



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

Secretaria Municipal de Saúde

Núcleo de Apoio da Atenção Básica

Protocolo Municipal de Enfermagem em Saúde da Mulher & Planejamento Familiar.

Poços de Caldas

2020

Elaboração:

Andréa Luísa Ribeiro Roque da Silva – Enfermeira da ESF.

Ângela Ferreira da Silva – Enfermeira.

Daiana Clélia de Carvalho Moraes – Apoiadora da Atenção Básica.

Juliana Aparecida Marciano – Enfermeira da ESF.

Lílian do Nascimento Silva de Lima – Enfermeira da ESF.

Lucimara Siqueira Costa Papi – Enfermeira do departamento de Saúde da Mulher do Hospital da Zona Leste.

Colaboração:

Camila Ferreira Bacelar – Coordenadora da Atenção Básica.

Aprovação:

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi – Secretário de Saúde de Poços de Caldas.

Versão:

001.2020

Sumário

Lista de siglas	5
Apresentação	7
A consulta em Saúde da Mulher	8
Roteiro de consulta em Saúde da Mulher	9
A coleta de citopatológico do colo uterino	11
Condições especiais e a coleta de citopatológico	15
A estrogenização para coleta de citopatológico	17
Nomenclatura citopatológica e histopatológica	17
Achados comuns ao exame especular	18
Resultados BENIGNOS possíveis da coleta da citologia e suas respectivas condutas	21
Achados microbiológicos	24
E agora?	25
Resultados ALTERADOS possíveis da coleta da citologia e suas respectivas condutas	26
Lesões anogenitais	27
Verruga anogenital	29
Cisto e abcesso de Bartholin	30
Hemorroidas	31
Vaginoses e corrimentos vaginais	32
Tricomoníase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	32
Gonorreia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	33
Vaginose Bacteriana	34
Candidíase vulvovaginal (<i>Candida spp</i> , <i>Candida albicans</i>)	36
Vaginose citolítica	38
Queixas mais comuns em Saúde da Mulher	39
Queixas urinárias	40
Sangramento uterino anormal	42
Atraso menstrual e amenorreia	43
Sintomas pré-menstruais	44
Dismenorréia	45

Miomas.....	46
Mama feminina	47
Exame das mamas.....	48
Rastreamento mamográfico.....	52
Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendações de conduta	53
Problemas nas mamas	55
Mastalgia.....	58
Descarga papilar.....	59
Menopausa & climatério	61
Sinais e sintomas do climatério.....	63
Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério	65
Planejamento reprodutivo	68
Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção.....	69
Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS.....	70
Taxas de falha dos métodos contraceptivos – Índice de Pearl.....	71
Esterilização voluntária feminina e masculina (métodos definitivos e cirúrgicos).....	72
Anticoncepção hormonal de emergência	73
Anticoncepcional oral combinado (AOC) e minipílula.....	74
Anticoncepção injetável (AI) trimestral e mensal.....	77
Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos.....	81
DIU de cobre	87
Referências	90

Lista de siglas

ACE / AHE: anticoncepcional de emergência.

AGC: Células glandulares atípicas de significado indeterminado.

AHE: Anticoncepção hormonal de emergência.

AI: anticoncepção injetável.

AIM: anticoncepcional injetável mensal.

AIS: Adenocarcinoma in situ.

AIT: anticoncepcional injetável trimestral.

AOC: anticoncepcional oral combinado.

AOI: células atípicas de origem indefinida.

ARV: antirretrovirais.

ASCUS (ou ASC-US): células escamosas atípicas de significado indeterminado.

ATA: ácido tricloroacético.

COREN: conselho regional de Enfermagem.

DIU: dispositivo intrauterino.

DM: diabetes mellitus.

DUM: data da última menstruação.

ECM: exame clínico da mama.

g: grama.

HAS: hipertensão arterial sistêmica.

HIV: vírus da imunodeficiência adquirida.

HPV: papiloma vírus humano.

HSIL: lesão de alto grau.

Id: idade.

IST: infecção sexualmente transmissível.

LSIL: lesão de baixo grau.

LT: laqueadura tubária.

MAC: método anticoncepcional.

mg: miligrama.

NIC: neoplasia intraepitelial cervical.

USG: ultrassonografia.

VO: via oral.

β HCG: gonadotrofina coriônica humana.

Apresentação

Este guia foi elaborado com intuito de dar suporte técnico e autonomia enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família no atendimento de questões relacionadas à Saúde da Mulher, contemplando várias de suas esferas e, também, ao atendimento relacionado às questões de Planejamento Familiar.

Foi embasado nos mais atuais manuais do Ministério da Saúde e protocolos dos CORENs a fim de uniformizar determinadas informações e auxiliar o profissional nas práticas diárias.

É sintético e dinâmico, facilitando a consulta profissional.

Esperamos que seja útil na prática diária!

A consulta em Saúde da Mulher

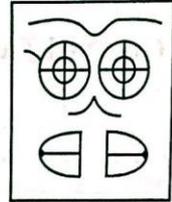
1. Dados pessoais.
2. História clínica: menarca, DUM, padrão menstrual, uso de MAC, tempo de uso, uso de cremes vaginais, coitarca, histórico obstétrico, amamentações prévias, cauterizações prévias, última coleta de citopatológico, queixas urinárias e fecais, histórico familiar.
3. Queixas.
4. Preenchimento de formulário para requisição do exame.

Observação:

1. Pode-se fazer uso do formulário em Saúde da Mulher (a seguir) para norteio da consulta.

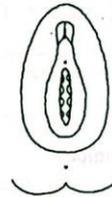
MAMAS

Insp. Estática: _____
 Insp. Dinâmica: _____
 Palpação: _____
 Expressão: _____
 Axilas: _____



OGE

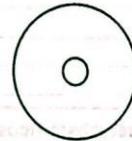
Pilificação: _____
 Lábios: _____
 Clitóris: _____
 Uretra: _____
 Gl. Bartholin: _____
 Himen: _____
 Procidencia PVA: _____
 PVP: _____
 Períneo: _____
 Perda Urina: _____



ESPECULAR

Vagina: _____

 Colo: _____



Cont. Vaginal

Assinatura cliente

Assinatura e carimbo enfermeiro(a)



A coleta de citopatológico do colo uterino

- **Materiais para coleta:**



Figura 1: disposição de mobiliário mínimo para sala de coleta de citopatológico. Da esquerda para direita: foco luminoso, maca ginecológica e banqueta.

Obs.: recomenda-se também uso de mesa auxiliar para suporte do espécuro, lâmina, espátula e escova.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

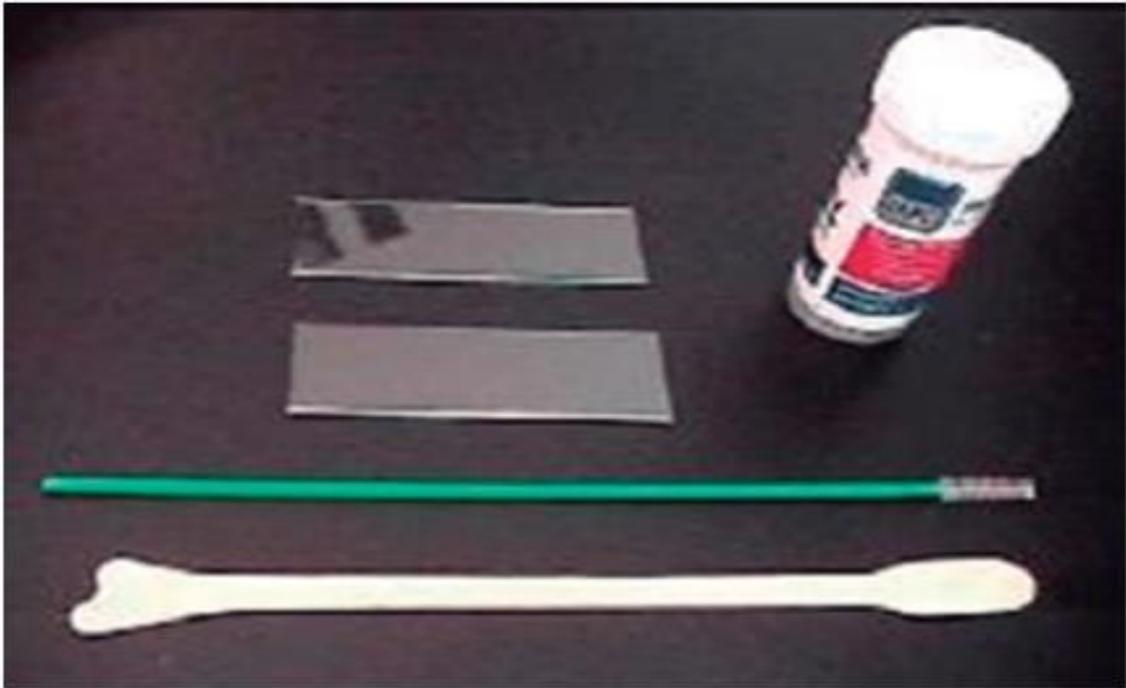


Figura 2: material para coleta de citopatológico. Da esquerda para direita: lâmina de vidro com extremidade fosca, porta-lâminas estriado. Após, de cima para baixo: escova cervical e espátula de Ayres.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

- **A coleta da citologia:**

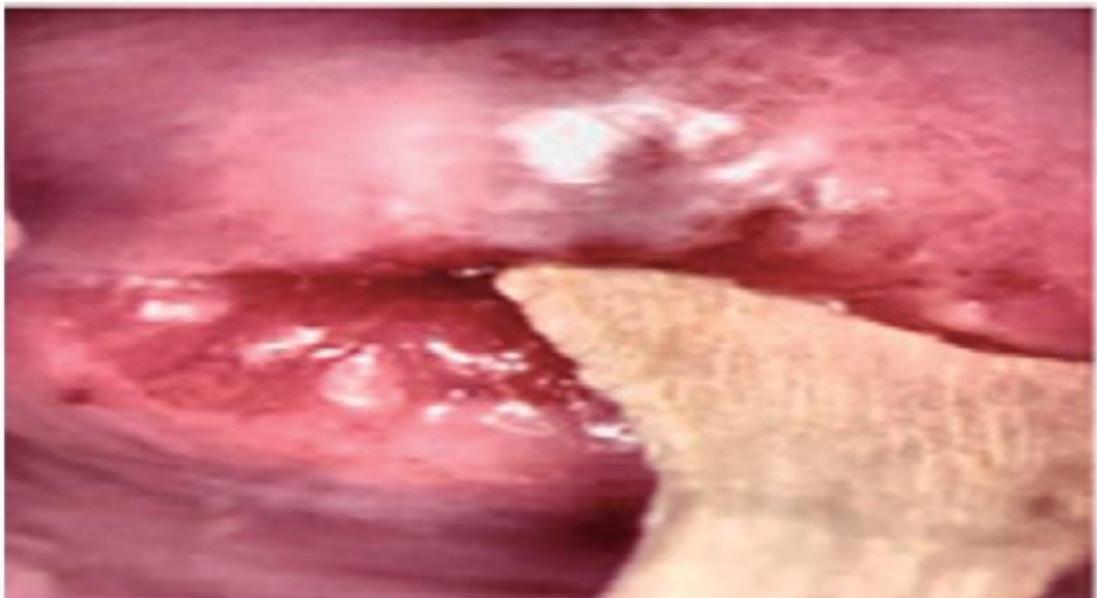


Figura 3: coleta de material da ectocérvice com a espátula de Ayres.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

