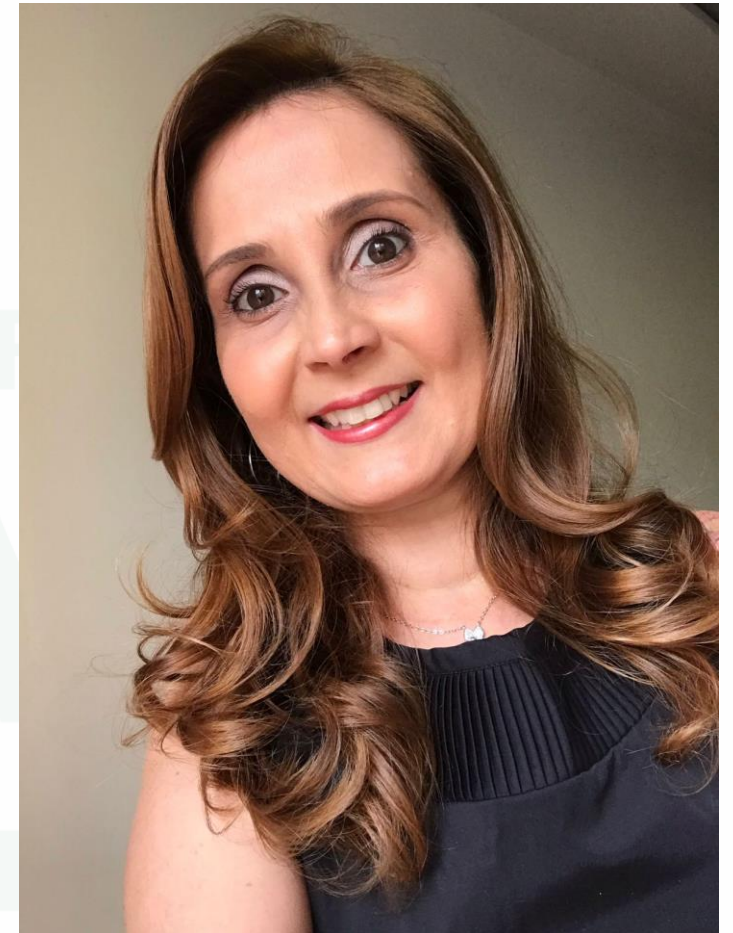


Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército



LUCIANE PEREIRA DE ALMEIDA



Aula 1 – 04/11/2023 – Assistência ao pré-natal de baixo risco



Aula 2 – 17/02/2024 - Gestação de alto risco



Aula 3 – 24/02/2024 – Parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados ao RN



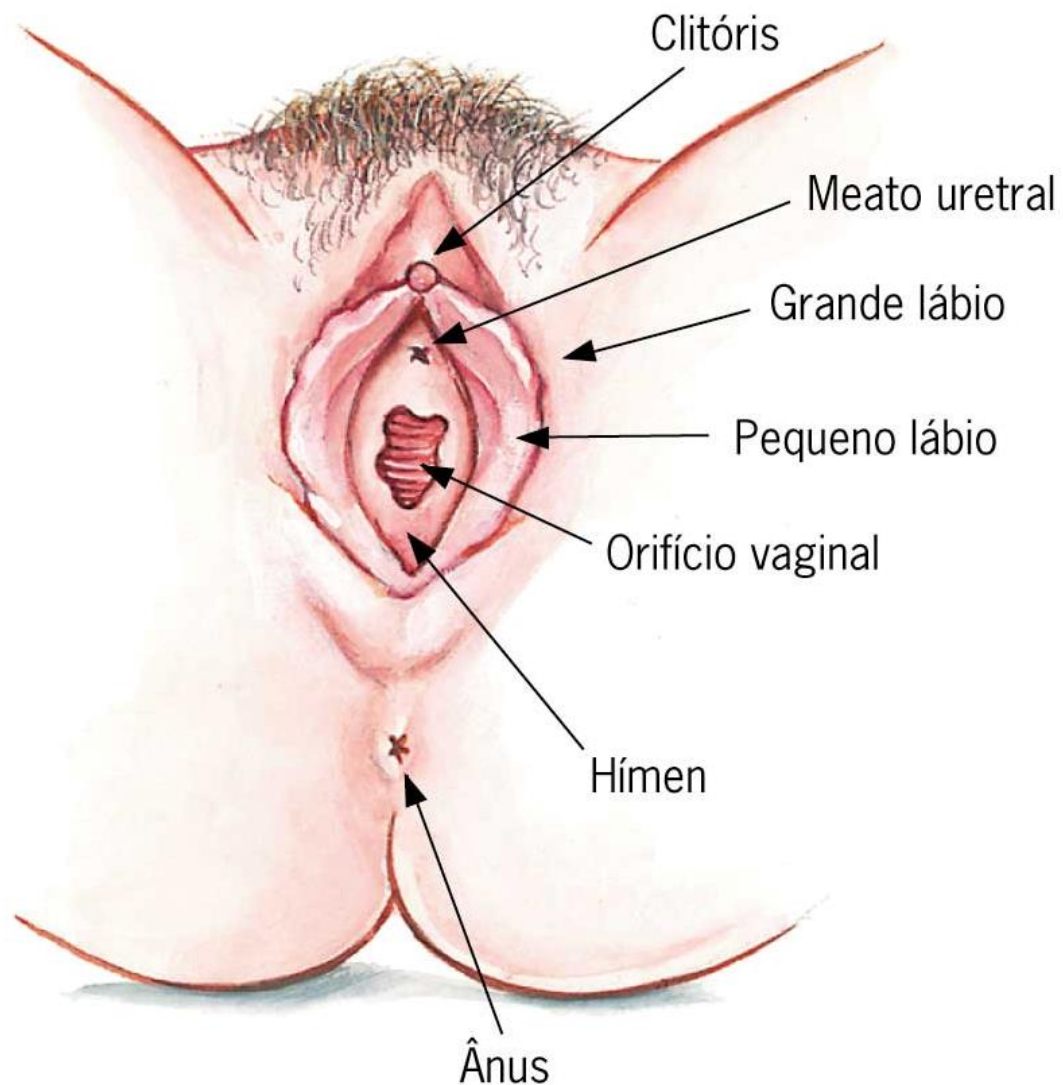
Aula 4 – 26/04/2024 – Assistência de Enfermagem à Saúde sexual e saúde reprodutiva



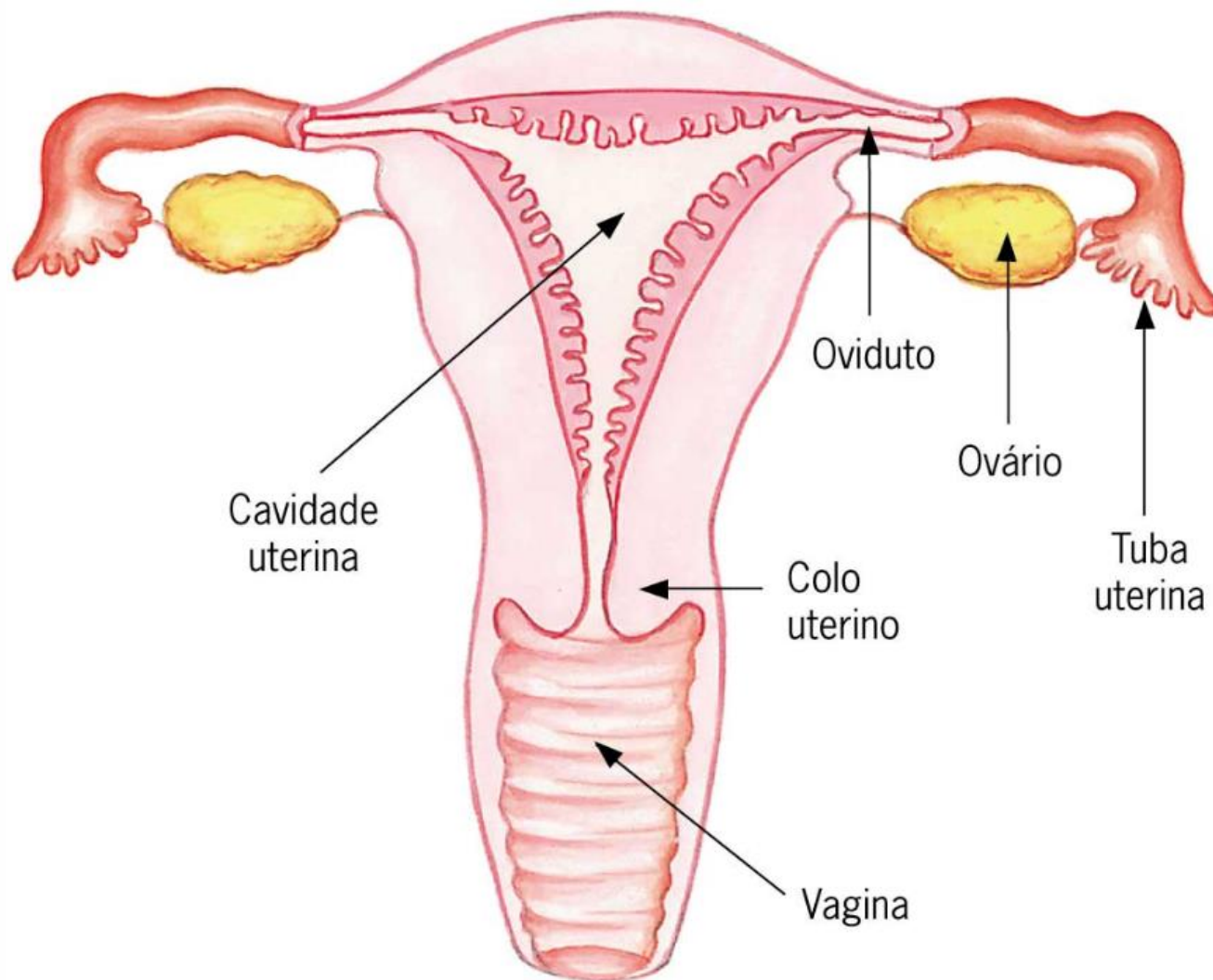
Aula 5 – 27/04/2024 – Prevenção do câncer do colo de útero e de mama

