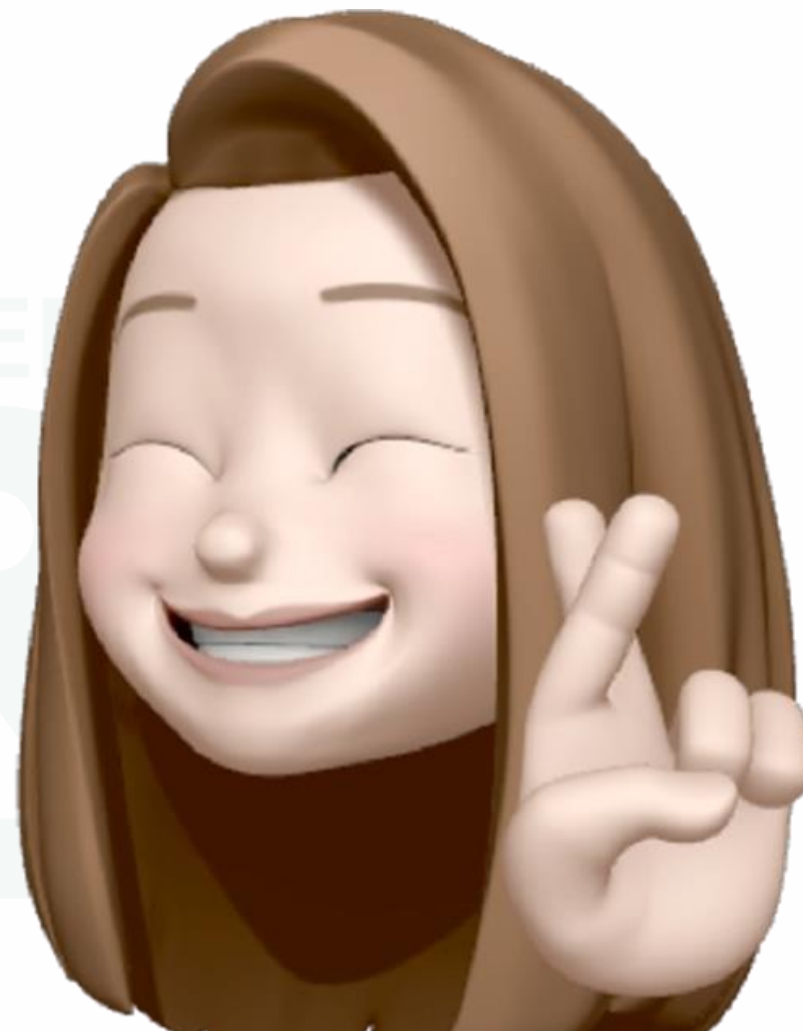
Fonte: BRASIL, 2016.

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 (AS-C-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



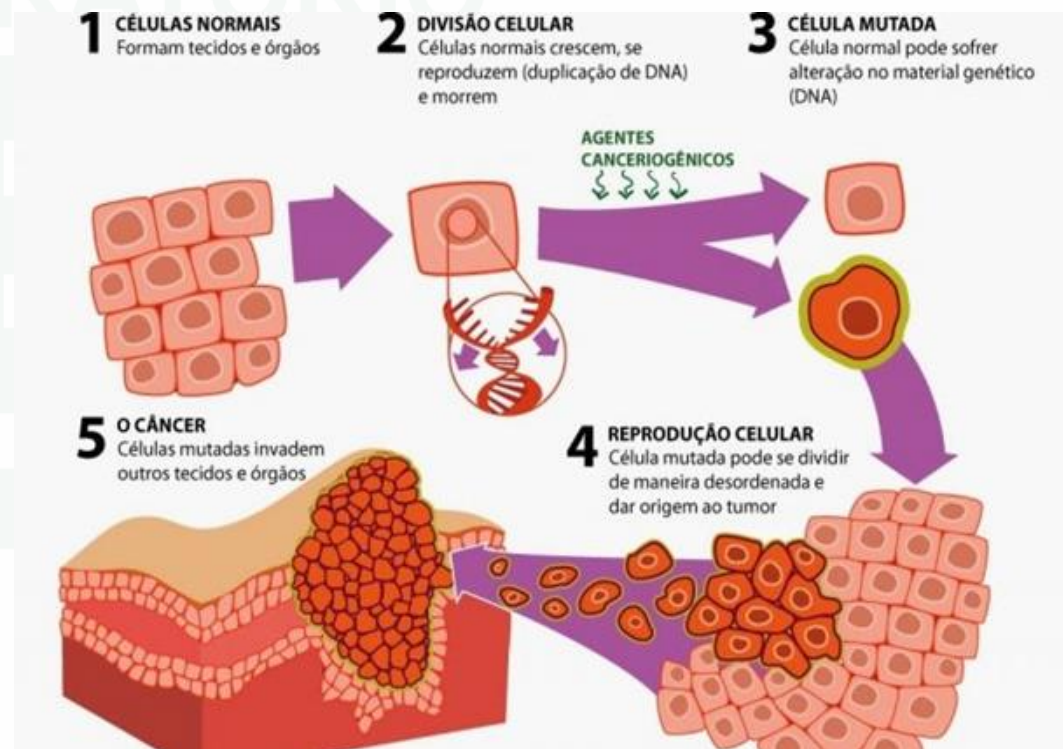
A large, stylized pink ribbon symbol, which is a common icon for breast cancer awareness, is positioned behind the text. The ribbon is a vibrant pink color and is tied in a loop that extends across the width of the text.

Câncer de mama



Câncer de mama

Primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres.



**Nódulo****Retração da pele****alteração da cor, espessura
ou textura da pele de uma mama****retração ou alteração
de posição
ou forma de um mamilo****secreção ou perda
de líquido pelo mamilo**

CÂNCER DE MAMA – DIRETRIZES PARA A DETECÇÃO PRECOCE

Identificação de sinais e sintomas suspeitos

Referenciar urgentemente para serviços de diagnóstico mamário

- 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 nutrizes, 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 nutrizes, 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.
---	---	---

Retração de pele ou mamilar	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).	<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.
Cistos mamários	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).	<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 nas 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	<p>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)</p>	<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 tríplice análise é a mais indicada, portanto viabilizar consulta médica.
---------------	--	---

grupos populacionais de risco



Quais são os principais fatores de risco?

IDADE



Menarca precoce
(idade da primeira
menstruação menor
que 12 anos)

**Menopausa tardia
(instalada após os
50 anos de idade)**



Exposição à radiação

Primeira gravidez após os 30 anos

Fatores endócrinos

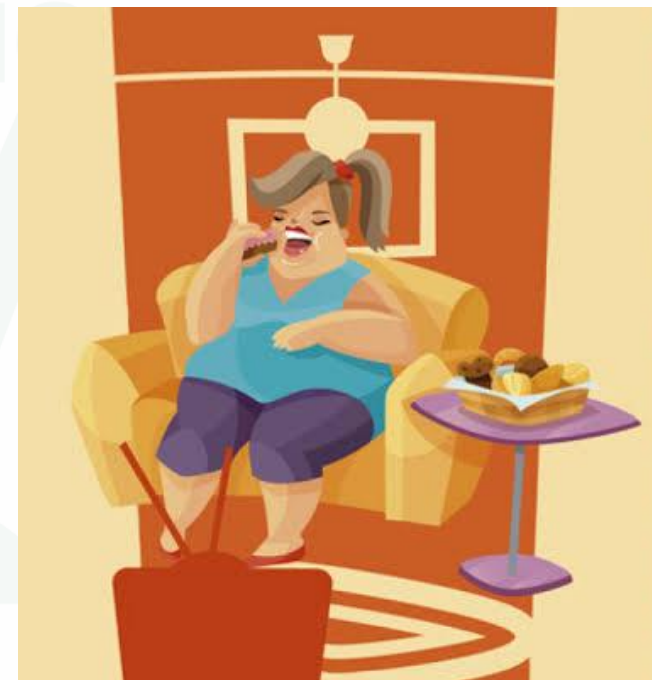
Nuliparidade - Até o momento, as evidências sobre o aumento de risco de câncer de mama com o uso de contraceptivos orais são conflitantes.