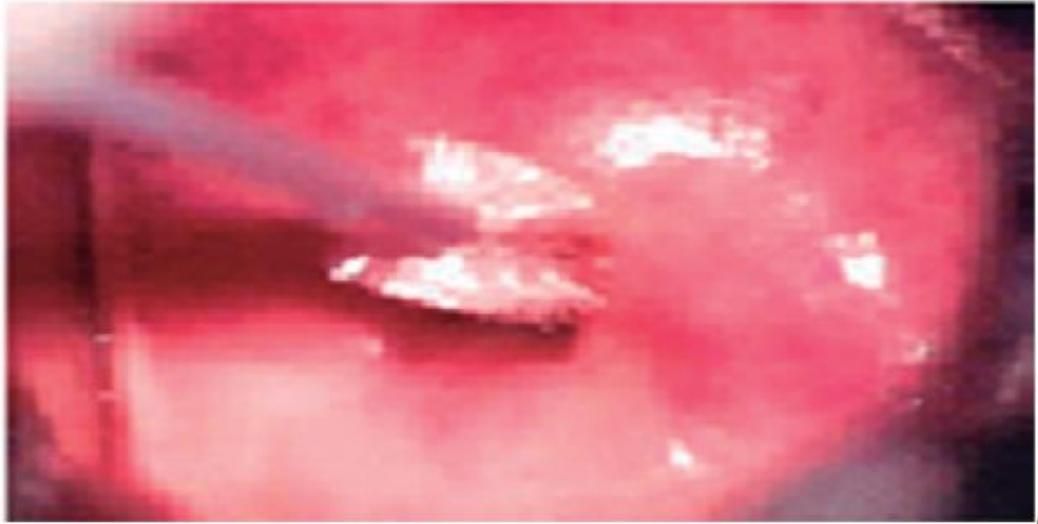


Figura 4: coleta de material endocervical com escova cervical.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

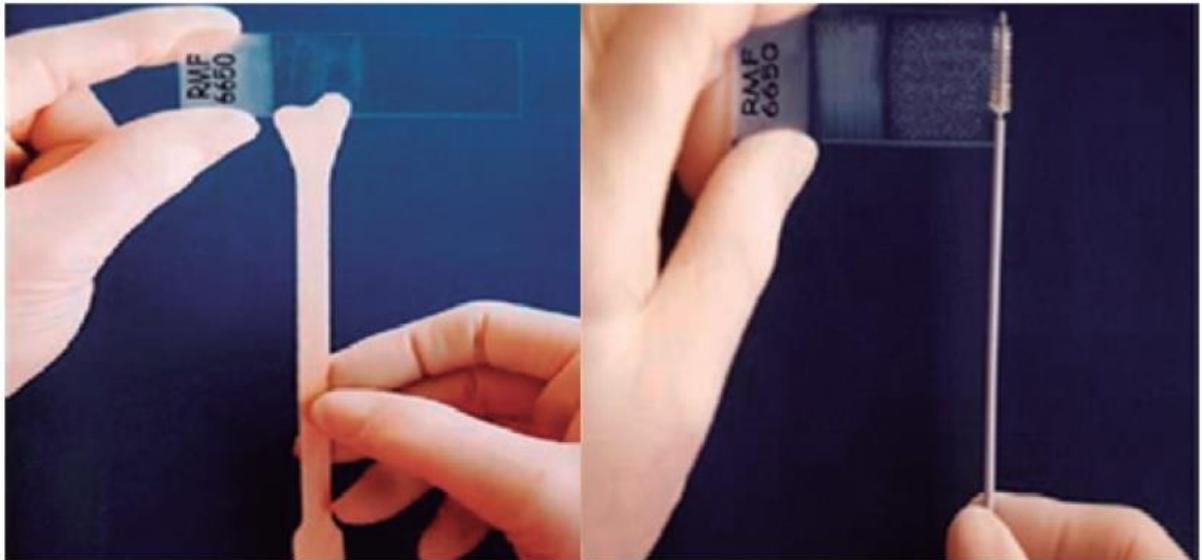


Figura 5: disposição do material colhido sobre a lâmina de vidro.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Conservação do material colhido: Na fixação com álcool a 96%, considerada mundialmente como a melhor para os esfregaços citológicos, a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o

esfregação seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição.

Desprezar álcool após, no mínimo, duas horas de imersão do material no fixador.

Observações:

1. O rastreio se dá em mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos que tenham iniciado atividade sexual.
2. A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais e sexuais com preservativo nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico podem ocasionar prejuízo à leitura da amostra coletada. A presença de espermatozoides na amostra não prejudica sua qualidade, entretanto outros fatores podem prejudicar o diagnóstico.
3. **Após duas coletas, anuais, seguidas, com resultado normal, o rastreio será feito com uma coleta de citopatológico a cada 03 anos.**
4. Para dispensa de mulheres com mais de 64 anos, deve-se garantir que haja histórico de duas coletas anuais, seguidas, normais. Não havendo, proceder às coletas e, somente após, dispensar a mulher.
5. DeMay recomenda que a coleta endocervical deva ser feita introduzindo todas as cerdas da escova e rodando por três a cinco giros.
6. Gestantes PODEM ser submetidas à coleta endocervical de material com escova; porém considera-se a exposição da endocérvice durante o período gestacional e a correlação, por parte da gestante, a abortos e complicações à coleta da citologia com escova.

Em mulheres em uso de DIU a coleta da endocérvice deve ser feita com escova SEM realizar giros. Introduz-se e retira-se a escova.

Condições especiais e a coleta de citopatológico

- **Mulheres sem início de atividade sexual:** ficam dispensadas da coleta de citopatológico de colo uterino.
- **Gestantes:** O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres (janela de oportunidade).
- **Mulheres pós-menopausa:** Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta (vide abordagem no tópico estrogenização).
- **Mulheres hysterectomizadas:** Mulheres submetidas à hysterectomia 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.

Em casos de hysterectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.
- **Mulheres imunossuprimidas:** O exame citopatológico deve ser realizado nesse grupo de mulheres após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro

ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4+ e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.

A estrogenização para coleta de citopatológico

Qual mulher deve ser estrogenizada? Mulher na menopausa / climatério e mulheres que apresentem condições que favoreçam condições para atrofia de colo uterino.

Medicamento: a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com estriol vaginal, um grama com aplicador vaginal.

Modo de uso: Deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias. O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta.

Observações:

1. Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada.
2. A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopáusicas estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias.
3. Achados como ressecamento vaginal e dispareunia são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia.

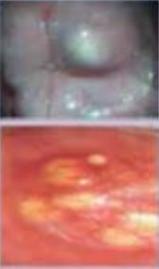
Nomenclatura citopatológica e histopatológica

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

Quadro 1: Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências.

Fonte: INCA, 2016.

Achados comuns ao exame especular

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Cisto de Naboth</p> 	<ul style="list-style-type: none"> É decorrente da obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, sem significado patológico, não demandando intervenções. 	<p>Enfermeiro(a)/ médico(a)</p>
<p>Pólipos cervicais</p> 	<ul style="list-style-type: none"> São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual. Quando localizados externamente, são facilmente visualizados no momento da realização do exame preventivo. São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos. Encaminhar ao ginecologista para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado; sangramento discreto entre as menstruações. 	<p>Enfermeiro(a)/ médico(a)</p>
<p>Vaginismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica (ver Saiba Mais). Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia. Considerar encaminhamento ao ginecologista caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento na atenção especializada ou apoio psicológico especializado, quando necessário. 	<p>Enfermeiro(a)/ médico(a)</p>
<p>Ectopia</p> 	<ul style="list-style-type: none"> No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções. 	<p>Enfermeiro(a)/ médico(a)</p>

Quadro 2: achados comuns na coleta de citologia e condutas profissionais conforme o achado.

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Resultados BENIGNOS possíveis da coleta da citologia e suas respectivas condutas

- **Resultado citológico dentro dos limites da normalidade no material examinado:** é um diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame.

Conduta: uma coleta anual por dois anos e, após DOIS resultados consecutivos NORMAIS, uma coleta a cada TRÊS anos.

- **Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas):** a prevalência de NIC II/III subjacente em mulheres com alterações celulares benignas é baixa (cerca de 2%).

- **Inflamação sem identificação de agente:** é caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de diversos agentes.

Conduta: Havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz direcionada para o tratamento de corrimento genital e doenças sexualmente transmissíveis (abordado no “E agora?”).

Seguir a rotina de rastreamento citológico como para as mulheres com resultado normal.

- **Resultado citológico indicando metaplasia escamosa imatura:** é considerada como do tipo reparativa.

Conduta: seguir a rotina de rastreamento citológico.

- **Resultado citológico indicando reparação:** decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório.

Conduta: seguir a rotina de rastreamento citológico.

- **Resultado citológico indicando atrofia com inflamação:** na ausência de atipias, é um achado fisiológico após a menopausa, o pós-parto e durante a lactação. O uso de terapia estrogênica tópica diminui as alterações celulares degenerativas e proporciona um esfregaço com um fundo limpo.

Conduta: seguir a rotina de rastreamento citológico. Na eventualidade do laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com estriol (vide pág. 13).

- **Resultado citológico indicando alterações decorrentes de radiação ou quimioterapia:** esse achado pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por radioterapia pélvica. O comprometimento vaginal é mais frequente e acentuado quando a radioterapia é associada à quimioterapia; indicando-se a estrogenização.

Conduta: Seguir a rotina de rastreamento citológico. A radioterapia ou a quimioterapia prévias devem ser mencionadas na requisição do exame.

Observações:

1. O exame citopatológico não deve ser utilizado para diagnóstico dos processos inflamatórios ou infecciosos vaginais.

Achados microbiológicos

- Lactobacillus sp.
- Cocos.
- Outros Bacilos.

São considerados achados normais, pois fazem parte da microbiota normal da vagina. Na ausência de sinais e sintomas, a presença desses micro-organismos não caracteriza infecção que necessite tratamento.

Conduta: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Observações:

1. A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital anormal, na presença de agentes patogênicos (*Gardnerella/mobiluncus* sp, *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp) deve ser abordada conforme diretriz específica.



E agora?

Resultados ALTERADOS possíveis da coleta da citologia e suas respectivas condutas

Quem? Médico / enfermeiro.

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

Fonte: INCA, 2016.