Ginecologia
CA de mama e
colo do útero
Climatério

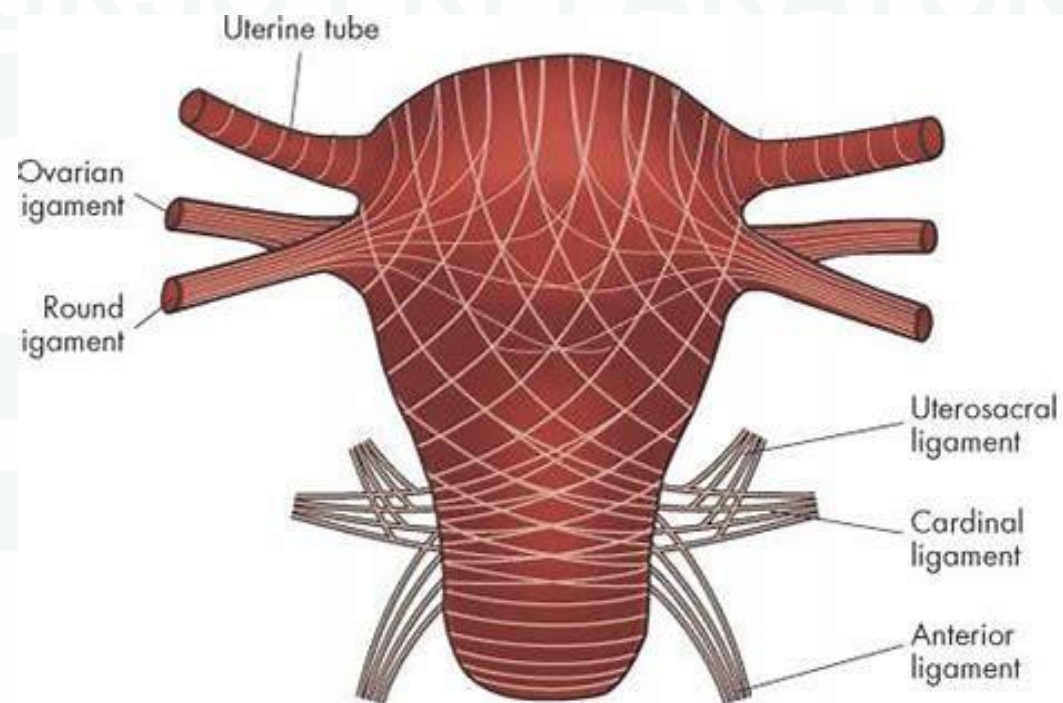


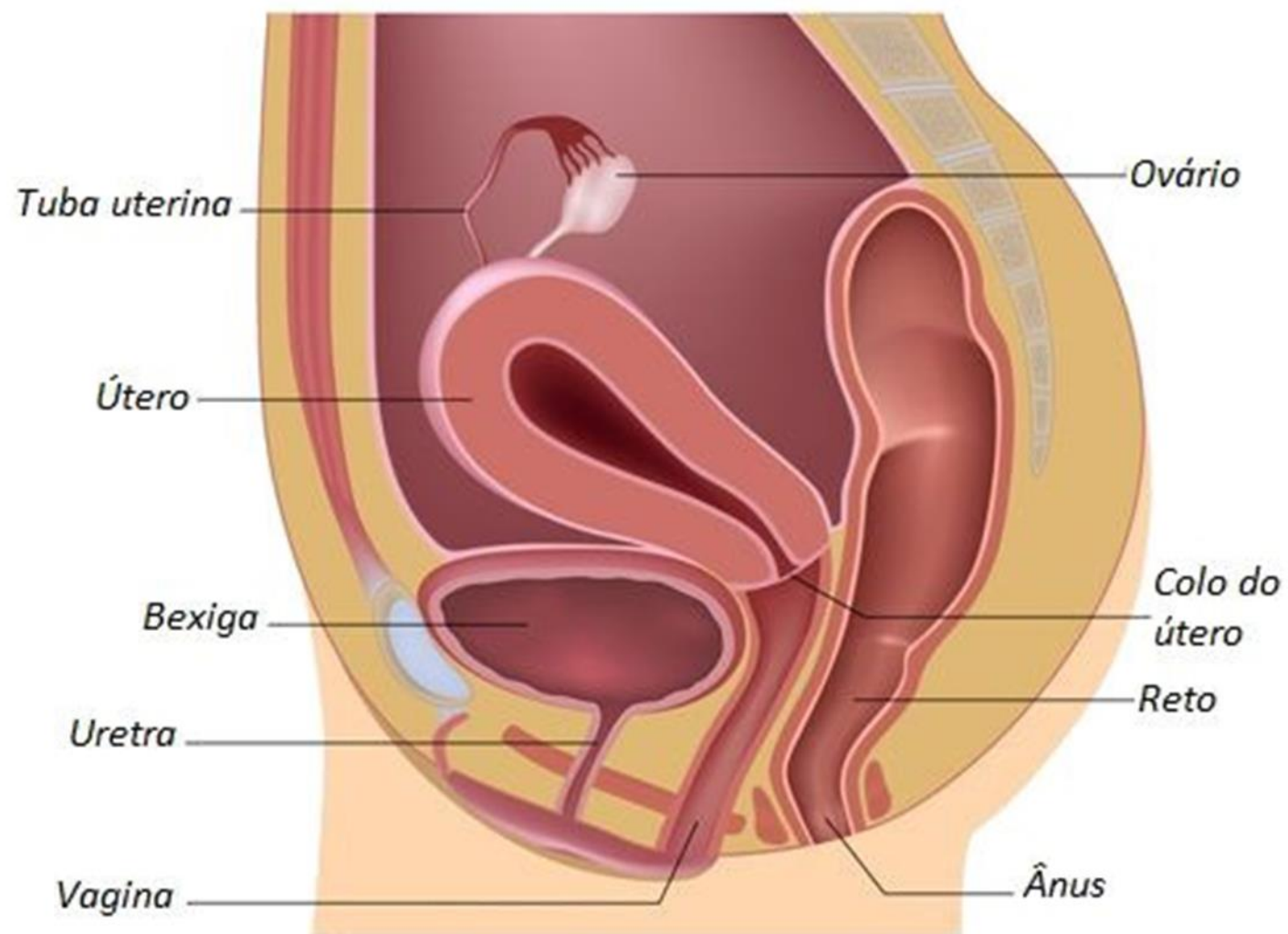


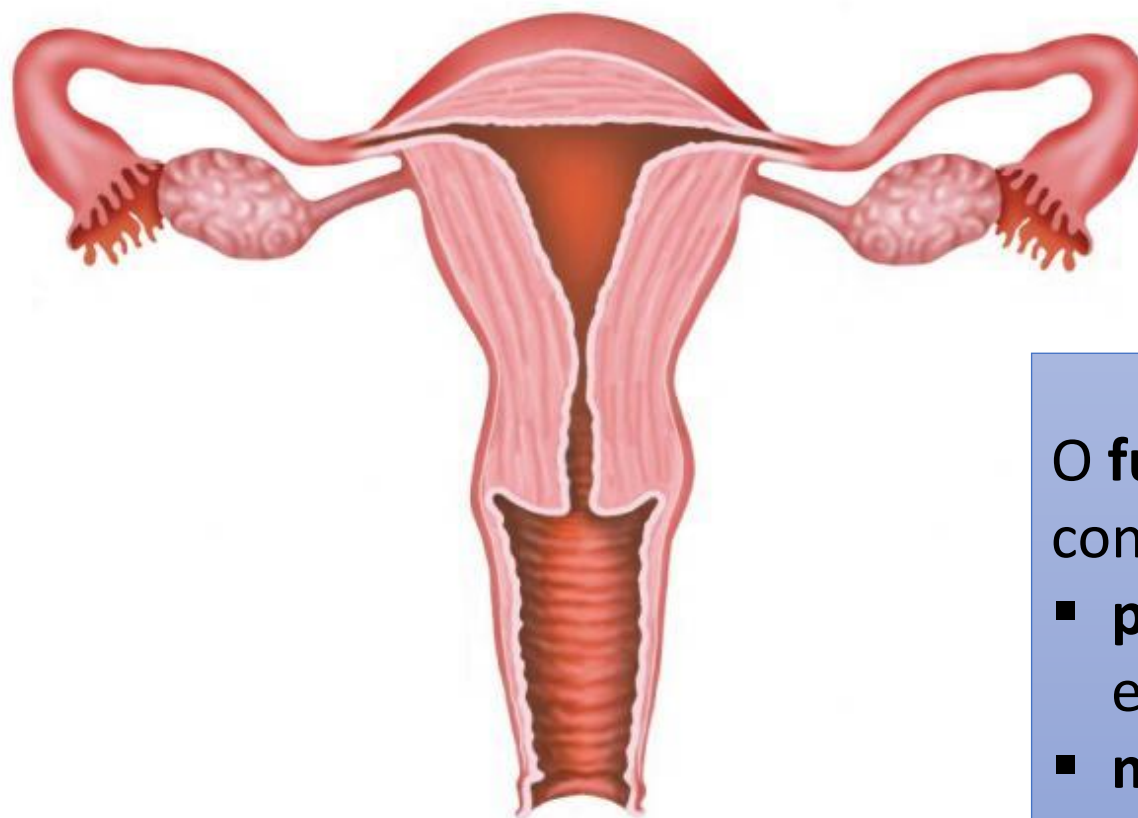
- Monte do púbis
- Lábios do pudendo
- Clitóris
- Vestíbulo da vagina – área oval cercada pelos pequenos lábios,
- Períneo



O ÚTERO



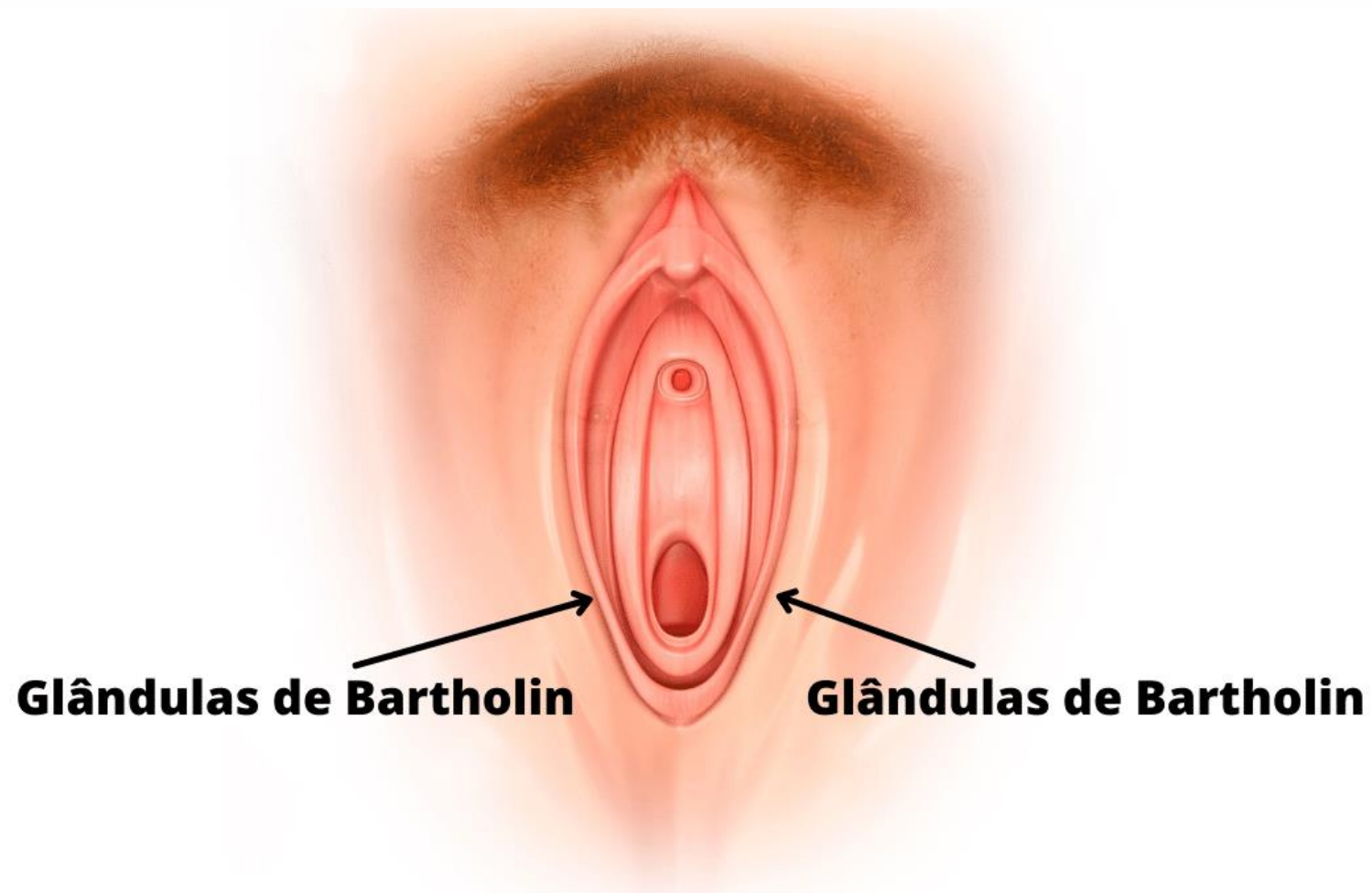




Partes do útero

O **fundo e corpo do útero** são constituídos por 3 camadas:

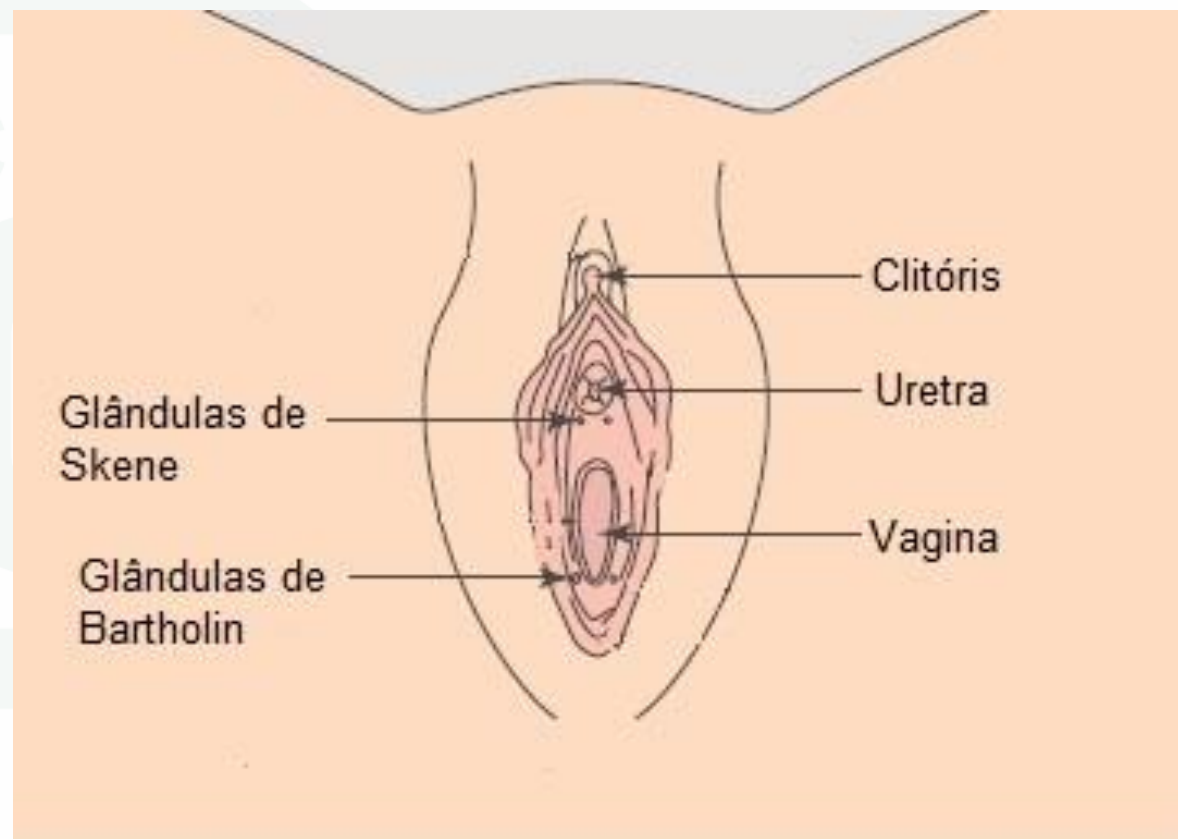
- **perimétrio** (camada externa que envolve o útero);
- **miométrio** (camada muscular) e
- **endométrio** (camada mucosa interna).





O conteúdo vaginal fisiológico é constituído de:

- muco cervical, descamação do epitélio vaginal - ação estrogênica;
- transudação vaginal;
- secreção das glândulas vestibulares - de Bartholin e de Skene.



As características principais da secreção vaginal normal são:

- pH ácido - 4,0 a 4,5;
- mais abundante no período ovulatório, gestação, ou quando há excitação sexual;
- coloração clara ou ligeiramente castanha;
- aspecto mucoso, flocular ou grumoso; e
- ausência de odor desagradável.

As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- IST (tricomoniase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

RASTREAMENTO DE IST

Quadro 5 – Rastreamento de IST

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto, independentemente de exames anteriores; Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.	Na primeira consulta do pré-natal (gestantes ≤30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) ^f Hepatite C: de acordo com o histórico de exposição de risco para HCV ^g	

continua

continuação

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Trabalhadores(as) do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	–	–	–
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	–	–	–
PVHIV	–	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	–	Semestral
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e 6 meses após exposição

QUEM	HIV ^a	Sífilis ^b
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto, independentemente de exames anteriores; Em caso de aborto/ natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.	

continuação

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico

continuação

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição

**Questão 1 – Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos**

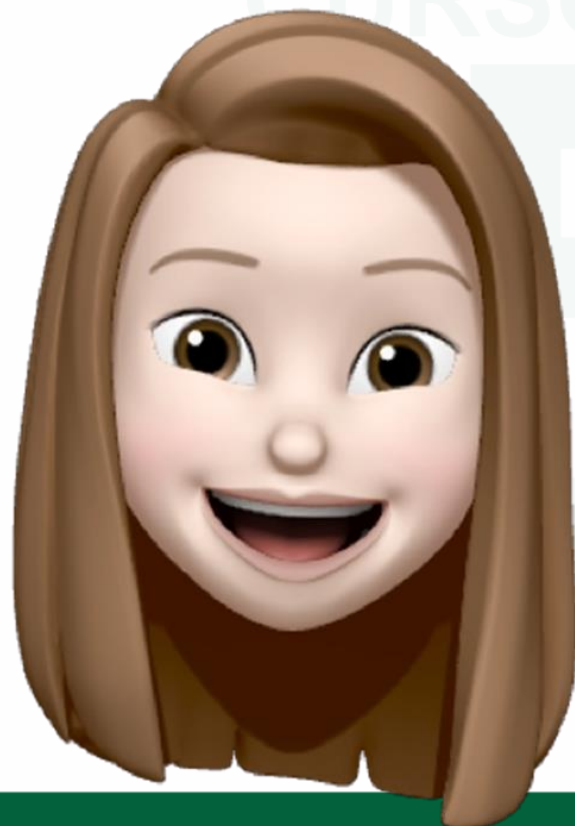
SÍNDROME – ÚLCERA ANOGENITAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars L1, L2 e L3)	Linfogranuloma venéreo (LGV)
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancroide
Vírus do Herpes simplex (tipo 2)	Herpes genital ^a
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
SÍNDROME – CORRIMENTO URETRAL /VAGINAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars D ao K)	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorréia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Infecção causada por micoplasma
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b
SÍNDROME – VERRUGA ANOGENITAL	
Agente etiológico	Infecção
Papilomavírus humano (HPV)	Condiloma acuminado ^c

SÍNDROME – ÚLCERA ANOGENITAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars L1, L2 e L3)	Linfogranumoma venéreo (LGV)
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancroide
Vírus do Herpes simplex (tipo 2)	Herpes genital ^a
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis

SÍNDROME – CORRIMENTO URETRAL/VAGINAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars D ao K)	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Infecção causada por micoplasma
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b

SÍNDROME – VERRUGA ANOGENITAL	
Agente etiológico	Infecção
Papilomavírus humano (HPV)	Condiloma acuminado ^a

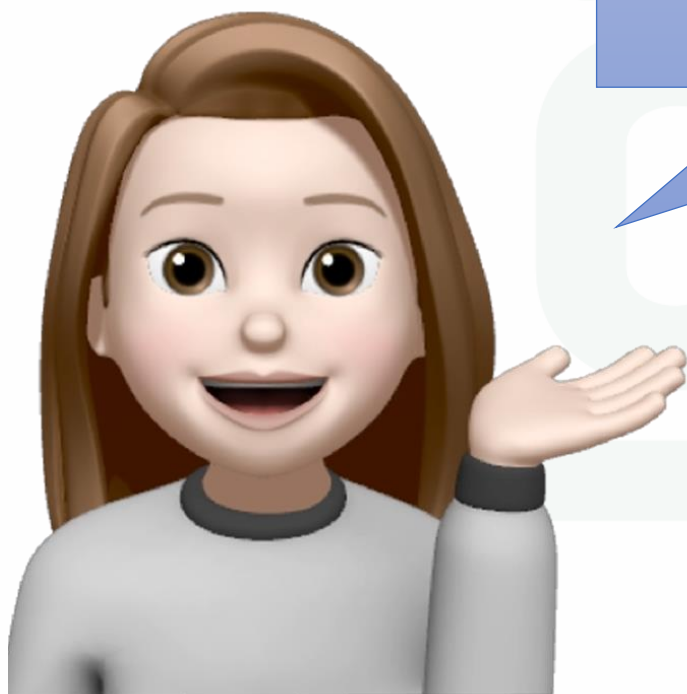
Quais são os sinais e sintomas da
**CANDIDÍASE VULVO VAGINAL
(CVV)?**



SINAIS E SINTOMAS

- prurido, ardência,
- corrimento geralmente grumoso, sem odor, com placas aderidas à parede vaginal, de cor branca,
- dispareunia de introito vaginal e disúria externa.
- eritema e fissuras vulvares,
- edema vulvar,
- escoriações e lesões satélites, por vezes, pustulosas pelo ato de coçar.