Terapia de reposição hormonal - pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de 5 anos.

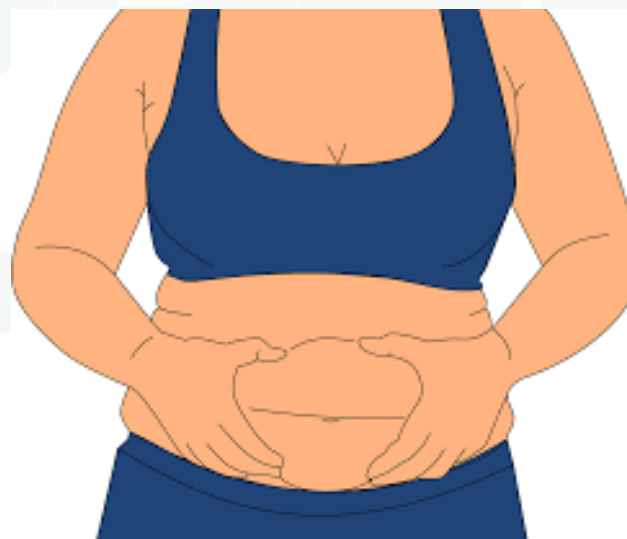
Ingestão regular de álcool



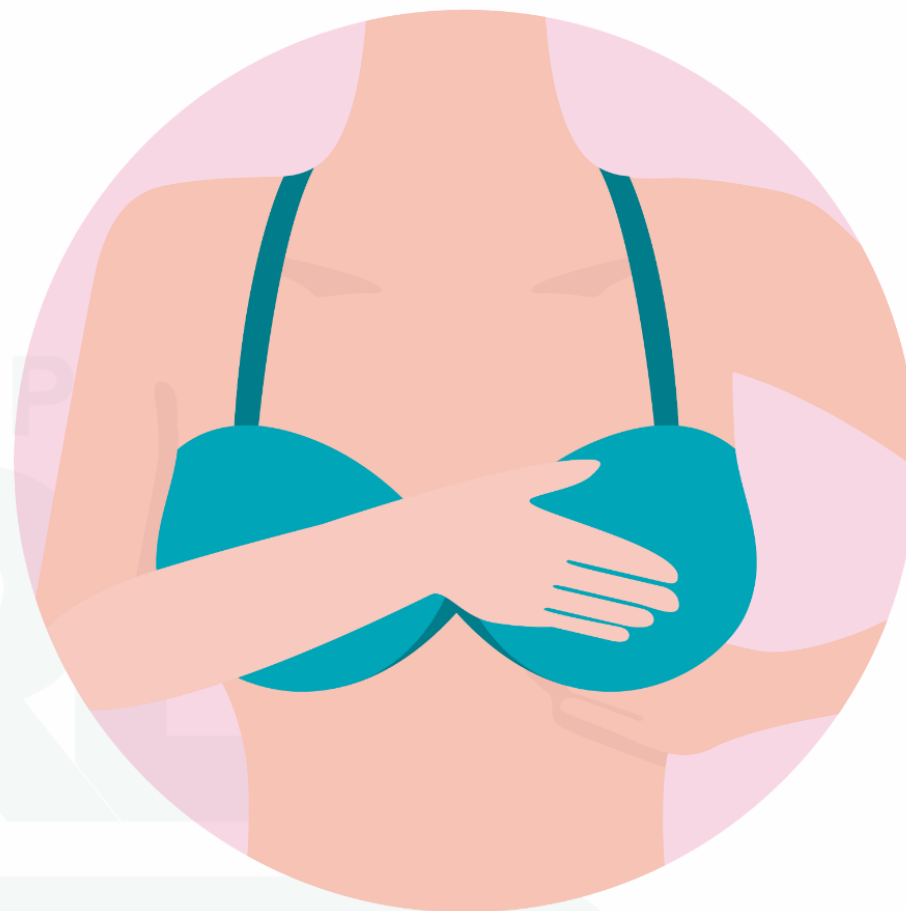
Sedentarismo



Obesidade



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



**FAZER O
AUTO EXAME**

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

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

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

Periodicidade - bienal

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.

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;
- 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

Deteção 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 deteção 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.



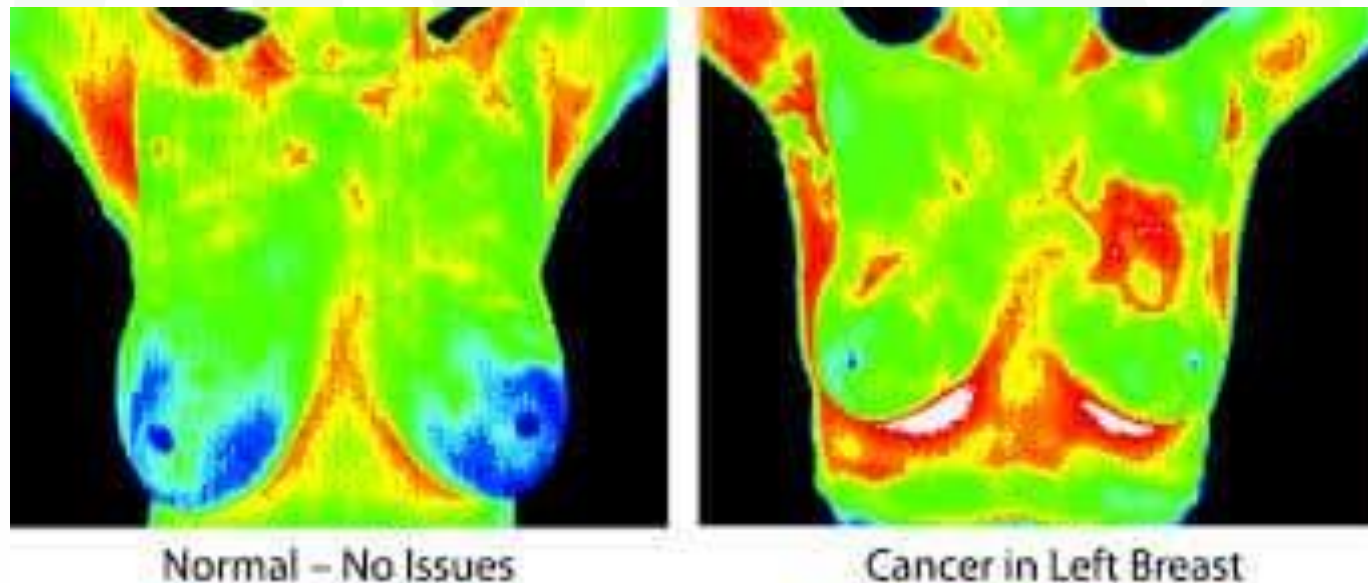
A ultrassonografia é, ao lado da mamografia, o **mais importante método de imagem na investigação diagnóstica de alterações mamárias suspeitas**, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas.