Lesões anogenitais

Causa	Identificação	O que fazer?
Úlcera genital	Se paciente sexualmente ativa, considerar as principais causas de ISTs.	Orientações gerais: fornecer informações sobre as ISTs e sua prevenção, ofertar testes.
	Considerar diagnósticos diferenciais com outras doenças ulcerativas infecciosas e não infecciosas.	Ofertar profilaxia pós-exposição sexual para o HIV, quando indicado; notificar o caso; convocar e tratar parcerias sexuais.
	Coletar material para microscopia (Gram e Giemsa) e campo escuro, sempre que laboratório disponível.	Se úlcera sintomática, podem ser necessários analgesia e cuidados locais, com compressas frias, analgésicos ou anti-inflamatórios tópicos ou orais e banhos perineais.
		Se herpes, encaminhar ao médico.
	Tratar conforme agente etiológico identificado.	Se sífilis, tratar conforme protocolo de sífilis.
	Se laboratório não disponível, tratar conforme história clínica e exame físico.	Cancro mole (cancroide): tratamento em dose única com azitromicina 1g, VO, OU ceftriaxona 250mg, IM, OU ciprofloxacino 500mg, VO.
	Se história de vesículas dolorosas e/ou visualização de parede rota de vesícula, tratar herpes genital. Se não for caso evidente de herpes simples, tratar empiricamente como sífilis primária e cancro mole.	Donovanose: encaminhar ao médico.

	<p>Se úlcera com mais de quatro semanas, tratar sífilis, cancro mole e donovanose.</p> <p>Se úlcera persistente ou irresponsiva ao tratamento, encaminhar para biópsia.</p>	
--	---	--

Verruga anogenital

Causa	Identificação	O que fazer?
Verruga anogenital	<p>As lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e/ou colo.</p> <p>Mais comum em pacientes jovens. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar em casos especiais: gestantes, crianças, imunossuprimidos, doença disseminada ou verrugas de grande volume. • Se lesão única ou poucas lesões, especialmente se assintomáticas, considerar apenas observar a evolução. • Uma opção terapêutica viável na Atenção Básica é aplicar nos condilomas ácido tricloroacético a 80%- 90% em solução alcoólica, em pequena quantidade, com cotonete, microbrush ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. • Repetir semanalmente se necessário. Se refratário ao tratamento com ácido tricloroacético, encaminhar para ginecologista.

Observação:

1. O(A) enfermeiro(a) devidamente capacitado, e mediante o estabelecimento de protocolo institucional local, poderá executar o tratamento das lesões condilomatosas com ácido tricloroacético a 80%-90% em solução alcoólica, nas situações clínicas em que haja previsão do uso deste produto.

Cisto e abscesso de Bartholin

Causa	Identificação	O que fazer?
<p style="text-align: center;">Cisto e abscesso de Bartholin</p>	<p>A glândula de Bartholin está localizada no terço interior dos grandes lábios.</p> <p>Quando seu ducto é obstruído, forma-se um cisto, geralmente assintomático, podendo eventualmente se manifestar como desconforto ou mesmo dor ao sentar ou nas relações sexuais.</p> <p>O cisto pode se complicar com abscesso, que se manifesta como massa quente, dolorida à palpação, flutuante.</p> <p>A dor costuma ser intensa, podendo ser limitante para as atividades.</p>	<p style="text-align: center;">Encaminhar ao médico.</p>

Hemorroidas

Causa	Identificação	O que fazer?
Hemorroidas	<p>É o ingurgitamento e extravasamento de plexos vasculares na submucosa do canal anal.</p> <p>Os principais fatores de risco são constipação, esforço evacuatório prolongado e gestação.</p> <p>Se proximal à linha pectínea, a hemorroida é denominada interna; se distal, externa; se ambos estiverem presentes, é denominada mista.</p> <p>As hemorroidas internas não costumam ser dolorosas, geralmente se manifestando clinicamente por sangramento e/ou prolapso, quando se exteriorizam.</p> <p>A hemorroida externa se apresenta como nódulo palpável distal à linha pectínea.</p> <p>Na hemorroida externa, o principal motivo de consulta é quando ocorre a formação de trombo, que se manifesta com dor intensa e nódulo doloroso de coloração azulada.</p>	<p>Casos leves de hemorroida interna respondem bem à dieta rica em fibras e líquido e redução do esforço evacuatório.</p> <p>Devem-se estimular banhos de assento pelo menos 3x/dia e desestimular o uso de papel higiênico.</p> <p>Usar anestésicos tópicos(ex: Proctyl®): aplicação de 2g a 3g externamente (se lesão externa), ou internamente (se lesão interna) de 2x a 3x ao dia, até melhora dos sintomas</p> <p>Encaminhar ao médico.</p>

Vaginoses e corrimentos vaginais

Tricomoniase (<i>Trichomonas vaginalis</i>).				
Características clínicas	Orientações	Tratamento	Gestantes / nutrizes	Observações
<p>Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.</p> <p>Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”.</p> <p>Menos frequente: disúria.</p>	<p>Ofertar testes rápidos de ISTs.</p> <p>Conferir / ofertar vacinação hepatite B.</p> <p>Tratamento do parceiro.</p> <p>Ofertar preservativo.</p> <p>Notificar.</p>	<p>Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias; OU • Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU • Secnidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Tinidazol, 2 g, VO, dose única. 	<p>Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrizes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU • Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU • Metronidazol, de 400 a 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto ao efeito antabuse e o uso de álcool com todas as três drogas – não fazer uso de bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento. • TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única. • Atenção: 50% dos casos são assintomáticos

Gonorreia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>).		
Características clínicas	Orientações	Conduta
<p>As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos.</p> <p>•Nos sintomáticos:</p> <p>Queixas mais frequentes:</p> <p>corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.</p> <p>Achados ao exame físico:</p> <p>sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>Idem Tricomoníase.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devido ao grande número de mulheres assintomáticas e a baixa sensibilidade das manifestações clínicas nas cervicites, “na ausência de laboratório, a principal estratégia de manejo das cervicites por clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais de homens portadores de uretrite”. • O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por <i>C. trachomatis</i> dever ser feito por biologia molecular e/ou cultura. <p>Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.</p>	<p>Encaminhar ao médico para tratamento da mulher e parceiro.</p>

Vaginose Bacteriana.				
Agentes etiológicos	Características.	Tratamento	Gestantes / nutrizes	Observações
<p><i>Gardnerella vaginalis.</i></p> <p><i>Mobiluncus sp</i></p> <p><i>Bacteroides sp</i></p> <p><i>Mycoplasma hominis</i></p> <p><i>Peptococcus</i> e outros anaeróbios.</p>	<p>Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Via oral: Metronidazol, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU • Via intravaginal: Metronidazol gel vaginal, 100mg/g, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias; OU • Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 7 dias. 	<p>Via oral (independentemente da idade gestacional e nutrizes):</p> <p>Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU</p> <p>Metronidazol, 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias; OU</p> <p>Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias.</p> <p>Via intravaginal:</p> <p>Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por três dias OU</p> <p>Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por cinco dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. • Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento. • Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das gestantes.

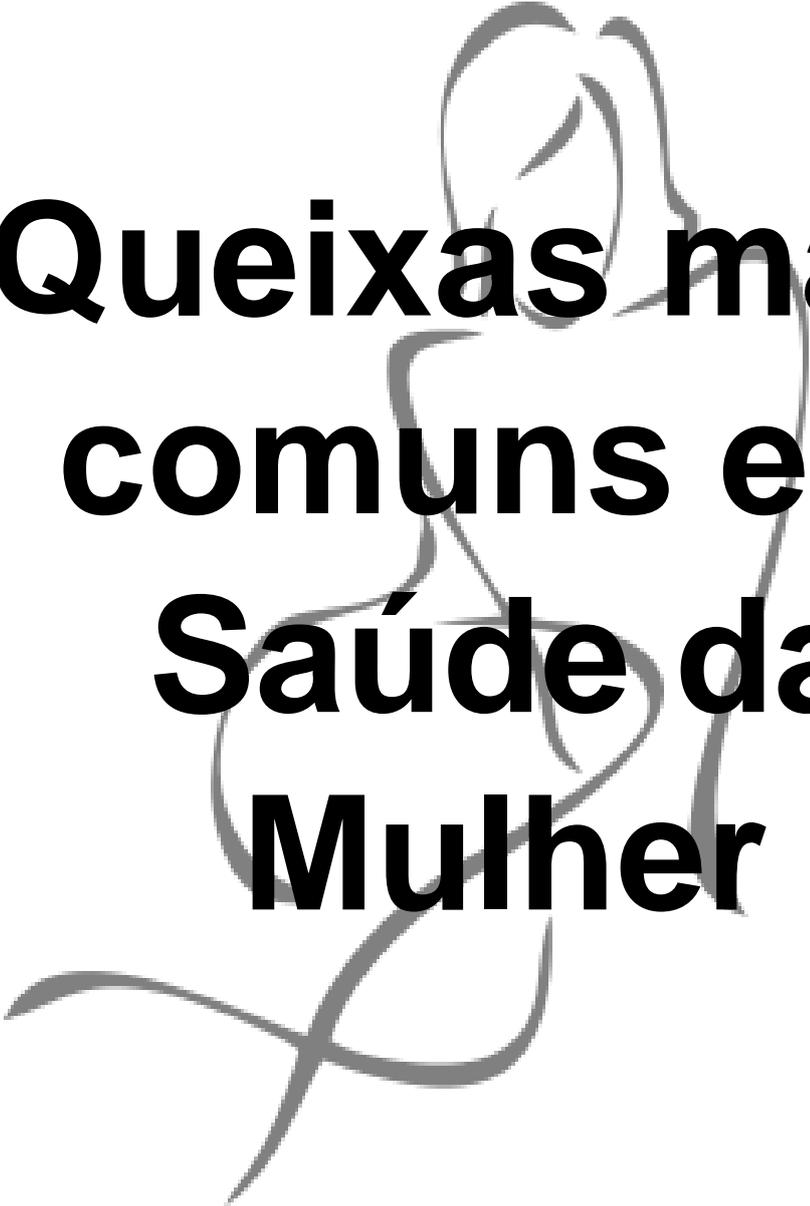
Clamídia (<i>Chlamydia Trachomatis</i>).		
Características clínicas	Orientações	Conduta
<p>As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos.</p> <p>•Nos sintomáticos:</p> <p>Queixas mais frequentes:</p> <p>corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.</p> <p>Achados ao exame físico:</p> <p>sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>Idem Tricomoníase.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devido ao grande número de mulheres assintomáticas e a baixa sensibilidade das manifestações clínicas nas cervicites, “na ausência de laboratório, a principal estratégia de manejo das cervicites por clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais de homens portadores de uretrite”. • O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por <i>C. trachomatis</i> deve ser feito por biologia molecular e/ou cultura. <p>Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais.</p>	<p>Encaminhar ao médico para tratamento da mulher e parceiro.</p>

Candidíase vulvovaginal (*Candida spp*, *Candida albicans*).

