



GUIA DE BOLSO

***PARA UM BOM
ATENDIMENTO
À SAÚDE DA
MULHER***



Autores

Sofia Isis de Oliveira Ibiapina
Maria Eduarda Marques Silva
Eduardo Macedo de Castro
Gabrielle dos Santos Alves Pereira
Jefferson Carreiro Mourão
Manoel Messias Rodrigues da Silva
José Josafá da Silva

Revisão técnica

Enfa. Esp. Carliane Maria de Araújo Souza

Piripiri – PiauÍ. 2020.

SUMÁRIO

UNIDADE 1

Abordagem Sindrômica das IST's.....	07
Cancróide.....	08
Sífilis.....	09
Herpes Genital.....	10
Donovanose.....	11
Linfogranuloma Venereo.....	12
Candidiase.....	13
Vaginose Bacteriana.....	14
Tricomoníase.....	14
Corrimento uretral.....	15
Dor pélvica.....	16
HPV.....	17

UNIDADE 2

Câncer de colo do útero.....	18
Resultados de PCCU.....	19

UNIDADE 3

Câncer de mama.....	41
---------------------	----

UNIDADE 4

Pré-natal.....	42
----------------	----

UNIDADE 5

Câncer de mama.....	48
---------------------	----

UNIDADE 6

Puerpério.....	50
----------------	----

UNIDADE 7

Exame Físico do Recém Nascido.....	56
Icterícia.....	57

UNIDADE 8

Climatério.....	60
-----------------	----

UNIDADE 9

Planejamento familiar.....	61
----------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABPTGIC:** Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital inferior e colposcopia;
- ACS:** Agente Comunitário de Saúde;
- AGC-H:** Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;
- AGC-US:** Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas;
- AIS:** Adenocarcinoma *in situ*.
- ASC-H:** Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.
- ASC-US:** Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica.
- BCF:** Batimento cardio fetal
- CAF:** Cirurgia de alta frequência;
- COMP:** Comprimido
- DU:** Dose Única
- DUM:** Data da última menstruação
- DPP:** Data prevista do parto
- ESF:** Estratégia Saúde da Família
- EV:** Endovenosa
- HSIL:** Lesão intraepitelial de alto grau
- IM:** Intramuscular
- IG:** Idade gestacional
- IV:** Intravenosa
- JEC:** Junção Escamocolunar
- LSIL:** Lesão intraepitelial de baixo grau
- NIC:** Neoplasia Intraepitelial de baixo grau
- PA:** Pressão arterial
- SC:** Subcutânea
- SOE:** Sem outras especificações
- RN:** Recém-nascido
- TTO:** Tratamento
- USG:** Ultrassonografia
- VO:** Via Oral

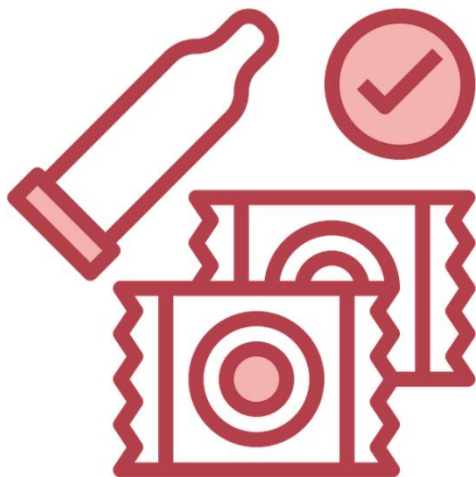


As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. Elas são transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. De maneira menos comum, as IST também podem ser transmitidas por meio não sexual, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas.



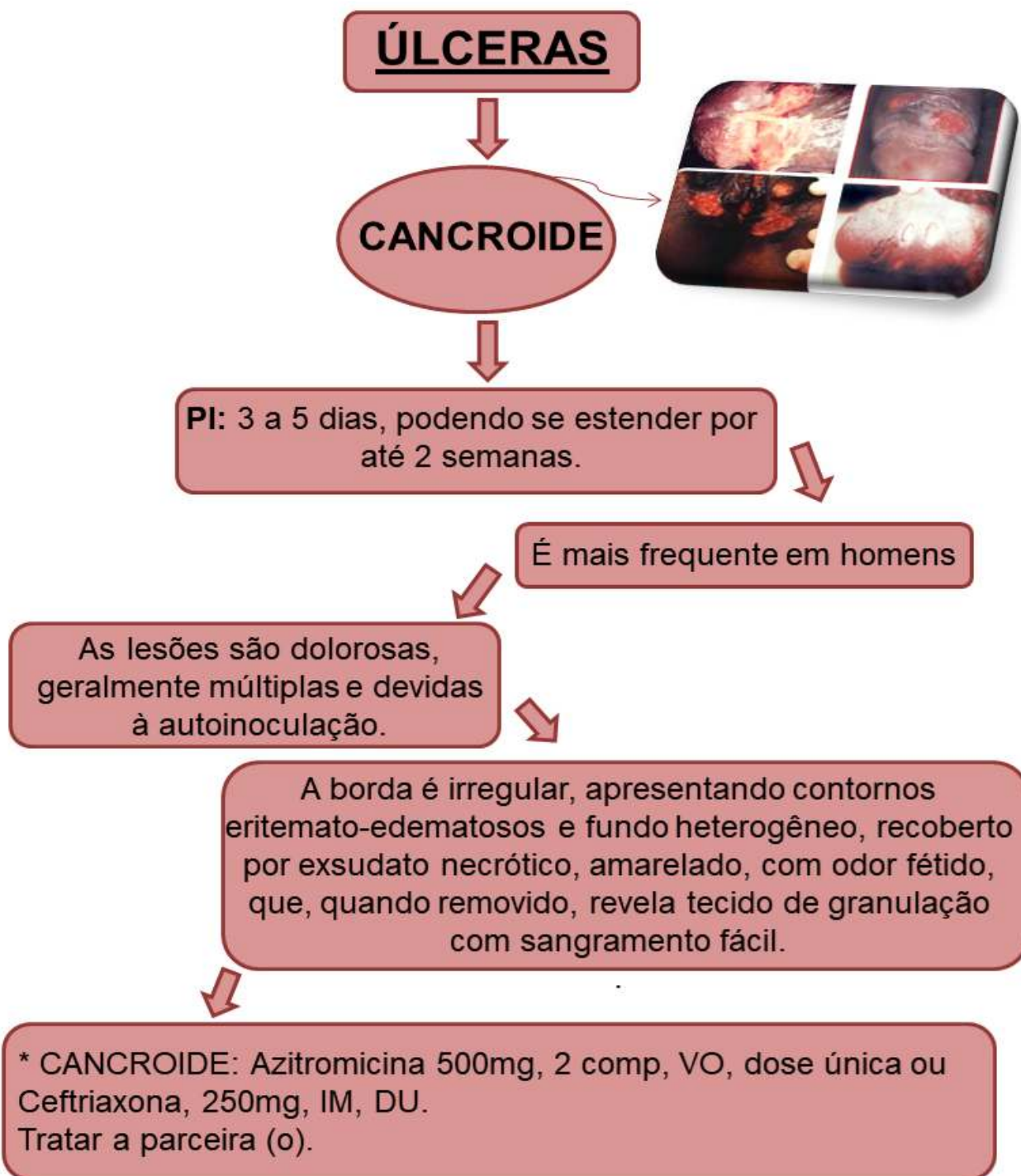
ÚLCERAS

As úlceras genitais são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que se manifestam de forma sindrômica como lesão ulcerativa, precedida ou não por pústulas ou vesículas, acompanhadas ou não por dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento e linfadenopatia regional.