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

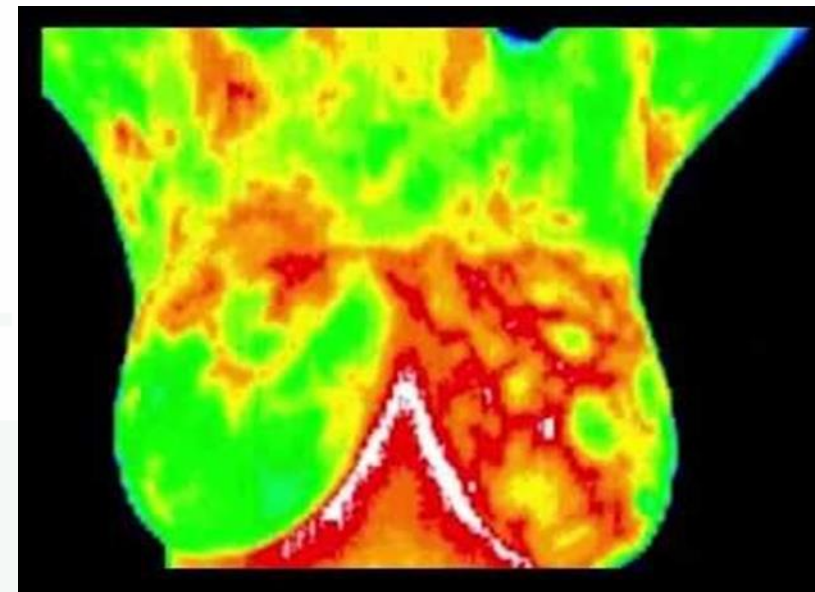


A **termografia** clínica da mama é um exame de imagem que registra a variação da temperatura cutânea.

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 comprimida, permitindo cortes finos, passíveis de serem reconstruídos pelo computador em imagens tridimensionais.



MAMOGRAFIA DIGITAL/TOMOSSÍNTESE

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

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).

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).

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





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

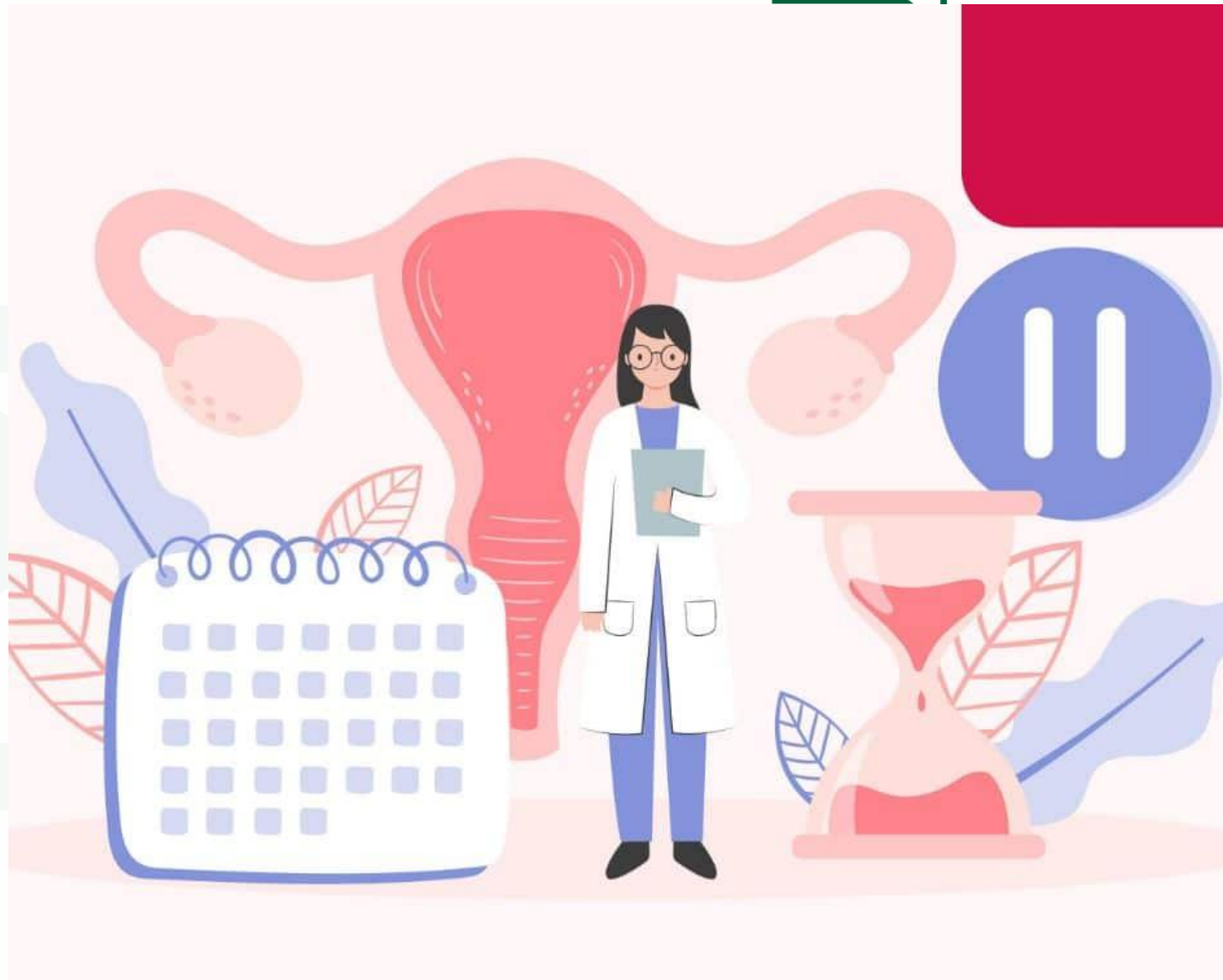
Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa

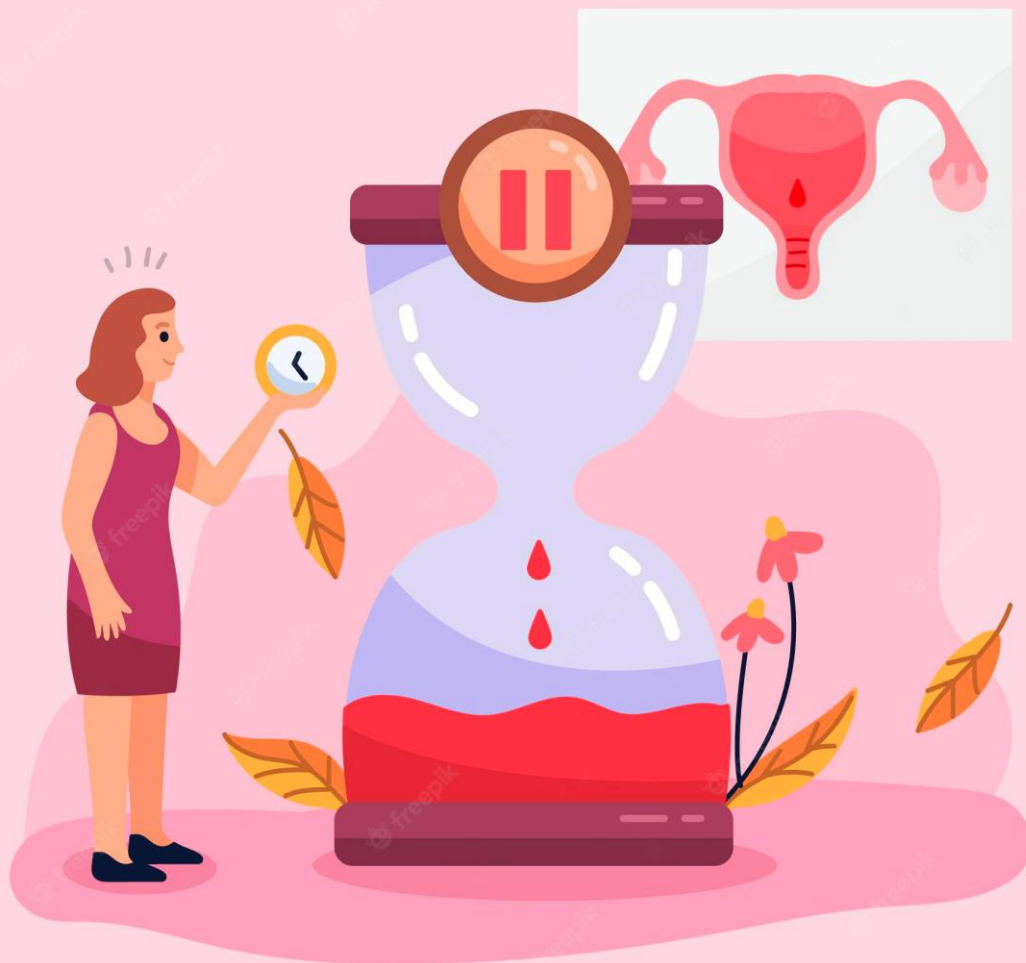
1.ª edição
1.ª reimpressão

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9

ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO / MENOPAUSA

O **climatério** é definido pela OMS 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 amenorréia.