Características clínicas	Orientações	Tratamento	Gestantes / nutrizes	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; • Sem odor; • Prurido vaginal intenso; • Edema de vulva; • Hiperemia de mucosa; • Dispareunia de introito 	<p>Orientar medidas higiênicas:</p> <p>Uso de roupas íntimas de algodão (para melhorar a ventilação e diminuir umidade na região vaginal);</p> <p>evitar calças apertadas;</p> <p>retirar roupa íntima para dormir.</p>	<p>A primeira escolha é a via vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU • Clotrimazol creme a 1% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou óvulos 100 mg – uma aplicação à noite, ao deitar-se, dose única; OU • Tioconazol creme a 6% – um aplicador (5 g) à noite, por 7 dias; ou óvulos 300 mg – uma aplicação à noite, dose única; OU • Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias. <p>A via oral deve ser reservada para os casos de candidíase resistente ao tratamento tópico:</p>	<p>Miconazol creme a 2%– um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU</p> <p>Nistatina 100.000 UI –um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; OU</p> <p>Clotrimazol também é uma opção para gestantes e nutrizes.</p>	<p>A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais – reforçar medidas higiênicas, investigar doenças imunossupressoras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol, 150 mg, VO, 1x/ semana, por 6 meses; OU • Itraconazol, 400 mg, VO, 1x/mês, por 6 meses; OU • Cetoconazol, 100 mg, VO, 1x/dia, por 6 meses. <p>Tratar parceiro só se sintomático.</p> <p>Referenciar à ginecologia se persistência.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Fluconazol, 150 mg, VO, dose única; OU• Itraconazol, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 1 día.		
--	--	---	--	--

Vaginose citolítica				
Características clínicas	Orientações	Tratamento	Gestantes / nutrizes	Observações
<p>Síndrome de crescimento excessivo do lactobacillus ou citólise de Döderlein.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Prurido vaginal; •Queimação vaginal; • Dispareunia; •Disúria terminal; •Corrimento branco abundante (piora na fase lútea). 	<p>Orientar sobre fisiopatologia do quadro.</p>	<p>Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x/ semana, a cada 2 semana.</p>	<p>Não há orientações específicas.</p>	<p>O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o pH vaginal.</p>



Queixas mais comuns em Saúde da Mulher

Queixas urinárias

Sintomas de ITU:

- dor ao urinar;
- dor supra púbica;
- urgência miccional;
- aumento da frequência urinária;
- nictúria;
- estrangúria (dor e micção lenta devido espasmos da uretra);
- presença de sangramento visível na urina.

Sintomas / sinais sistêmicos de ITU:

- febre;
- taquicardia;
- calafrios;
- náuseas;
- vômitos;
- dor lombar, com sinal de Giordano positivo;
- dor abdominal em flancos ou hipocôndrios.

Tratamento para ITU	
Fármaco	Posologia
sulfametoxazol + trimetropina (800mg + 160mg).	01 cp de 12/12h por 3 dias.
nitrofurantoína (100 mg).	01 cp. de 6/6h por 5 a 7 dias.

Alertar para:

- tratamento de ITU prévio;
- episódio de ITU recente;
- o quadro de ITU é recorrente ou de repetição;
- ocorreu falha terapêutica;
- idosas frágeis;
- mulheres imunossuprimidas,
- com multimorbidade e/ou cateterizadas.

Observações:

1. O tratamento inicial de ITU é empírico, sem necessidade de exames específicos.
2. Para tratamento de ITU em gestantes, vide protocolo de pré-natal.
3. Se “condições de alerta” supracitadas e/ou sintomatologia não sistêmica persistente ao tratamento prévio, poderá o enfermeiro solicitar EAS, urocultura e antibiograma devendo, em seguida, direcionar paciente para consulta médica programada ou imediata; conforme conjunto de achados clínicos.
4. ITU de repetição: três infecções urinárias em seis meses OU quatro ou mais em um ano (FEBRASGO).

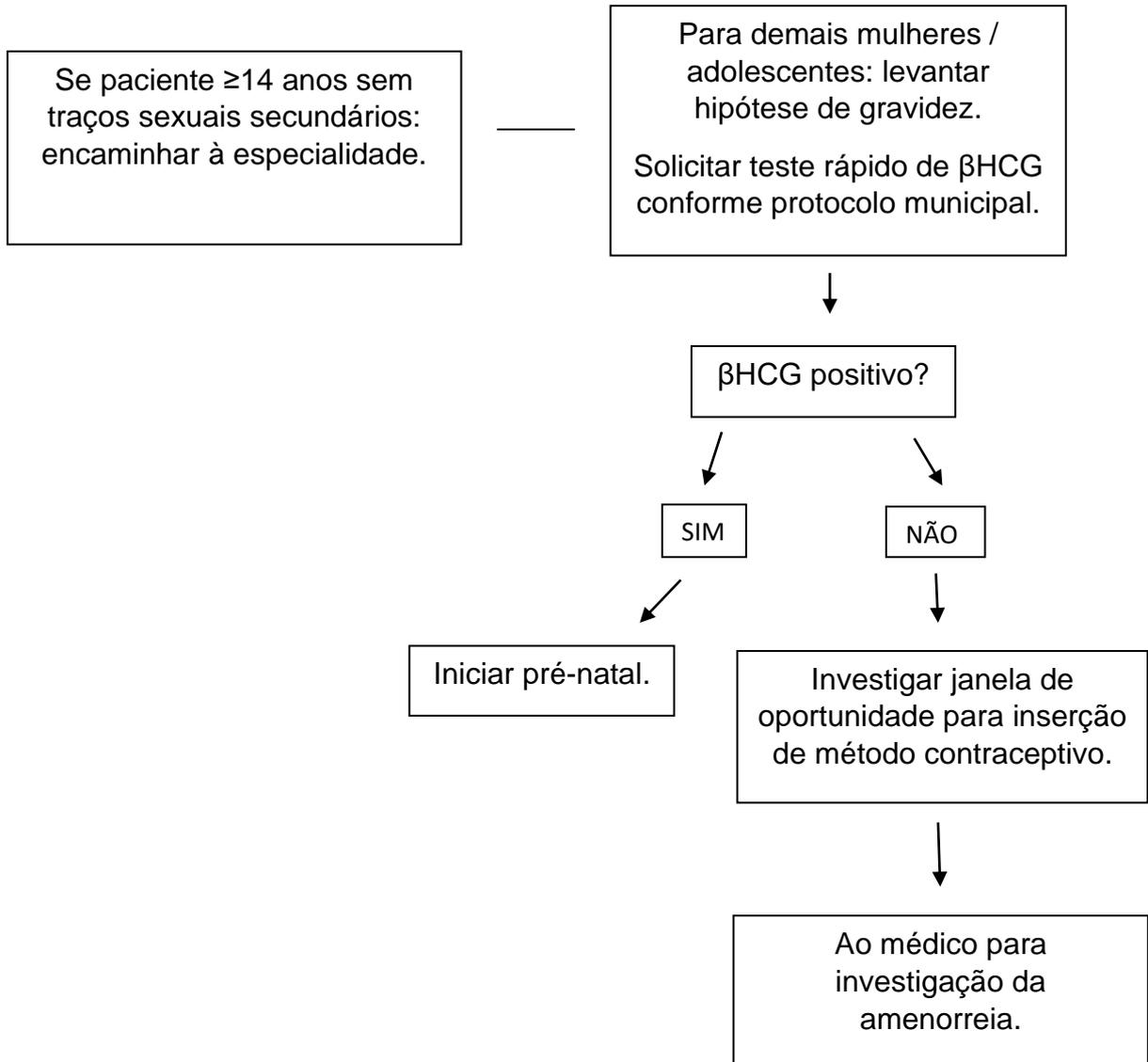
Sangramento uterino anormal

- Realizar o acolhimento com escuta ativa.
- Avaliar se sangramento é realmente uterino.
- Levantar hipótese de gravidez (considerar abortamento), realizando teste rápido de gravidez.
- Se β HCG negativo, encaminhar ao médico da unidade.
- Se β HCG positivo e sangramento intenso, encaminhar à urgência obstétrica.
- Avaliar possibilidade de violência sexual (havendo, notificar).

Observações:

1. Atenção aos sinais de hipovolemia: letargia, taquipneia, pele fria e pegajosa, pulsos fracos e filiformes, diminuição do débito urinário.
2. Caso mulher apresente sinais de hipovolemia, encaminhar ao médico / serviço de urgência.

Atraso menstrual e amenorreia



Sintomas pré-menstruais

Sintomas típicos (na fase lútea):

Afetivos: depressão, explosões de raiva, irritabilidade, confusão, isolamento social, fadiga.

Somáticos: dor mamária, distensão abdominal, cefaleia, edema de extremidades.

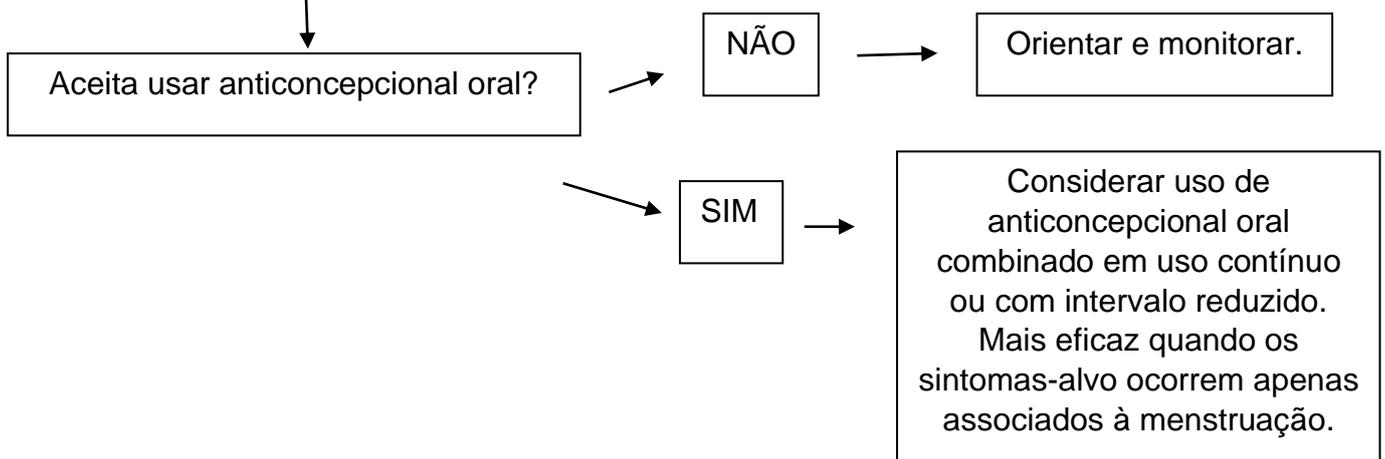


Identificar fatores que podem estar contribuindo para os sintomas: situações estressantes em casa ou no trabalho, violência, história prévia de trauma, transtornos do humor.

Avaliar: intensidade dos sintomas e impacto deles sobre a vida da paciente, expectativas da paciente em relação ao tratamento, preocupações da paciente em relação à causa dos sintomas, percepção da paciente em relação à menstruação.



- Construir com a paciente um modelo explicativo baseado no conceito de limiar para aparecimento dos sintomas e particularizar para a situação da paciente elucidada na anamnese. Fatores estressantes reduzem o limiar para o aparecimento dos sintomas.
- Oferecer intervenções focadas nos fatores estressantes identificados e na promoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo exercício físico, outras práticas corporais e de relaxamento, bem como práticas integrativas e complementares. O objetivo é aumentar o limiar para o aparecimento dos sintomas.
- Resignificar a menstruação como evento fisiológico e natural na vida da mulher



Dismenorréia

Características	Orientações	Outras condutas
<ul style="list-style-type: none"> • Cólica menstrual (em alguns casos, intensa, com repercussão gastrintestinal). • Caráter cíclico. 	<p>Estilo de vida saudável, atividade física regular.</p>	<p>Anti-inflamatórios não hormonais: podem ser iniciados 2 a 3 dias antes do período menstrual e mantidos durante a menstruação (evitar uso superior a 7 dias):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibuprofeno 600mg ou diclofenaco 50 mg, de 8/8 horas; <p>Antiespasmódicos e analgésicos, se necessário:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Escopolamina + dipirona 10 mg, de 6/6 horas; 3. paracetamol 500 mg 6/6 horas.