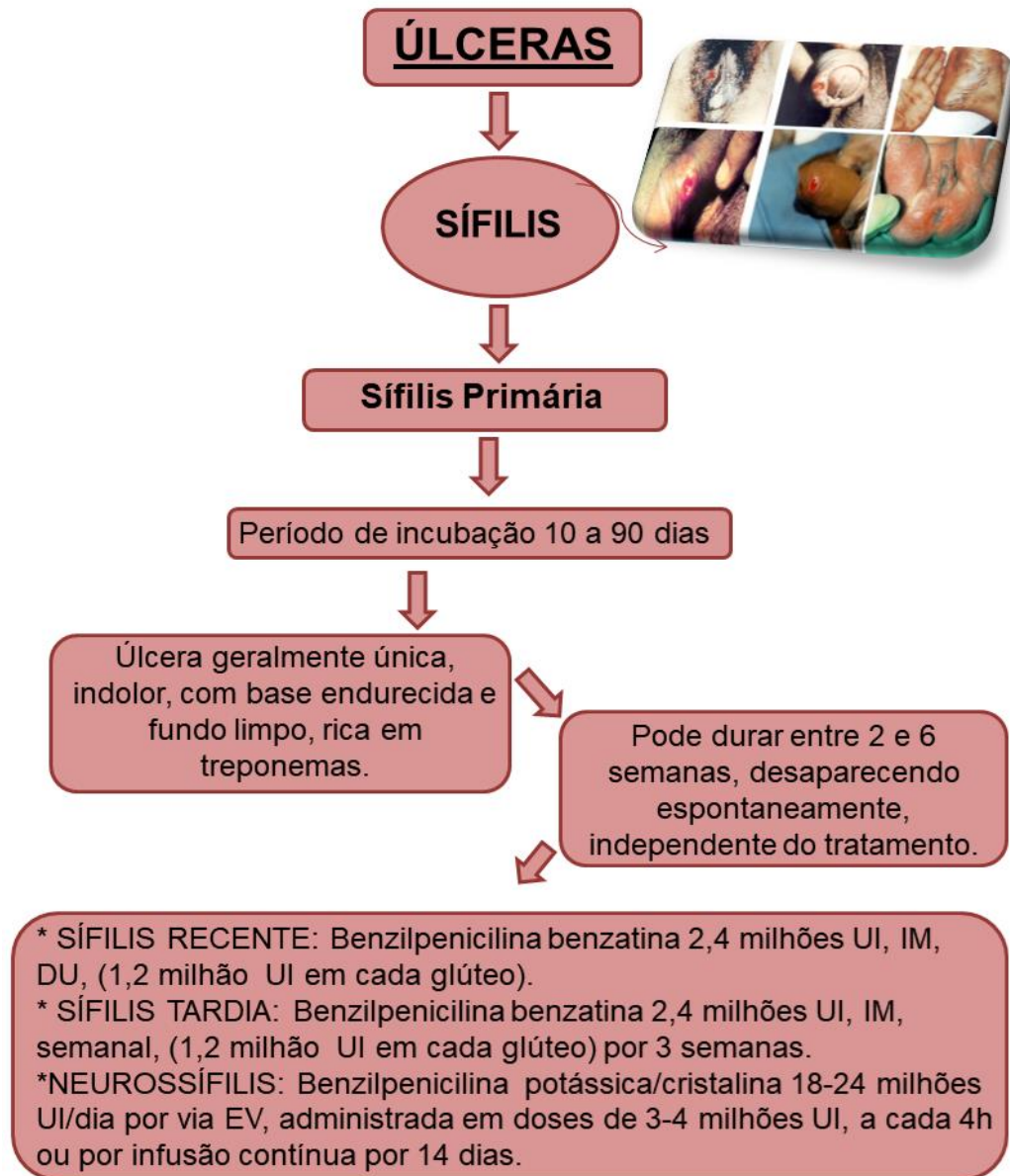


É uma infecção da pele ou das membranas mucosas genitais causada por *Haemophilus ducreyi* e caracterizada por pápulas, úlceras dolorosas e aumento dos linfonodos inguinais, provocando supuração.



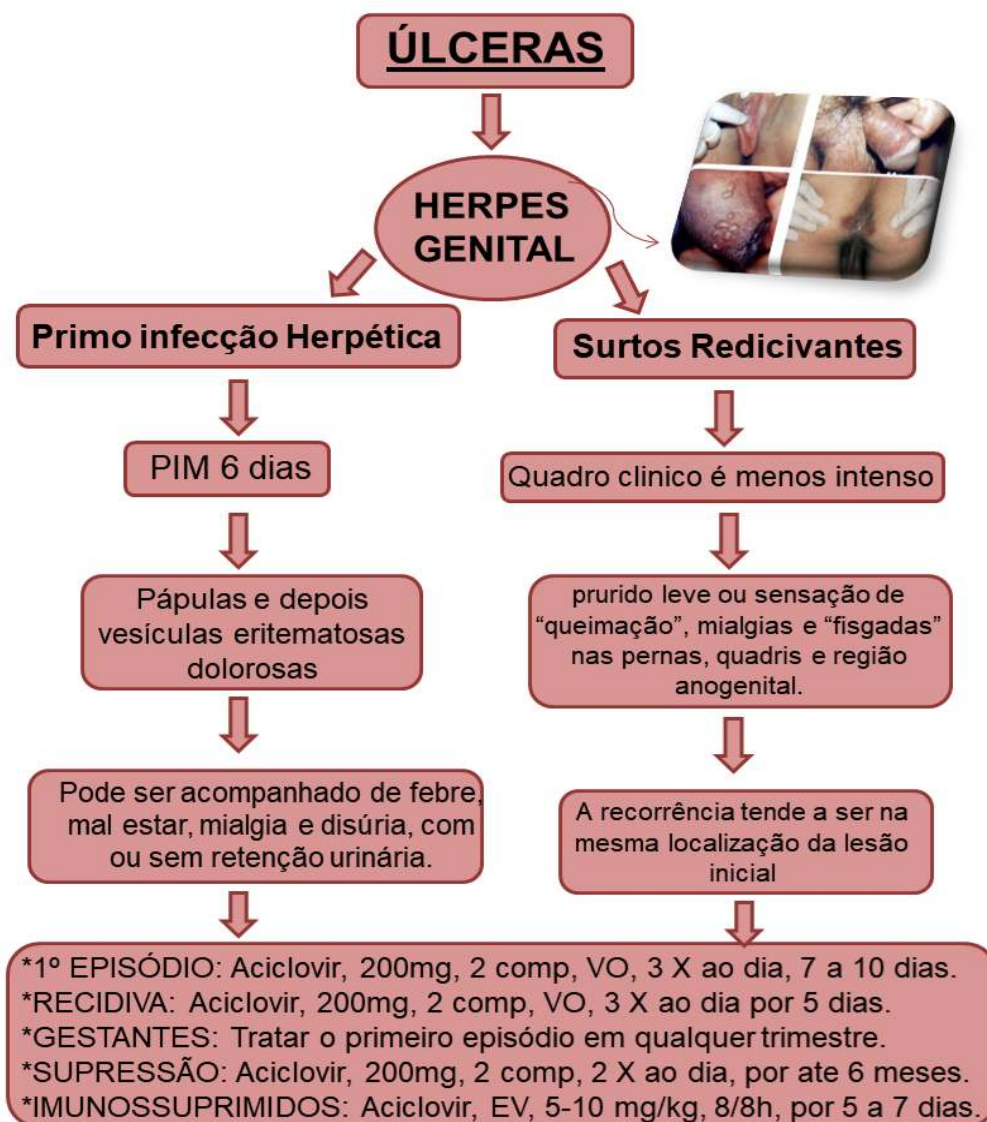


É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior.





Herpes genital é uma doença sexualmente transmissível de alta prevalência, causada pelo vírus do herpes simples (HSV), que provoca lesões na pele e nas mucosas dos órgãos genitais masculinos e femininos. Uma vez dentro de um organismo, dificilmente esse vírus será eliminado, porque se aproveita do material fornecido pelas células do hospedeiro para sua replicação.



O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões e analgésicos orais podem ser utilizados se necessário..



É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente a pele e mucosas das regiões da genitália, da virilha e do ânus. Causa úlceras e destrói a pele infectada. A transmissão ocorre pelo sexo desprotegido com uma pessoa infectada.



Inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil

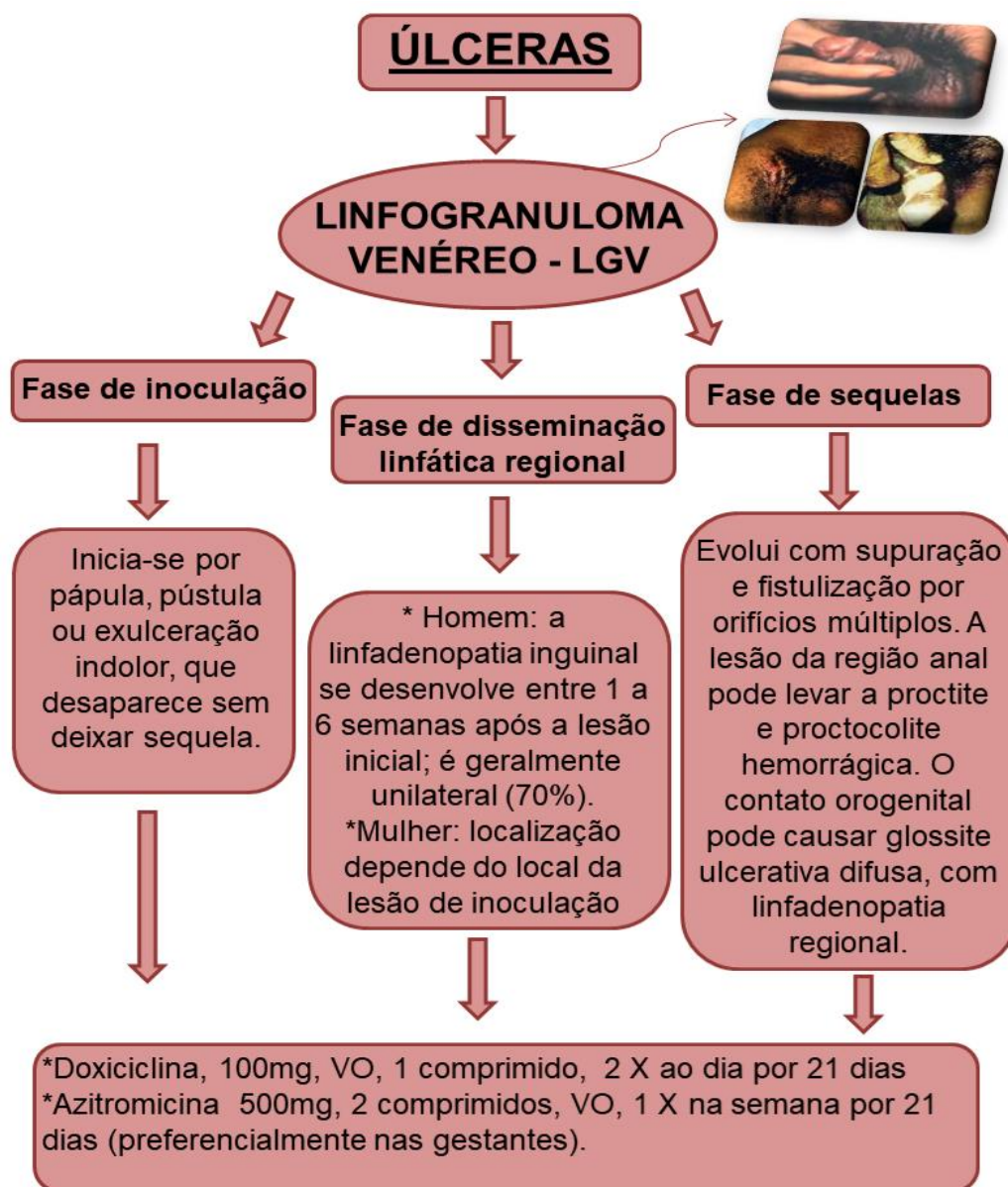
As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho” nas bordas cutâneas e/ou mucosas.

* DONOVANOSE: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1 X na semana por pelo menos 3 semanas ou até a cicatrização das lesões.

LINFOGRANULOMA VENÉREO



É uma doença sexualmente transmissível causada *por Chlamydia trachomatis*. Ele causa linfonodos inchados e dolorosos na virilha e às vezes infecção do reto.

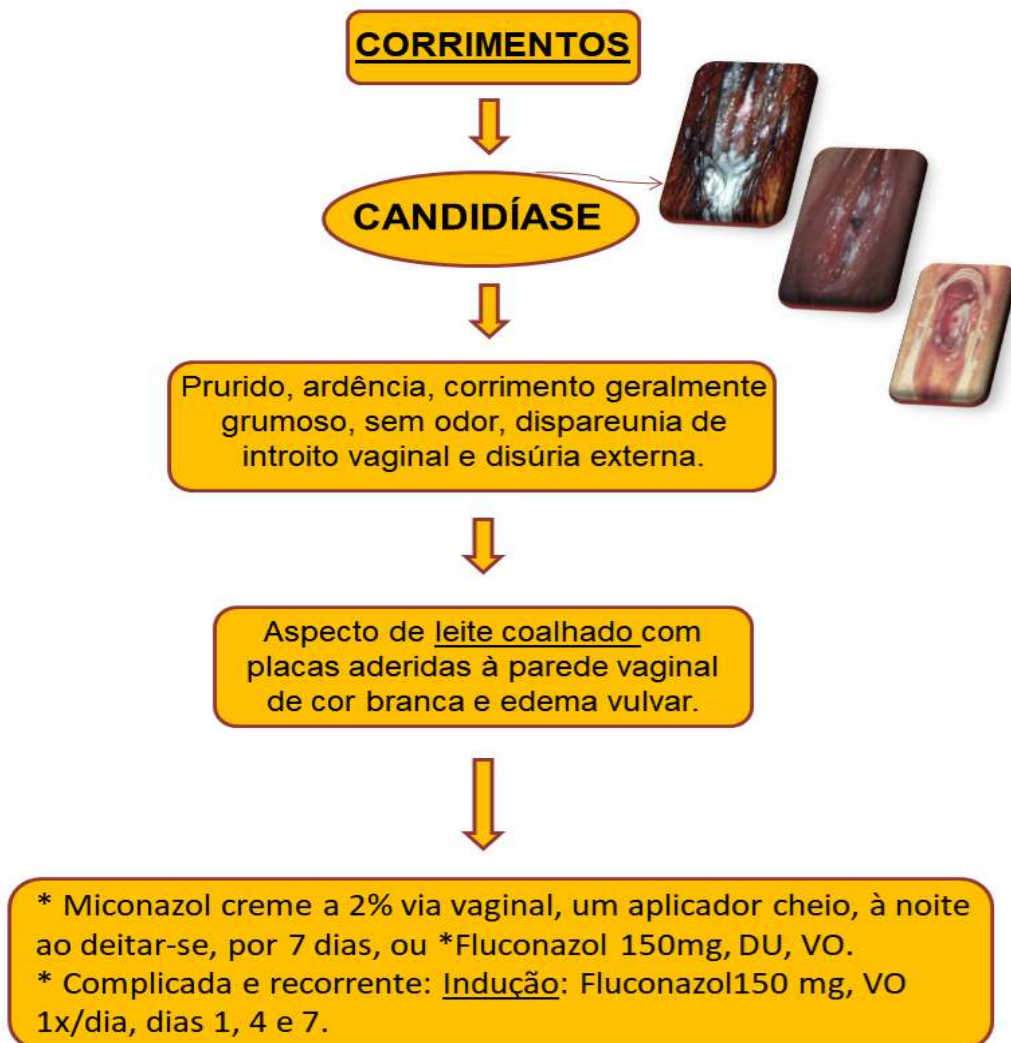


Quando o corrimento vaginal apresenta alguma cor, cheiro, consistência mais espessa ou diferente do costume, pode indicar a presença de alguma infecção ou a presença de alguma doença sexualmente transmissível como gonorreia.