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.

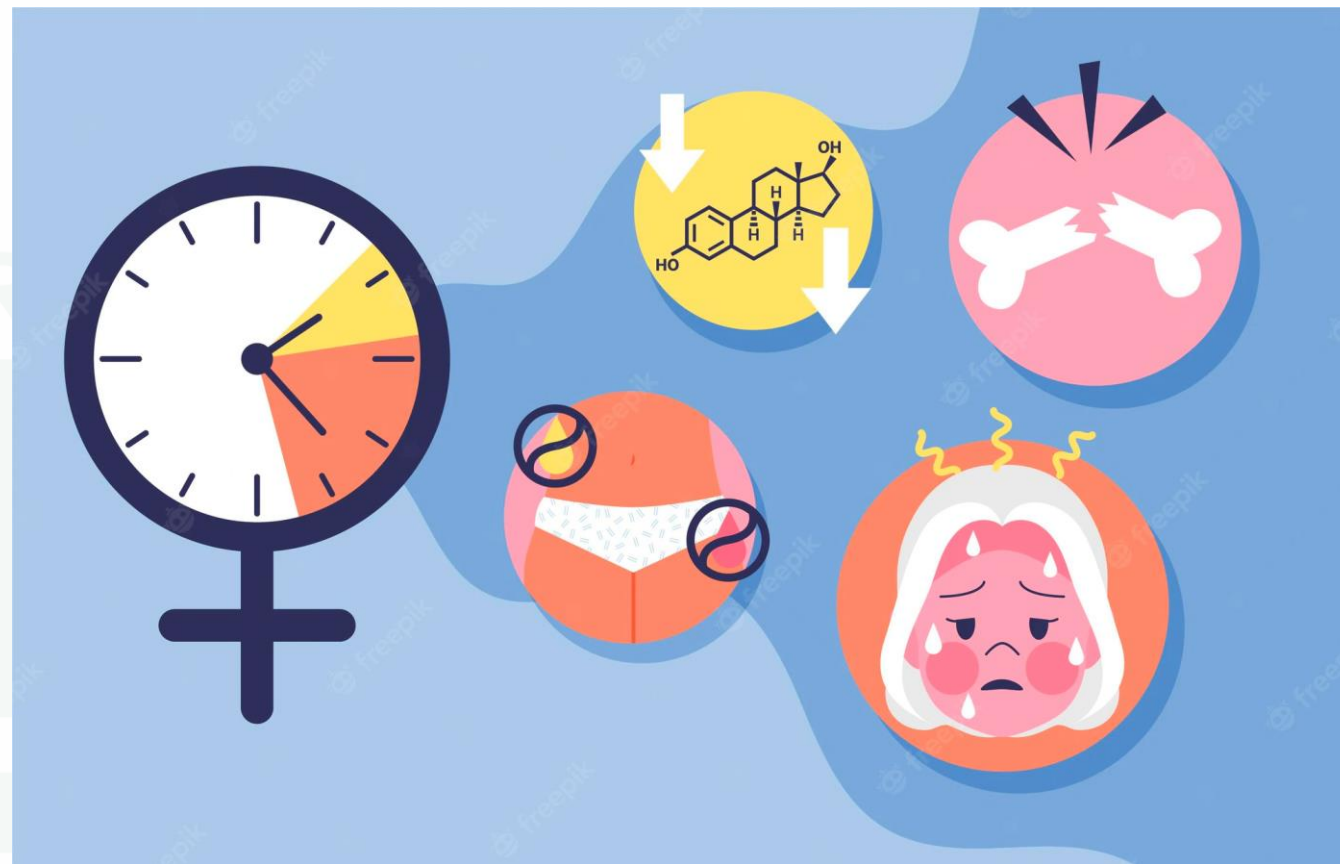
O volume médio dos ovários diminui de 8 a 9cm na menacme para 2 a 3cm alguns anos após a menopausa.

A intensidade dos sintomas e ou dos sinais clínicos é influenciada principalmente por 3 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 podem ser divididos:

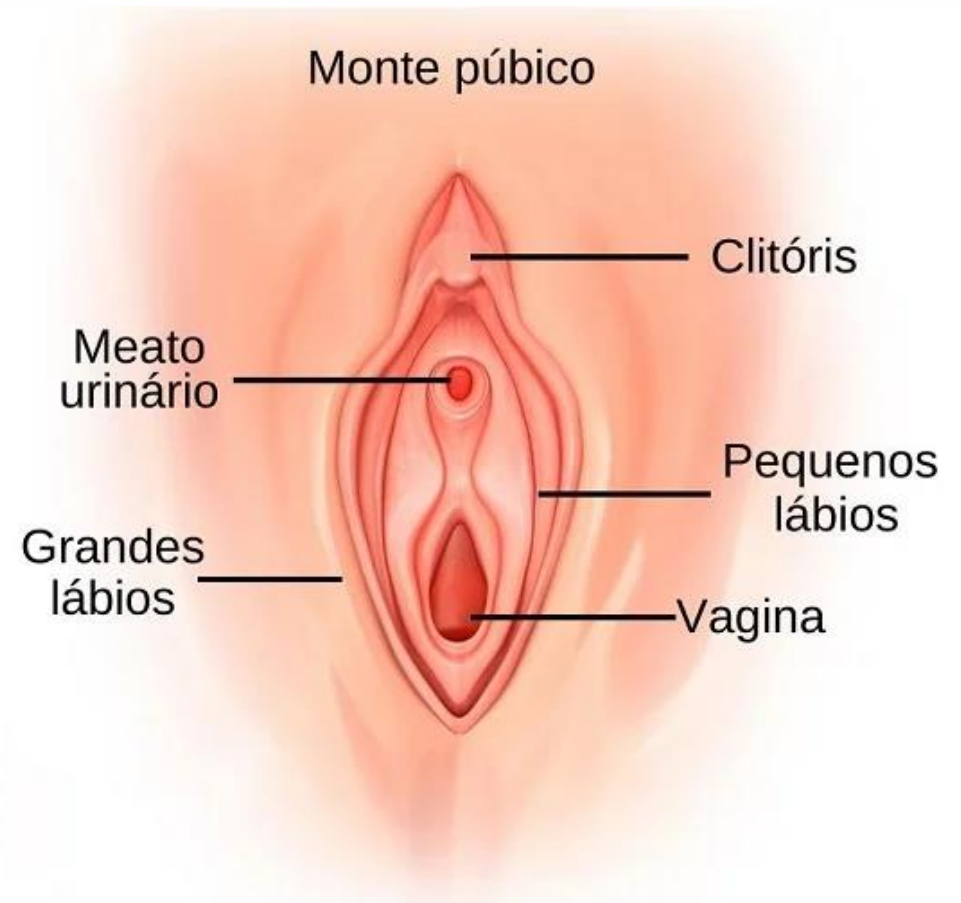
- ✓ transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda
- ✓ não transitórios, representados pelos fenômenos atróficos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo.