**Quais são os fatores que
predispõem à candidíase
vulvaginal?**



- gravidez;
- Diabetes mellitus (descompensado);
- obesidade;
- uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- hábitos de higiene e vestuário inadequados
- contato com substâncias alérgenas e/ou irritantes
- alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive, a infecção pelo HIV;
- Fatores psicoemocionais relacionados ao estresse.

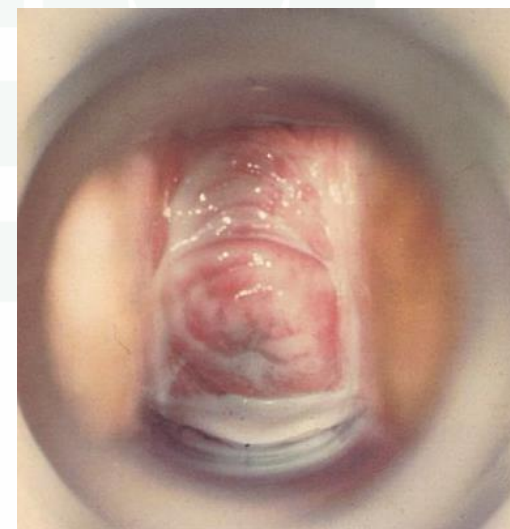
VAGINOSE BACTERIANA

É facilmente identificada ao exame especular, que mostra as paredes vaginais em sua maioria íntegras, marrons homogêneas ao teste de Schiller, banhadas por **corrimento perolado bolhoso** em decorrência das aminas voláteis.

Vaginose bacteriana

O diagnóstico é realizado na presença de pelo menos 3 critérios de Amsel:

- Corrimento vaginal homogêneo;
- pH >4,5;
- Presença de clue cells no exame de lâmina a fresco;
- **Teste de Whiff positivo** (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).



Não há indicação de rastreamento de vaginose bacteriana em mulheres assintomáticas.

O tratamento é recomendado para **mulheres sintomáticas** e **para assintomáticas quando grávidas**, especialmente aquelas com histórico de parto pré-termo e que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato

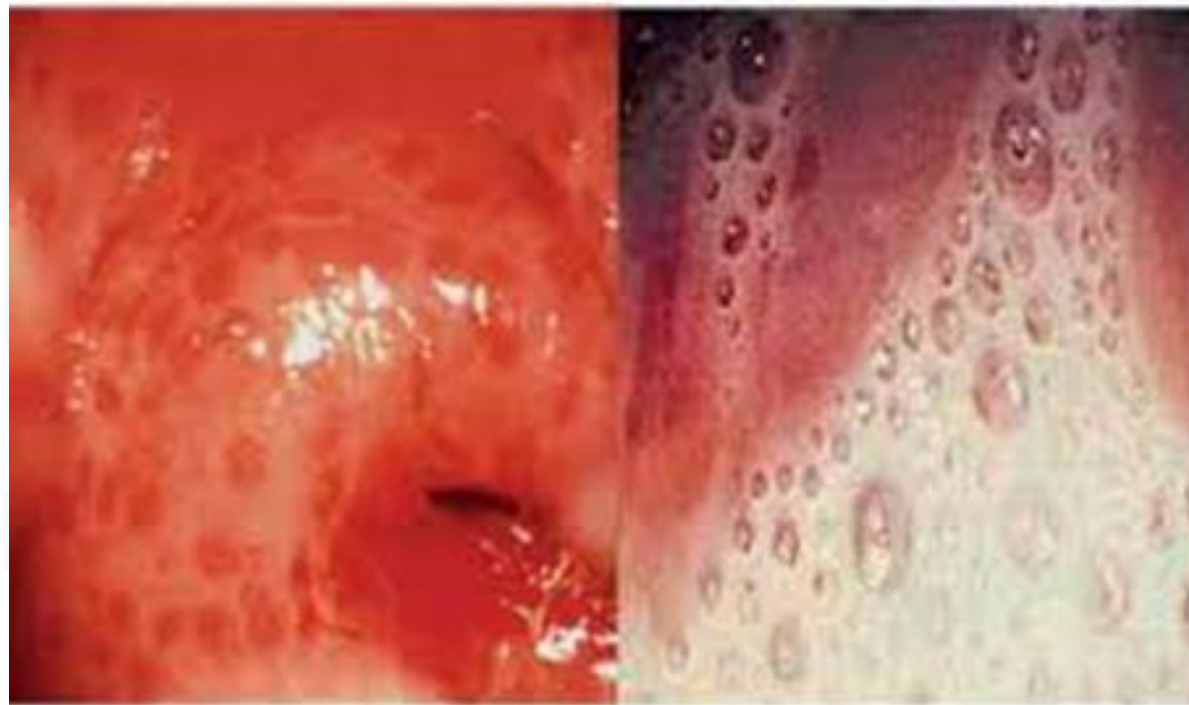


Tricomoniase



- corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;
- prurido e/ou irritação vulvar;
- dor pélvica, ocasionalmente;
- pode haver sinusiorragia (**sangramento vaginal que ocorre após a atividade sexual**) e dispareunia
- sintomas urinários – disúria e/ou polaciúria;
- hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas - colpíte difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa;

- vaginais eleva o pH para 6,7 a 7,5 e → propicia meio alcalino, podendo estabelecer vaginose bacteriana associada → aminas com odor fétido, além de provocar bolhas no corrimento vaginal purulento.

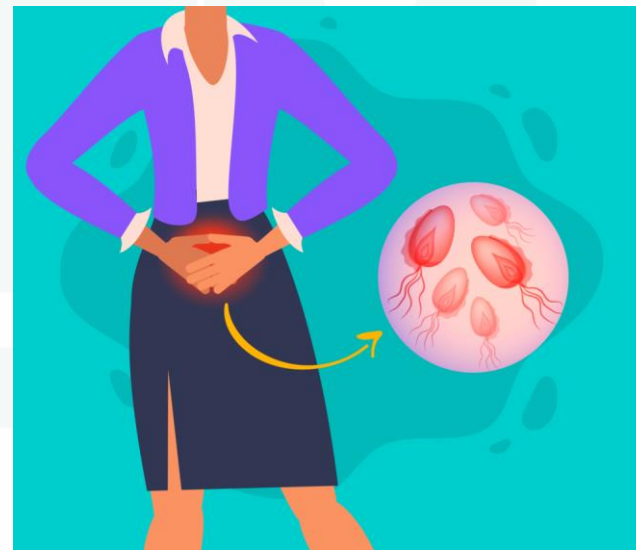
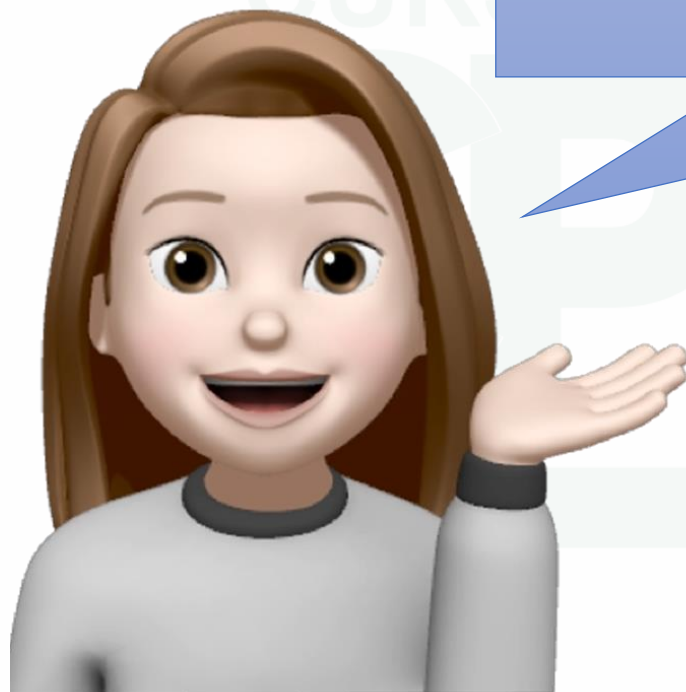


Tricomoniase

- No exame especular → microulcerações no colo uterino (aspecto de morango ou framboesa)
- Teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”



O diagnóstico laboratorial microbiológico é o exame a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação do parasita ao microscópio



- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais.
- Manter o tratamento se a mulher menstruar.

CERVICITES

- Assintomáticas - 70% a 80%
- Sintomáticos: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.



Ao exame físico: dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab.





As infecções gonocócicas ou por clamídia durante a gravidez poderão estar relacionadas a

Complicações por clamídia e gonorreia, quando não tratadas:

- febre,
- dor pélvica,
- DIP,
- gravidez ectópica e
- infertilidade

- ✓ partos pré-termo,
- ✓ ruptura prematura de membrana,
- ✓ perdas fetais,
- ✓ retardo de crescimento intrauterino e
- ✓ endometrite puerperal, além de
 - ✓ Conjuntivite
 - ✓ pneumonia do RN.

Quadro abdominal grave → ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

- sinais de peritonite - Blumberg, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, durante o exame abdominal,
- Hipertermia maior ou igual a 37,5°C
- **Ao exame clínico-ginecológico** → presença de defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo → **iniciar o tratamento para DIP.**

A transmissão sexual do **vírus Zika** → é considerada uma IST, cuja transmissão sexual pode ser evitada por meio do uso de preservativo.



Para casais que desejam a concepção, recomenda-se:

- Aguardar **até 6 meses** após sinais/sintomas relacionados à infecção quando o **homem foi infectado**;
- Aguardar **até 8 semanas** após sinais/sintomas relacionados à infecção quando a mulher foi infectada.

QUESTÕES



1- A utilização de uma gota de KOH a 10% sobre o conteúdo vaginal depositado numa lâmina de vidro que, quando positivo sugere vaginose bacteriana, é denominado teste de(as):

- (A) pH
- (B) Gram
- (C) aminas
- (D) a fresco

2- São sinais e sintomas da candidíase vulvovaginal, EXCETO

- (A) prurido vulvovaginal
- (B) ardor ou dor à micção.
- (C) corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso.
- (D) fissuras e maceração da pele.
- (E) vagina e colo recobertos por placas esverdeadas, aderidas à mucosa.

3- Uma mulher procura o serviço de saúde com queixa de secreção vaginal acinzentada com odor de peixe. A enfermeira da unidade faz o teste de aminas com resultado positivo, qual o provável diagnóstico?

- (A) Candidíase.
- (B) Trichomoníase.
- (C) Gonorréia.
- (D) Vaginite inflamatória.
- (E) Vaginose bacteriana.

4- Sobre a candidíase vulvovaginal, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

() É uma infecção causada por um fungo cuja principal forma de transmissão é sexual (o risco de transmissão por ato sexual é de 60% a 80%) e que infecta a vagina e a uretra.

() A gestação predispõe o aparecimento de candidíase vaginal e dentre os sintomas estão: prurido, corrimento branco, grumoso e inodoro e dispareunia.

() O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação por via oral, sendo indicado fluconazol 150 mg em dose única.

() Este microrganismo pode fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres

5- Na abordagem sindrômica as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são agrupadas por tipos: fungos, bactérias e vírus. As IST constituídas por bactérias são:

(A) candidíase, linfogranuloma venéreo e HPV.

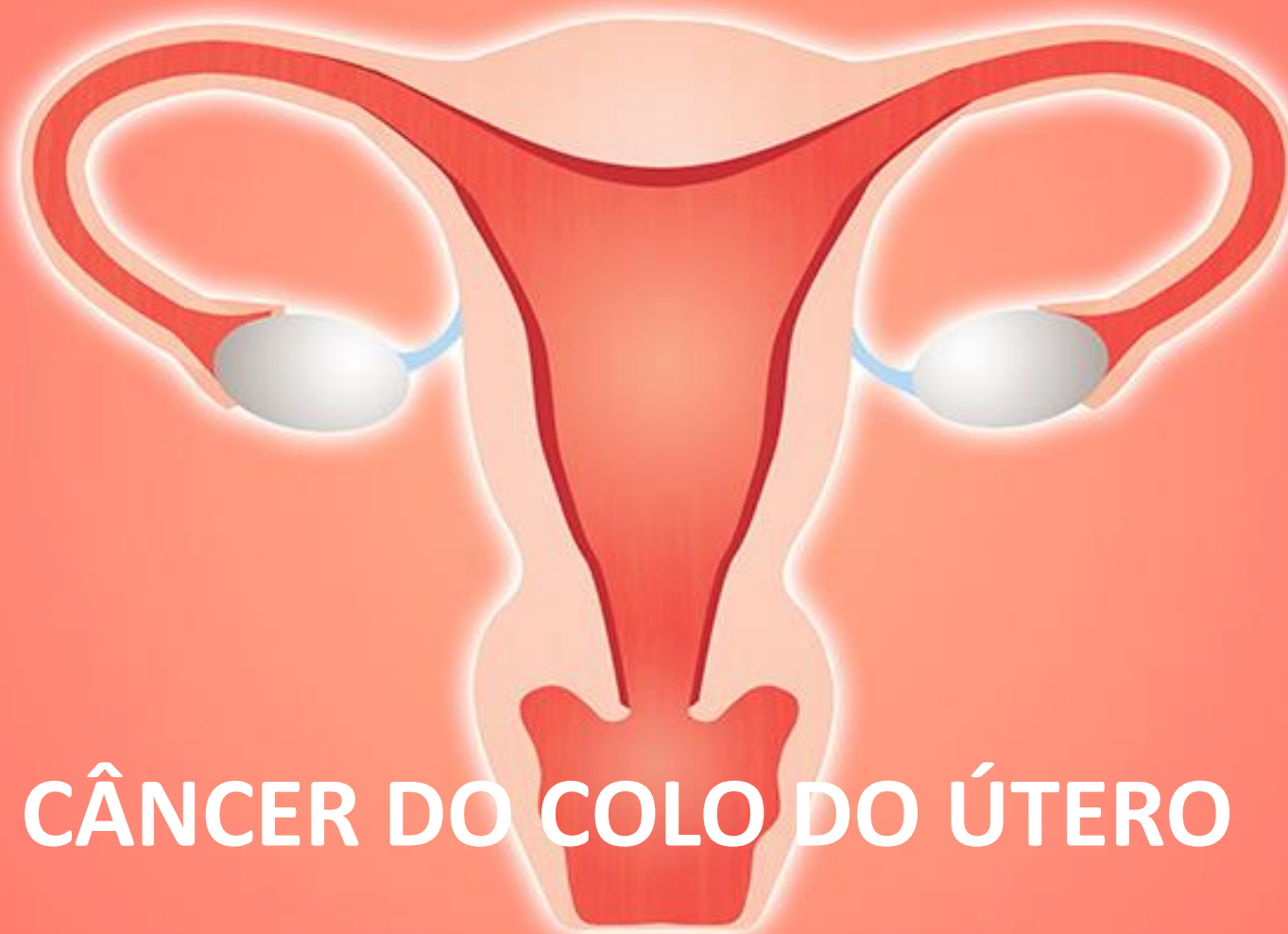
(B) sífilis, gonorreia e clamídia.

(C) herpes, donovanose e condiloma.

(D) tricomoníase, cancro mole e vaginose.

6- Durante exame especular, mulher de 25 anos apresenta secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida, edema de vulva, colo com petéquias e em “framboesa”. Relata prurido intenso e dispareunia. Clinicamente, a causa dessa secreção pode estar associada ao/à

- (A) Mucorreia.
- (B) *Trichomonas vaginalis*
- (C) *Gardnerella vaginalis*.
- (D) *Candida albicans*.

