



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

1. Saúde sexual e saúde reprodutiva

SEXO refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas; GÊNERO é uma construção social e histórica.

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

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

Direitos reprodutivos:

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

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

OBS: Fazer leitura dos direitos sexuais

QUESTÕES

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

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

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

- (A) Na atenção básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve atividades de aconselhamento, atividades educativas e clínicas.
- (B) “Sexo” refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas. “Gênero” é uma construção social e histórica.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

(C) A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas.

(D) A laqueadura tubária, ao contrário da esterilização masculina, deve ser incentivada por se tratar de um procedimento mais fácil e seguro em relação à vasectomia. Costuma ser realizada junto com o parto cesáreo.

Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde

(APS) deve ser orientada pelos seguintes princípios:

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

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

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

RESOLUÇÃO COFEN Nº 690/2022

Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

RESOLVE:

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

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

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

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

QUESTÕES

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

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

O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

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

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

QUESTÕES

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

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



1.1. DISFUNÇÕES SEXUAIS

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

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

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

Algumas parafiliais:

- **Exibicionismo**: exposição dos genitais em público, com intuito de impressionar ou chocar as pessoas.
- **Fetichismo**: excitação sexual com objetos inanimados, como sapatos, cabelo, roupas íntimas, entre outros.
- **Masoquismo**: prazer ou excitação sexual derivada do fato de sofrer abuso/agressão física ou psicológica ou de ser humilhado (masoquismo moral).
- **Sadismo**: excitação sexual derivada do fato de causar sofrimento físico ou psicológico a outra pessoa.
- **Frotteurismo**: friccionar genitais em outras pessoas (fora do contexto de uma atividade sexual com um parceiro) para adquirir excitação.
- **Voyerismo**: excitação sexual pela observação de atos sexuais ou pessoas nuas

QUESTÕES

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

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

2. PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

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

Classificação dos métodos

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

Temporários (reversíveis)

a. Hormonais



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

b. Barreira

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

c. Intrauterinos

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

d. Comportamentais ou naturais

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

e. Duchas vaginais

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

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

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

QUESTÕES

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

COLUNA I

1. Reversíveis
2. Irreversíveis

COLUNA II

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

Assinale a sequência **CORRETA**.

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

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

- I. É considerado direito sexual o direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- II. É considerado direito reprodutivo o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- III. Existem métodos anticoncepcionais reversíveis e irreversíveis, sendo que a escolha deve ser livre e informada.
- IV. Pelo método de Billings, à medida que se aproxima o dia da ovulação, o muco cervical fica elástico e escorregadio, facilitando a entrada dos espermatozoides no útero.

Está(ão) CORRETA(S) as afirmativas:

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

(E) A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de 27 anos e 1 filho, poderá fazê-la depois de 30 dias do parto.

2.1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

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

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

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

QUESTÕES

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

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

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

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

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

Em caso de esquecimento:

- Se esquecer de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.
- Se esquecer de tomar duas ou mais pílulas:
 - Tomar uma pílula imediatamente.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- Usar método de barreira ou evitar relações sexuais durante 7 dias.

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

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

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

2.3. ANTICONCEPCIONAIS HORMONIAIS ORAIS APENAS DE PROGESTOGÊNIO – MINIPÍLULAS

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

Interação medicamentosa.

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

Em caso de vômitos e/ou diarreia: vômitos dentro de **uma hora** após tomar a pílula, há risco de não ter sido absorvida; por esse motivo, indica-se tomar outra pílula de outra cartela

Diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, continuar, se for possível, a tomar a pílula normalmente na sequência indicada na cartela; contudo deve usar camisinha ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem

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



2.4. ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJETÁVEL

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

2.4.1. Anticoncepcional injetável combinado mensal – injetável mensal

- Seu uso entre as lactantes deve ser evitado, pelo menos até o 6º mês após o parto.
- Para evitar o risco de doença tromboembólica no período puerperal, não devem ser utilizados antes dos 21 dias após o parto, entre não lactantes.
- Podem causar acidentes vasculares, 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
- A primeira injeção deve ser feita até o 5º dia do início da menstruação. As aplicações subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias.
- Se houver atraso de mais de 3 dias para a aplicação da nova injeção, a mulher deve ser orientada para o uso da camisinha ou evitar relações sexuais até a próxima injeção.

2.4.2. Anticoncepcional hormonal injetável só de progestogênio – injetável trimestral

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM

CPREM

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			<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Câncer de mama atual; • Sangramento vaginal inexplicado.
			<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.
		Mensais	

QUESTÕES

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

() Iniciar o anticoncepcional oral combinado no meio do ciclo menstrual é contraindicado.

() A minipílula não é um método anticoncepcional eficaz indicado para mulheres que estão amamentando.

() O anticoncepcional injetável trimestral pode ser adiantado ou atrasado em até duas semanas.

() Para fazer o uso de anticoncepcional injetável trimestral é indicado realizar colpocitologia, exame de mamas e pélvico.

() Se a mulher vomitar nas primeiras duas horas após tomar o anticoncepcional oral combinado, ela pode tomar outra pílula assim que possível.