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 pêlos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris.



Alterações hormonais	Diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e aumento das gonadotrofinas hipofisárias.
Manifestações menstruais	No período da perimenopausa, o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou aumentar, além de a menstruação poder ser mais abundante e longa.
Manifestações neurogênicas	Ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesia, insônia, perda da memória e fadiga.
Manifestações psicogênicas	Diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.
Metabolismo ósseo	A perda óssea é mais considerável e as fraturas osteoporóticas são bastante comuns nas mulheres.
Metabolismo lipídico	Níveis aumentados de LDL e diminuídos de HDL.
Manifestações urogenitais	Prolapsos genitais, além de sintomas vaginais, como ressecamento, sangramento e dispareunia e uretrais, como disúria, frequência e urgência miccional.

Manifestações tegumentares	Ressecamento da pele, perda de elasticidade, enfraquecimento da musculatura, perda do coxim subcutâneo. Podem aparecer manchas hipocrômicas na pele ou formação de lentigos (sardas) e melanose (pigmento escuro) nas áreas expostas ao sol.
Alterações sexuais	Diminuição da libido, dispareunia, diminuição da lubrificação do canal vaginal.
Alterações mamárias	As mamas tendem a apresentar aumento da gordura ficando mais pesadas, flácidas e pêndulas.
Alterações visuais	Presbiopia em virtude de modificações na acomodação visual.

Alterações dentárias	Descolamento e retração da gengiva, favorecendo as infecções e as cáries dentárias.
Obesidade	Há tendência à obesidade do tipo androide (circunferência abdominal / circunferência quadril > 0,8) e o índice de massa corpórea (peso/altura ²) maior que 25.

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.



- **fragilidade da mucosa vaginal**, com sensação de ardor e prurido, que também pode ser tratados com outros meios não hormonais.



ressacamento vaginal



fogachos

- 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.

- **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.

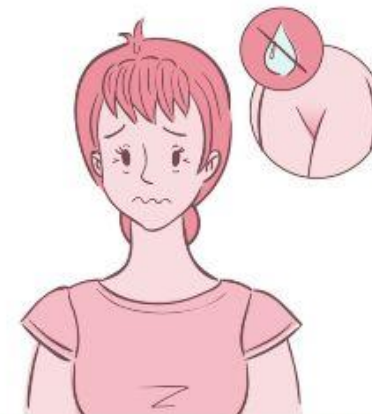




fogachos



perda da libido



ressacamento vaginal



sudorese noturna



oscilação de humor



insônia

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.



insônia



sudorese noturna

Sintomas neuropsíquicos

- Labilidade emocional
- ansiedade,
- nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de auto-estima,
- dificuldade para tomar decisões,
- tristeza e depressão.

Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério em intensidade variável



oscilação de humor

Disfunções Sexuais

Alterações Urogenitais -

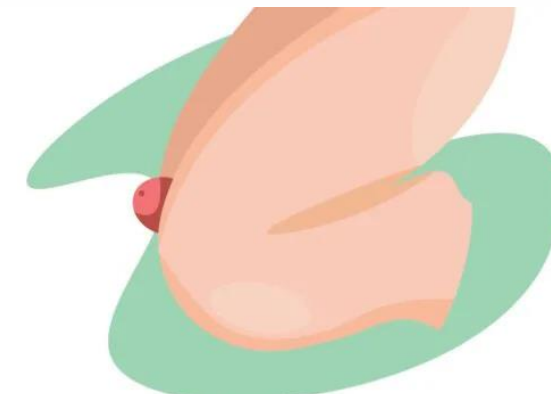
- Distopias a constituição estrutural óssea e muscular da pelve, a qualidade da assistência obstétrica, a paridade, fatores raciais, metabolismo do colágeno e envelhecimento dos tecidos.
- Incontinência urinária
- Fenômenos atróficos geniturinários

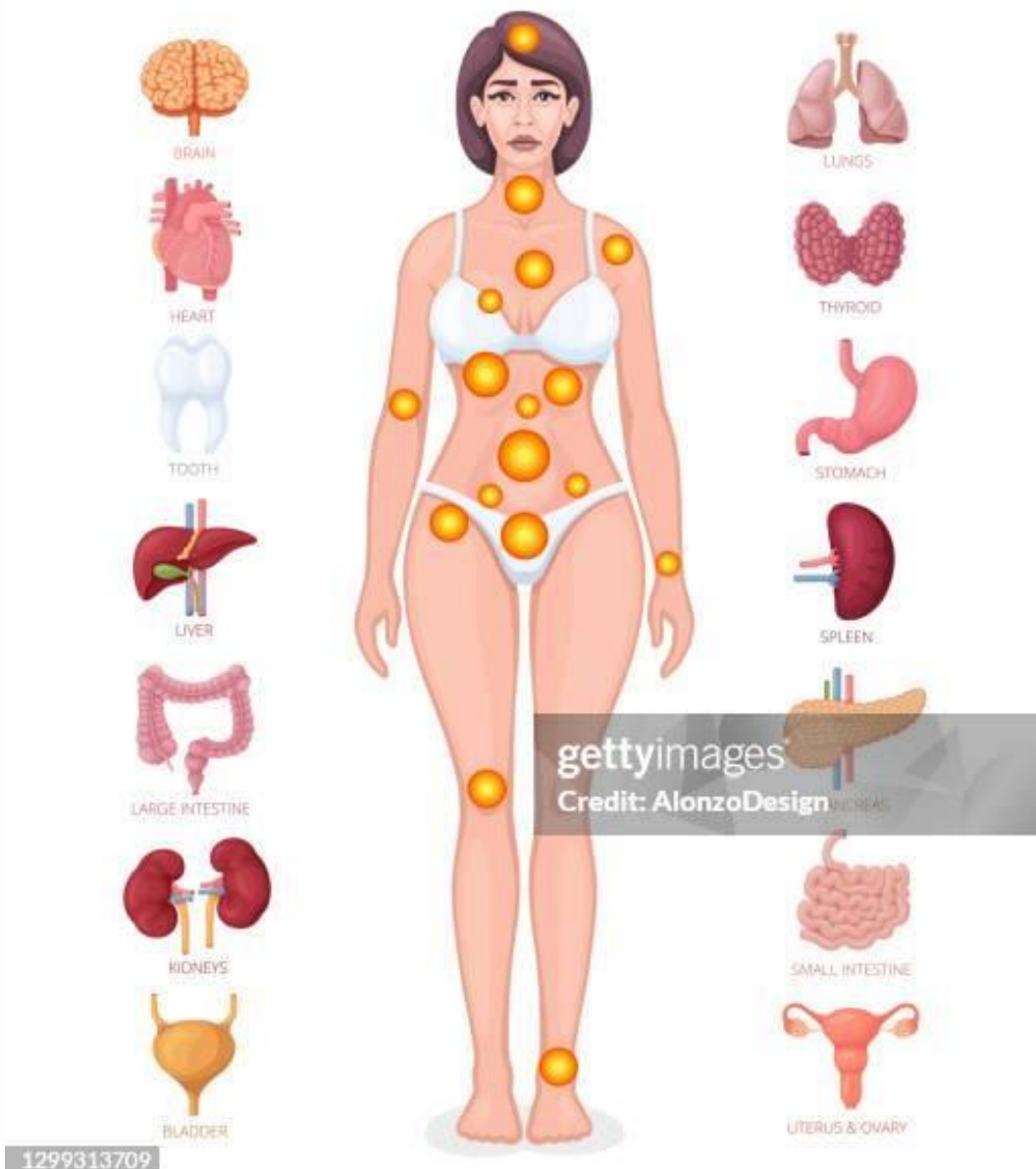


Normal



Prolapso Uterino





Distúrbios Metabólicos

- Alterações no metabolismo
- Alterações no metabolismo ósseo
- Manifestações Clínicas Não-Transitórias