Miomas

Avaliação e conduta médica.



Mama feminina

Exame das mamas

1. Inspeção estática:



2. Inspeção dinâmica:





3. Palpação da mama



4. Palpação da axila



- A palpação das mamas é feita com a paciente em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça.
- Cada área de tecido deve ser examinada aplicando-se três níveis de pressão em sequência: leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica.
- Deve-se realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda.
- A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida. No caso da mulher mastectomizada deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica.
- Durante a palpação, deve-se observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos.

- A descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila.
- A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama.
- A descrição da descarga deve informar se é uni ou bilateral, uni ou multiductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.
- Os resultados alterados do ECM devem ser avaliados e, em caso de suspeição, encaminhados para investigação diagnóstica em um serviço de referência para o diagnóstico do câncer de mama.

Rastreamento mamográfico

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia.
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos.
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual.

Observações:

1. **Risco elevado para câncer de mama:** Mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e/ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem, ou câncer de mama em homem também em parente consanguíneo, podem ter predisposição genética e são consideradas de maior risco para a doença.

2. **Parente consanguíneo:** mãe, pai e irmão / irmã.

Mamografia de rastreamento: interpretação, risco de câncer e recomendações de conduta

CATEGORIA BI-RADS®	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação adicional com incidências e manobras. • Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum. • Comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
2	Exame com achado tipicamente benigno	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de rastreamento conforme a faixa etária, fora de risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	<2%	<ul style="list-style-type: none"> • Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. • A paciente pode ser encaminhada à mastologia para acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição.	<ul style="list-style-type: none"> • Deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação histopatológica.
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmado o diagnóstico, deverá ser encaminhada à unidade de referência terciária para tratamento. • A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer. • A APS deve manter a coordenação de cuidado e garantir acesso aos procedimentos recomendados.

Observação:

1. Cabe ao enfermeiro tomar conduta conforme o laudo apresentado na MMG, conforme as orientações acima descritas.

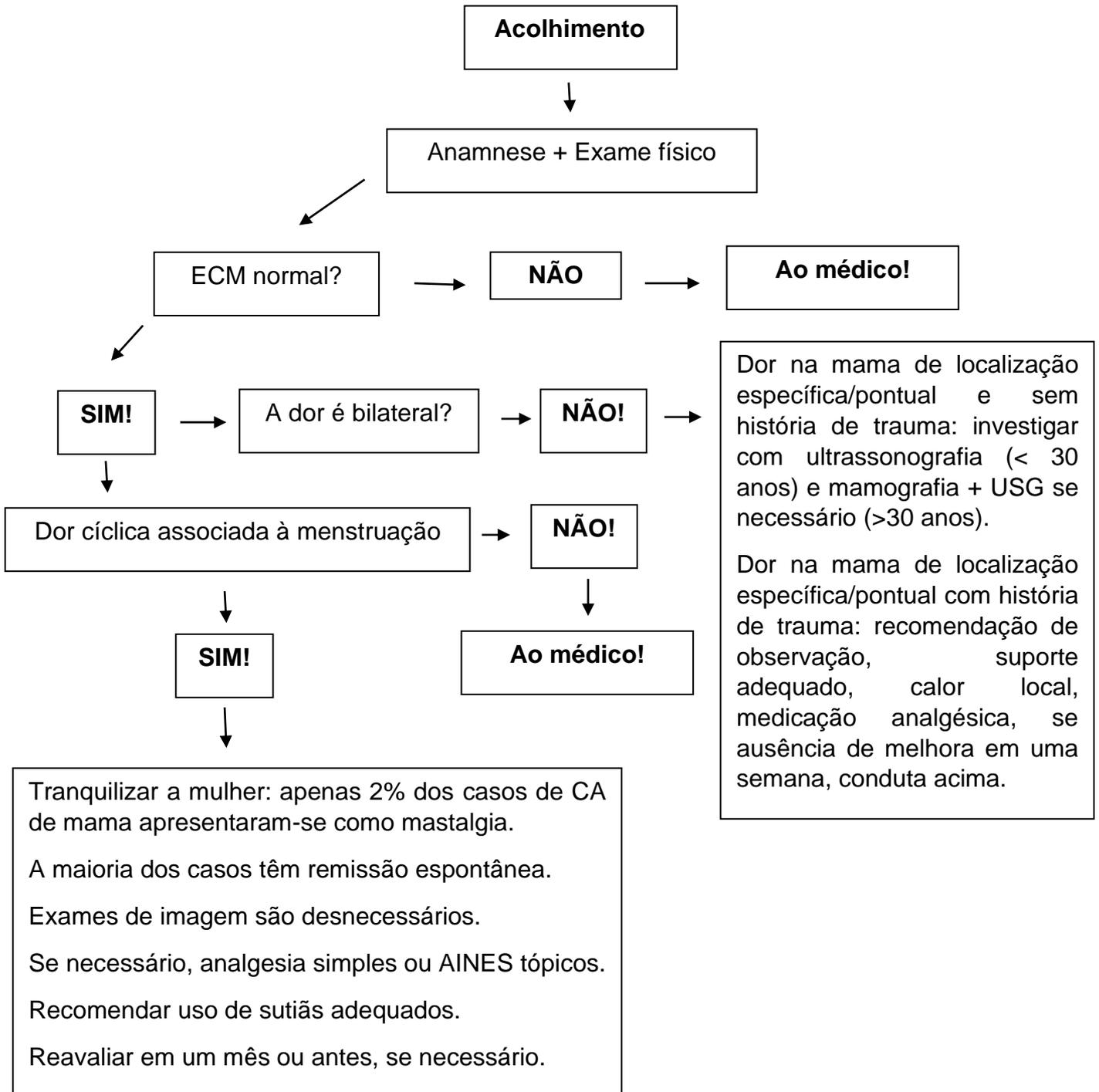
Problemas nas mamas

PROBLEMAS COMUNS NA MAMA DA PUÉRPERA		
INTERCORRÊNCIA	MANEJO	OBSERVAÇÕES
Candidíase (monilíase)	<p>Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente.</p> <p>Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação.</p> <p>Na criança, aparecem placas brancas na região oral.</p> <p>O tratamento inicial da mãe é tópico, após cada mamada, com nistatina, clotrimazol, miconazol, ou cetoconazol, por 14 dias.</p> <p>Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia.</p> <p>Chupetas são fontes importantes de reinfecção.</p>	Se resistência ao tratamento, encaminhar ao médico para avaliação e conduta.
Ingurgitamento mamário ("leite empdrado).	<p>Ordenha manual antes da mamada.</p> <p>Massagens delicadas, com movimentos circulares.</p> <p>Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos.</p> <p>Uso de sutiã com alças largas e firmes.</p> <p>Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas.</p> <p>Uso de analgésico: dipirona, 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor.</p> <p>Paracetamol 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor.</p>	

<p>Mastite</p>	<p>Caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana.</p> <p>Não suspender o aleitamento.</p> <p>Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual.</p> <p>Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada.</p> <p>Se dor ou febre, orientar dipirona, 500-1.000 mg, VO, 6/6 horas, OU paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas.</p>	<p>Solicitar avaliação médica para início de antibioticoterapia.</p> <p>Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso.</p>
<p>Mamilos planos ou invertidos.</p>	<p>Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola.</p> <p>Promover a confiança para mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor.</p> <p>Ensinar manobras que auxiliam a aumentar os mamilos, como compressas frias e sucção por 30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada.</p> <p>Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança.</p>	
<p>Demora na apojadura ou “descida do leite”.</p>	<p>Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea.</p> <p>Estimular a autoconfiança da mãe.</p>	

	<p>Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha.</p> <p>A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama.</p> <p>Para mais informações, ver CAB 23, parte 1.</p>	
--	--	--

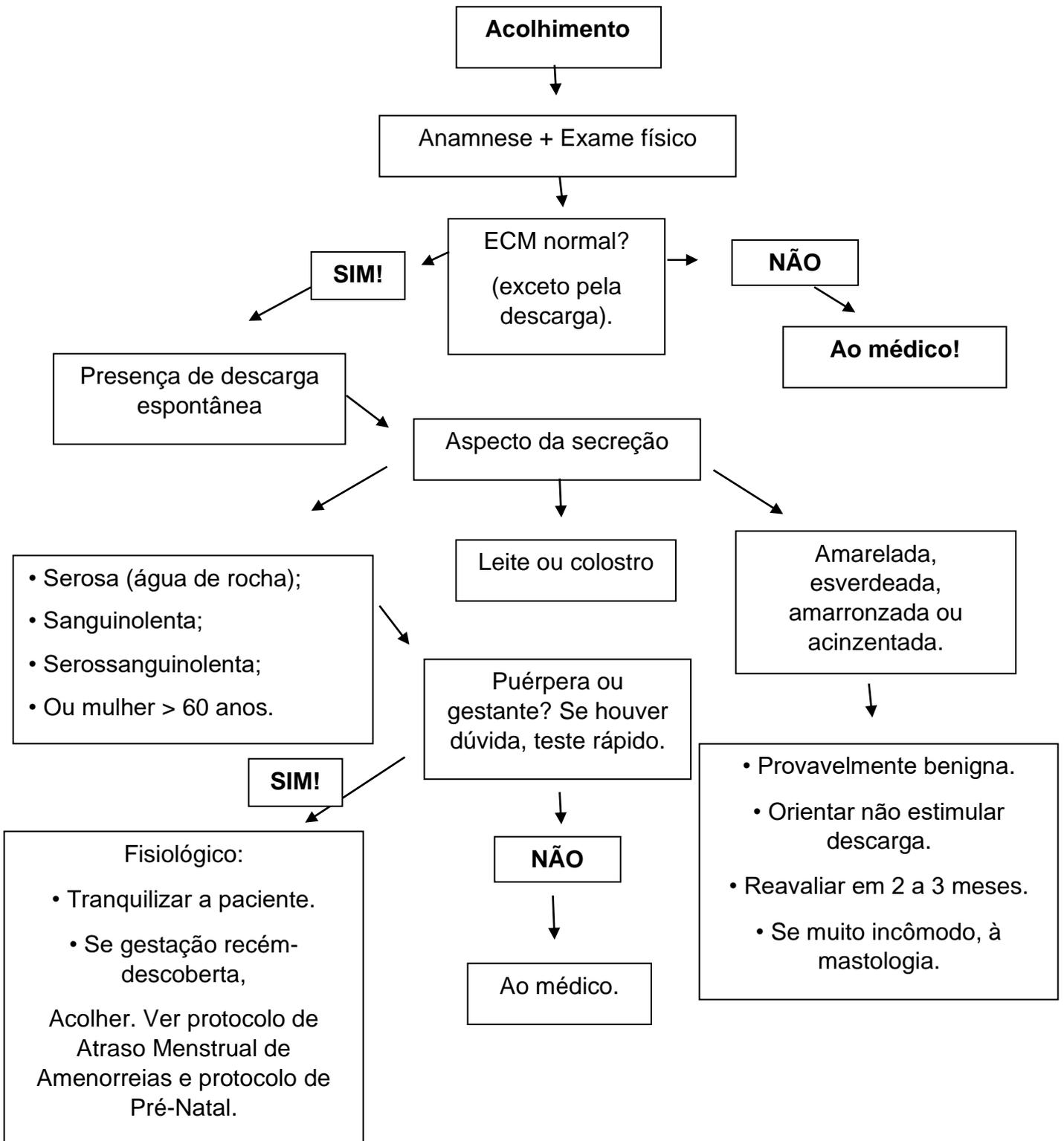
Mastalgia



Observação:

1. O enfermeiro poderá solicitar USG de mama se na condição acima descrita.

Descarga papilar

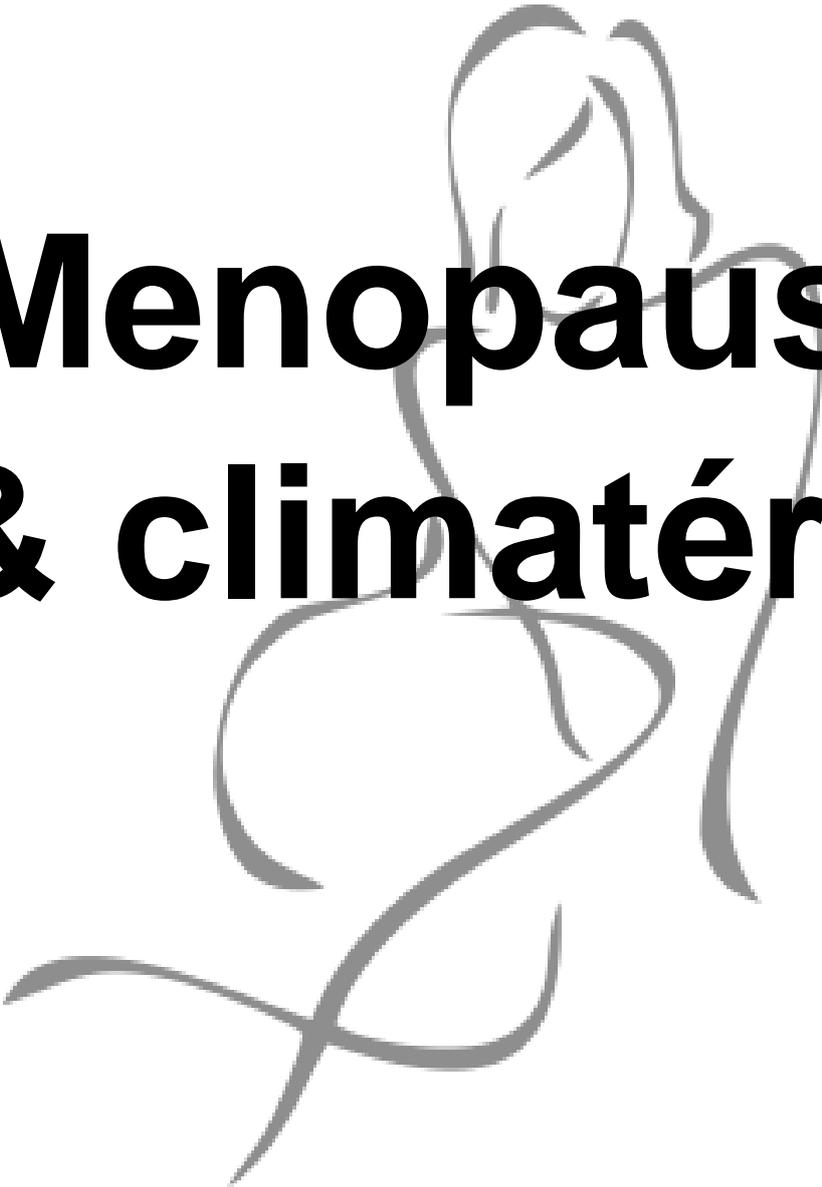


Observações:**1. Fisiológicas ou patológicas não mamárias:**

- descarga leitosa ou aquosa bilateral;
- idiopática 40%-50%,
- galactorreia 20%-30%,
- medicação 10%-45%,
- associada à irregularidade menstrual: síndrome anovulatórias 1%-2%,
- lesões de sela túrcica 1% a 2%.

2. Patológicas da mama: papiloma intraductal (44% dos casos):

- 45-50 anos de idade, 95% uniductal e unilateral, 20% a 50% dos casos têm derrame serossanguinolento;
- pode ser multifocal e conter hiperplasia e células atípicas, aumentando risco de CA de mama nesses casos;
- ectasia ductal (15%-20% dos casos): > 50 anos, secreção opalescente;
- câncer de mama (10% a 15% dos casos): normalmente associado à massa e unilateral.



Menopausa & climatério

Menopausa e climatério

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade.

A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas (como a gravidez) e as mulheres DEVEM ser encaminhadas para investigação no serviço de referência.

A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais.

Sinais e sintomas do climatério

Alterações transitórias:

- **Menstruais:** o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.
- **Neurogênicas:** ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.
- **Psicogênicas:** diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.

Atenção: tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.

Alterações não transitórias:

- **Urogenitais:** mucosa mais delgada, propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.
- **Metabolismo lipídico:** a mudança dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas; é comum haver aumento das frações LDL e TG e redução da HDL.
- **Metabolismo ósseo:** há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas,

composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.

- **Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal:** tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide).

Atenção: a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.

Observações:

1. Apenas em caso de dúvida diagnóstica, dosar FSH (valores acima de 40 mUI/ml indicam hipofunção ovariana; valores inferiores não confirmam climatério).
2. O profissional enfermeiro poderá pedir a dosagem de FSH EXCLUSIVAMENTE para o caso acima descrito.
3. A terapia de reposição hormonal alopática deve ser prescrita apenas pelo médico.
4. Estudos sugerem que a reposição hormonal alopática proporciona proteção cardiovascular nas mulheres na menopausa QUANDO bem indicada.

Fitoterápicos que podem ser utilizados no manejo de sintomas transitórios do climatério

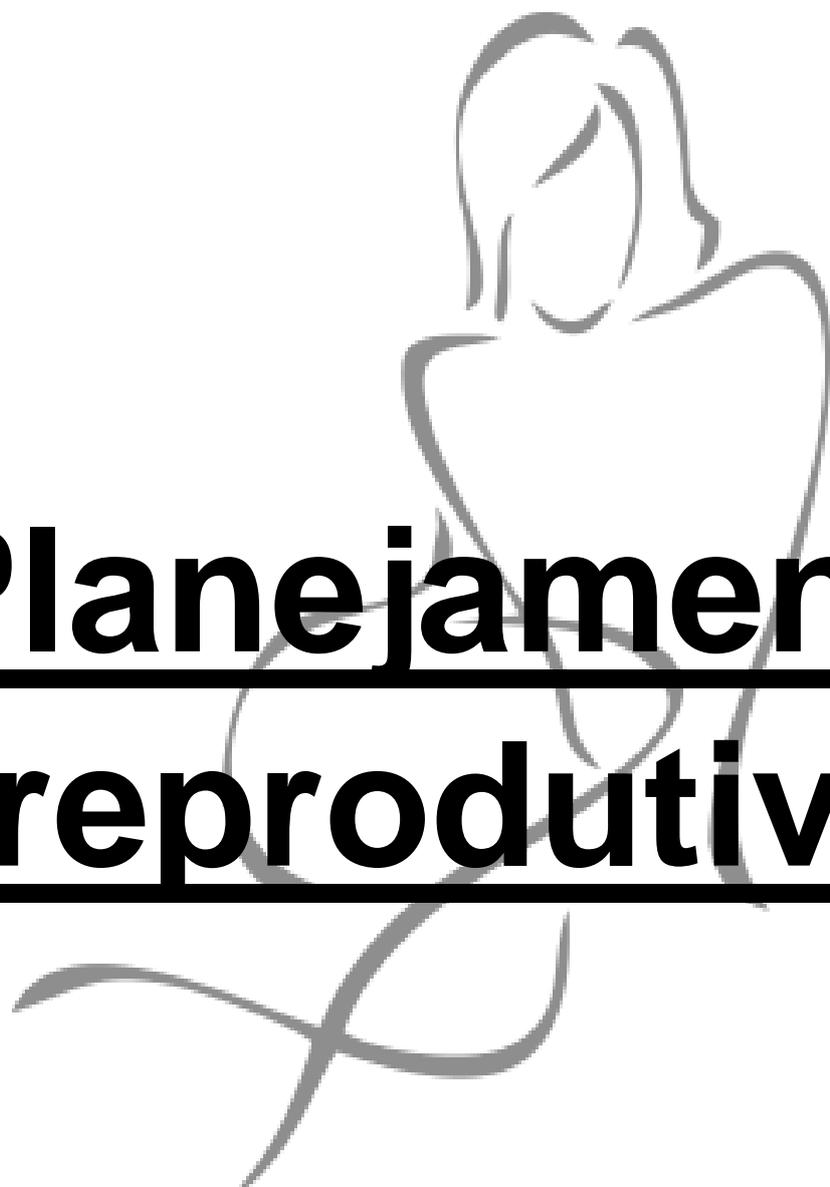
FITOTERÁ- PICO	INDICAÇÃO	RECOMEN- DAÇÃO	POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS	CONTRAIN- DICAÇÕES
Soja (Glycinemax)*	Ação estrogênica- símile para os sintomas do climatério. Melhora do perfil lipídico.	Extrato padronizado de 40% a 70% de isoflavonas. Uso: 50-180 mg/dia, que devem ser divididos em duas tomadas (12h/12h).	Alergias, interferência com a absorção de certos minerais (pela presença de ácido fítico), constipação, flatulência, náuseas e irritação gástrica.	
Trevo vermelho (Trifolium- pratense)	Alívio dos sintomas do climatério. Ação estrogênica- símile.	Extrato padronizado a 8% de isoflavonas. Uso: 40-60 mg/dia, com dose única diária.	Semelhantes aos de produtos à base de isoflavonas. O uso concomitante de anticoagulantes orais ou heparina pode ter seu efeito potencializado. O uso de contraceptivos hormonais, bem como de tamoxifem, pode sofrer interferência. Drogas de metabolização hepática como antialérgicos (fexofenadine), antifúngicos (itraconazol,	Hipersensibili- dade aos componentes da fórmula e presença de coagulopatias Gestantes ou lactantes. Em caso de manipulação cirúrgica de médio e grande porte, interromper o uso 48h antes do procedimento

			<p>cetoconazol) antineoplásicos (paclitaxel, vimblastina, vincristina) e redutores de colesterol (sinvastatina, lovastatina) podem ter sua ação alterada.</p>	
<p>Cimicífuga (Cimicifuga racemosa)</p>	<p>Sintomas neurovegetativos do climatério (fogachos). Melhora da atrofia da mucosa vaginal.</p>	<p>Extrato padronizado entre 2,5% e 8% de 27-deoxiacteína. Uso: 40-80mg/dia – pode ser associada às isoflavonas.</p>	<p>São muito raros, incluem dor abdominal, diarreia, cefaleia, vertigens, náusea, vômito e dores articulares.</p>	<p>Gravidez, lactação. Evitar exposição ao sol.</p>
<p>Hipérico (Hypericum perforatum)</p>	<p>Quadros leves a moderados de depressão não endógena.</p>	<p>Extrato padronizado a 0,3% de hipericinas. Uso: 300-900 mg/dia. No caso de utilizar a maior dose (900 mg), dividir em três tomadas diárias</p>	<p>Irritação gástrica, sensibilização cutânea – fotodermatite, insônia, ansiedade.</p>	
<p>Valeriana (Valeriana officinalis)</p>	<p>Efeito sedativo, alívio da ansiedade e insônia.</p>	<p>Extrato seco com 0,8% de ácidos valerênicos. Uso: 300-400mg/dia, divididos em duas a três tomadas.</p>	<p>Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Devem ser respeitadas as dosagens, pois, em excesso, pode causar cefaleia e agitação. Grandes quantidades podem induzir a sonhos, dispepsia e reações</p>	<p>Hipersensibilidade, gestação e lactação.</p>

			alérgicas cutâneas.	
Melissa (Melissa officinalis)	Alívio de ansiedade, insônia e algumas desordens digestivas como cólicas intestinais, flatulência, dispepsia, além de outras indicações, principalmente quando associada à valeriana.	<p>Extrato seco: não menos que 0,5% de óleo volátil contendo citral; não menos que 6% de derivados hidroxicinâmicos totais, calculados como ácido rosmarínico.</p> <p>Uso: 80-240 mg/dia, em três tomadas.</p>	Entorpecimento e bradicardia em indivíduos sensíveis	Gestantes, portadores de glaucoma e de hipertireoidismo e hipersensibilidade aos constituintes da planta.