(A) F, V, F, V, F.
 (B) F, F, V, F, V.
 (C) V, V, V, F, F.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

(D) V, F, F, V, V.
(E) V, F, V, F, F

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

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

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

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

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

2.5. MÉTODOS DE BARREIRA

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

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

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

QUESTÕES

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

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

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

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

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

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

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

2.6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

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

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

1. Inserção - Momento apropriado para iniciar o uso:
 - ✓ Mulher menstruando regularmente:



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

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

✓ Após o parto.

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

✓ Após aborto espontâneo ou induzido:

- Imediatamente, se não houver infecção, embora a taxa de expulsão seja de 25%.
- Se houver infecção, tratar e orientar para a escolha de outro método eficaz. O DIU pode ser inserido após 3 meses, se não houver mais infecção e a mulher não estiver grávida.

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

O DIU deve ser removido nos casos de:

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

QUESTÕES

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

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

18- (MDS - 2019 - Prefeitura de Bom Repouso - MG - Enfermeiro) Durante uma consulta de enfermagem no qual uma mulher procurou o serviço de



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

planejamento familiar, foi detectado que a mesma possuía um diagnóstico de hipertensão arterial e trombose venosa, além do uso de tabaco. Para garantir o melhor método anticoncepcional, contraindica-se:

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

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

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

Estão corretas:

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

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

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

21- (CEV-URCA - 2021 - Prefeitura de Crato - CE - Enfermeiro) O planejamento reprodutivo é compreendido como um direito sexual e reprodutivo e deve



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

levar em consideração o contexto individual de decisão livre e informada sem discriminação ou qualquer tipo de violência. Em relação ao uso do Dispositivo intra-uterino (DIU), está INCORRETO afirmar:

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

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

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

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas corretas.

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

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

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

- (A) Certo
- (B) Errado



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

A resposta correta do enfermeiro deverá ser:

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

GARCIA, 2019.

A – O DIU de cobre é categoria 2.

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

D – O DIU de cobre é categoria 1 se:

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

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

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

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

2.7. MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

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

Os métodos comportamentais incluem: Ogino-Knaus (tabelinha), temperatura corporal basal, Billings (muco cervical), sintotérmico e coito interrompido.

2.7.1. TABELA OU CALENDÁRIO OU RITMO – OGINO-KNAUS

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

- Calcular a diferença entre eles. Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar esse método.
- Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:



- Subtraindo-se 18 do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.
- Subtraindo-se 11 do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.
- Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais vaginais durante o período fértil.

2.7.2. CURVA TÉRMICA BASAL OU DE TEMPERATURA

A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso. O casal que não deseja engravidar deve evitar as relações sexuais com penetração vaginal no período de 4 a 5 dias antes da data prevista da ovulação até o quarto dia da temperatura basal alta. A temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal. A temperatura oral deve ser verificada pelo tempo mínimo de 5 minutos. A temperatura retal ou vaginal deve ser verificada por, no mínimo, 3 minutos. Verificar diariamente a temperatura basal, pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de no mínimo cinco horas. Reconhecer que a diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem. O período fértil termina na manhã do quarto dia em que for observada a temperatura elevada.

2.7.3. MUÇO CERVICAL – BILLINGS

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

2.7.4. Sintotérmico

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

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

2.8. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

Quadro 12: Formas de anticoncepção de emergência.

Método Yuzpe	<ul style="list-style-type: none">Utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados, de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como "pílulas anticoncepcionais";Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel;Esse método deve ser reservado apenas para situações excepcionais, quando o levonorgestrel não se 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 Pilula Anticoncepcional de Emergência – PAE.

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

QUESTÕES

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

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

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

Está correto o apresentado em:

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

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

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

2.9. ANTICONCEPÇÃO NA PERIMENOPAUSA

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

2.10. ANTICONCEPÇÃO NA LACTANTE

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

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

Três condições devem ser cumpridas (todas):

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

QUESTÕES



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM

CPREM

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

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

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

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

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

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

- ✓ O **diafragma** é um bom método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas, mas é preciso repetir a medida do diafragma após cada parto.
- ✓ Os métodos comportamentais (tabela, muco cervical, temperatura basal, entre outros) só poderão ser usados após o estabelecimento de ciclos menstruais regulares.
- ✓ Com relação à **laqueadura tubária**, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

2.11. ANTICONCEPÇÃO NO PÓS-ABORTO



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

2.12. ANTICONCEPÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

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

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

DIU DE COBRE

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

GARCIA, 2019

Anticoncepção em pessoas vivendo com HIV / Aids

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

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

- **Anticoncepcionais hormonais:** Embora alguns estudos sugiram que potenciais interações medicamentosas entre antirretrovirais (ARV) e os anticoncepcionais hormonais possam alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARVs, as mulheres com HIV/Aids podem usar os anticoncepcionais hormonais (oral, injetável, minipílula). Neste sentido, as vantagens



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

de usar o método geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. Sugere-se ainda que, em caso de opção por um anticoncepcional oral combinado, deve-se usar formulação que contenha um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.