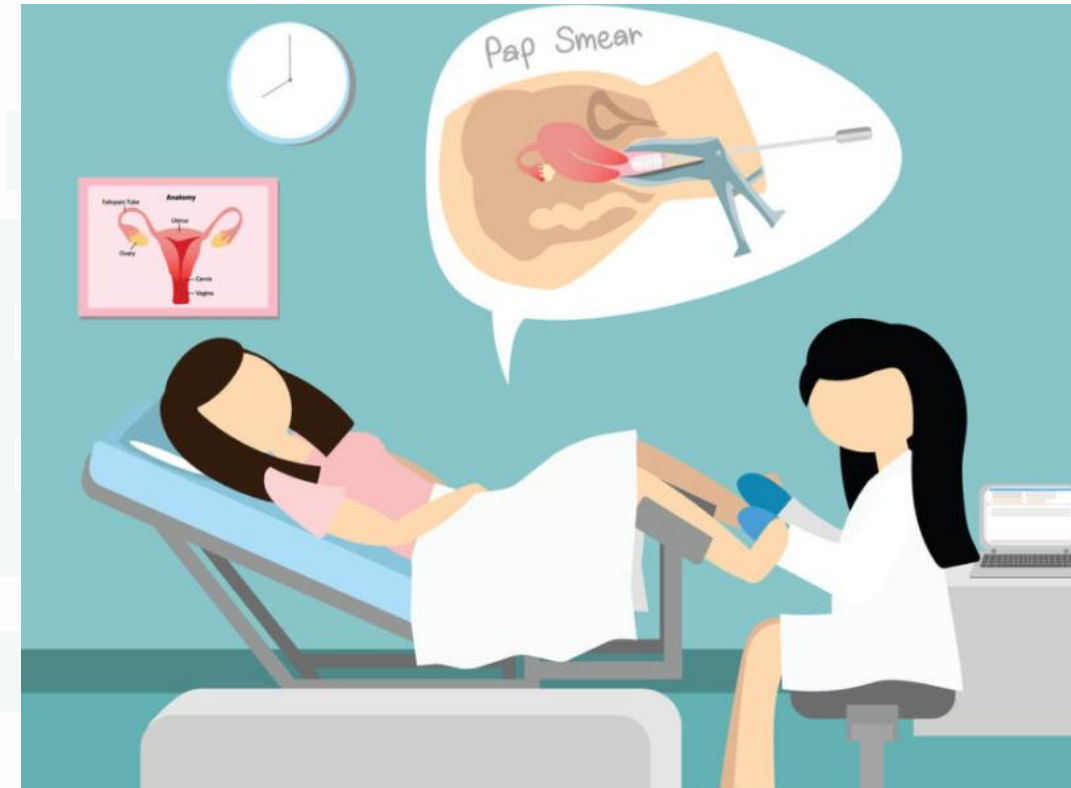
Exames Complementares

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



Preventivo ginecológico

- 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.



Preventivo ginecológico

- 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.

Em consulta ginecológica → avaliar rugosidade da mucosa e da lubrificação do colo e vagina - podem refletir nitidamente o *status* hormonal.

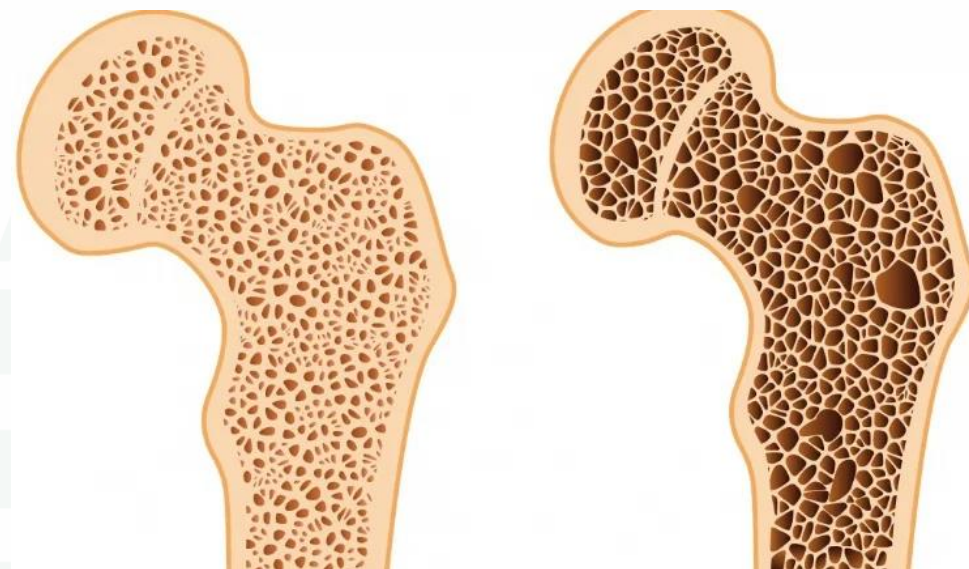
Avaliar a necessidade do uso de estrogênio oral ou tópico prévio ao exame, de preferência aqueles à base de estriol (creme) – 2cc intravaginal por 7 dias.

Outra opção é usá-lo 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.

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.



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), fâscies cushingóide, etc.

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 amenorreia 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 corticosteroides, 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

Prevenção -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.

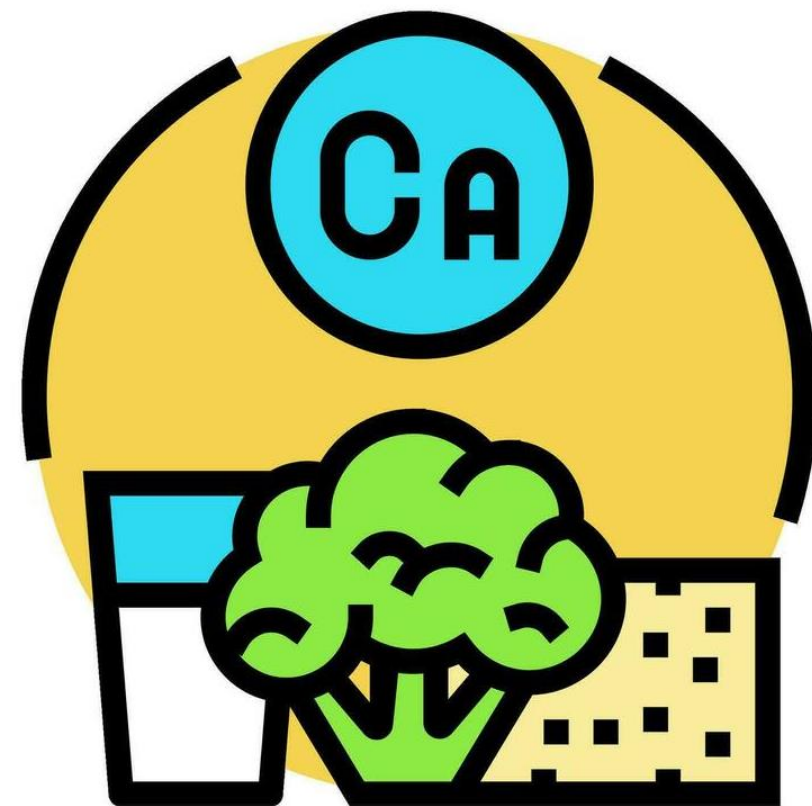
O **tratamento da osteoporose** também inclui **dieta, atividade física, exposição solar**, além das medidas preventivas de quedas e **uso de medicamentos**.



Dieta

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.