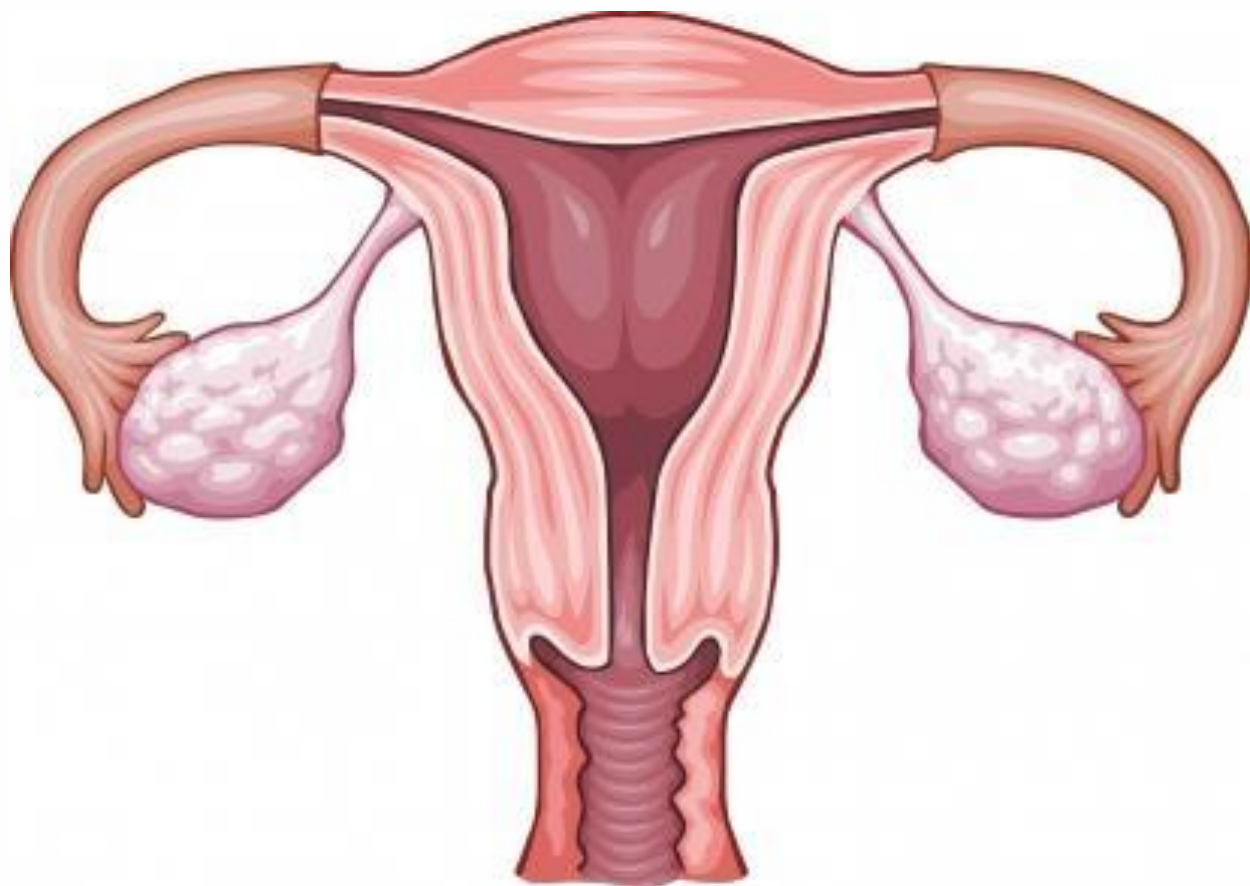


CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



**Visão frontal do
colo do útero**

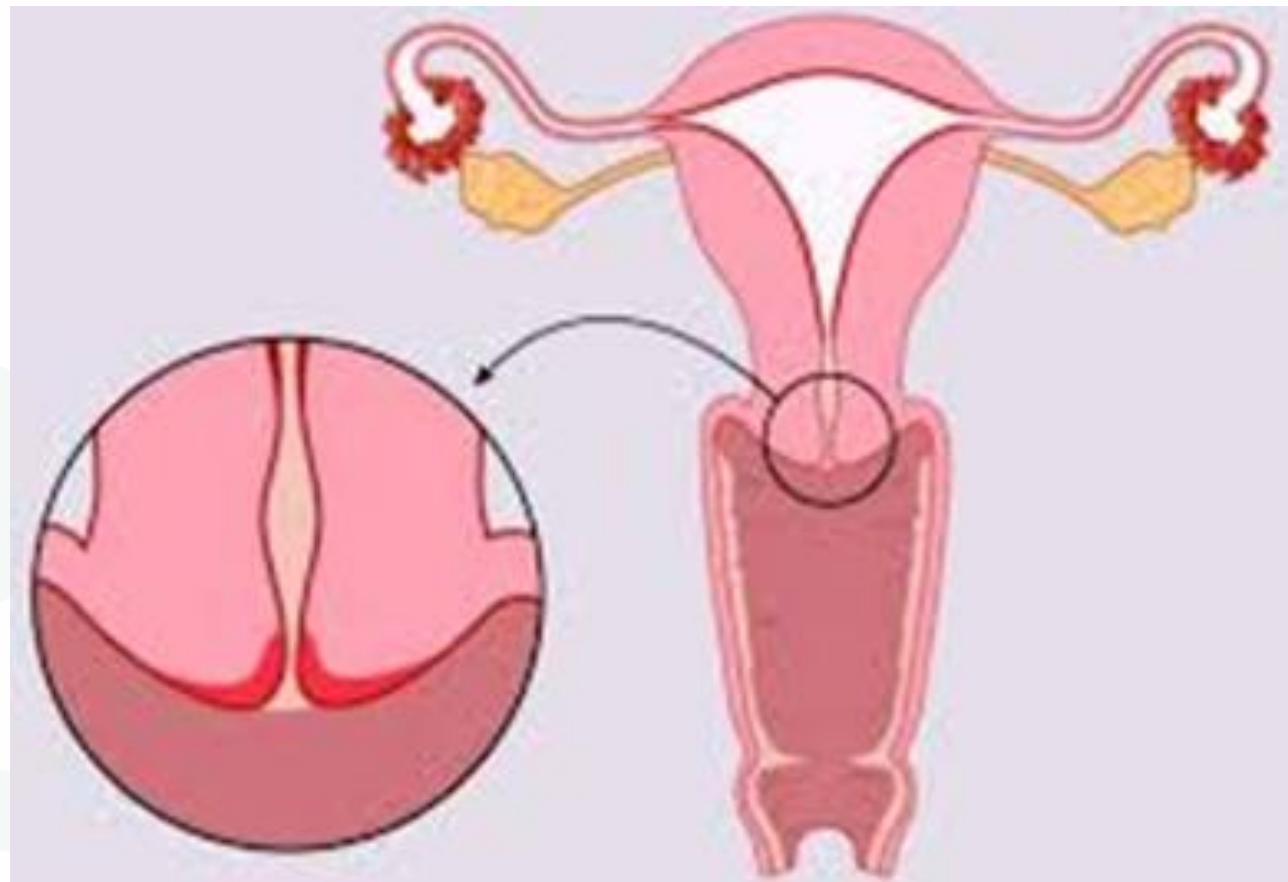




Parte **INTERNA** do colo do útero → canal cervical ou endocérvice,

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

**Junção
escamocolunar
(JEC)**



Junção escamocolunar (JEC)

ECTOCÉRVICE

Epitélio escamoso estratificado

ENDOCÉRVICE – epitélio cilíndrico

Câncer do Colo do útero

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

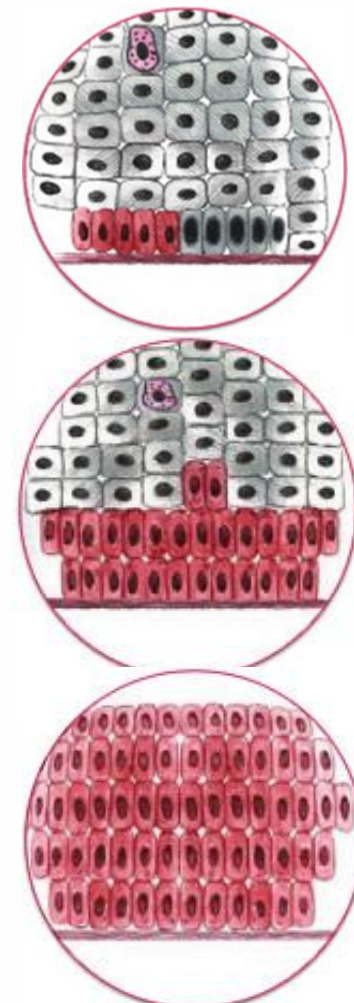


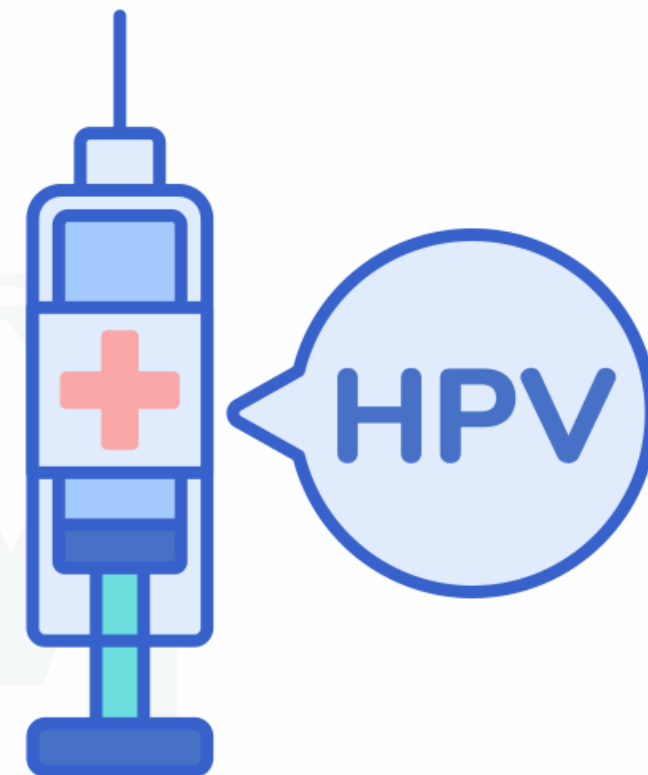
Figura 3

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

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

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

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



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

Incluir a infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas -HTLV, da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

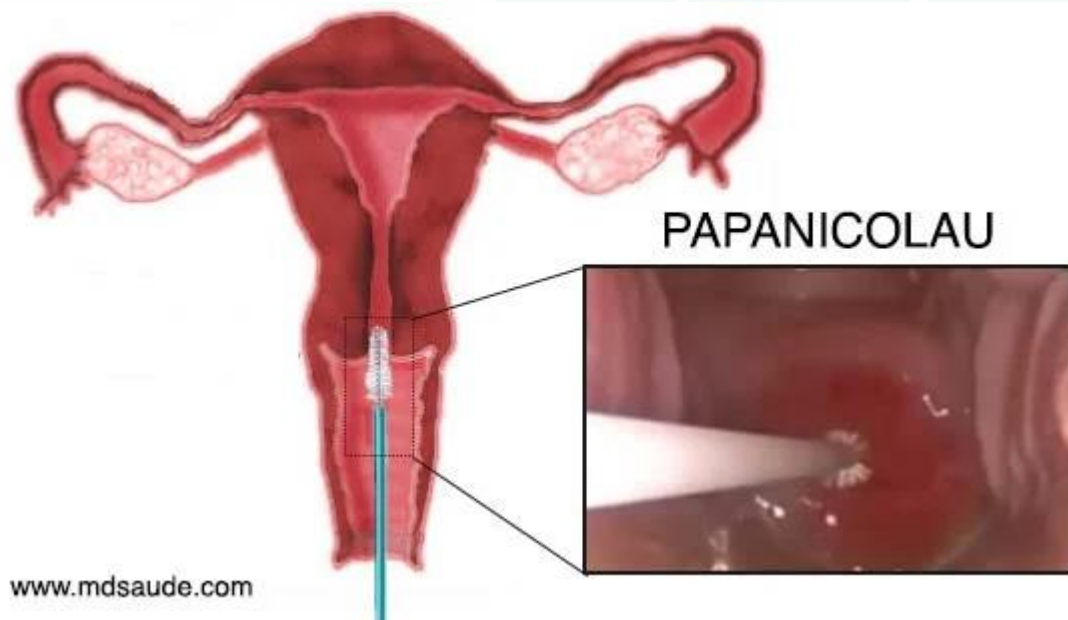
Notificação semanal

OUTRAS NOTIFICAÇÕES: SEMANAL

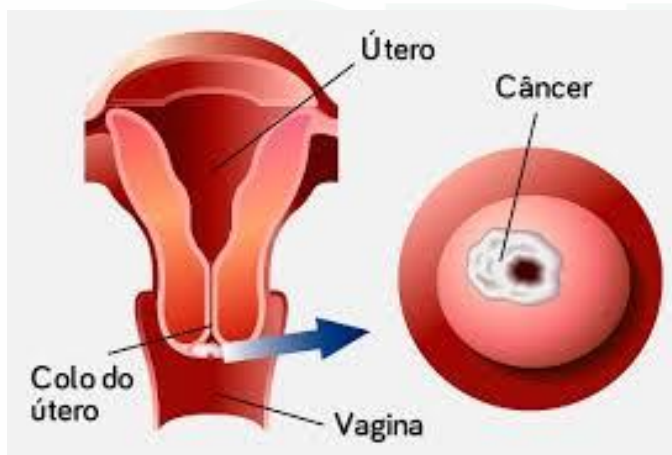
Sífilis: Adquirida, Congênita, e em gestante / Tétano neonatal / Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV / Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV / Violência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

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

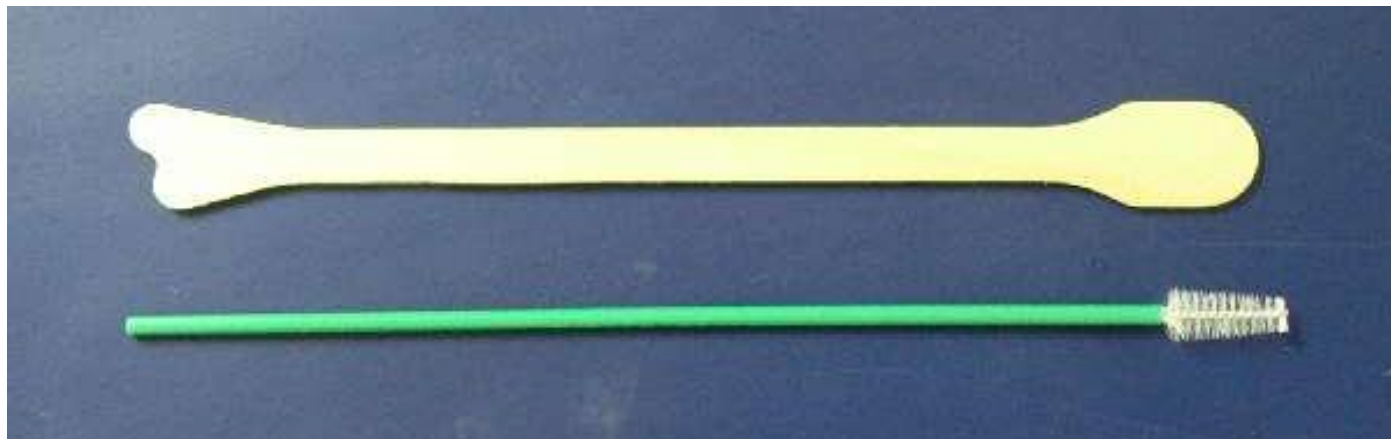
**Pra que serve o exame
citopatológico?**