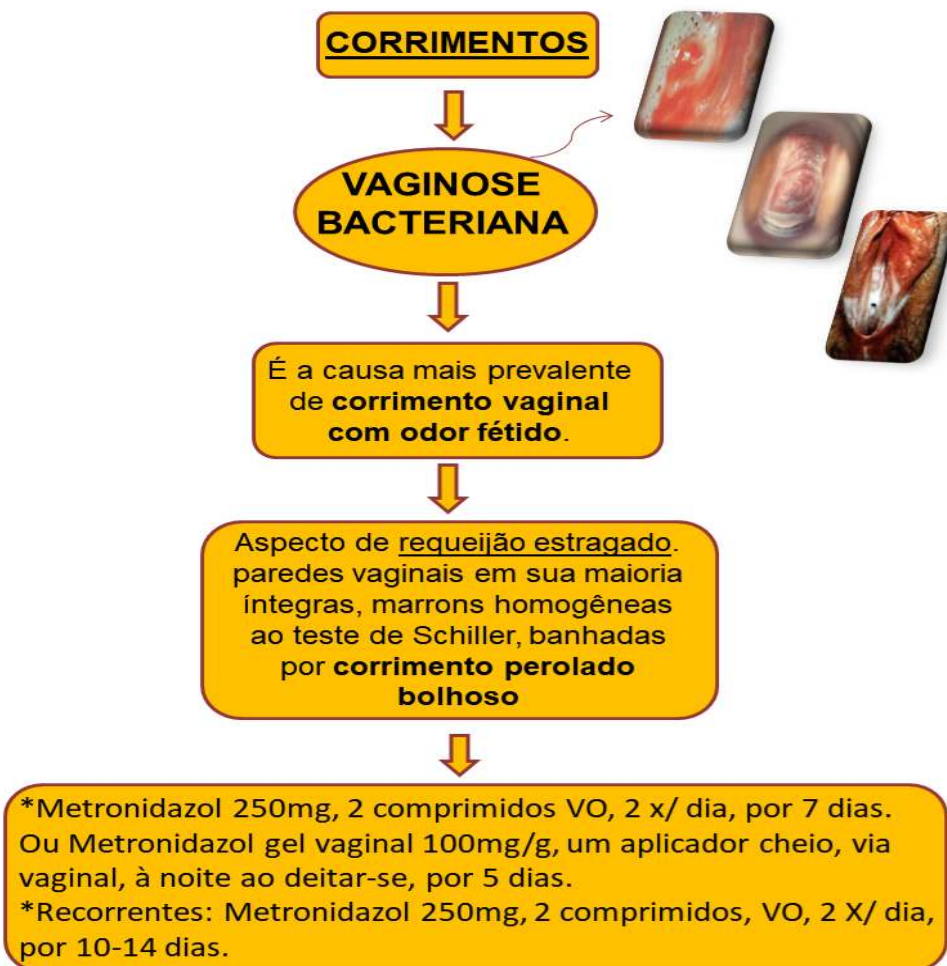


CANDIDÍASE

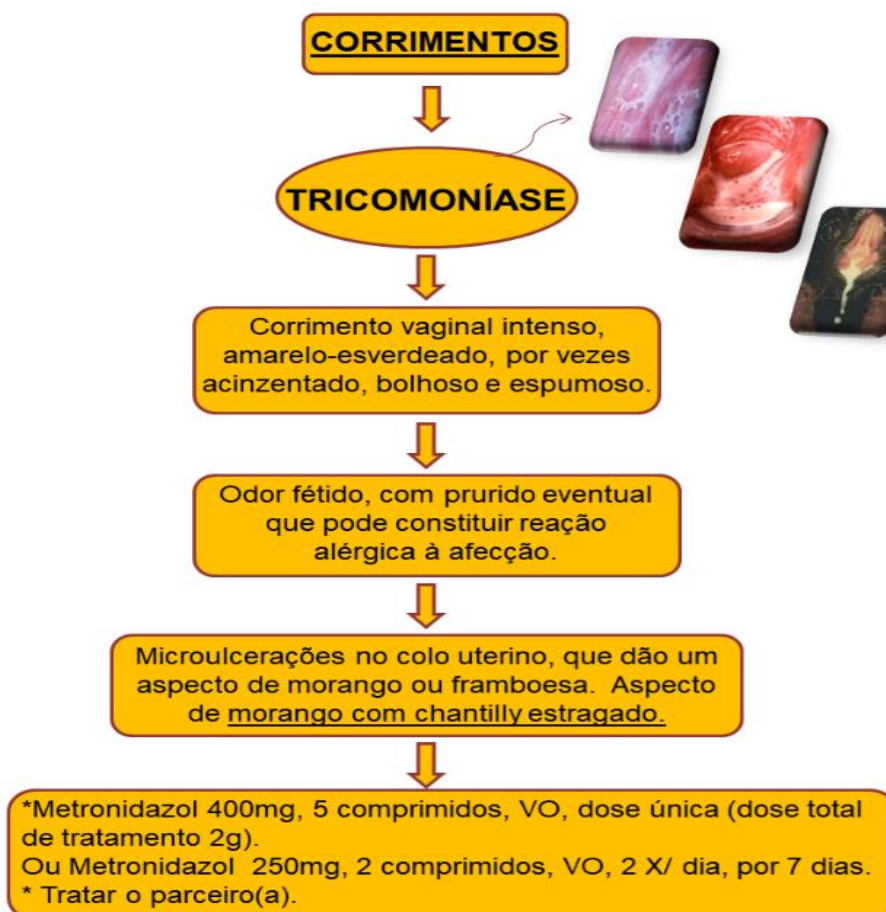
A candidíase é uma infecção causada pelo fungo *Candida albicans*, que se aloja comumente na área genital. Ela **não** é uma IST. Em períodos de baixa imunidade, o ambiente quente e úmido da região genital propicia a proliferação descontrolada, que muitas vezes exige tratamento.



VAGINOSE BACTERIANA



TRICOMONÍASE



CORRIMENTO URETRAL



Corrimento Uretral, antigamente chamado de Gonorreia é uma IST proveniente da bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, que afeta homens e mulheres de qualquer idade através do contato sexual vaginal, anal ou oral sem o uso de preservativos. Os sintomas podem aparecer em 24h ou cinco dias após a relação sexual desprotegida. A doença também pode ser transmitida na gravidez, da mãe para filho, podendo ocasionar sérias complicações na visão da criança, inclusive levando à cegueira.





DOR PÉLVICA DIP



É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação.

Sequelas a longo prazo:
infertilidade por fator
tubário, gravidez ectópica
e dor pélvica crônica.

Três critérios maiores +
um critério menor.

Quadro 42 – Critérios diagnósticos de DIP

CRITÉRIOS MAIORES
Dor no hipogástrio
Dor à palpação dos anexos
Dor à mobilização de colo uterino
CRITÉRIOS MENORES
Temperatura axilar >37,5 C ou temperatura retal >38,3 C
Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
Massa pélvica
Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
Leucocitose em sangue periférico
Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada
Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas
CRITÉRIOS ELABORADOS
Evidência histopatológica de endometrite
Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem
Laparoscopia com evidência de DIP

Fonte: DCCI/SVS/MS.

*Ambulatorial: Ceftriaxona 500mg, IM, DU + Doxiciclina 100mg, 1 comp, VO 2x/ dia por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comp, VO, 2 X/dia por 14 dias.

*Hospitalar: Ceftriaxona 1g, IV, 1X/ dia, por 14 dias + Doxiciclina 100mg, 1 comp, VO, 2X/dia por 14 dias + Metronidazol 400mg, IV, de 12/12h.



O HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) é um vírus que infecta pele ou mucosas (oral, genital ou anal), tanto de homens quanto de mulheres, provocando verrugas anogenitais (região genital e no ânus) e câncer, a depender do tipo de vírus. A infecção pelo HPV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

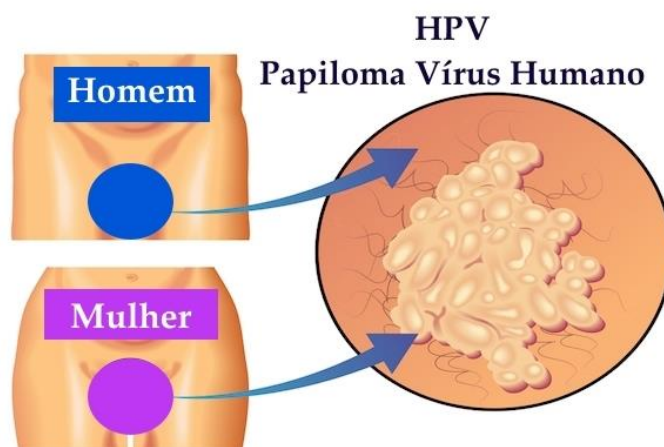
HPV



Os tipos 26, 53 e 66 provavelmente são de alto risco oncogênico, enquanto os tipos 34, 57 e 83, de risco indeterminado.

Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não onogênicos de HPV.