Observações:

1. Antes da prescrição dos fitoterápicos orientar reeducação alimentar, prática de atividade física como primeira opção para controle dos sinais e sintomas do climatério / menopausa.
2. Tais orientações podem ser vinculadas a grupos e/ou feitas em caráter multidisciplinar.



Planejamento reprodutivo

Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção

- Realizar anamnese e exame físico.
- Orientar acerca das questões nutricionais, uso de medicamentos, cálculo de período ovulatório.
- Suspende uso de MAC, iniciar ácido fólico conforme protocolo de pré-natal (pelo menos, 30 dias antes da concepção).
- Realizar TR de ISTs no casal e coletar citopatológico da mulher, conforme protocolo.
- Realizar pedido de exames laboratoriais conforme protocolo de pré-natal.

Observações:

1. Caso ocorra alguma das seguintes situações:
 - Mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção, que não tenha engravidado;
 - Mulher com 30 a 39 anos e mais de um ano de vida sexual ativa, sem anticoncepção, que não tenha engravidado;
 - Mulher com 40 a 49 anos, mais de seis meses de vida sexual ativa, sem anticoncepção, que não tenha engravidado;
 - Cônjuges em vida sexual ativa, sem uso de anticonceptivos, e que possuem fator impeditivo de concepção (obstrução tubária bilateral, amenorreia prolongada, azoospermia etc.), independentemente do tempo de união.
 - Ocorrência de duas ou mais interrupções gestacionais subsequentes.

Encaminhar ao serviço de referência.

Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS

Métodos de esterilização cirúrgica	
Feminino (ligadura tubária)	Masculino (vasectomia)

Método de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino e feminino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)

Métodos hormonais		
Hormonais orais	Combinado (monofásico) - AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg.
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg.
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg.
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg.
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg.

Fonte: Ministério da saúde, 2016.

Taxas de falha dos métodos contraceptivos – Índice de Pearl

MÉTODO	USO TÍPICO** (EFETIVIDADE DO MÉTODO)	USO PERFEITO (EFICÁCIA DO MÉTODO)	MANUTENÇÃO DO USO APÓS 1 ANO
Sem método	85	85	
Diafragma com espermicida	16	6	57
Preservativo feminino	21	5	49
Preservativo masculino	15	2	53
AOC			
Minipilula (durante lactação)	8	0,3	68
Injetável de progestágeno	3	0,3	56
Injetável combinado	3	0,05	56
DIU de cobre	0,8	0,6	78
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
Esterilização masculina	0,15	0,10	100

Fonte: Ministério da saúde, 2016.

Notas:

* O índice de Pearl avalia a eficácia de um método (nº de falhas que ocorreram com a utilização de determinado método ao fim de um

ano em 100 mulheres). Quanto menor o índice de Pearl, maior é a eficácia de um método. Métodos de maior eficácia são aqueles com

índice de Pearl menor que 1 (coloridos de laranja nesta sessão).

** Uso típico – é a forma costumeira, corriqueira, habitual do uso do método e que está sujeita a esquecimento, vômitos, diarreia etc.

Observação: método contraceptivo é considerado método de apoio quando é associado àquele que já em uso para se potencializar a

efetividade da anticoncepção. Exemplos: métodos comportamentais como a abstenção sexual, preservativo masculino e feminino.

Esterilização voluntária feminina e masculina **(métodos definitivos e cirúrgicos)**

- Acolher e realizar escuta ativa.
- Abordar direitos sexuais e reprodutivos e orientar sobre a dificuldade de reversibilidade do método de esterilização.
- Se houver dúvida, orientar sobre outros métodos contraceptivos.
- Homem ou mulher com capacidade civil plena que tenha:
 - 1) Idade maior que 25 anos; OU
 - 2) Pelo menos dois filhos vivos.

Aguardar prazo de 60 dias entre a expressão do desejo da esterilização e a realização.
- Orientar sobre o preenchimento de documento que expresse a vontade do indivíduo contendo informações sobre o procedimento (e riscos, efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção).
- Encaminhar ao médico da unidade.

Observações:

1. A regulamentação da esterilização feminina e masculina é feita pela Lei nº 9.263/96 (Planejamento Familiar).

Não se pode fazer a esterilização por outro procedimento que não a LT e a vasectomia.

Não se pode realizar a laqueadura tubária (LT) nos períodos pós-parto ou aborto.

2. Caso o (a) cliente não preencha os requisitos mínimos para esterilização, orientar outros métodos contraceptivos.

Anticoncepção hormonal de emergência

MÉTODO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	INFORMAÇÕES E PRAZO DE INÍCIO DA ANTICONCEPÇÃO
Levonorgestrel (comprimidos de 0,75)	<p>1,5 mg de levonorgestrel, dose única, via oral (preferencialmente*)</p> <p>OU</p> <p>1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas, via oral (total de 2 comprimidos)</p>	<p>Caso haja vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após uso de um antiemético e de se alimentar</p> <p>Iniciar de preferência nas primeiras 72 horas. Limite de cinco dias</p>

Fonte: OMS (2010).

Nota:

* O AHE pode ser usado por via vaginal caso a mulher esteja desacordada, como em casos em que ela tenha sido vítima de violência. Observação: a eficácia (índice de Pearl) é, em média, de 2%. O índice de efetividade para cada ato sexual desprotegido é de 75% (ou seja, para cada quatro relações sexuais desprotegidas, o método é capaz de prevenir três gestações).

Anticoncepcional oral combinado (AOC) e minipílula

- **Quando indicar?**

Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, e se no climatério, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com AOC ou minipílula (ver quadro a seguir).

A anticoncepção oral pode ser fornecida à mulher em qualquer momento para que inicie a ingestão posteriormente. Não há motivo para que isso não seja feito.

- **Como utilizar?**

AOC: iniciar preferencialmente entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual.

Manter o intervalo de sete dias entre as cartelas, no caso do AOC monofásico.

Minipílula: ingerir 1 comprimido ao dia sem intervalo entre as cartelas.

- **Quando começar?**

Se está mudando de método NÃO hormonal: a qualquer momento do mês.

Se em uso do DIU, iniciar imediatamente após retirada. Utilizar método de apoio por sete dias.

Mudança de método hormonal: imediatamente.

Se estiver mudando de injetáveis, poderá iniciar quando a injeção de repetição já tiver sido dada.

Ausência de menstruação (não relacionada ao parto): se não grávida, a qualquer momento. Uso de método de apoio por sete dias.

Após uso de ACE (anticoncepção de emergência): tomar ou reiniciar uso no dia em que parar de tomar a ACE. Uso de método de apoio por sete dias.

- **O que orientar?**

A eficácia do método depende da usuária.

Não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (IST).

AOC: tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário.

Iniciar nova cartela no dia certo. Iniciar o AOC no meio do ciclo menstrual não é contraindicado, mas pode provocar alterações menstruais naquele ciclo;

Minipílula: tomar uma dose diariamente, se possível sempre no mesmo horário, sem interrupções. É um método com boa eficácia se associado à amamentação.

- **E se esquecer de tomar o AOC?**

Tomar uma pílula assim que se notar o esquecimento dela.

1. **Esqueceu uma ou duas pílulas ou atrasou o início da nova cartela em um ou dois dias?** Tomar uma pílula de imediato e tomar a pílula seguinte no horário regular.

Nesses casos, o risco de gravidez é muito baixo.

2. **Esqueceu de tomar três ou mais pílulas?** Tomar uma pílula de imediato e utilizar outro método contraceptivo de apoio por sete dias. Caso a usuária tenha feito sexo nos

últimos cinco dias, avaliar necessidade de uso do anticoncepcional de emergência. Se o esquecimento tiver ocorrido na 3ª semana da cartela, iniciar nova cartela após sete dias.

3. **Vômitos ou diarreia?** Se vomitar nas primeiras duas horas após tomar o AOC, pode tomar outra pílula assim que possível. Continuar tomando as pílulas normalmente.

Se estiver vomitando ou com diarreia por mais que dois dias, seguir as instruções do tópico 3.

- **Se após gestação:**

Amamentando de forma exclusiva ou não, com mais de seis semanas do parto: iniciar a minipílula a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por sete dias.

Em geral, os AOCs não são usados em mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto que estejam amamentando.

Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente. Se iniciar nos sete dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida.

Não amamentando:

1. Para início de AOC: pode iniciar o uso de AOC em qualquer momento após o 21º dia do pós-parto, desde que com certeza razoável de que não está grávida.
2. Para início de minipílula: se menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio) – não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.

Anticoncepção injetável (AI) trimestral e mensal

- **Quando indicar?**

Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção com o AI de escolha.

Não necessita realizar colpocitologia, exame de mamas ou pélvico para iniciar o uso.

Aquelas infectadas com o HIV, que tenham aids ou estejam em terapia antirretroviral (ARV) podem utilizar os AIs com segurança.

Incentive-as a utilizarem preservativos juntamente com os injetáveis.

- **Como utilizar?**

Se trimestral, a cada três meses (13 semanas). Se mensal, a cada quatro semanas (30 dias).

O AI trimestral pode ser adiantado ou atrasado em até duas semanas; o AI mensal pode ser adiantado ou atrasado em até 7 dias.

- **O que orientar?**

Para maior eficácia, é importante aplicar no intervalo correto.

No caso do AI trimestral, o retorno à fertilidade é gradual, mas pode apresentar alguma demora.

Não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (IST).

- **Quando começar?**

A usuária pode começar o uso a qualquer momento se houver certeza razoável de que não está grávida.

Utilizar método de apoio por sete dias.

- **Como proceder no caso de atraso?**

No caso do AI trimestral: independentemente do atraso, ela deve retornar para a próxima injeção.