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



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



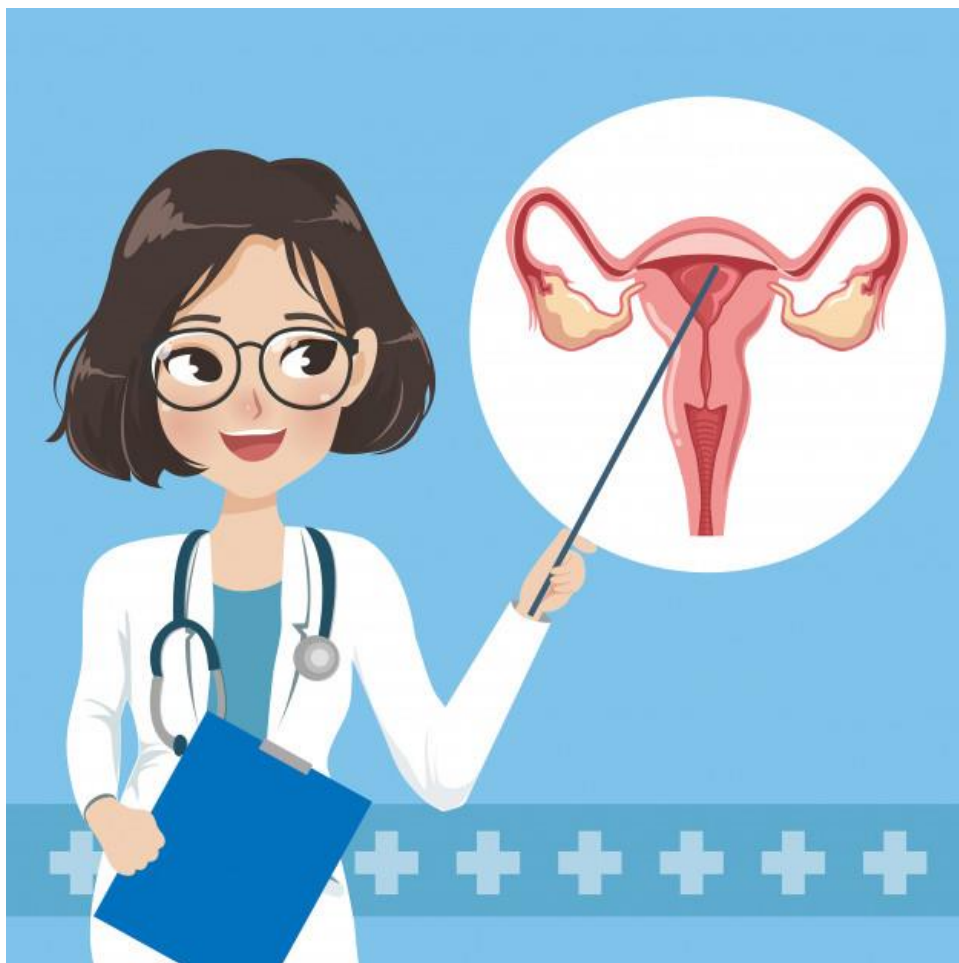


Álcool a 96%



Spray de
polietilenoglicol





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



Início aos 25 anos



Seguir até 64 anos



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

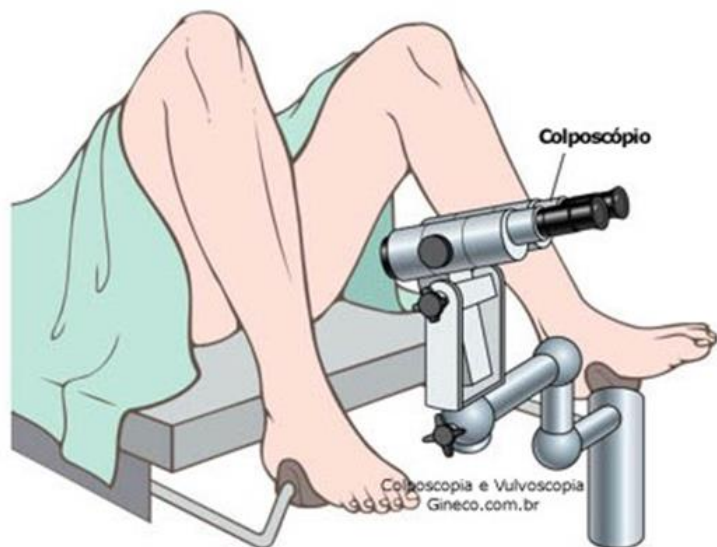
Quadro 1: Recomendações para a coleta de exame citopatológico, de acordo com faixa etária e quadro clínico da usuária.

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

Fonte: BRASIL, 2016.

Coleta de espécimes para exame citopatológico concomitante à colposcopia

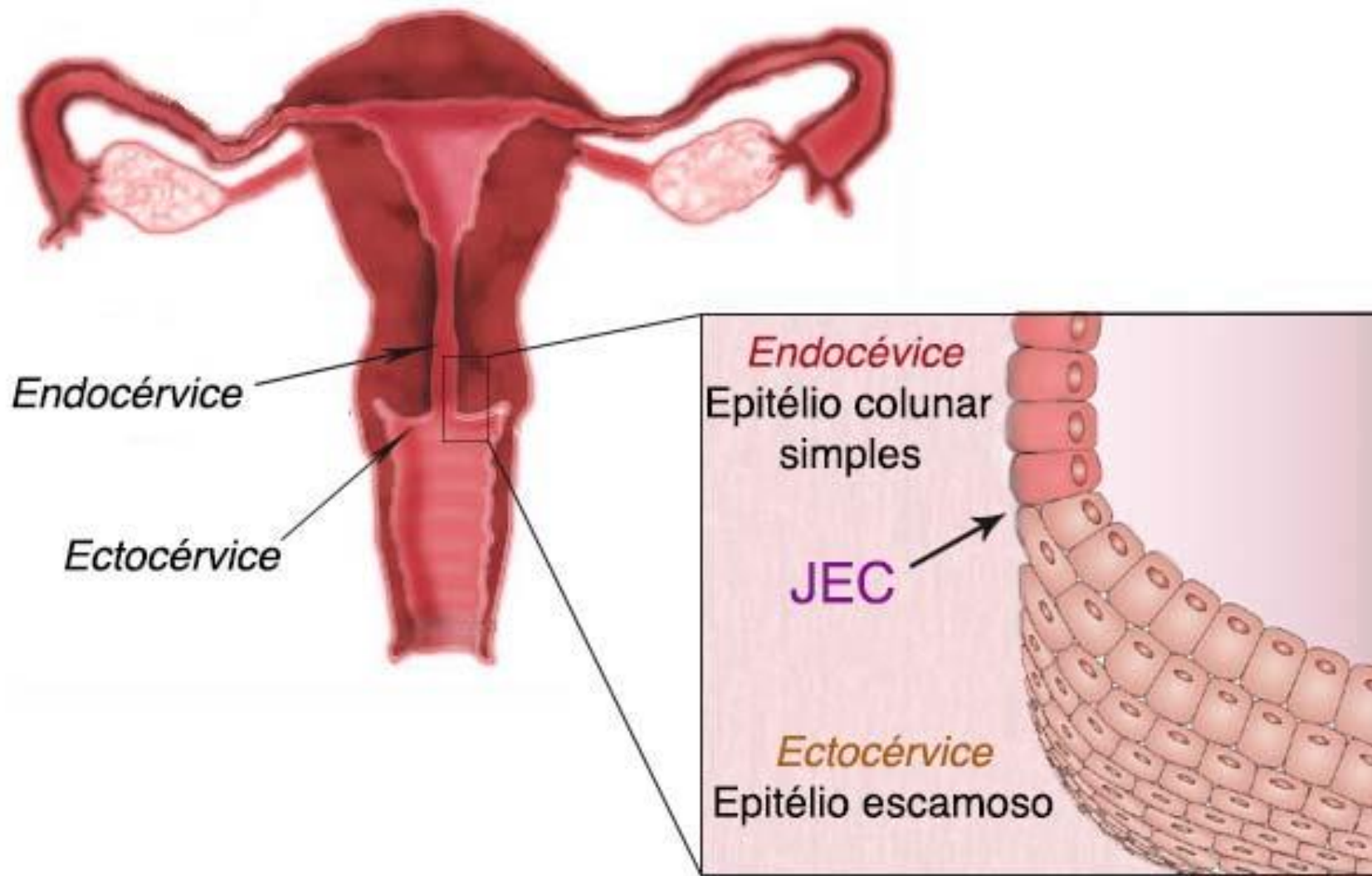
Recomendações: Nas situações em que é necessária a coleta de amostra citológica, esta deve ser priorizada e é preferível que anteceda a colposcopia.



Medidas para auxiliar a visão da junção escamocolunar

JEC não é visível ou parcialmente visível → recomenda-se as seguintes manobras durante o exame colposcópico:

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



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

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

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

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

Etapas da coleta da citopatológica oncótica (página 54)

Abordagem inicial

Anamnese e histórico clínico

Orientação anterior ao exame ginecológico

Etapa 1 – revisão anatômica

Etapa 2 – preparação dos materiais com localização da JEC

Etapa 3 – toque e localização do colo

Etapa 4 – inserção do espéculo no intróito vaginal

Etapa 5 – coleta citológica

GARCIA, 2019

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

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

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

Amostra satisfatória para avaliação:

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

Esfregaços normais **somente com células escamosas** em mulheres com colo do útero presente **devem ser repetidos com intervalo de 1 ano** e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de 3 anos.

EXAME CITOPATOLÓGICO

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL:
SATISFATÓRIA

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:
ESCAMOSO, GLANDULAR, METAPLASICO

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

MICROBIOLOGIA:
GARDNERELLA VAGINALLIS

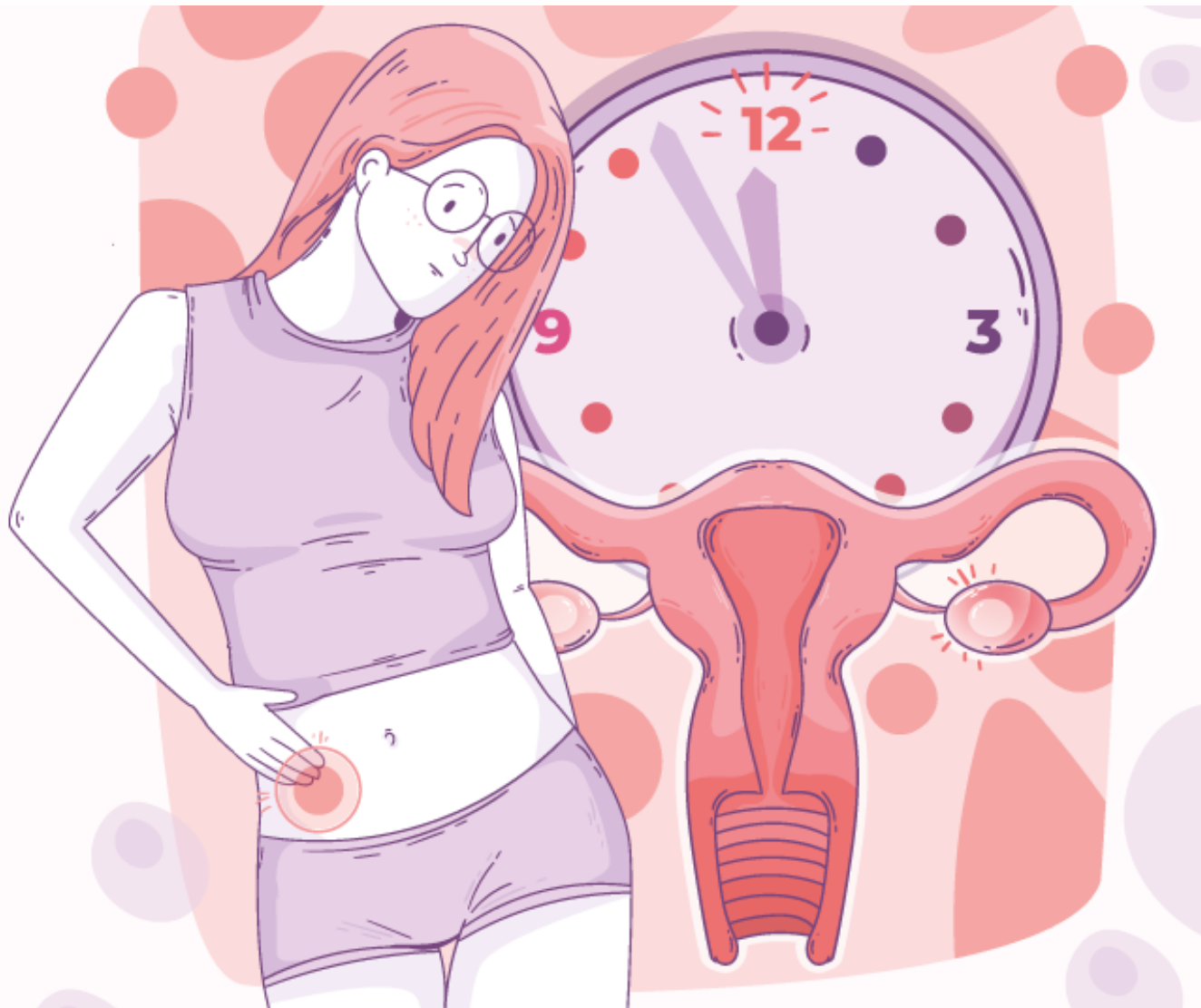
Número Interno: 24367

Situações especiais

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

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





→ **Mulheres na pós-menopausa**, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino, apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer. Pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo → Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta.

→ **Histerectomizadas** – rastreamento em mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais.



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

→ Mulheres sem história de atividade sexual

o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível.

Assim, não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero.



→ Imunossuprimidas – exemplos:

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



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

Para minimizar os resultados falso-negativos, preconizam a complementação colposcópica a cada 6 meses.



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

Mulheres HIV positivas rastreamento citológico a cada seis meses.



Recomendações diante dos problemas mais comuns durante a coleta

SITUAÇÃO	O QUE FAZER?
Vaginismo	<p>Caracterizada pela contração involuntária dos músculos próximos da vagina durante a penetração, podendo dificultar a coleta. Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adiar a coleta, para evitar desconfortos ou mesmo lesões à mulher. Buscar tranquilizar e apoiar a mulher, reagendando a avaliação;• Considerar o encaminhamento ao ginecologista, caso seja identificado causa orgânica que necessite tratamento na atenção especializada ou quando necessário, o apoio psicológico

Ressecamento vaginal	<p>Mulheres em menopausa: o exame deve ser cuidadoso para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias, pois o resultado pode levar a falsos positivos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mulheres no climatério: caso haja esta queixa, o enfermeiro poderá prescrever o tratamento específico (estrogenização), se houver dificuldade na coleta ou o laudo mencionar dificuldade diagnóstica causada por atrofia;• Tratamento: Prescrever a administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses, preferencialmente à noite, durante 21 dias com pausa de 7 dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). Suspende o uso no mínimo de 48 horas antes da coleta. (BRASIL, 2016);• Mulheres que fazem uso dos inibidores de aromatase a terapia com estrógeno está contraindicada
-----------------------------	---

Ectopia	Presente no período de atividade menstrual e fase reprodutiva da mulher. Geralmente a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, sendo uma situação fisiológica. Intervenções: não há.
Cisto de Naboth	É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes. Intervenções: não há.
Pólipos cervicais	São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramentos vaginais fora do período menstrual e, principalmente, após relação sexual. Intervenções: encaminhar para avaliação do ginecologista.

Resultado citológico dentro dos limites da normalidade no material examinado

- Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)
- Inflamação sem identificação de agente
- Resultado citológico indicando metaplasia escamosa imatura
- Resultado citológico indicando reparação
- Resultado citológico indicando atrofia com inflamação
- Resultado citológico indicando alterações decorrentes de radiação ou quimioterapia
- Achados microbiológicos – Lactobacillus sp. – Cocos. – Outros Bacilos
- Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa

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

Cervicografia Digital

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

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

Quadro 11: Recomendações diante dos resultados de exames normais

Diagnóstico citopatológico	Conduta inicial
Dentro dos limites da normalidade	Seguir rotina de rastreamento citológico.
Metaplasia escamosa imatura	
Reparação	
Inflamação sem identificação do agente; Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas). Achados microbiológicos <ul style="list-style-type: none">• <i>Lactobacillus sp</i>;• Cocos;• Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>);• <i>Candida sp</i>.	Seguir a rotina de rastreamento citológico; Tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal segundo capítulo de ISTs.

Achados microbiológicos

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

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

No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados:

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

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

Actinomyces: Bactéria encontrada no trato genital de usuárias de DIU (cerca de 10% a 20%); raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é expectante: não se trata e não se retira o DIU (Dispositivo Intrauterino).

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

Fonte: BRASIL, 2016.

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

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

Fonte: BRASIL, 2016.

QUESTÕES



15- O câncer de colo de útero, apesar de prevenível, é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil, com altas taxas de incidência e de mortalidade. Uma importante medida para sua prevenção é a coleta de exame Papanicolaou que, segundo o Ministério da Saúde, deve ser realizado em mulheres

Alternativas:

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

15- O câncer de colo de útero, apesar de prevenível, é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil, com altas taxas de incidência e de mortalidade. Uma importante medida para sua prevenção é a coleta de exame Papanicolaou que, segundo o Ministério da Saúde, deve ser realizado em mulheres

Alternativas:

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

16- Dentre as neoplasias malignas, o câncer do colo do útero está entre as que mais acometem as mulheres, sendo que grande parte das lesões precursoras ou malignas do colo do útero se originam

(A) no corpo do útero.

(B) na parede vaginal.

(C) na zona de transformação.

(D) em cistos de naboth.

(E) no endométrio.