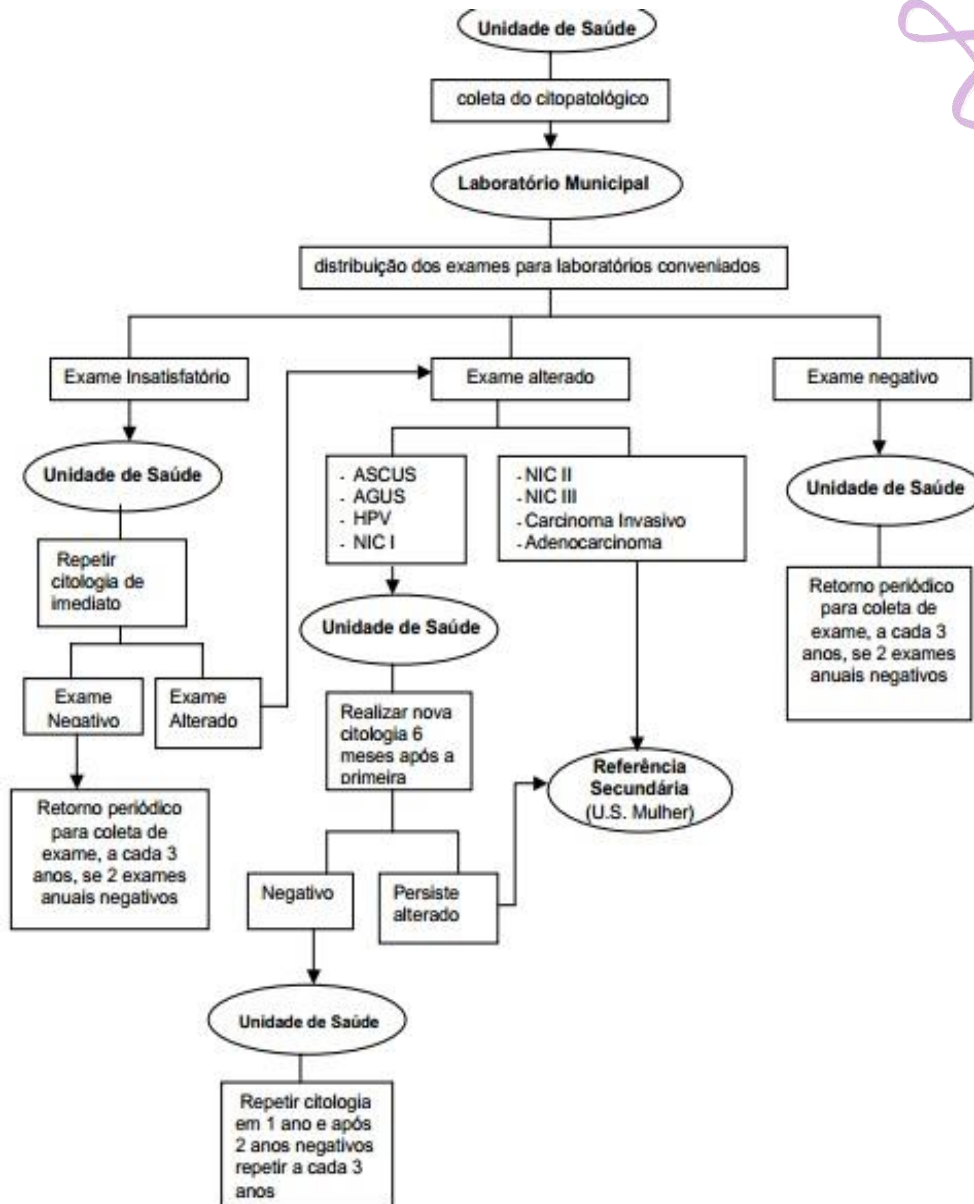
TTO AMBULATORIAL: Ácido tricloroacético (ATA) 80% - 90% ou podofilina 10%-25% ou eletrocauterização ou exérese cirúrgica ou crioterapia.
TTO DOMICILIAR: Imiquimode ou podofitotoxina.





O **câncer do colo do útero**, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV (chamados de tipos oncogênicos).

Câncer de colo de útero



Quadro 2 - Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

Papanicolaou (1941)	OMS (1952)	Richart (1967)	Brasil (2006)
Classe I	-	-	Normal
Classe II	-	-	Alterações benignas Atipias de significado indeterminado*
Classe III	Displasia leve Displasia moderada Displasia acentuada	NIC I NIC II NIC III	LSIL HSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

*Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica
		Não se pode afastar lesão de alto grau
De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	
	Não se pode afastar lesão de alto grau	

Fonte: (BRASIL, 2011, adaptado).



O exame preventivo de câncer de colo do útero, também chamado de Papanicolau, é realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical.



FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE PCCU

Mulher faixa etária de 25 a 64 anos

Coletar o histórico da paciente; preencher a fichas e requisição necessária.

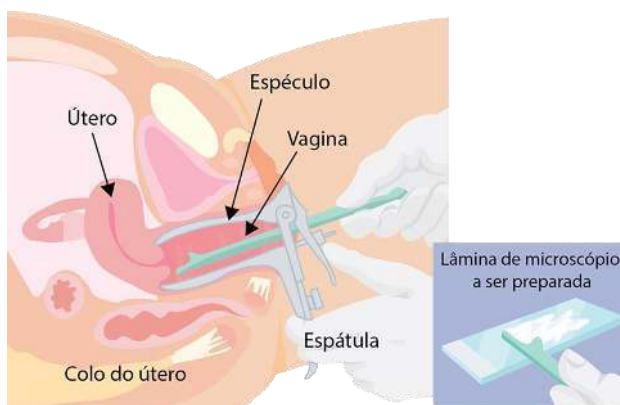
Explicar o procedimento a ser realizado; orientar a posição na maca (ginecológica); considerar as queixas e intervir caso necessário,

Iniciar o exame com espéculo adequado para a paciente; proceder a realização do procedimento coleta de material da ectocérvice (espátula de ayre) e endocérvice (escova endocervical), fixação em lâmina.

Enfatizar a importância da busca pelo resultado; Agendar consulta de retorno para resultado

Considerar as queixas ginecológicas no momento; havendo necessidade de abordagem sintômica, tratar e agendar retorno para realização do exame pccu.
Verificar as particularidades de cada paciente através da historia clinica, como aquelas pacientes hysterectomizadas, imunossuprimidas, gestantes e mulheres no climatério e pós-menopausa.
Importância de realizar na oportunidade do pccu o exame **clínico das mamas**.

Obrigatório o uso de equipamento de proteção individual, luvas, gorro máscara, avental descartáveis.



Resultados de PCCU

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Resultado citológico dentro dos limites da normalidade no material examinado

RECOMENDAÇÕES



Seguir a rotina de rastreamento citológico (A).
**Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)
Inflamação sem identificação de agente

RECOMENDAÇÕES



Seguir a rotina de rastreamento citológico. Havendo queixa clínica de leucorreia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Realizar abordagem sintomática. **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)
Resultado citológico indicando metaplasia escamosa imatura

RECOMENDAÇÕES



Seguir a rotina de rastreamento citológico. **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)
Resultado indicando reparação

RECOMENDAÇÕES



Seguir a rotina de rastreamento citológico. **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas
(reativas ou reparativas)
**Resultado citológico indicando
atrofia com inflamação**

RECOMENDAÇÕES

Seguir a rotina de rastreamento citológico. A estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com creme de estrogênios conjugados em baixa dose (0,5 g de um aplicador, o que contém 0,3 mg do princípio ativo) ou estriol vaginal, um grama com aplicador vaginal toda noite, durante 21 dias (B). A nova citologia será coletada entre cinco a sete dias após a parada do uso (B). **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas
(reativas ou reparativas)
**Resultado citológico indicando
alterações decorrentes de radiação
ou quimioterapia**

RECOMENDAÇÕES

Seguir a rotina de rastreamento citológico. A radioterapia ou a quimioterapia prévias devem ser mencionadas na requisição do exame (A). **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas
(reativas ou reparativas)
**Achados microbiológicos
(Lactobacillus sp. Cocos.
Outros Bacilos)**

RECOMENDAÇÕES

Seguir a rotina de rastreamento citológico. Realizar abordagem Síndrômica. **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas
(reativas ou reparativas)
**Citologia com células
endometriais normais fora do
período menstrual ou após a
menopausa**

RECOMENDAÇÕES

Seguir a rotina de rastreamento citológico. Avaliar indicação de investigação da cavidade endometrial (I). **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL



Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)
Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa

RECOMENDAÇÕES



Seguir a rotina de rastreamento citológico. Avaliar indicação de investigação da cavidade endometrial (I). **Controle trienal após dois exames negativos com intervalo de um ano.