- **DIU:** A mulher portadora do HIV pode optar pela inserção do DIU de cobre, pois não há interação medicamentosa conhecida entre a terapia ARV e o uso de DIU. A mulher com Aids não deve colocar um DIU a menos que esteja clinicamente estável ou em terapia ARV.
- **Diaphragma:** é um ótimo método para mulheres motivadas a usá-lo e bem orientadas. Assim como todos os métodos de barreira, tem a vantagem de não ocasionar alterações sistêmicas. Em mulheres HIV-positivas, não deve ser utilizado associado ao espermicida.
- **Espermicidas à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2%:** não é indicado para mulheres HIV-positivas ou por parceiras de homens HIV-positivos, podendo provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal e cervical quando usados várias vezes ao dia, aumentando o risco para ISTs/HIV.
- Anticoncepção oral de emergência: é muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usado somente em caráter excepcional e como método de emergência.

2.13. ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

QUESTÕES

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

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

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

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

33-(UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Não existe método anticoncepcional 100% eficaz. Todos os métodos anticoncepcionais apresentam taxa de falha, que é calculada com o número de gestações não desejadas entre os usuários(as) de



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

determinado método anticoncepcional, nos primeiros 12 meses de uso. Considerando que a usuária fez o uso correto do seu método anticoncepcional, qual método a seguir apresenta a menor taxa de falha:

- (A) DIU com levonorgestrel.
- (B) Preservativo Masculino.
- (C) Anticoncepcionais Orais Combinados.
- (D) Laqueadura.
- (E) Injetáveis só de progestogênio.

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

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

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

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM

CPREM

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

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

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

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

Assinale a alternativa correta.

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

afirmações

falsas:

() O anticoncepcional oral combinado deve ser iniciado preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual.

() Se a paciente vomitar nas primeiras duas horas após tomar o anticoncepcional oral combinado, orienta-se a continuar tomando as pílulas normalmente no dia seguinte e utilizar preservativo nos 3 dias subsequentes.

() O anticoncepcional injetável trimestral é indicado apenas para mulheres com idade entre 25 e 49 anos.

() A inserção de DIU pode ser realizada por enfermeiros, desde que supervisionada por profissional médico.

() O DIU de cobre é altamente indicado para mulheres portadoras do vírus HIV, pois o método barreira inibe a transmissão do vírus.

() O anticoncepcional oral combinado não deve ser usado por mulheres em período de amamentação de até 6 semanas após o parto.

() A pílula anticoncepcional de emergência é apresentada por Levonorgestrel 0,75 mg.

Assinale a alternativa correta:

(A) F – V – F – V – F – F – F.

(B) V – F – F – F – F – V – V.

(C) F – F – V – V – F – V – F.

(D) V – V – V – F – V – F – V.

(E) F – F – F – V – F – F – F.

3. VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

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

Quadro 1: Formas de violência de gênero.

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

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



QUESTÕES

40- (Prefeitura de Campo Magro - PR 2016) Os tipos de violências, segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde, estão divididos em três grandes categorias. A natureza dos atos violentos poderá ser física, sexual, psicológica ou poderá envolver a negligência, a privação e o abandono. A alternativa que conceitua CORRETAMENTE um dos atos violentos é:

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

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

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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, sifilis e hepatites;• Teste de gravidez positivo;• Exames laboratoriais confirmatórios para HIV, sifilis e hepatites, outras ISTs e gravidez;• Demais exames compatíveis com alterações identificadas no exame físico.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiros

NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.

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

AMARELO

→ Vítimas de abuso sexual.

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM

CPREM

QUESTÕES

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

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

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

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

Alternativas

- (A) Certo
- (B) Errado

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

TRAUMATISMOS FÍSICOS

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

- **lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento** - deve-se proceder apenas com assepsia local.
- **lesões vulvo-perineais superficiais com sangramento** - indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- **Presença de hematomas** - aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente.
- **Presença de hematomas instáveis** - podem necessitar de drenagem cirúrgica.

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

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

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

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

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

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

QUESTÃO

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

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

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

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

45- (ESFCEX 2022) Como medida de anticoncepção de emergência foi prescrito o levonorgestrel (progesterônico), 1,5 mg, via oral. Em relação a essa medida, o enfermeiro deve informar à paciente que



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM

CPREM

- (A) sua próxima menstruação irá se adiantar, devendo ocorrer em até 48 horas após a ingestão do medicamento.
- (B) caso ocorra vômito após uma hora da ingestão do levonorgestrel, não será necessário ingerir nova dose do medicamento.
- (C) para que seja eficaz, o medicamento deverá ser ingerido em até sete dias após o contato sexual.
- (D) os efeitos secundários mais frequentes da anticoncepção de emergência são as náuseas e o vômito.
- (E) por se encontrar na primeira fase do ciclo menstrual, o método é seguro e eficaz, pois evita a gravidez em 100% dos casos.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

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

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

ESQUEMA PREFERENCIAL: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina.