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

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

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

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

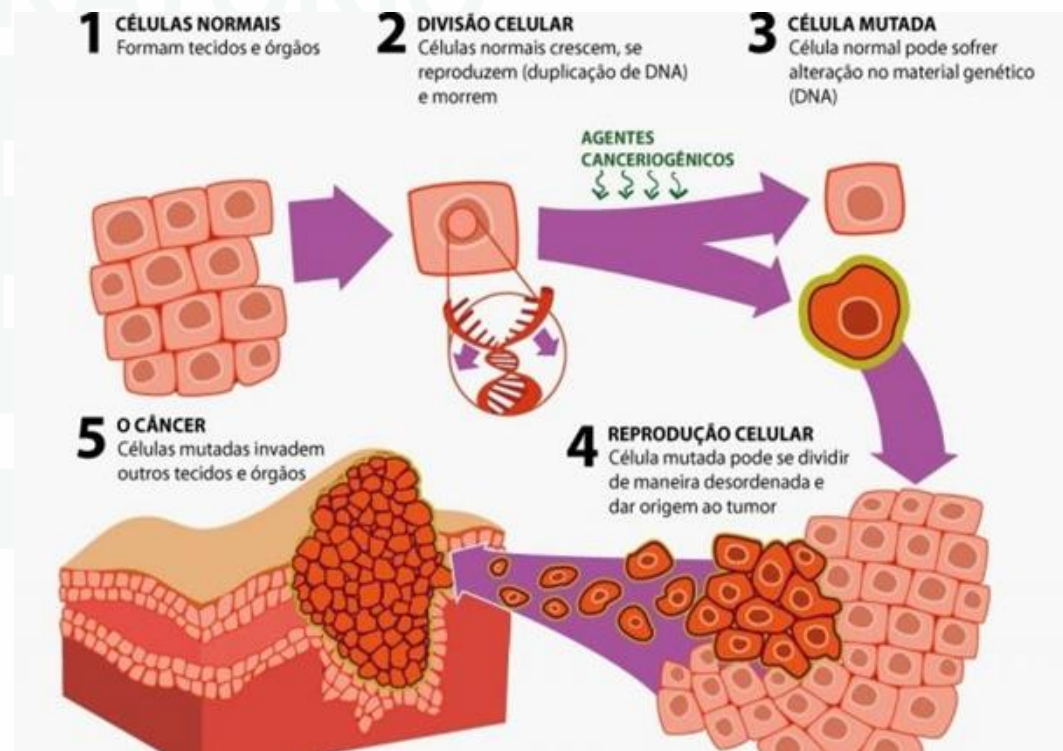
A large, stylized pink awareness ribbon is positioned behind the text. The ribbon is a vibrant shade of pink and is looped around the text, with its ends trailing off to the left and right.

Câncer de mama



Câncer de mama

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





Nódulo



Retração da pele



**alteração da cor, espessura
ou textura da pele de uma mama**



**retração ou alteração
de posição
ou forma de um mamilo**



**secreção ou perda
de líquido pelo mamilo**

CÂNCER DE MAMA – DIRETRIZES PARA A DETECÇÃO PRECOCE

Identificação de sinais e sintomas suspeitos

Referenciar urgentemente para serviços de diagnóstico mamário

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade

- Descarga papilar sanguinolenta unilateral
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral
- Presença de linfadenopatia axilar



- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja
- Retração na pele da mama
- Mudança no formato do mamilo



Quadro 14: Fatores de risco para o câncer de mama

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

Fonte: Inca, 2016.

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

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

<p>Descarga papilar espontânea em nutrízes ou não gestantes</p>	<p>Constitui-se de saída de secreção pelas papilas mamárias fora do período gravídico-puerperal e lactação. É importante investigar a data da última gravidez, aleitamento recente, uso de medicamentos que podem causar galactorreia, trauma local e tabagismo. Devem ser investigadas as descargas espontâneas, unilateral, uni papilar, persistente, purulenta ou sanguinolenta (PRIMO, 2017);</p> <p>A descarga papilar em homens deve ser sempre considerada um achado suspeito, dado que a incidência de carcinoma, que é de cerca de 23% (DE PAULA, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Verificar o uso de medicações que podem causar aumento de prolactina;• Investigar gestação; <p>Características a serem pontuadas no exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Espontânea ou provocada: a descarga papilar espontânea sugere sinais de anormalidade e pode estar relacionada a processos hormonais; Em ambos, sugere-se colher amostra de citopatológico de mama e retorno para reavaliação;• Lateralidade: quando unilateral sugere-se maior atenção; quando bilateral, deve-se observar outros sinais complementares descritos. Colher amostra de citopatológico de mama e agendar retorno para avaliação;• Número de orifícios: a descarga unipapilar é sugestiva de maiores cuidados, deve-se colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica. Quando multipapilar deve-se observar outros sinais descritos.• Láctea ou serosa: provável causa hormonal, orientar a investigação de câncer de mama e encaminhamento a mastologista;• Sanguinolenta ou purulenta: colher amostra de citopatológico de mamas e encaminhar para avaliação médica.
---	---	---

Retração de pele ou mamilar	<p>É a inversão da estrutura da pele, ou mamilo, diz-se do aspecto de "casca de laranja" na pele da mama. As causas podem ser congênita ou adquirida (processos inflamatórios, infecciosos, trauma, lesões malignas da mama (PRIMO, 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Se associada com amamentação, a conduta está descrita no capítulo específico deste protocolo;• Se a alteração ocorreu repentinamente, deve-se encaminhar a usuária para avaliação médica e conduta.
Cistos mamários	<p>Nódulos de aparecimento súbito, de contornos regulares, móveis e dolorosos. A consistência pode ser amolecida ou, quando o líquido intracístico encontra-se sob tensão, a sensação palpatória é fibroelástica. São formados pela obstrução e dilatação dos ductos mamários terminais. A maior parte dos cistos decorrem de processos de involução da mama, ocorrendo com mais frequência entre 35 e 50 anos de idade e incidem de 7 a 10% da população feminina, podendo ser únicos ou múltiplos, uni ou bilaterais (RUIZ, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Na anamnese deve-se avaliar a idade, fatores hormonais, sinais e sintomas associados (dor, alteração cutânea, linfadenomegalia axilar ou supraclavicular) e medicamentos em uso;• Avaliar fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama;• Encaminhar ao acompanhamento médico.

Assimetria mamária	Refere-se a qualquer diferença visual nas mamas: tamanho, posição da aréola, formato, inserção no tórax, peso. Falsas assimetrias podem ocorrer como resultado de postura distorcida, rotações de ombros, escolioses entre outras causas. (HORTA, 2016).	<ul style="list-style-type: none">• Verificar se a alteração foi súbita e se há outros sinais ou sintomas, caso afirmativo, encaminhar à consulta médica;• Ao exame físico deve-se avaliar a postura da usuária;• Reavaliar em tempo oportuno.
Alterações infecciosas (mastites)	Apresentam-se com sinais inflamatórios clássicos: dor, calor, rubor e edema, em resposta a algum tipo de agressão podendo ocorrer abaulamento ou aumento do volume mamário. Dependendo do tipo de agressão e da fase em que se apresenta o processo, percebe-se a combinação e a intensidade dos sinais inflamatórios. Podem ser divididas em puerperal e não puerperal (RUIZ, 2016).	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar histórico de amamentação;• Há possibilidade de apresentar sinais sistêmicos da infecção (febre, mal-estar);• Orientar cuidados locais, curativos, se necessário;• Encaminhar para avaliação médica.
Siliconomas	O silicone líquido industrial tem sido introduzido no organismo humano (inclusive nas região de mama) de forma clandestina, com a finalidade de corrigir defeitos, e aumentar volume em homens e mulheres ampliando chances de complicações como infecções, necroses teciduais, migração do produto pelo sistema linfático, venoso ou por força da gravidade (DORNELAS, 2011).	<ul style="list-style-type: none">• Exame físico geral amplo e detalhado com o histórico de uso do silicone industrial;• Encaminhamento médico a especialista para avaliação e conduta.

Fibroadenomas	<p>São os nódulos de mama benignos mais comuns. Podem ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalentes em mulheres com idade entre 15 e 35 anos. Têm crescimento limitado, em geral não superando 2 cm. Apenas 0,1 a 0,3% dos casos apresentam transformação maligna. (RUIZ, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none">• No exame clínico das mamas (ECM) o fibroadenoma normalmente se apresenta como uma nodulação móvel, não aderido ao tecido que o rodeia, bem delimitado, com dimensões em geral de 2 a 3 cm;• Nas usuárias de maior faixa etária devido a alterações fisiopatológicas o nódulo pode passar a ter consistência endurecida;• O diagnóstico é predominante clínico, porém a USG de mamas pode ser indicada tanto quanto a PAAF;• A realização da tríplice análise é a mais indicada, portanto viabilizar consulta médica.
---------------	--	---

grupos populacionais de risco



Quais são os principais fatores de risco?

IDADE



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

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



Exposição à radiação

Primeira gravidez após os 30 anos

Fatores endócrinos

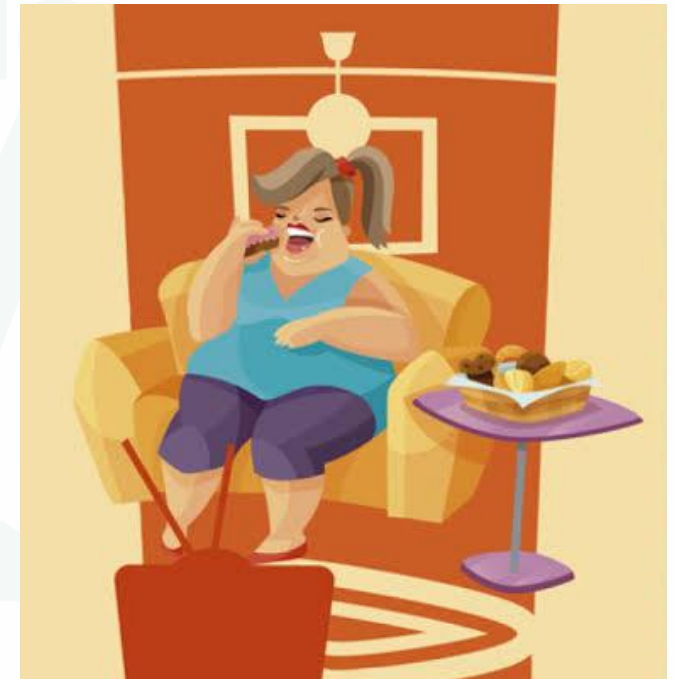
Nuliparidade - Até o momento, as evidências sobre o aumento de risco de câncer de mama com o uso de contraceptivos orais são conflitantes.

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

Ingestão regular de álcool



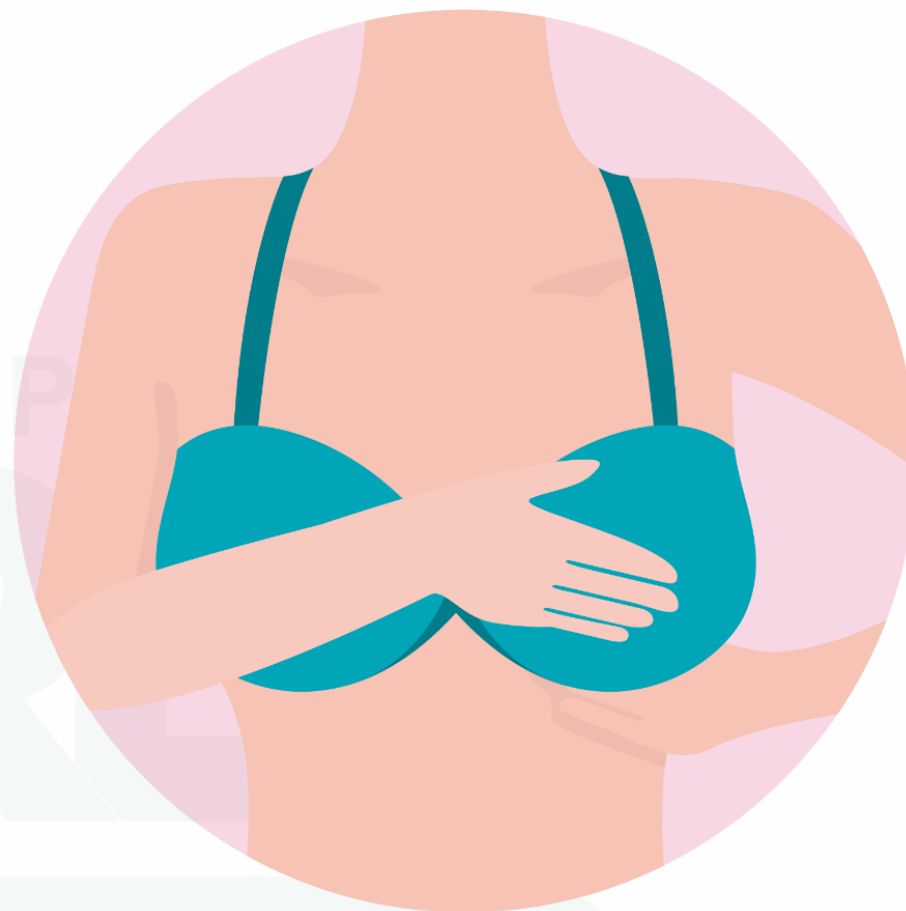
Sedentarismo



Obesidade



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



FAZER O
AUTO EXAME

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

- Mulheres < de 50 anos
- mulheres de 70 à 74 anos
- mulheres > 75 anos

O MS recomenda contra o rastreamento com mamografia

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

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

Periodicidade - bienal

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





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

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

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



As estratégias de **diagnóstico precoce** devem ser formadas pelo tripé:

- população alerta para sinais e sintomas suspeitos de câncer;
- profissionais de saúde também alertas para sinais e sintomas suspeitos de câncer e capacitados para avaliação dos casos suspeitos;
- serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade, garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado.

A estratégia de conscientização destaca a importância do diagnóstico precoce e, na prática, significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e a divulgação dos principais sinais e sintomas do câncer de mama. Estimula também as mulheres a procurarem esclarecimento médico sempre que houver qualquer dúvida em relação a alguma alteração suspeita nas mamas.

O MS recomenda a implementação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama

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

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

Existem duas estratégias de detecção precoce:

- rastreamento e
- diagnóstico precoce.

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

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

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

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



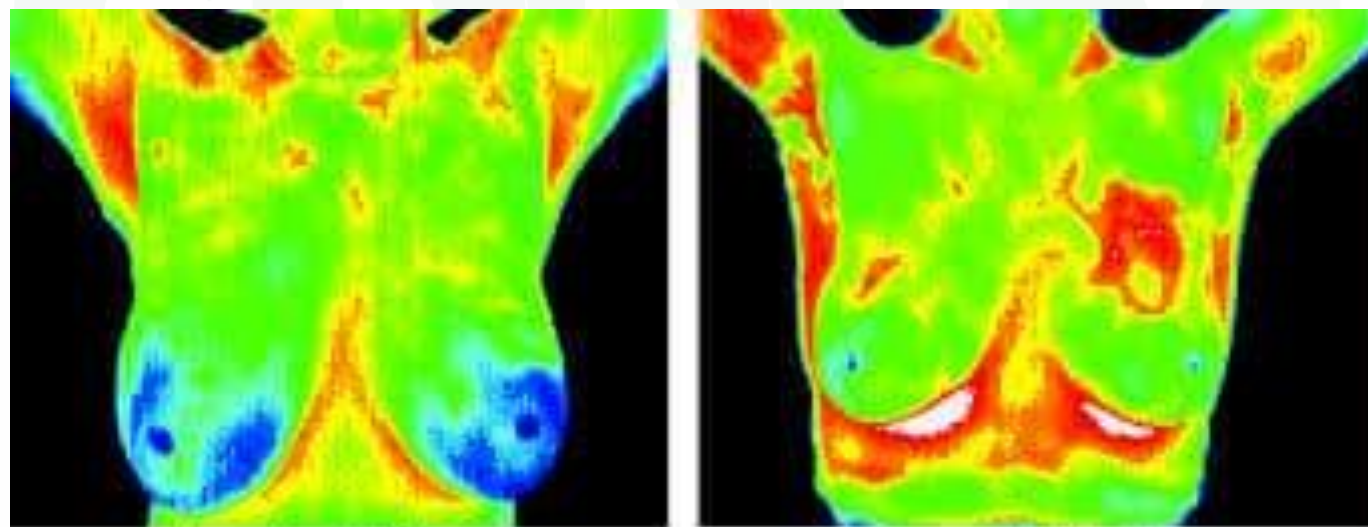
A ultrassonografia é, ao lado da mamografia, o **mais importante método de imagem na investigação diagnóstica de alterações mamárias suspeitas**, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas.