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células escamosas atípicas de significado indeterminado

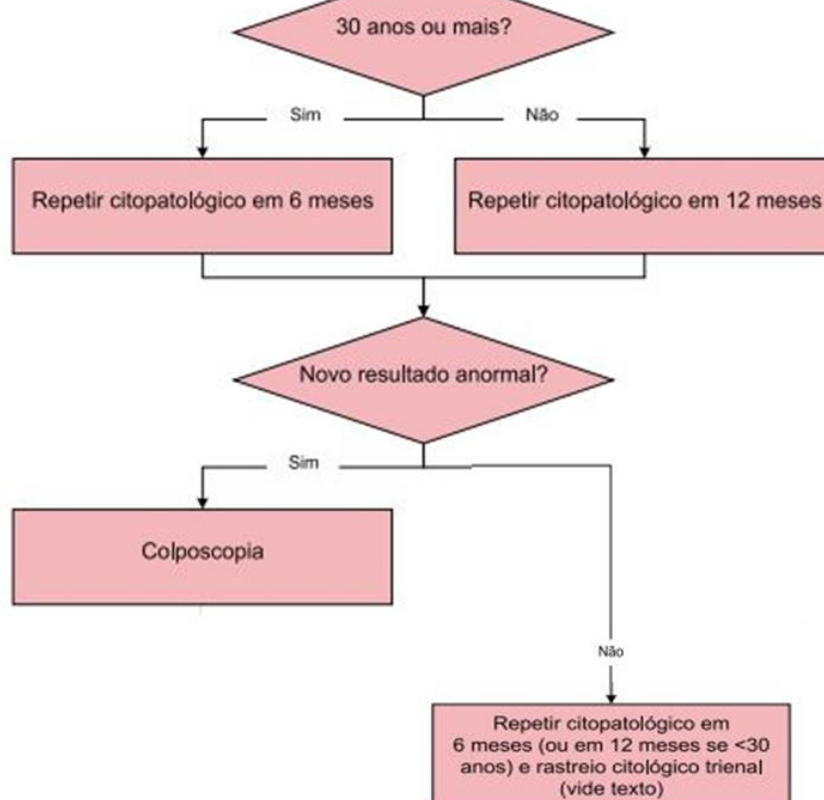


Essa subclassificação foi adotada pela Sociedade Brasileira de Citopatologia a partir de 2002, com as seguintes categorias: células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), em correspondência com a classificação ASC-US de Bethesda, e células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau, como no Sistema Bethesda. Atualmente, as categorias de ASCUS, independente de sua subclassificação, representam a atipia citológica mais comumente descrita nos resultados dos laudos citopatológicos do colo do útero. Segundo dados registrados no Siscolo, em 2013, no Brasil, esses diagnósticos citológicos representaram 1,6% de todos os exames realizados e 57% de todos os exames alterados.

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US)



Resultados de PCCU (situações especiais)

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Mulheres até 24 anos

A citologia deverá ser repetida em três anos (I). Caso se mantenha essa atipia, deverá manter seguimento citológico trienal (I). No caso de novo exame normal, reiniciar o rastreamento aos 25 anos (B). No caso de a citologia se manter ASC-US ou de maior gravidade, a partir dos 25 anos deverá ser encaminhada para colposcopia (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Gestantes

A conduta em caso de citologia de ASC-US não deve ser diferente na gestante (B). Na colposcopia, realizar biópsia apenas se houver suspeita de lesão invasiva (A).

Mulheres na pós-menopausa

É recomendável o preparo com estrogênio antes da colposcopia, prescrito pelo médico na unidade básica de saúde (vide Exame citopatológico normal – Resultado indicando atrofia com inflamação) (B), antes de ser submetida à nova citologia ou colposcopia. O mesmo se aplica quando indicado o seguimento citológico (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

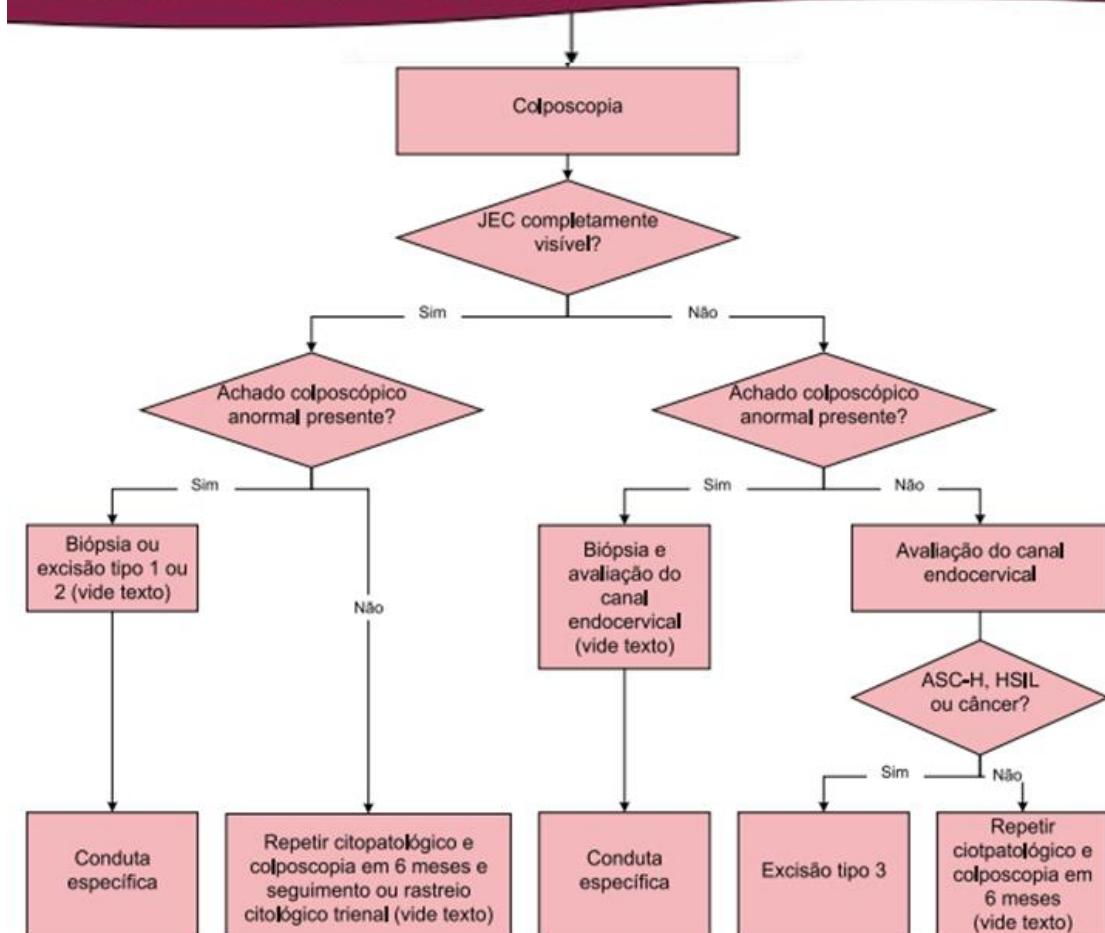
Imunossuprimidas

Mulheres imunossuprimidas com esse resultado citológico devem ser encaminhadas para colposcopia já no primeiro exame alterado (B), seguindo as recomendações para as demais mulheres nessa situação (A). O seguimento citológico, quando não evidenciada lesão intraepitelial, deve ser semestral, até dois exames negativos (B). Após esse período, deve seguir a recomendação de rastreamento específico para essas mulheres (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)



Resultados de PCCU (situações especiais)

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Mulheres até 24 anos

A conduta inicial, de encaminhamento para colposcopia, não deve ser diferente para essa faixa etária, mas achados normais ou anormais menores na colposcopia podem indicar seguimento citológico com intervalo de 12 meses (A). Nos casos de achados colposcópicos maiores, a mulher até 24 anos deve ser submetida à biópsia e, se esta for compatível com NIC II/III, deve-se seguir a recomendação específica (A). Nessas mulheres, a adoção do método "Ver e Tratar" é inaceitável (D).

Imunossuprimidas

A conduta com a mulher infectada pelo HIV ou com outra forma de imunossupressão não deve ser diferente das demais (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Gestantes

A conduta com a gestante com ASC-H deve ser o encaminhamento para a colposcopia e realizar biópsia apenas se houver suspeita de lesão invasiva (A). A paciente deverá ser reavaliada em 90 dias após o parto na unidade secundária, para confirmação diagnóstica e decisão terapêutica (A).