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

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

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

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

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

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

O esquema de escolha para profilaxia das DST não virais em **crianças** inclui as mesmas do esquema para mulheres adultas (penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina). O uso de quinolonas é contraindicado em crianças, adolescentes e gestantes com peso menor que 45kg.



IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B

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

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber dose única de IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI HEPATITE B (IGHAHB), NA DOSE DE 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina. No caso do volume a ser administrado ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A 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.

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

VACINA ANTI-HEPATITE B

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

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

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

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

Imunização passiva.

Para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia.

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

INFECÇÃO PELO HIV

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS

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

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

Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

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

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

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

QUESTÕES

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

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

(E) zidovudina, lamivudina e lopinavir/ritonavir

48- (CEPERJ - 2012 - DEGASE - Enfermeiro) A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV, nos casos de violência, não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime (Ministério da Saúde, 2010). Nesse sentido, o manual “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica” recomenda, em situação absoluta, a profilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de:

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

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLENCIA 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 INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

PROCEDIMENTOS DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

Sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a 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 Hagar.
- 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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

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

- O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, facilitando a proliferação bacteriana e consequente destruição do DNA.
- Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA.
- Deve-se realizar esfregaço desse material biológico em duas lâminas de vidro, sem fixadores, devidamente identificadas.
- Nas situações de abortamento, o material embrionário deve ser acondicionado diretamente em frasco de pequeno volume, abolindo-se qualquer tipo de fixador.
- Nas gestações com menos de 12 semanas recomenda-se preservar parte dos restos embrionário. Nas gestações com 13 semanas ou mais, recomenda-se preservar parte do cordão umbilical ou parte de material fetal. Essas amostras devem ser devidamente identificadas e encaminhadas para congelação o mais breve possível, mantendo-as dessa forma preservadas por prazo indeterminado.

QUESTÕES

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

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

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

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



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- (C) Vacina e imunoterapia passiva para hepatite B, ultrassonografia transvaginal e profilaxia da gravidez.
- (D) Profilaxia da gravidez, início de antibioticoterapia para Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST) e coleta imediata para sorologias de sífilis, HIV, hepatite B

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

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

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

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

Estão corretas apenas as afirmativas

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

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

- (A) a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis não virais está contraindicada em qualquer idade gestacional.
- (B) o esquema utilizado para a anticoncepção de emergência em caso de violência sexual compreende a administração de pílula contendo levonorgestrel e anticoncepcional hormonal injetável mensal, em dose única.
- (C) independentemente do status vacinal, todas as vítimas de violência sexual devem receber uma dose de reforço da vacina contra hepatite B.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM

CPREM

(D) a anticoncepção de emergência é eficaz se a vítima tomar as pílulas anticoncepcionais até sete dias após a relação sexual desprotegida.

(E) quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual é desnecessária a imunoprofilaxia para hepatite B.

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

(A) Realizar a contracepção de emergência nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência apenas se a violência tiver ocorrido em até 12 horas.

(B) Realizar profilaxia das IST/AIDS e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 120 horas;

(C) Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de violência interpessoal/Autoprovocada.

(D) Explicar sobre os procedimentos a serem realizados, sem a necessidade da assinatura no Termo de Consentimento Informado para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados.

(E) Não encaminhar para outros locais de assistência e referência a fim de manter o sigilo profissional.

55-(EsFCEX 2023) Adolescente, 16 anos, sexo feminino, foi atendida em uma unidade de referência para vítimas de violência sexual, relatando estupro há 60 horas. Informou que ocorreu relação sexual vaginal, que o agressor fizera uso de preservativo durante todo o ato sexual e que, para se defender, havia mordido fortemente o indivíduo no ombro e na orelha, o que resultou em ferimento sangrento. Frente a essa situação, entre outras ações, foram realizados os testes rápidos para HIV, hepatite B e sífilis, que apresentaram resultado não reagente. De acordo com recomendado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais (MS, 2021), é correto afirmar que, para esse caso, a profilaxia antirretroviral para HIV

(A) deve ser iniciada, com a administração de zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC), por via oral, nas dosagens estabelecidas em protocolo, por 14 dias.

(B) devido à idade da vítima, deve ser iniciada, preferencialmente com zidovudina (AZT), via oral, na dosagem estabelecida em protocolo, por 28 dias.

(C) não está recomendada, porque o tempo transcorrido entre a violência e o atendimento excede 48 horas.

(D) deve ser iniciada, preferencialmente, com a administração de tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG), por via oral, nas dosagens estabelecidas em protocolo, por 28 dias.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

(E) não está recomendada, porque o agressor usou preservativo durante todo o transcorrer da relação sexual.

MATERIAL COMPLEMENTAR

4. Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério

4.1. O vírus da dengue

Os arbovírus são organizados filogeneticamente em 6 famílias (Togaviridae, Flaviviridae, Bunyaviridae, Reoviridae, Rhabdoviridae e Orthomyxoviridae). O vírus da Dengue (DENV), pertencente à família Flaviviridae.