Cálcio

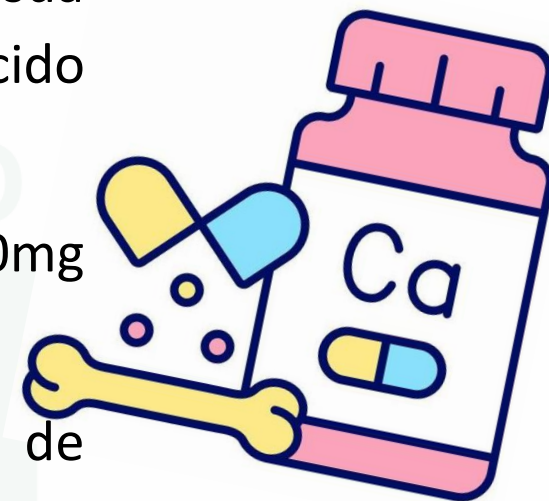
Todas as mulheres se beneficiarão de uma dieta rica em cálcio ou da sua suplementação para manutenção da saúde em geral e em particular do tecido ósseo.

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

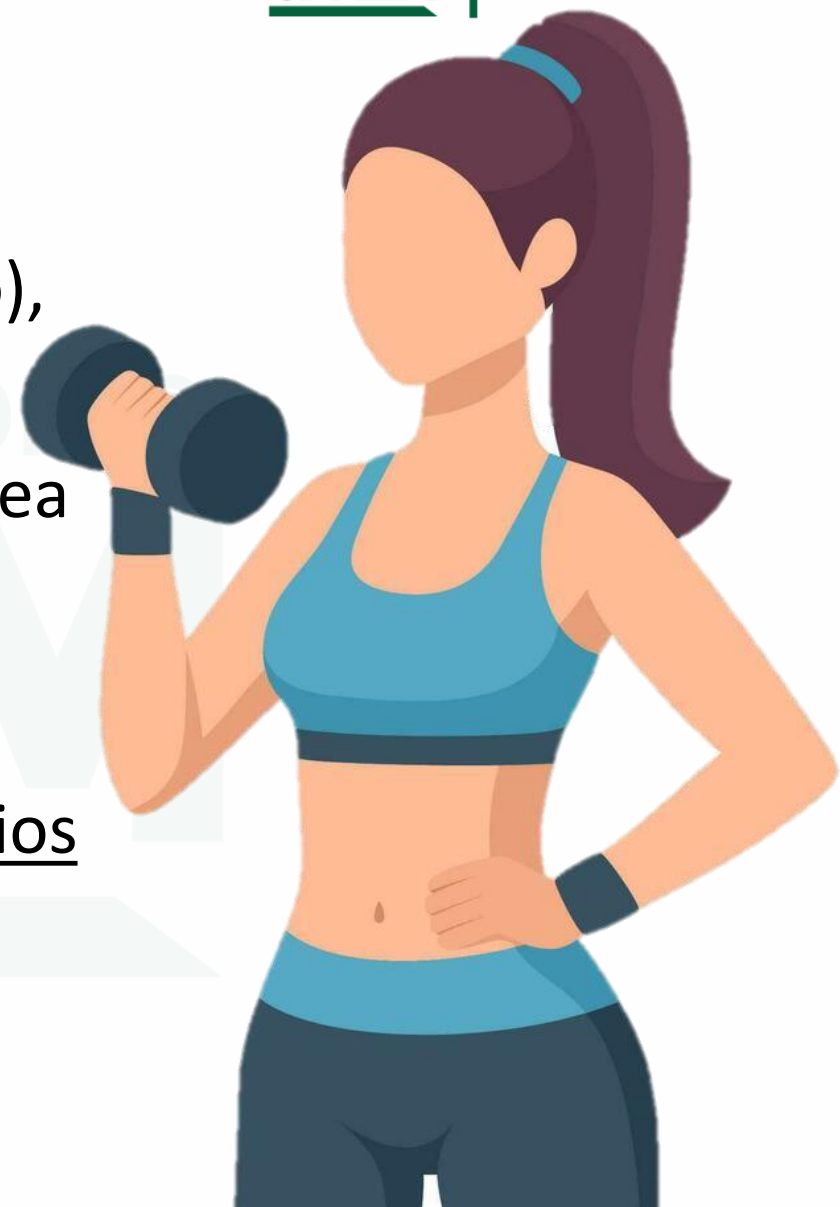
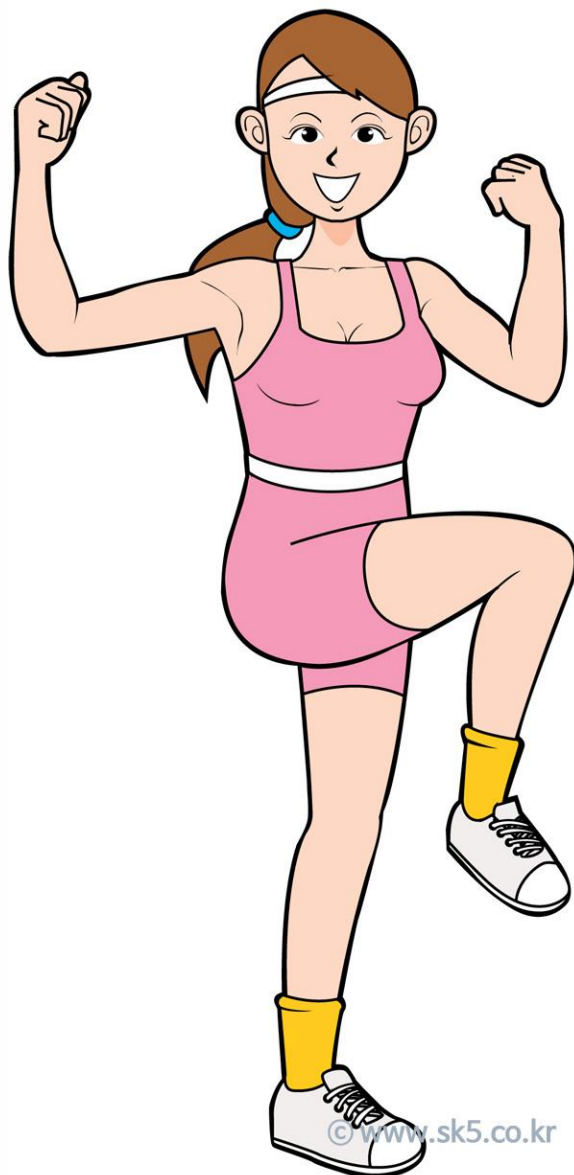
Pode ser **adquirida por meio da alimentação, medicação e exposição ao sol**, no mínimo 15 minutos ao dia, em horários e durante períodos adequados.

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.

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

No manual:

- FAZER LEITURA DA TABELA QUE CONTÉM: **NUTRIENTE, AS FUNÇÕES E AS FONTES DE ALIMENTOS**
- **ANTICONCEPÇÃO NO CLIMATÉRIO** – FAZER LEITURA NO MATERIAL COMPLEMENTAR
- AGRAVOS À SAÚDE MAIS FREQUENTES DURANTE O CLIMATÉRIO



Terapia Hormonal - indicações

Deve ser iniciada para alívio dos sintomas desagradáveis relacionados à redução dos esteroides 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.



Quadro 8: Contraindicações absolutas e relativas à terapia de reposição hormonal

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none">• Câncer de mama;• Câncer de endométrio;• Doença hepática grave;• Sangramento genital não esclarecido;• História de tromboembolismo agudo e recorrente;• Porfiria.	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensão arterial não controlada;• Diabetes mellitus não controlado;• Endometriose;• 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.

Efeitos Colaterais

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 estrogenioterapia tópica vaginal.