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



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

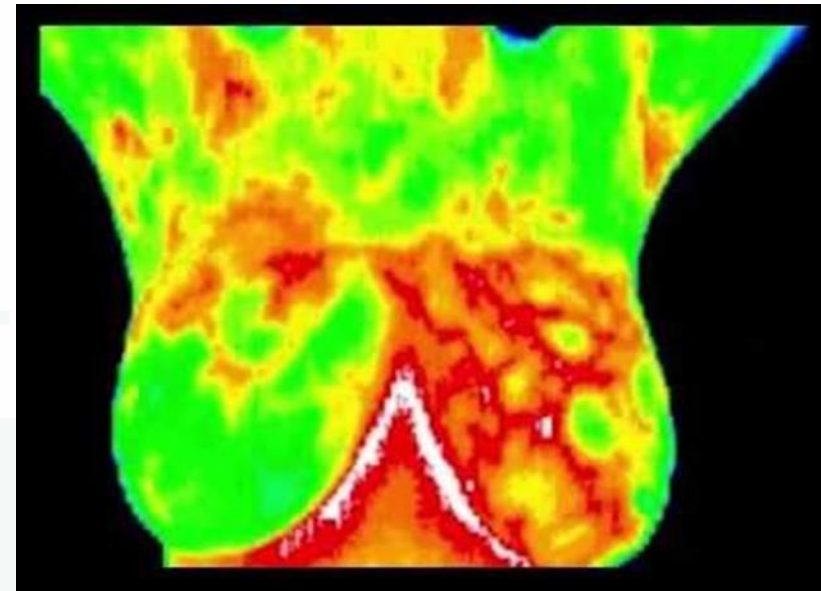
Por se tratar de um procedimento não invasivo, não expõe a pessoa à radiação, nem requer a compressão do tecido da mama.



Normal – No Issues

Cancer in Left Breast

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



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

A **tomossíntese mamária**, também denominada mamografia tridimensional ou mamografia tomográfica, representa um avanço nas técnicas de imagem mamária a partir da introdução da tecnologia digital no campo da mamografia e do desenvolvimento de sofisticadas técnicas de computação que permitem uma avaliação tridimensional da mama.



É uma técnica que oferece múltiplas e finas imagens da mama obtidas a partir de diferentes ângulos do tubo de raios X, enquanto a mama permanece estática e ligeiramente comprimida, permitindo cortes finos, passíveis de serem reconstruídos pelo computador em imagens tridimensionais.



MAMOGRAFIA DIGITAL/TOMOSSÍNTESE

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

Quadro 13: População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento

Recomendações do ministério da saúde para o rastreamento do câncer de mama		
Mamografia	< 50 Anos	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)
	50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)
	60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
	70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
	75 anos ou mais	O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
	Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).

A mamografia é o principal recurso capaz de diagnosticar o câncer de mama, pois detecta as lesões no estado subclínico, antecipando a descoberta em pelo menos 20 meses, em relação ao diagnóstico clínico. O efeito do rastreamento mamográfico em mulheres entre 40 e 49 anos tem demonstrado ser desfavorável enquanto medida de saúde coletiva, pois apresenta taxa significativa de falsos-positivos, gerando estresse, procedimentos desnecessários e não altera o desfecho de mortalidade por câncer de mamas (GARCIA, 2019).

Ultrassonografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Autoexame das mamas	Contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Exame clínico das mamas	Ausência de recomendação: O balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.
Ressonância nuclear magnética	Contra o rastreamento do câncer de mama com ressonância nuclear magnética em mulheres, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Termografia	Contra o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Tomossíntese	Contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional (recomendação forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).

Fonte: Inca, 2015 e MIGOWSKI, 2018.

Quadro 19: Métodos invasivos que auxiliam no diagnóstico final

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

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

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

QUESTÕES



21- Sobre o câncer de mama, analise os itens, abaixo:

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

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

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

Está correto o que se afirma em:

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

21- Sobre o câncer de mama, analise os itens, abaixo:

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

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

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

Está correto o que se afirma em:

(A) I, apenas.

(B) II, apenas.

(C) I e III, apenas.

(D) II e III, apenas.

(E) I, II e III.

22- No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

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

Alternativas

() Certo

() Errado

22- No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

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

Alternativas

() Certo

() Errado

23- No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

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

Alternativas

() Certo

() Errado

23- No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

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

Alternativas

() Certo

() Errado

24- No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

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

Alternativas

- Certo
- Errado

24- No que se refere à detecção precoce e ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil, julgue o item subsequente.

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

Alternativas

() Certo

() Errado

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

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

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

(A) Mulheres de 40 e 49 anos ECM anual e, se alterado, mamografia.

(B) Mulheres de 25 a 35 anos - ECM e mamografia a cada 2 anos.

(C) Mulheres de 40 a 49 anos - ECM anual e mamografia a cada 2 anos.

(D) Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado - ECM semestral e mamografia anual.

(E) Mulheres de 50 a 69 anos - ECM e mamografia anual.

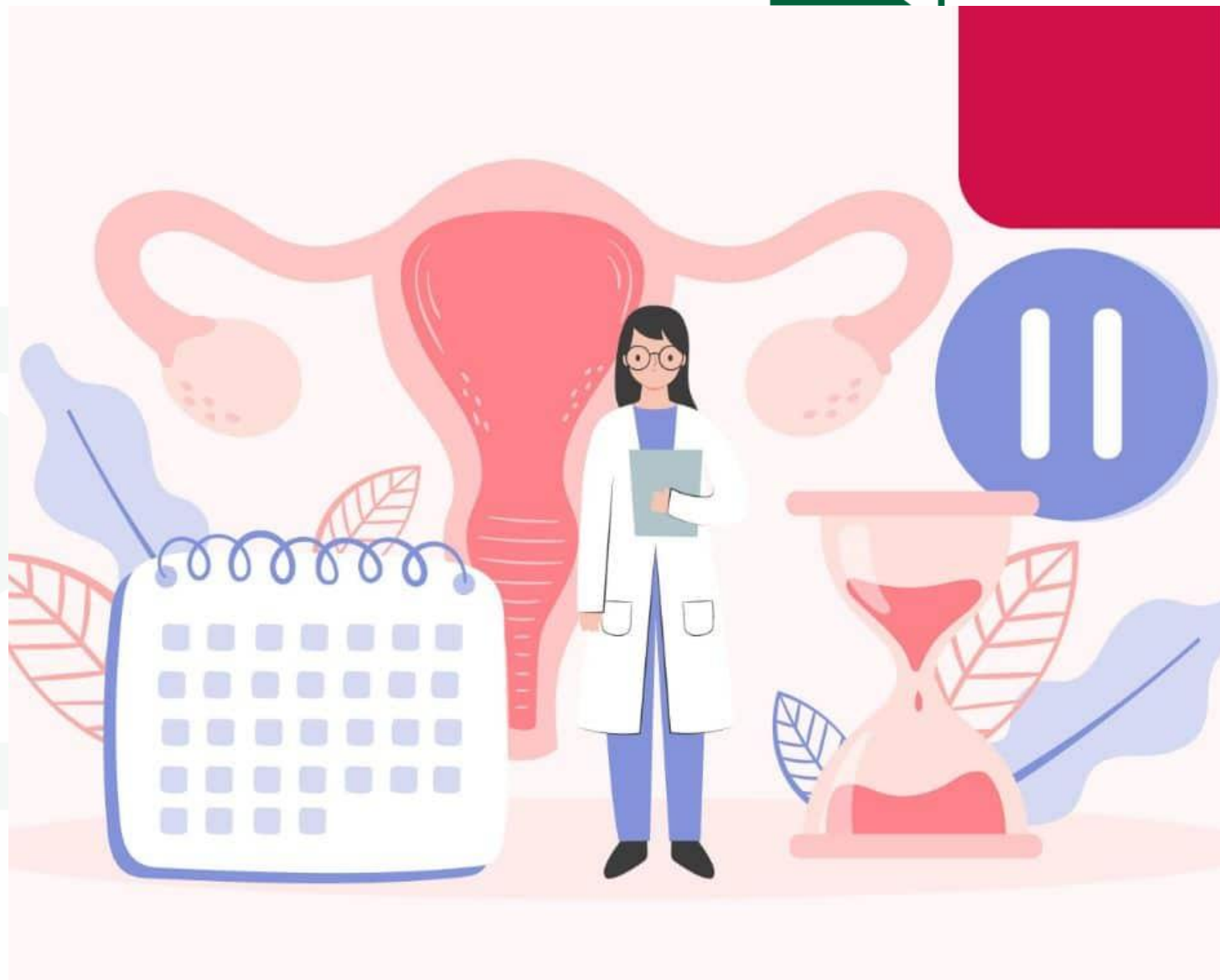
27- As mulheres que fazem parte dos grupos populacionais com risco mais elevado para o desenvolvimento do câncer de mama são aquelas que:

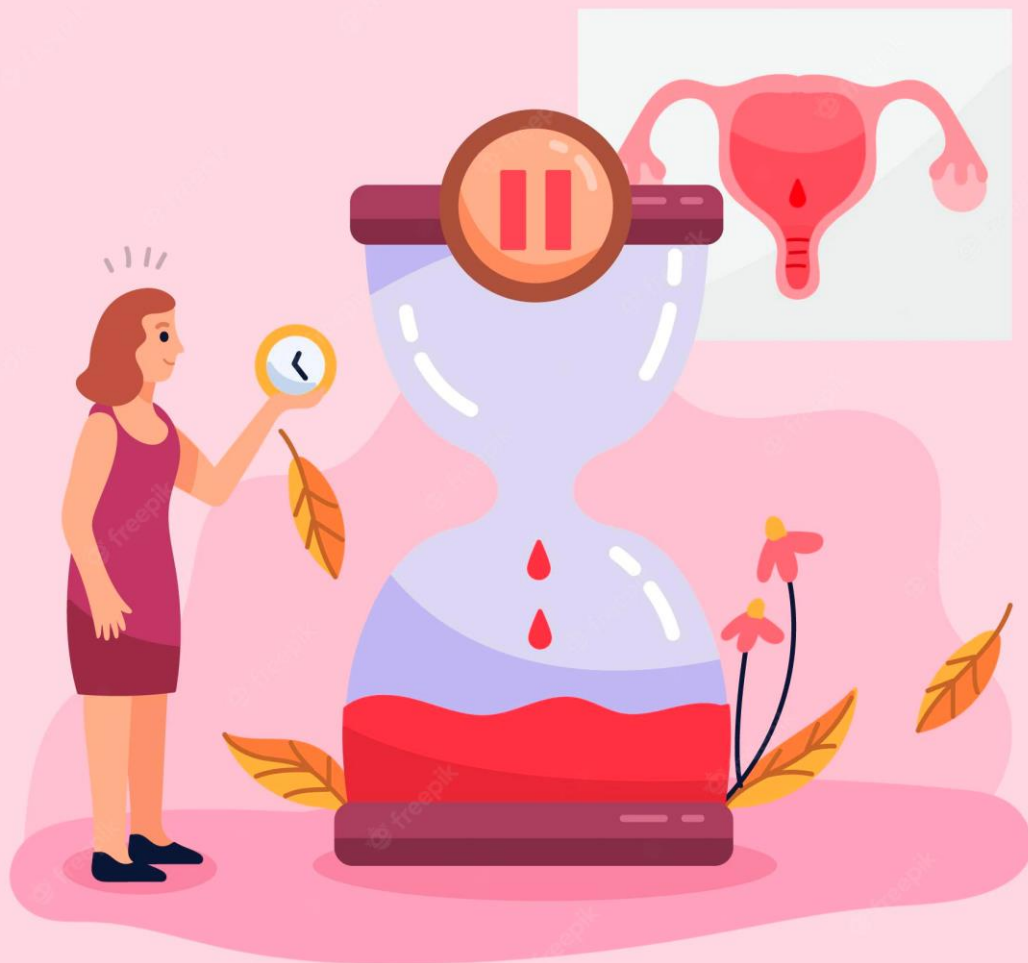
- (A) engravidaram após os 30 anos.
- (B) tiveram história familiar de câncer de mama masculino.
- (C) tiveram menopausa precoce e menarca tardia.
- (D) nunca tiveram filhos.



ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO / MENOPAUSA

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





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



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

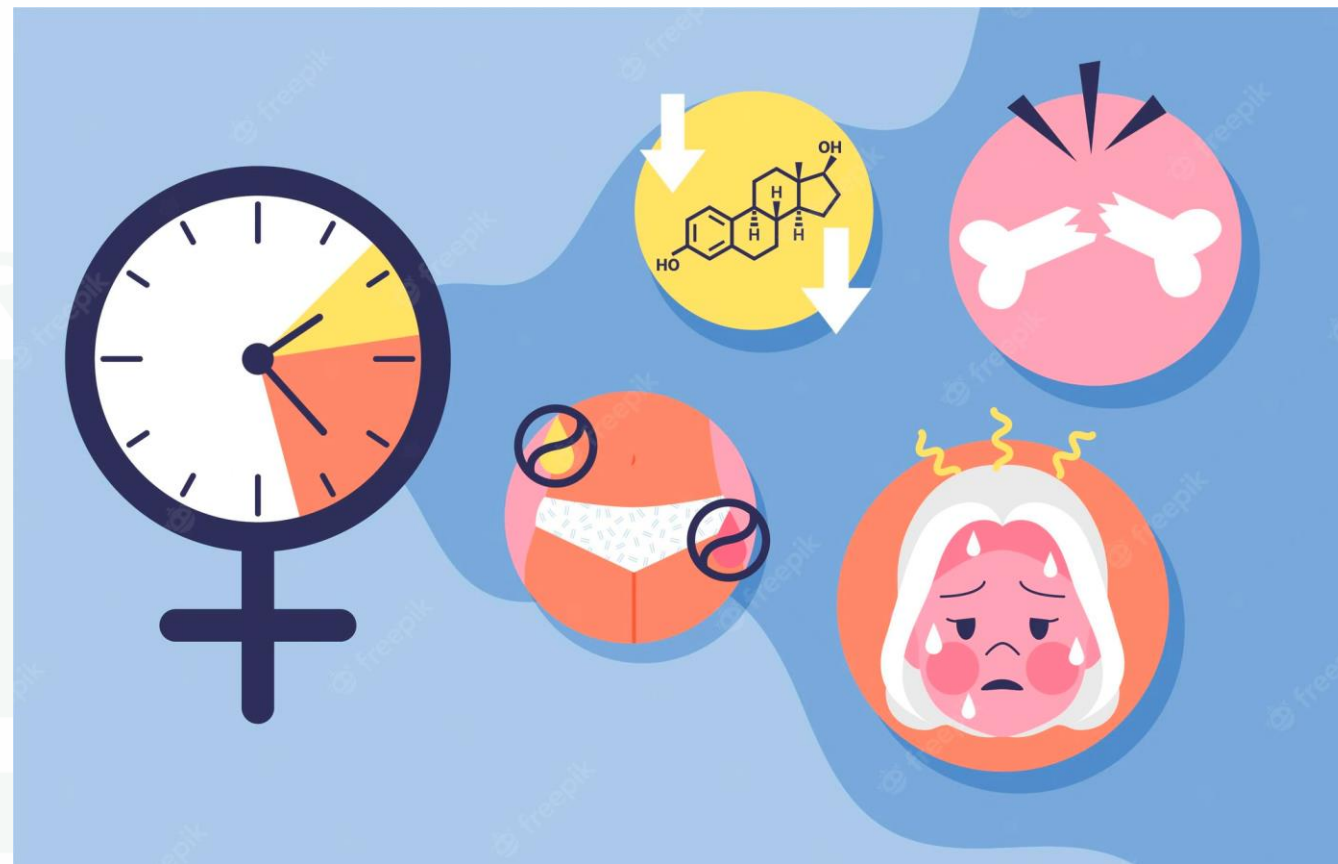
O volume médio dos ovários diminui de 8 a 9cm na menacme para 2 a 3cm alguns anos após a menopausa.