Por ser um vírus cujo genoma é formado por RNA, o DENV apresenta elevadas taxas de mutação. Possui quatro sorotipos diferentes, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4.

O principal vetor do DENV no ciclo urbano no Brasil é o mosquito *Aedes aegypti*, responsável tanto pelos surtos epidêmicos quanto pelas taxas endêmicas dessa infecção.

Alguns grupos populacionais são mais susceptíveis a complicações e evolução para as formas mais graves da dengue, entre eles as gestantes e puérperas, especialmente até 14 dias pós-parto, em decorrência do retorno lento das alterações fisiológicas aos padrões pré-gestacionais.

Para o lado materno, o risco aumentado de morbimortalidade baseia-se na ocorrência potencial das formas graves, como choque, hemorragias e óbito. Quanto ao prognóstico perinatal comprometido, as complicações mais frequentemente observadas são a prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal.

4.2. Fases clínicas da dengue e caracterização da gravidade

A 1^a fase é chamada de fase febril, a 2^a é chamada de fase crítica e a 3^a é chamada de fase de recuperação

Em média, 24 horas após a entrada do DENV no organismo, o sistema imune começa a esboçar sua resposta, inicialmente baseada na produção de imunoglobulina M (IgM), detectável para subsídio diagnóstico após o 5º dia de manifestações clínicas da dengue. A produção de imunoglobulina G (IgG) normalmente é detectável após 14 dias.

4.2.1. Fase febril

É também chamada de “dengue sem sinais de alarme”, sendo caracterizada por febre, geralmente de início súbito e elevada (39-40°C), associada a cefaleia, rash cutâneo maculopapular (50% dos casos), prostração, mialgia, artralgia de baixa intensidade e dor retro-ocular. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia com fezes pastosas também podem estar presentes. De forma geral, a prova do laço é positiva nessa fase. Após a fase febril, grande parte dos pacientes se recupera, com melhora da febre e retorno gradual para a normalidade.



4.2.2. Fase crítica

Fora e durante a gravidez, os sinais de alarme devem ser sistematicamente pesquisados e valorizados, visto que indicam alterações com potencialidade de evolução para formas mais graves da doença e piora da saúde materna. Normalmente, cursam com leucopenia e plaquetopenia progressivas.

4.2.3. Dengue com sinais de alarme

Têm início com o declínio da febre, entre 3 e 7 dias após o início dos sintomas. Os sinais de alarme resultam do aumento da permeabilidade vascular e marcam o início da deterioração clínica, quadro que exigirá internação hospitalar

Na **fase inicial**, as manifestações clínicas são dominadas por febre, cefaleia, exantema maculopapular, mal-estar, astenia, mialgia, artralgia (normalmente de baixa intensidade) e dor retro-orbitária. Nos **casos mais graves**, a febre tende a ceder entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas (período de defervescência), mas surgem outras complicações que devem alertar o obstetra para uma evolução mais grave. São os casos de dor abdominal intensa, vômitos, derrames das cavidades virtuais, hipotensão, hepatomegalia, manifestações hemorrágicas e sinais de comprometimento do sistema nervoso central (letargia e/ou irritabilidade).

A prova do laço deve ser realizada na triagem de todos os pacientes com suspeita de dengue sem sangramento espontâneo.

1. Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula:

$$\text{Média da Pressão Arterial} = \frac{\text{Pressão Arterial Sistólica} + \text{Pressão Arterial Diastólica}}{2}$$

2. Insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor médio, manter durante cinco minutos em adultos ou três minutos em crianças;
3. Demarcar uma área de aproximadamente 2,5 cm x 2,5 cm abaixo 5 cm da dobra do cotovelo, delimitando-a como um quadrado na pele com caneta ou outro marcador;
4. Contabilizar o número de petéquias no quadrado;
5. Avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças



- ✓ Em decorrência da permeabilidade vascular comprometida, observam-se maior risco de choque, trombocitopenia e fenômenos hemorrágicos;
- ✓ Na fase aguda da doença, mulheres no ciclo gravídico-puerperal precisam de atenção e cuidado diferenciado, que deve incluir também gestantes com menos de 12 semanas
- ✓ Incluir nesse grupo de maior risco também a puérpera até o 14º dia após o parto.