Quadro 7: Abordagem farmacológica e não farmacológica

Prescrição	Justificativa	Realizar/orientar	Executor
Ioga	A ioga é efetiva na redução da insônia e fogachos	Orientar a paciente com relação à prática de acordo com suas condições físicas, esclarecendo os benefícios e cuidados.	Enfermeiro
Acupuntura	A acupuntura é comumente utilizada no tratamento de sintomas climatéricos e outras condições ginecológicas e pode ser entendida como uma forma de estimulação neurológica. (BARRA <i>et al.</i> , 2014)	Realizar sessão de acupuntura em ambiente adequado. Informar a paciente sobre o que será realizado, tempo da sessão e benefícios do procedimento, deixando-a confortável e segura	Enfermeiro especialista
Exercícios de Kegel	São eficazes para tonificar os músculos do assoalho pélvico. A fraqueza deste grupo muscular pode contribuir para o aparecimento de incontinência urinária e diminuição do prazer sexual. (USP, 2014)	Orientar a paciente como realizar o exercício e sobre sua importância. (Anexo 1)	Enfermeiro
Fitoterápicos	Fitoterapia é o uso de plantas medicinais como matérias-primas. Para as mulheres com intolerância ou contraindicação aos estrogênios como terapia medicamentosa, pode-se fazer uso de fitoestrogênios (FIGUEIREDO, <i>et al.</i> , 2011)	Prescrever fitoterápico, orientar o uso e possíveis efeitos colaterais. (Anexo 3).	Enfermeiro especialista

Banhos de assento	No período do climatério são frequentes as alterações na flora vaginal ocasionadas pela mudança hormonal. O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas tentando-se, para tal, restaurar o equilíbrio vaginal através da redução do número de lactobacilos e, consequentemente, aumento do pH vaginal.	Orientar a paciente quanto ao banho de assento (Anexo 2).	Enfermeiro
Homeopatia	A homeopatia tem sido utilizada para tratamento dos sintomas da menopausa. (FIGUEIREDO <i>et al.</i> , 2011) A avaliação para o tratamento deve ser realizada pelo enfermeiro homeopata.	Prescrever medicamento homeopático: - <i>Lachesis muta</i> , <i>Belladonna Sulphur</i> , <i>Sepia officinalis</i> , <i>Sanguinaria canadensis</i> , <i>Amylium nitrosum</i> , <i>Calcarea carbonica</i> , <i>Glonoinum</i> , <i>Natrum muriaticum</i> e <i>Pulsatilla</i> .	Enfermeiro especialista
Terapia de reposição hormonal* (estrogênio tópico vulvovaginal)	Diminuição de libido, disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar que podem estar relacionados à atrofia genital. (COREN-SC, 2017)	Prescrever medicamento alopático: Estriol 1mg/g creme vaginal: 0,5g/dia inserido 2x/dia por 14 dias e, depois, 2x/semana por até 3 meses. Verificar níveis pressóricos trimestralmente e atentar para as alterações. (COREN-SC, 2017)	Enfermeiro

USP, 2014)

Lubrificação vaginal	A diminuição do hormônio estrogênio no climatério provoca alterações na região da vulva e vagina. Podem então aparecer sintomas como secura vaginal, diminuição da elasticidade da vagina, coceira, irritação, ardência e uma sensação de pressão. (USP, 2014)	Orientar quanto à utilização de lubrificantes íntimos a base de água. Conversar sobre as mudanças no organismo durante o climatério.	Enfermeiro
Cosmético Hidratação da pele Filtro solar com FPS 15 ou superior	Uso diário de um filtro solar com FPS 15 ou superior (preferencialmente acima de 30) - permite que a pele seja protegida dos efeitos nocivos do sol e conserva a umidade necessária às células cutâneas (BRASIL, 2008).	Recomendar uso de filtro solar com base umectante no rosto, pescoço e mãos todas as manhãs após a limpeza. Deve ser reaplicado periodicamente a cada três ou quatro horas, sempre que possível após nova limpeza com água. (BRASIL, 2008)	Enfermeiro

Exercícios físicos	A prática regular de atividade física melhora a capacidade cardiovascular e respiratória, promove o ganho de massa óssea, diminui a pressão arterial em hipertensas, melhora a tolerância à glicose e a ação da insulina (BRASIL, 2008).	Recomendar a prática de atividades físicas e exercícios aeróbicos e musculação devidamente orientados por profissionais da área. Exemplos: caminhada, natação, hidroginástica, dança, jardinagem, jogos ao ar livre, brincadeiras com crianças, andar de bicicleta, passear com o animal de estimação, etc.	Enfermeiro
Alimentação saudável	O consumo inadequado de alimentos pode contribuir para a osteoporose e o consumo excessivo pode causar obesidade que, além de ser uma doença crônica, pode aumentar os riscos para o desenvolvimento de hipertensão arterial, Diabetes mellitus e outras (BRASIL, 2008).	Recomendar a adoção de hábitos alimentares saudáveis, devidamente orientados por profissionais da área.	Enfermeiro

Sintomas neuropsíquicos.

- Labilidade emocional
- ansiedade,
- nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de auto-estima,
- 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

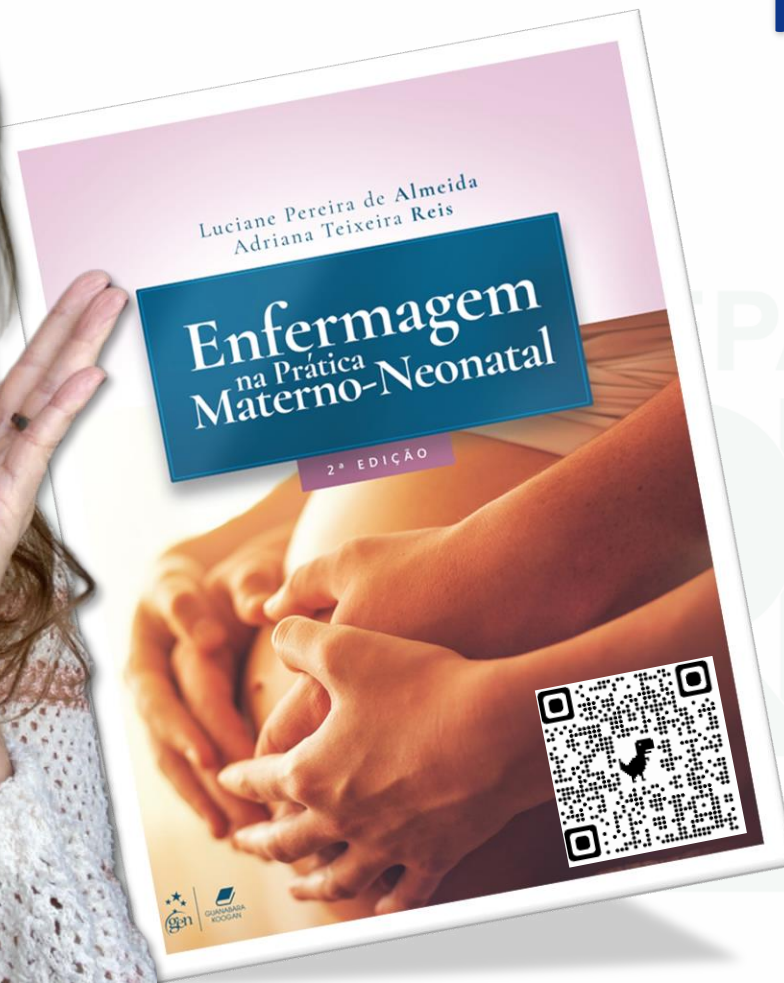
Alterações no metabolismo

Alterações no metabolismo ósseo

Manifestações Clínicas Não-Transitórias







PUBLICAÇÃO E REDE SOCIAL

CURSO PREPARATÓRIO
CPREM

Enfermagem



Instagram



@prof.luciane.pereira