A intensidade dos sintomas e ou dos sinais clínicos é influenciada principalmente por 3 fatores:

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

Os sinais e sintomas clínicos do climatério podem ser divididos:

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



Alterações Orgânicas no Climatério e Resposta Sexual

O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital.

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



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

→ ressecamento e a hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio.

Queixas sexuais verificadas: existência de uma relação direta entre alguns sintomas como secura vaginal, dor à penetração e sensação de ardor e os níveis de estradiol.

Esses sintomas responderam à terapia estrogênica local ou sistêmica.

→ concentrações séricas de estrogênios elevadas - distensão abdominal e mastalgia, principalmente na perimenopausa.



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

Mulheres que desenvolvem doenças endócrinas como:

- Diabetes mellitus,
- hiperprolactinemia,
- hipotireoidismo e
- disfunções adrenais podem evoluir com diminuição da libido.





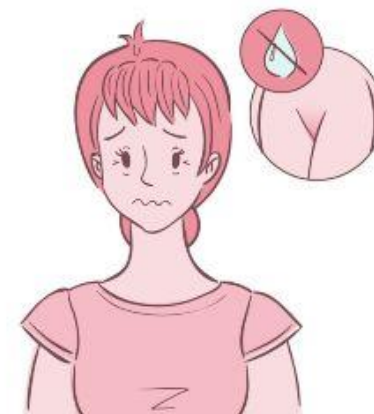
- **fragilidade da mucosa vaginal**, com sensação de ardor e prurido, que também pode ser tratados com outros meios não hormonais.
- Os **fogachos** ou “ondas de calor” constituem o sintoma mais comum nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. Manifestam-se como sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face que pode apresentar hiperemia, acompanhada na maioria das vezes de sudorese.



fogachos



perda da libido



ressacamento vaginal



sudorese noturna



oscilação de humor



insônia

- **palpitação** e mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde muito leves a intensos, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia.

A duração pode ser de alguns segundos a 30 minutos.

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



Sintomas neuropsíquicos.

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

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



Disfunções Sexuais

Alterações Urogenitais

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

Incontinência urinária

Fenômenos atróficos genitourinários

Distúrbios Metabólicos

Alterações no metabolismo

Alterações no metabolismo ósseo

Manifestações Clínicas Não-Transitórias



QUESTÕES



31- Entre as alterações hormonais que ocorrem durante o climatério, estão aquelas relacionadas ao metabolismo do cálcio, que podem levar a quadros de osteoporose. Sobre os fatores de risco não modificáveis para o desenvolvimento de osteoporose no climatério estão:

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

31- Entre as alterações hormonais que ocorrem durante o climatério, estão aquelas relacionadas ao metabolismo do cálcio, que podem levar a quadros de osteoporose. Sobre os fatores de risco não modificáveis para o desenvolvimento de osteoporose no climatério estão:

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

32- A respeito do Climatério, marque a alternativa CORRETA:

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

32- A respeito do Climatério, marque a alternativa CORRETA:

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

33- Em relação as manifestações clínicas do climatério, é INCORRETO afirmar que:

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

33- Em relação as manifestações clínicas do climatério, é INCORRETO afirmar que:

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



Manual de Acolhimento e
Classificação de Risco
em Obstetrícia

Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.



Por meio de ações que buscam a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral, da implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e do acesso ao planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha articula os seguintes objetivos:

- Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade;
- Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal.

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:

- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de responsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Capítulos do manual para leitura complementar: Passo a passo para implantação do A&CR: recomendações e Atribuições das equipes de A&CR

Os Protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes. Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental.
2. Avaliação da respiração e ventilação.
3. Avaliação da circulação.
4. Avaliação da dor (escalas).
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos).
6. Fatores de risco (agravantes presentes).

1. Avaliação sumária do nível de consciência: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.
2. Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:
 - **Vias Aéreas**: incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
 - **Respiração**: a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, *gasping* ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.

- **Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
- **Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
 - A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
 - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
 - Sangramento leve: ≥ 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou ≤ 59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥ 110 mmHg	≥ 140 ou ≤ 50 Em paciente assintomática
≥ 140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais).

Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

Fluxos de atendimento após classificação de risco

➤ **Pacientes classificadas como vermelhas** (atendimento imediato)

- O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.

➤ **Classificação Laranja** (atendimento em até 15 minutos)

- O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.

➤ **Classificação Amarela** (atendimento em até 30 minutos)

- O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.

➤ **Classificação Verde** (atendimento em até 120 minutos)

- Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.

➤ **Classificação Azul** (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)

- Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço.

1

Necessitam de atendimento imediato.
CASOS DE EMERGÊNCIA

2

Necessitam de atendimento praticamente imediato.
CASOS MUITO URGENTES

3

Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar.
CASOS DE URGÊNCIA

4

Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
CASOS POUCO URGENTES

5

Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
CASOS NÃO URGENTES

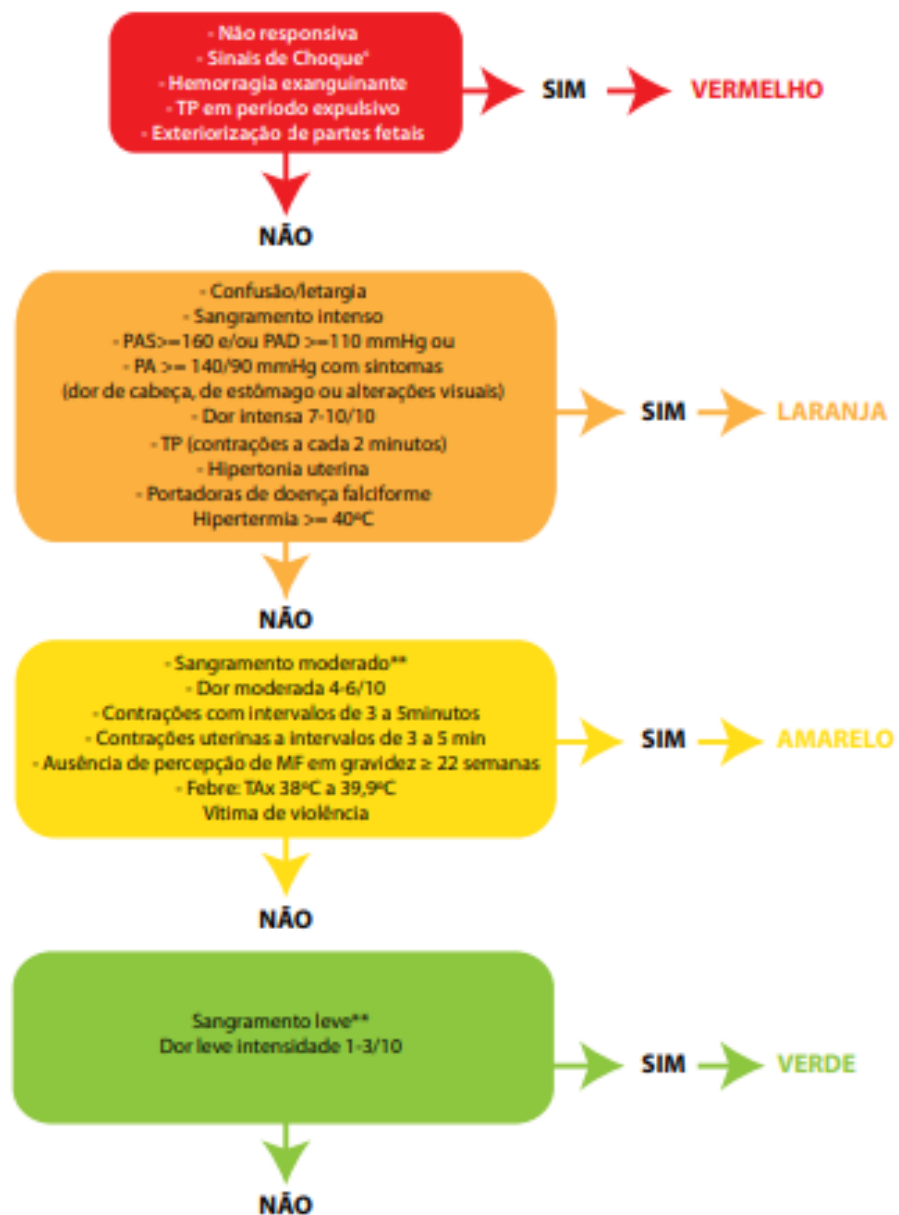
Atendimento - Classificação de Risco

VERMELHO = EMERGENTE =	IMEDIATO
LARANJA = MUITO URGENTE	ATÉ 15 MINUTOS
AMARELO = URGENTE =	ATÉ 30 MINUTOS
VERDE = POUCO URGENTE	ATÉ 120 MINUTOS
AZUL = NÃO URGENTE =	NÃO PRIORITÁRIO

- 1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL
- 2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS
- 3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM
- 4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS
- 5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO
- 6 NÁUSEAS E VÔMITOS
- 7 PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES
- 8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL
- 9 QUEIXAS URINÁRIAS
- 10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS
- 11 RELATO DE CONVULSÃO
- 12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



Manual de Acolhimento e
Classificação de Risco
em Obstetrícia

PARATÓRIO
PREM

**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante: perda \geq 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	\geq 120	PAS \leq 70
Sangramento intenso: perda brusca \geq 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS \leq 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	\leq 90	Normal

não tem AZUL

PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

RELATO DE CONVULSÃO



não tem VERMELHO

QUEIXAS URINÁRIAS

PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



QUESTÕES



30- Gestante J.P.V.C, 27 anos, G: I P:0 A:0, IG: 32 semanas, com diagnóstico de hipertensão gestacional, fazendo uso de medicação metildopa 750mg. Deu entrada na emergência da maternidade e foi acolhida pela enfermeira do setor de acolhimento e classificação de risco. Ao realizar a anamnese, J.P.V.C queixou-se de cefaleia, dor epigástrica e contrações uterinas ritmadas. No exame físico foi constatado PA: 150x90mmHg, FC: 92 bpm, FR:18 irpm, SpO2: 98%, sem presença de sangramento transvaginal, sem perda de líquido transvaginal, movimentos fetais presentes e dinâmica uterina de 01 contração a cada 10 minutos, com duração de 20 segundos. Após o atendimento, a gestante foi classificada com a cor:

- (A) Amarelo
- (B) Laranja
- (C) Azul
- (D) Verde
- (E) Vermelho

30- Gestante J.P.V.C, 27 anos, G: I P:0 A:0, IG: 32 semanas, com diagnóstico de hipertensão gestacional, fazendo uso de medicação metildopa 750mg. Deu entrada na emergência da maternidade e foi acolhida pela enfermeira do setor de acolhimento e classificação de risco. Ao realizar a anamnese, J.P.V.C queixou-se de cefaleia, dor epigástrica e contrações uterinas ritmadas. No exame físico foi constatado PA: 150x90mmHg, FC: 92 bpm, FR:18 irpm, SpO2: 98%, sem presença de sangramento transvaginal, sem perda de líquido transvaginal, movimentos fetais presentes e dinâmica uterina de 01 contração a cada 10 minutos, com duração de 20 segundos. Após o atendimento, a gestante foi classificada com a cor:

- (A) Amarelo
- (B) Laranja**
- (C) Azul
- (D) Verde
- (E) Vermelho

31- Após ser avaliada pela classificação de risco, a gestante recebe uma cor para representar a prioridade do seu atendimento. Cada cor possui um significado sendo do mais crítico ao menos crítico, onde há um limite de tempo de espera para o atendimento. Pacientes que são classificadas com a cor amarela deverão ser atendidas em até:

- (A) 10 minutos.
- (B) 15 minutos.
- (C) 20 minutos.
- (D) 25 minutos.
- (E) 30 minutos.

31- Após ser avaliada pela classificação de risco, a gestante recebe uma cor para representar a prioridade do seu atendimento. Cada cor possui um significado sendo do mais crítico ao menos crítico, onde há um limite de tempo de espera para o atendimento. Pacientes que são classificadas com a cor amarela deverão ser atendidas em até:

- (A) 10 minutos.
- (B) 15 minutos.
- (C) 20 minutos.
- (D) 25 minutos.
- (E) 30 minutos.**

32- O Acolhimento e classificação de risco obstétrico é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida. Nesse contexto uma gestante que chega no acolhimento com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como?

- (A) Vermelho/laranja
- (B) Verde/azul
- (C) Laranja/amarelo
- (D) Amarelo/verde
- (E) Azul/verde

32- O Acolhimento e classificação de risco obstétrico é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida. Nesse contexto uma gestante que chega no acolhimento com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como?

(A) Vermelho/laranja

(B) Verde/azul

(C) Laranja/amarelo

(D) Amarelo/verde

(E) Azul/verde

33- Gestante A.D., 27 anos, G:II P:I A:0, IG: 29+4, nega comorbidades, nega vícios, nega sintomas de COVID-19. Queixando-se de dor em baixo ventre e cefaleia. Ao verificar sinais vitais foi observado que a pressão arterial estava alterada, dando o valor de 140x100mmHg. A.D. informa que na gestação anterior também teve alteração na pressão arterial mas que após o nascimento do seu filho melhorou e por isso ela não faz uso de anti-hipertensivos. De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, esta gestante deverá ser classificada com qual cor?

- (A) Vermelha.
- (B) Laranja.
- (C) Amarela.
- (D) Verde.
- (E) Azul

33- Gestante A.D., 27 anos, G:II P:I A:0, IG: 29+4, nega comorbidades, nega vícios, nega sintomas de COVID-19. Queixando-se de dor em baixo ventre e cefaleia. Ao verificar sinais vitais foi observado que a pressão arterial estava alterada, dando o valor de 140x100mmHg. A.D. informa que na gestação anterior também teve alteração na pressão arterial mas que após o nascimento do seu filho melhorou e por isso ela não faz uso de anti-hipertensivos. De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, esta gestante deverá ser classificada com qual cor?

(A) Vermelha.

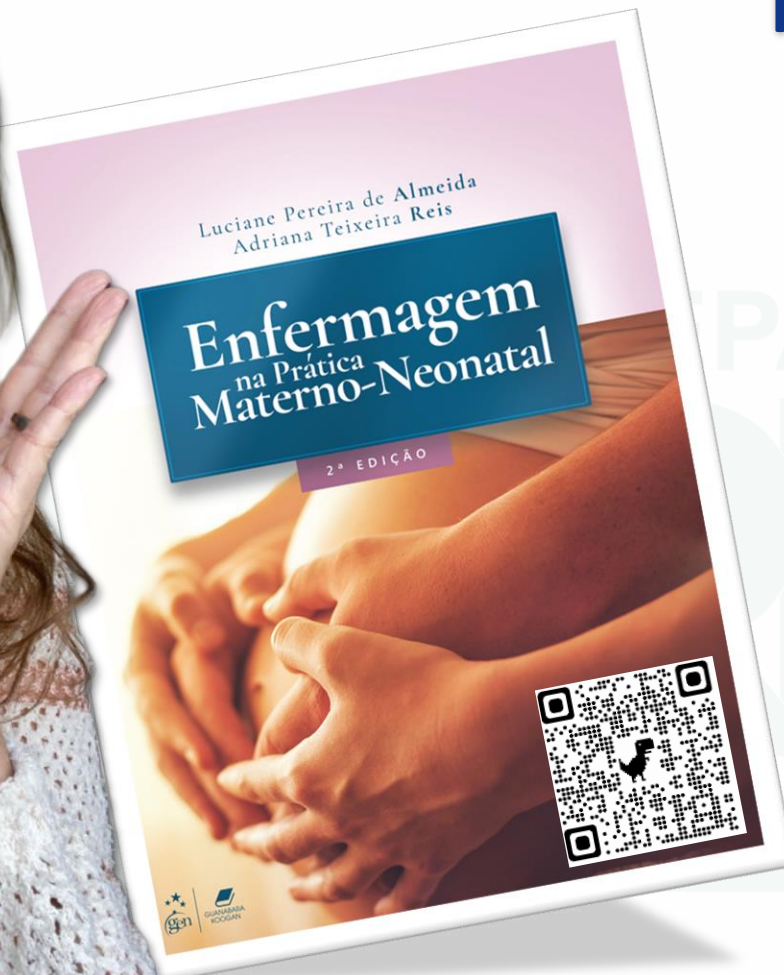
(B) Laranja.

(C) Amarela.

(D) Verde.

(E) Azul

PUBLICAÇÃO E REDE SOCIAL



Instagram



@prof.luciane.pereira