4.3. FISIOPATOLOGIA DA DENGUE NA GESTAÇÃO

- O aumento da permeabilidade capilar em gestantes é uma adaptação funcional, mas que é nitidamente exacerbada na dengue. Esse fato alerta para o maior risco de a gestante e a puérpera com dengue desenvolverem edema agudo de pulmão quando incluídas em regime de hiper-hidratação, que faz parte do tratamento da doença;
- A produção de citocinas pró-inflamatórias pode estimular o útero, além de aumentar a permeabilidade capilar sistêmica e também placentária, com potencial para resultar em aumento das taxas de abortamento, prematuridade, restrição do crescimento fetal, morte fetal e transmissão vertical do DENV;
- Uma vez estabelecida a infecção pelo DENV, após um período inicial de incubação de tipicamente 3 a 7 dias, ela se manifesta com início súbito de febre acompanhada de viremia elevada, conhecida como fase febril
- A disfunção endotelial observada na fase crítica da dengue grave associa-se a um aumento transitório da permeabilidade vascular, em última análise a responsável pelo extravasamento vascular para o interstício, com acúmulo de líquido nas cavidades pleural e peritoneal, e redução da pressão arterial e da pressão de pulso, resultando em má perfusão dos órgãos.
- Considera-se que a leucopenia e a trombocitopenia sejam as alterações hematológicas mais frequentes e típicas da dengue. A leucopenia acontece precocemente tanto na doença leve como nas formas mais graves e parece ser decorrente de um efeito direto do vírus na medula óssea. Algum grau de trombocitopenia é comum nas diferentes formas clínicas, mas a trombocitopenia grave (<50.000 plaquetas/mm³) está associada a maior gravidade da doença e a desfechos desfavoráveis.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

4.4. Diagnóstico laboratorial

- ✓ Na fase aguda, que ocorre nos primeiros 3 a 7 dias após o início dos sintomas, o RNA viral sérico seria o melhor exame, para isso utilizando a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR).
- ✓ A partir do 6º dia das manifestações clínicas da dengue, o diagnóstico laboratorial da infecção é feito com base nos testes da resposta imune ao vírus, aferindo a presença de IgM e IgG.
- ✓ IgM (a partir do 7º dia) e IgG (a partir de 14-17 dias).
- ✓ O hemograma é fundamental não somente para auxiliar paralelamente no diagnóstico da dengue, mas também na classificação da gravidade: mais significativas são leucopenia, plaquetopenia e elevação do hematócrito

4.5. Formação de grupos segundo a gravidade da doença

- **Grupo A:** Preenche os requisitos de dengue, mas não apresenta nenhum sinal de alarme, sem condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades.
- **Grupo B:** Dengue sem sinais de alarme, mas apresenta condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades. Se houver sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço, também se classifica nesse grupo.
As condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades são: gestantes, lactentes (< 2 ANOS) adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, doenças hematológicas crônicas (anemia falciforme e púrpura) doença renal crônica, hepatopatias e doenças autoimunes.
- **Grupo C:** Quando houver algum sinal de alarme.
- **Grupo D:** Quando houver algum sinal de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)

SINAIS DE ALARME DE DENGUE

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Acúmulo de líquidos nas cavidades virtuais
- Hipotensão postural e/ou lipotimia
- Hepatomegalia (fígado > 2 cm abaixo do rebordo costal)
- Sangramento de mucosa
- Sinais de acometimento do sistema nervoso central (letargia, irritabilidade, alterações comportamentais, convulsão, entre outros)
- Aumento do hematócrito (>10%) e queda de plaquetas

SINAIS DE GRAVIDADE DE DENGUE

Extravasamento grave de plasma levando ao choque evidenciado por taquicardia

- Extremidades distais frias, com pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos)
- Pressão diferencial < 20 mmHg (pressão arterial convergente)
- Hipotensão arterial e cianose (fase tardia do choque)
- Taquipneia



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- Hipotermia ou redução repentina da temperatura corporal
- Oligúria (<1,5ml/kg/h)
- Edema agudo com insuficiência respiratória
- Sangramento grave, podendo haver hematêmese e/ou melena
- Comprometimento grave de múltiplos órgãos

Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas		
Azul	Grupo A	Atendimento conforme o horário de entrada
Verde	Grupo B	Prioridade
Amarelo	Grupo C	Urgência - Atendimento o mais rápido possível
Vermelho	Grupo D	Emergência - Necessidade de atendimento imediato

Como não existe tratamento antiviral para a dengue, o tratamento, na maioria das vezes, consistirá em repouso, ingestão ou infusão de líquidos para prevenir desidratação e uso de analgésicos e antipiréticos como paracetamol ou dipirona, quando necessário.

O uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) está contraindicado, visto que pode agravar o quadro hemorrágico.

IMPORTANTE:

Outra variável que preocupa na assistência à gestante com dengue é o uso de AAS para a prevenção secundária de pré-eclâmpsia ou para evitar fenômenos tromboembólicos.

Na vigência da fase aguda da dengue, o uso desse medicamento deverá ser suspenso.

É senso comum que o AAS poderá ser reintroduzido uma semana após a remissão da doença.

Grupo B – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto sem sinais de alarme

Gestantes ou puérperas apresentem as manifestações clínicas sugestivas ou diagnóstico de dengue e não apresentem nenhum sinal de alarme ou gravidade. Devem ser atendidas o mais rápido possível, necessitam de vigilância e hidratação

Orientações para a hidratação oral de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue

- A hidratação oral das gestantes e puérperas deve ser iniciada em ambiente de assistência à saúde, o mais breve possível.
- Ingestão de 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral (SRO) e com volume maior no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, entre outros), utilizando os meios mais adequados à idade e aos hábitos alimentares da paciente.
- Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para uma grávida de 70 kg, orientar a ingestão de 60 mL/kg/dia, totalizando 4,2 L/dia. Assim, será ingerido, nas primeiras 4 horas, um volume de 1,4 L. Os 2,8 L restantes serão distribuídos nos outros períodos. Nas primeiras 4 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume.
- Para gestantes e puérperas que não suportam a hidratação oral, permite-se infundir



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

até 5 mL/kg/hora de solução fisiológica, obedecendo aos mesmos princípios de controle da hidratação. A intolerância ou recusa da hidratação oral pode ser motivo até de internação.

- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, e sim liberada de acordo com a aceitação da gestante.

Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo B)

- Solicitar exames complementares de acordo com a condição clínica associada.
- Solicitar hemograma para avaliar a contagem de plaquetas e comparar o hematócrito com o valor basal (a gestante deve ter esse dado anotado em sua carteira de pré-natal). Se o hematócrito estiver até 10% maior que o seu basal: repetir hemograma diariamente até 48 horas após cessar a febre.
- Manter a gestante em leito de observação (controle rigoroso de sinais vitais, sinais e sintomas) até checar os resultados de exames.
- Iniciar a hidratação por via oral: inicial de 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 nas primeiras 4 horas.
- Repetir avaliação clínica, hematócrito e plaquetas após 4 horas de hidratação.
- Medicamentos sintomáticos: antitérmicos, analgésicos e antieméticos, conforme a necessidade. Os anti-inflamatórios não esteroidais estão contraindicados.
- Pacientes com hematócrito normal podem fazer o controle ambulatorial com reavaliação clínica e laboratorial diariamente (até 48 horas após cessada a febre); orientar sobre sinais de alarme, hemorragias ou choque e orientar a não se automedicar; permanecer em repouso e procurar serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais de alarme.
- A presença de hemoconcentração (aumento do hematócrito > 10% ou valor > 44% na ausência de exame para comparação) ou o aparecimento de sinais de alarme classifica automaticamente as gestantes ou puérperas até o 14º dia pós-parto no Grupo C, e elas deverão ser internadas. Contagem de plaquetas < 50.000/mm³ também é um indicador de gravidade, recomendando-se a internação hospitalar para melhor controle.

Grupo C – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com sinais de alarme

Elas devem ser internadas, preferencialmente, em um hospital onde exista a possibilidade de cuidados intensivos, caso ocorra progressão da doença.

Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo C)

- Devem permanecer internadas até a estabilização, no mínimo 48 horas. • Iniciar reposição volêmica imediata (10 mL/kg de soro fisiológico na primeira hora) em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.
- Monitoramento dos sinais vitais durante a infusão líquida, em especial a frequência cardíaca e respiratória, a ausculta respiratória, a qualidade do pulso, a turgência jugular, a diurese e o nível de consciência.
- Solicitar hemograma, eletrólitos, dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Solicitar radiografia de tórax (com adequada proteção abdominal) e ultrassonografia abdominal.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- Na dependência da necessidade, solicitar glicemia, ureia, creatinina, gasometria, tempo de tromboplastina parcial ativada e ecocardiograma.
- Reavaliar após 1 hora (sinais vitais, pressão arterial, diurese – desejável 1 mL/kg/h), manter hidratação 10 mL/kg/h, na segunda hora, até avaliação do hematócrito, que deverá ocorrer em 2 horas (após a etapa de reposição volêmica). O total máximo de cada fase de expansão é 20 mL/kg em 2 horas, com administração gradativa e monitorada.
- Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até 3 vezes. Reavaliação clínica (sinais vitais, pressão arterial, diurese) após 1 hora e de hematócrito em 2 horas após a conclusão de cada etapa.
- Observando-se melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
 - **Primeira fase:** 25 mL/kg em 6 horas; se houver melhora clínica, iniciar a segunda fase;
 - **Segunda fase:** 25 mL/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado.
- Gestantes do Grupo C devem permanecer internadas até a estabilização e critérios de alta, por período mínimo de 48 horas.
- Se não houver melhora clínica e laboratorial, conduzir como Grupo D

Grupo D – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com sinais de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)

Os sinais de choque na dengue são: taquicardia, extremidades distais frias, pulso fraco filiforme, enchimento capilar lento (>2 segundos), pressão arterial convergente (<20mmHg), taquipneia, oligúria (<1,5ml/kg/h) hipotensão arterial (fase tardia do choque) e cianose (fase tardia do choque).

Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo D)

- Solicitar leito de terapia intensiva. Caso esse não esteja acessível, instituir imediatamente as medidas de manejo e monitoramento.
- Para a reposição volêmica, iniciar imediatamente a fase de expansão rápida, parenteral, com soro fisiológico a 0,9% (20 mL/kg em até 20 minutos) em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.
- Reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito a cada 2 horas. Essas pacientes necessitam de monitoramento contínuo.
- Repetir a fase de expansão até três vezes. Se houver melhora clínica e laboratorial após a fase de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada.
- Solicitar hemograma completo e dosagem de albumina e transaminases. • Solicitar radiografia de tórax (com adequada proteção abdominal) e ultrassonografia para avaliar derrames cavitários.
- Outros exames como glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina e atividade enzimática e ecocardiograma poderão ser realizados conforme necessidade.
- Essas pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até a estabilização (mínimo de 48 horas) e, após a estabilização, devem permanecer em leito hospitalar.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- Se a resposta for inadequada e caracterizada pelo choque, será preciso avaliar: - Hematócrito em ascensão após a reposição volêmica adequada, utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5 a 1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 mL dessa solução, usar 25 mL de albumina a 20% e 75 mL de soro fisiológico a 0,9%).