Se o atraso foi maior do que duas semanas: ela deve abster-se de fazer sexo ou utilizar método de apoio até que receba uma injeção.

Poderá tomar pílulas de AHE se o atraso foi maior do que duas semanas e ela tenha feito sexo desprotegido nos últimos cinco dias.

Se o atraso for de mais de duas semanas, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que ela deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção); ou se ela estiver em amamentação de forma exclusiva ou quase e deu à luz há menos de seis meses.

Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção.

Se a usuária estiver mais que duas semanas atrasada e não atender aos critérios citados, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

No caso do AI mensal: se houver menos de sete dias em atraso, realizar a próxima aplicação sem necessidade de testes, avaliação ou método de apoio.

Se atrasar mais de sete dias, poderá receber a injeção seguinte se: houver certeza que não está grávida (ela não fez sexo nas duas semanas após o período em que deveria ter recebido sua última injeção ou utilizou método de apoio ou tomou AHE depois de ter feito sexo desprotegido nas duas semanas após o período em que ela deveria ter tomado sua última injeção).

Ela precisará de método de apoio nos primeiros sete dias após a injeção. Se a usuária estiver mais que sete dias atrasada e não atender aos critérios acima, medidas adicionais (como o teste rápido para gravidez) poderão ser tomadas para que se tenha certeza razoável de que ela não está grávida.

- **Se após gestação:**

Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI trimestral: se não houve retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por 7 dias.

Amamentando de forma exclusiva ou quase ou parcialmente para AI mensal: atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê – o que ocorrer primeiro.

Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias).

Não amamentando:

1. Para AI trimestral, se menos de quatro semanas, iniciar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio).

2. Para AI mensal, se menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do 21^o dia depois do parto.

3. Para ambos AI, se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida.

Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade > = 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; > 15 cigarros/dia.	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1

Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
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 (risco inaceitável).	

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

TABELA 2 DE ELEGIBILIDADE DE ESCOLHA DE MÉTODO CONTRACEPTIVO										
	AOC	AIM	Adesivo combinado e anel vaginal combinado	Pílulas SÓ de progestágeno.	Injetáveis SÓ de progestágeno	Implantes	AHE	DIU de cobre	DIU hormonal	Esterilização feminina
Fumo										
Id: < 35 anos	2	2	2	1	1	1	-	1	1	A
Id: ≥ 35 anos										
< 15 cigarros /dia	3	2	3	1	1	1	-	1	1	A
≥ 15 cigarros /dia	4	3	4	1	1	1	-	1	1	C
Obesidade										
≥30 kg/m ² de IMC	2	2	2	1	1	1	-	1	1	C

Medição de PA não disponível	NA ^C	NA ^C	NA ^C	NA ^C	NA ^C	NA ^C	-	NA	NA	NA
Doença cardiovascular										
Múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular arterial (fumo, DM, HAS).	3/4 ^D	3/4 ^D	3/4 ^D	2	3	2	-	1	2	E
Hipertensão										
Histórico de HAS onde a PA NÃO possa ser avaliada (inclusive HAS na gravidez).	3	3	3	2 ^C	2 ^C	2 ^C	-	1	2	NA
HAS adequadamente controlada, em local onde a PA possa ser avaliada	3	3	3	1	2	1	-	1	1	C
PA elevada (corretamente medida).										
Sistólica 140-159 ou diastólica 90-99.	3	3	3	1	2	1	-	1	1	C ^F
Sistólica ≥160 ou diastólica ≥100 ¹	4	4	4	2	3	2	-	1	2	E ^F

Legenda da tabela	
c	Em locais que o risco de morbidez e mortalidade na gravidez sejam elevados e este método é um dos poucos contraceptivos amplamente disponíveis, não se deve negar às mulheres acesso ao mesmo, simplesmente devido ao fato de sua PA não pode ser medida.
d	Quando existem múltiplos fatores de risco importantes, sendo que qualquer um deles isoladamente aumentaria substancialmente o risco de doença cardiovascular, o uso do método poderá aumentar o risco da mulher a um nível inaceitável. Entretanto, não se pretende uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco. Por exemplo, a combinação de fatores designados como categoria 2 não necessariamente garantirão uma categoria mais alta.
e	Supondo-se que não exista nenhum outro fator de risco de doença cardiovascular. Uma única medição da pressão arterial não é o suficiente para classificar uma mulher como hipertensa.
f	A pressão arterial elevada deve ser controlada antes do procedimento e monitorada durante o mesmo.
g	Este problema poderá tornar a gravidez um risco à saúde inaceitável. As mulheres devem ser avisadas de que, devido as taxas de gravidez relativamente mais altas, tal como geralmente usados, os espermicidas, o coito interrompido, os métodos baseados na percepção de fertilidade, os capuzes cervicais, diafragmas os preservativos femininos ou masculinos, poderão não ser a escolha mais apropriada.
	Use o método.
	Não use o método.
-	Problema não incluso na lista, não afeta a elegibilidade do método.
NA	Não se aplica

Fonte: Planejamento Familiar: Um Manual Global para os Profissionais de Saúde.

Observações:

1. Anticoncepcionais somente de progesterona não tem contra indicações como os anticoncepcionais combinados.
2. Após o advento do Cerazette®, que contém desogestrel, esses anticoncepcionais (nomes comerciais: Nactali, Pérola, Mamadis) têm sido bastante prescritos uma vez que tem efeito anovulatório; podendo ser usado pela maioria das mulheres e tem bom índice de eficácia
3. As minipílulas que contém norestisterona (Norestin, Micronor) têm índice de falha maior porque não tem efeito anovulatório, somente interfere na estrutura do muco e do endométrio, por isso se recomenda trocar o método assim que o lactente começar a introdução alimentar do bebê.

4. Ciproproterona geralmente é associada (dose baixa), quando sozinha serve para tratamento de hirsutismo e acne (50 mcg).
5. ACO de alta dosagem como evanor, anovilar devem ser banidos.
6. Atentar para o uso de ACO combinado de baixa dosagem < 35mcg. Iniciar, preferencialmente no 1º dia do ciclo (ACO ou ACI).
7. Depoprovera® (só progesterona) e tem alta eficácia.
8. ACO de progesterona pura podem ser usados até 55 anos de idade.
9. ACO combinados devem ser usados até, no máximo 50 anos, sempre acompanhando histórico de HAS, enxaqueca etc.
10. Único injetável de efeito residual é o trimestral, então a mulher pode ficar sem menstruar por alguns meses.
11. Depois de parar de utilizar quaisquer dos anticoncepcionais hormonais; anovulações podem acontecer e não estão relacionados a eles; quanto mais tempo usando o AI trimestral, mais tempo demora para o retorno do fluxo menstrual normal.
- 12.- Qualquer método hormonal que a mulher use, suspendendo por um mês, estará suscetível a gravidez.
13. Um único esquecimento da pílula coloca em risco todo o método contraceptivo.
14. O sangramento no intervalo do ACO não é menstruação é efeito da privação de hormônios.
15. Quando se inicia um método anticoncepcional escapes são comuns por até 3 meses; que é o tempo de adaptação do corpo, mas sempre se deve avaliar outras causas.
16. Progesterona tem pouco efeito sobre a gravidez
- 17.- Mulheres em amamentação talvez possam usar o AI mensal devido ao fato de ser estrogênio bioidêntico, mas não indicar pois é categoria 3.

DIU de cobre

- **Quando indicar?**

Para toda e qualquer mulher, independentemente se adolescente ou adulta, que preencha os critérios de elegibilidade para anticoncepção o DIU de cobre.

Mulheres que tenham risco de contrair ou estejam infectadas com o HIV, ou que tenham aids e que estejam em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente bem podem colocar o DIU com segurança.

As usuárias de DIU com aids devem ser reavaliadas sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento, na unidade básica (monitorização para doença inflamatória pélvica).

- **Quando colocar?**

Se apresenta ciclos menstruais: a qualquer momento do mês. Caso se passaram mais de 12 dias do início da menstruação, poderá colocar o DIU a qualquer momento desde que se certifique a não possibilidade de gravidez (se necessário, realizar o teste rápido de gravidez).

Não há necessidade de método de apoio.

Se está mudando de outro método: a qualquer momento se estiver usando o outro método de forma consistente e correta ou ainda se houver certeza razoável de que não está grávida. Não há necessidade de método de apoio.

Após tomar AHE: o DIU pode ser inserido imediatamente após o uso.

- **O que orientar?**

Possui alta eficácia.

Proteção de longo prazo contra gravidez (duradouro: 10 anos).

A mulher retorna rapidamente à fertilidade quando retirado o dispositivo.

Não protege contra infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Pactuar com a mulher os retornos para revisão: 30 dias (com o profissional que inseriu), 90 dias, 180 dias, 1 ano e, após, anualmente.

- **Se após gestação:**

Logo após o parto: a qualquer momento até 48 horas depois de dar à luz (exigirá um profissional com treinamento específico em inserção pós-parto).

Se já se passaram mais de 48 horas após o parto, retarde a inserção do DIU por quatro semanas ou mais.

Após quatro semanas do parto: ela poderá colocar o DIU a qualquer momento desde que haja certeza razoável de que não está grávida. Se a menstruação tiver retornado, ela poderá colocar o DIU como aconselhado para mulheres que apresentem ciclos menstruais.

Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente se houver certeza razoável de que não está grávida e não houver infecção. Não há necessidade de um método de apoio.

Se houver infecção, trate-a ou encaminhe a usuária e ajude-a a escolher outro método. Se ela ainda quiser colocar o DIU, ele poderá ser inserido após a infecção ter desaparecido completamente.

A inserção de DIU após aborto no segundo trimestre exige treinamento específico.

Observações:

1. As enfermeiras, enfermeiros e obstetizes são profissionais habilitados para a realização de consulta de enfermagem na área da saúde sexual e reprodutiva, bem como na realização do procedimento de inserção de DIU, ancoradas pelo que está disposto no inciso II do Art. 8º do Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/1986.
2. Ademais, existem estudos que demonstram que o desempenho das enfermeiras e enfermeiros treinados na inserção regular de DIU é similar ao de médicos treinados, mesmo no período pós-parto.
3. Não há maior risco de expulsão, perfuração ou reação vagal quando enfermeiras e enfermeiros realizam o procedimento.
4. O enfermeiro será considerado apto a inserir o DIU após treinamento adequado e, no mínimo, 20 inserções supervisionadas; respeitando o protocolo municipal de inserção de DIU.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero> .

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2015. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_dir_ettrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf .

COREN MG. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: **Controle dos Cânceres de Colo do Útero e Mama**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em:

<https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/1365465/Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+das+Mulheres+-+Controle+dos+c%C3%A2nceres+de+colo+do+%C3%BAtero+e+mama.pdf/0da7968a-c3c4-1d13-c61c-7c144104251a?t=1564580815587> .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para profissionais de saúde – DIU com cobre T Cu 380 A**. Distrito Federal, DF. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-tecnico-para-profissionais-de-saude-diu-com-cobre-tcu-380a/> .

OMS. **Planejamento familiar: um manual global para os profissionais e serviços de saúde**. 2007. Disponível em: <https://www.gineco.com.br/wp-content/uploads/2018/11/planejamento-familiar-um-manual-global-para-profissionais-e-servicos-de-saude.pdf> .