Na falta dela, utilizar coloides sintéticos (10 mL/kg/hora);

- Hematócrito em queda e persistência do choque, investigar hemorragias ocultas e

avaliar a coagulação;

- Na presença de hemorragia: transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia);

- Na presença de coagulopatia: avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 mL/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5 a 10 kg);

- Considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, após a correção dos fatores de coagulação e do choque; trombocitopenia e INR >1,5 vez o valor normal.

- Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar:

- Sinais de desconforto respiratório e sinais de insuficiência cardíaca congestiva, e investigar hiperhidratação;

- Reduzir a infusão de líquido e usar diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.

- A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária se houver:

- Término do extravasamento plasmático;

- Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica; - Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento;

- Diurese normalizada;

- Resolução dos sintomas abdominais.

- Após preencher os critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme o Grupo B.

4.6. Linha de cuidado pré-natal, obstétrico e puerperal

Evento relativamente frequente entre gestantes com dengue grave é o **trabalho de parto pré-termo**, e a indicação é de que a inibição do trabalho de parto pré-termo pode ser realizada utilizando para a tocolise o fármaco mais adequado é a **atosibana**, um inibidor de ocitocina. O uso de AINES está contraindicado em qualquer fase da dengue. Por sua vez, a terbutalina, o sulfato de magnésio e o nifedipino apresentam limitações de uso em gestantes com dengue, principalmente na fase de choque, mas, entre eles, o nifedipino seria aquele com melhor perfil para ser utilizado em gestantes com dengue atendidas em maternidades sem acesso à atosibana.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

Dependendo da IG, está liberado o uso de corticoides para a profilaxia de hemorragias parenquimatosas do feto/neonato e a aceleração da produção de substâncias surfactantes. Preconizam-se a betametasona e, alternativamente, a dexametasona.

A melhor opção de parto para gestantes com dengue é o parto via vaginal, preferentemente com plaquetas acima de 50.000/mm³.

Deve **evitar a via intramuscular** para administração de medicamentos em pacientes com dengue → ocitocina profilática universal do pós-parto por via endovenosa, conforme se segue: 5 UI in bolus em infusão lenta a cada três minutos e, se for necessário, até a 3^a dose. Na sequência, infundir mais 20 UI em 500 mL por 2 horas (250 mL/h) e mais 20 UI em 500 mL por 4 horas (125 mL/h)

Na eventualidade de parada cardiorrespiratória de gestante com dengue e com mais de 20 semanas de IG, a reanimação cardiopulmonar deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior. Considerar a realização da cesárea depois de 4 a 5 minutos de tentativa de ressuscitação cardiopulmonar.

Manejo obstétrico na gestante com dengue

- Inibição do trabalho de parto pré-termo com atosibana (preferentemente) ou nifedipino; permitido o uso de corticoide.
- O sulfato de magnésio pode ser utilizado em gestantes com dengue (sem choque ou hemorragias) com menos de 32 semanas ou nos casos de pré-eclâmpsia grave. Recomenda-se que o gluconato de cálcio esteja disponível para uso imediato, caso haja necessidade de seu uso.
- Suspender AAS e anticoagulação profilática na vigência de sangramento ou plaquetas < 30.000 mm³.
- Evitar a realização de procedimentos obstétricos que possam ser adiados.
- No parto/cesariana/aborto inevitáveis, a equipe deve estar preparada para possível aumento de sangramento, com reserva de sangue e medidas de prevenção. Manter plaquetas > 50.000/mm³ no parto e > 70.000/mm³ na cesárea.
- O aleitamento natural é permitido.
- Seguimento do neonato para avaliar a transmissão vertical se o nascimento ocorrer entre 10 dias antes e 10 horas após o início do quadro febril.

O risco de transmissão do DENV por meio da **amamentação** parece ser um evento raro, por isso, considerando as inúmeras vantagens do aleitamento natural, a orientação é a manutenção do aleitamento natural em puérperas com dengue

Não há dúvida de que as vacinas são recursos poderosos para evitar algumas infecções em gestantes, mas, considerando o DENV, **nenhuma das vacinas disponíveis está liberada para uso durante a gravidez**, visto que apresentam vírus atenuados em sua composição.

Critérios de alta hospitalar



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES ENFERMAGEM

CPREM

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
 - Ausência de febre por 24 horas.
 - Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
 - Plaquetas em elevação.

Referencial

Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Ministério da Saúde.

Manual de prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério. São Paulo: Federação Brasileira de Associações de Ginecologia Obstetrícia/Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica, nº 26, 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

GABARITO

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