Mulheres na pós-menopausa

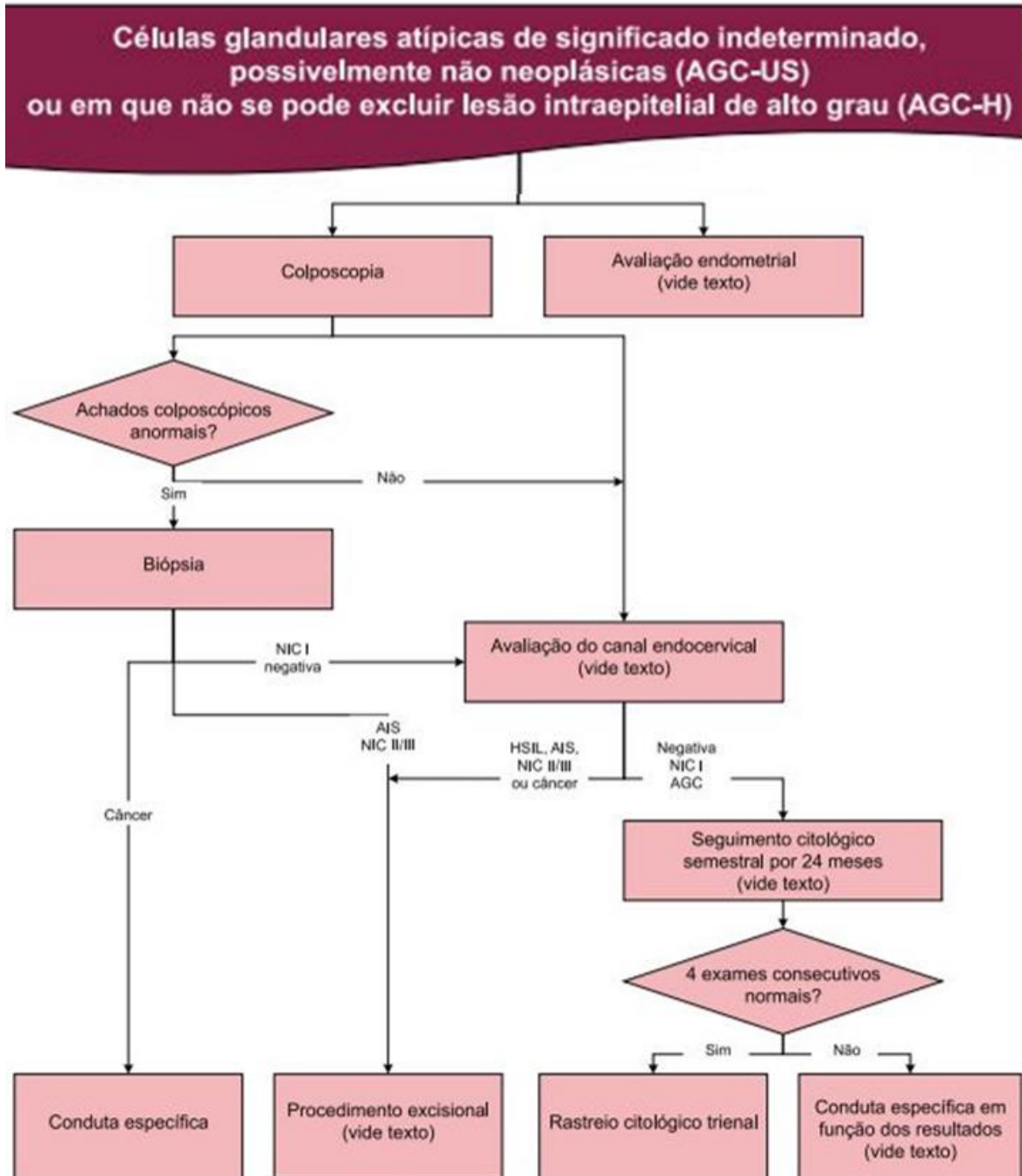
Em pacientes no climatério ou com atrofia diagnosticada clinicamente, é recomendável o preparo com estrogênio antes da colposcopia, prescrito pelo médico na unidade básica de saúde (vide Exame citopatológico normal – Resultado indicando atrofia com inflamação) (B). O mesmo se aplica quando indicado o seguimento citológico (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Células glandulares atípicas

A Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais estabeleceu as categorias diagnósticas de células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas e células glandulares atípicas de significado indeterminado em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau. Também definiu que, sempre que possível, deve-se mencionar a provável origem da atipia, seja endocervical, endometrial ou sem outras especificações (SOE), quando houver dificuldade em especificar o sítio de origem das células atípicas.

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (AGC-US) ou em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC-H)

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais



Gestantes

Devem ser investigadas da mesma maneira, exceto pelo estudo endometrial, que não é factível (D). A biópsia do colo do útero deverá ser realizada apenas na suspeita de doença invasiva (A).

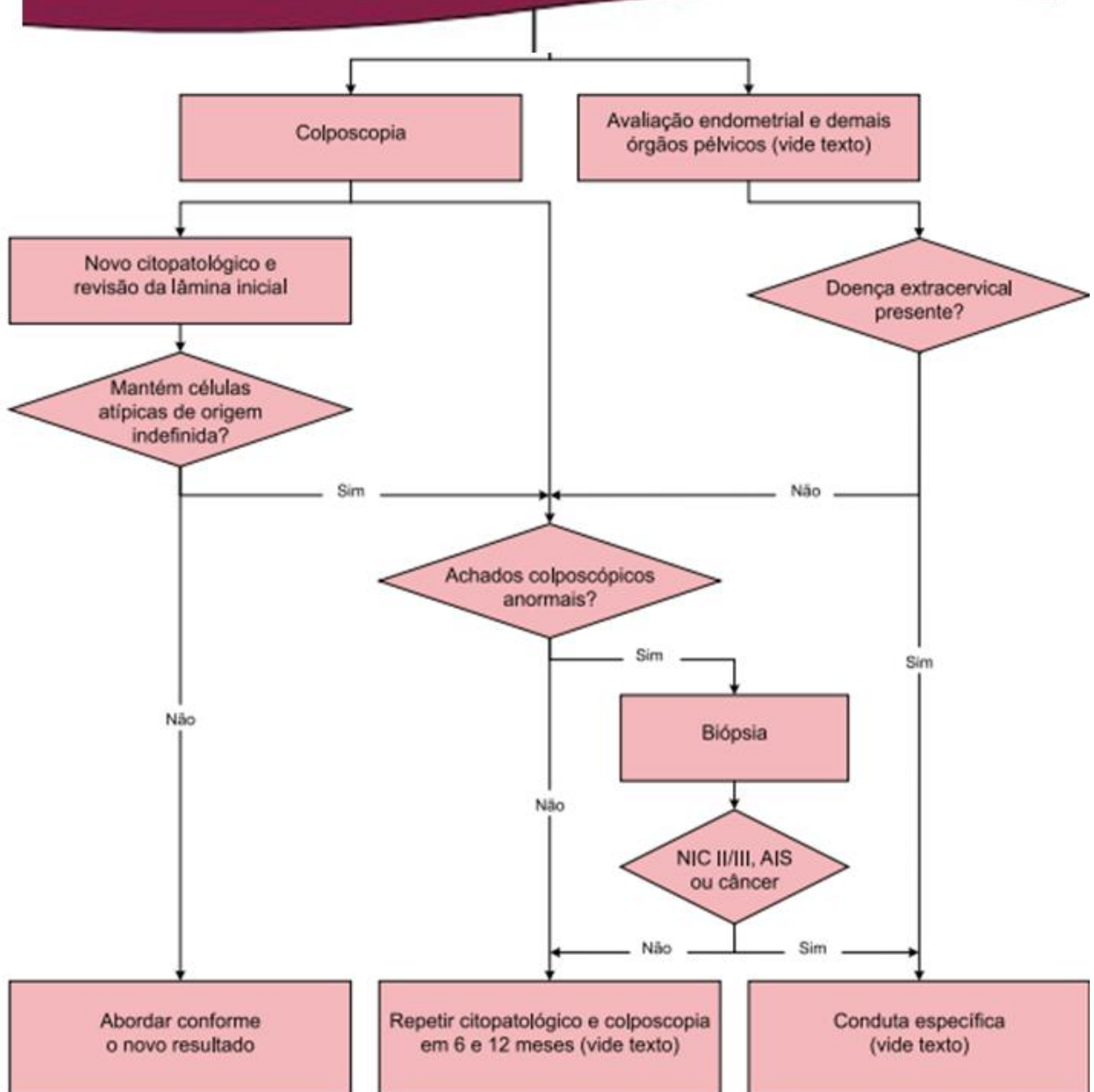
Mulheres até 24 anos, na pós-menopausa e imunossuprimidas

Mulheres até 24 anos, na pós-menopausa e imunossuprimidas devem ser investigadas da mesma forma que as demais mulheres (I).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Células atípicas de significado indeterminado de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau



RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Células atípicas de significado indeterminado de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas ou em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais



Gestantes

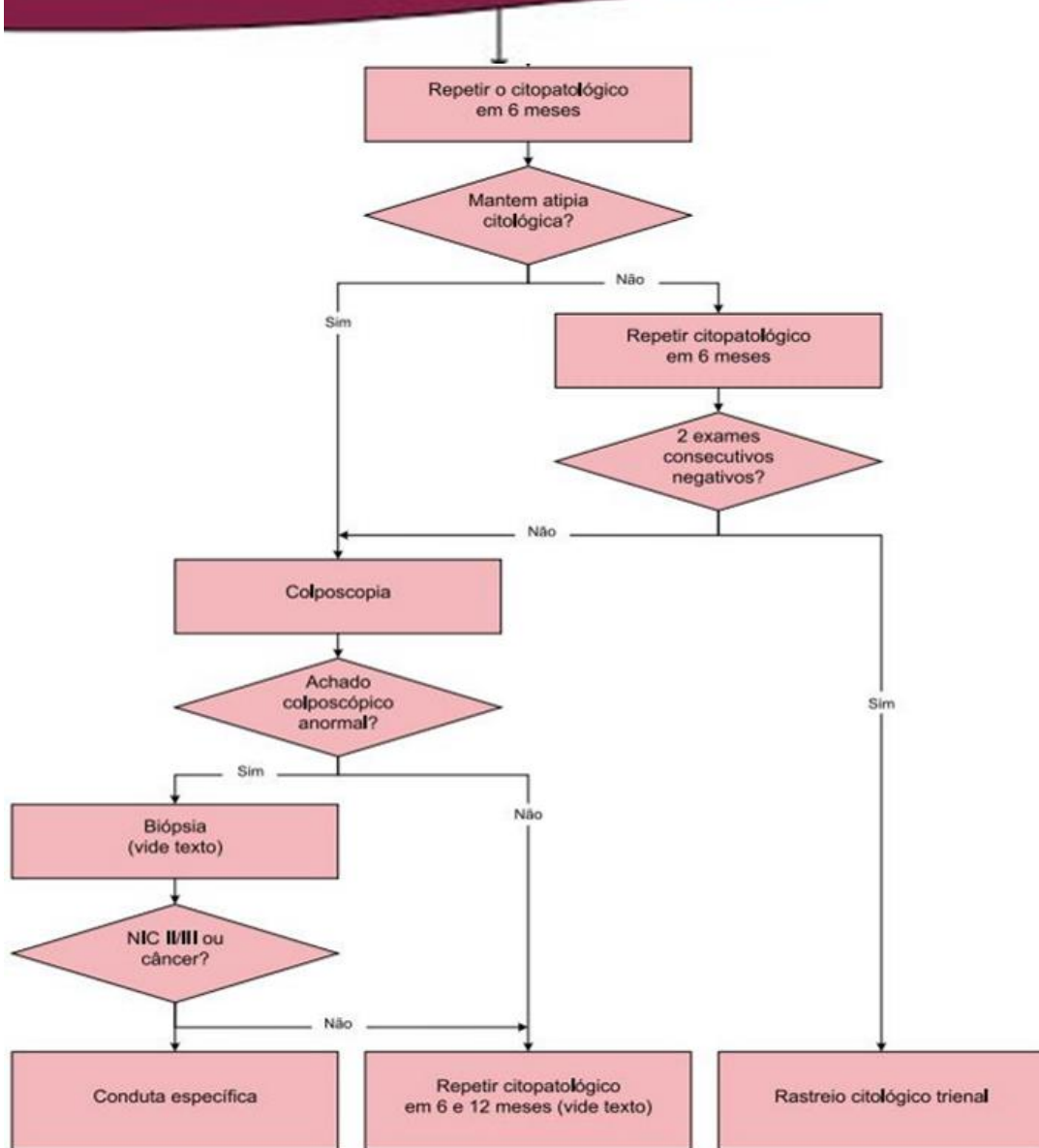
As gestantes devem ser investigadas da mesma maneira, exceto pelo estudo endometrial, que não é factível (D). A biópsia do colo do útero nessas mulheres deverá ser realizada apenas na suspeita de doença invasiva (A).

Mulheres até 24 anos, na pós-menopausa e imunossuprimidas

A conduta em caso de mulheres imunossuprimidas ou até 24 anos com citologia de células atípicas de origem indefinida não é diferente das demais.

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)
em mulheres com 25 anos ou mais



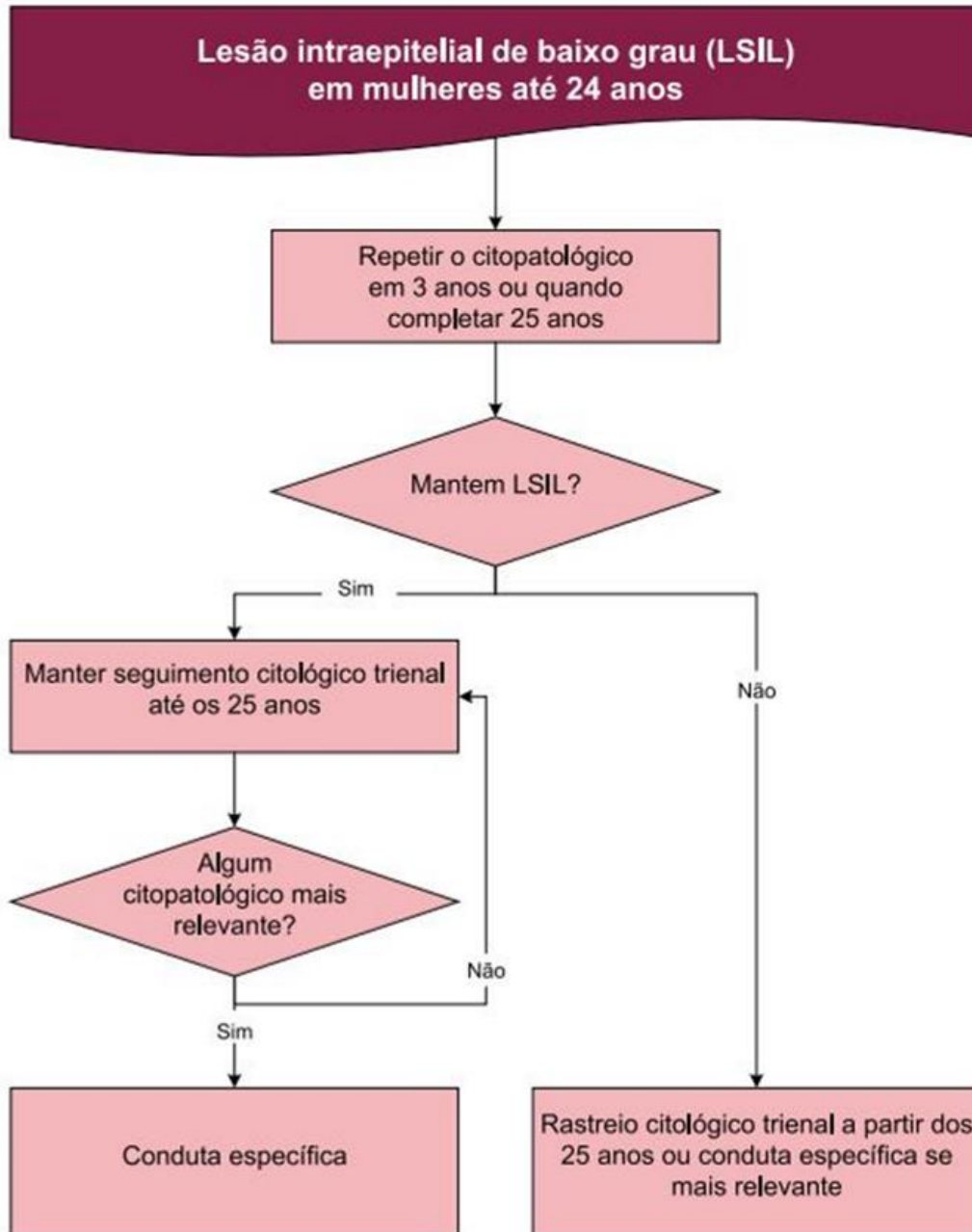
RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)
em mulheres com 25 anos ou mais

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Mulheres até 24 anos, caso tenham sido submetidas ao exame citopatológico e apresentem alterações citológicas compatíveis com LSIL, devem repetir a citologia em três anos (I). Caso se mantenha essa atipia, deverão manter seguimento citológico trienal (I). No caso de novo exame normal, reiniciar rastreamento aos 25 anos (B). A qualquer momento, caso apresentem citologia com alterações mais graves, deverão ser encaminhadas para colposcopia (A). Frente ao diagnóstico histológico de NIC I, o tratamento deve ser evitado e mantido o seguimento citológico trienal até que completem os 25 anos (A).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Observação: mulheres com menos de 25 anos não fazem parte da faixa etária prioritária para o rastreamento do câncer do colo do útero. Esse fluxograma visa orientar os profissionais caso se deparem com essa situação.

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



**Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)
em mulheres até 24 anos**

**RECOMENDAÇÕES
Situações Especiais**



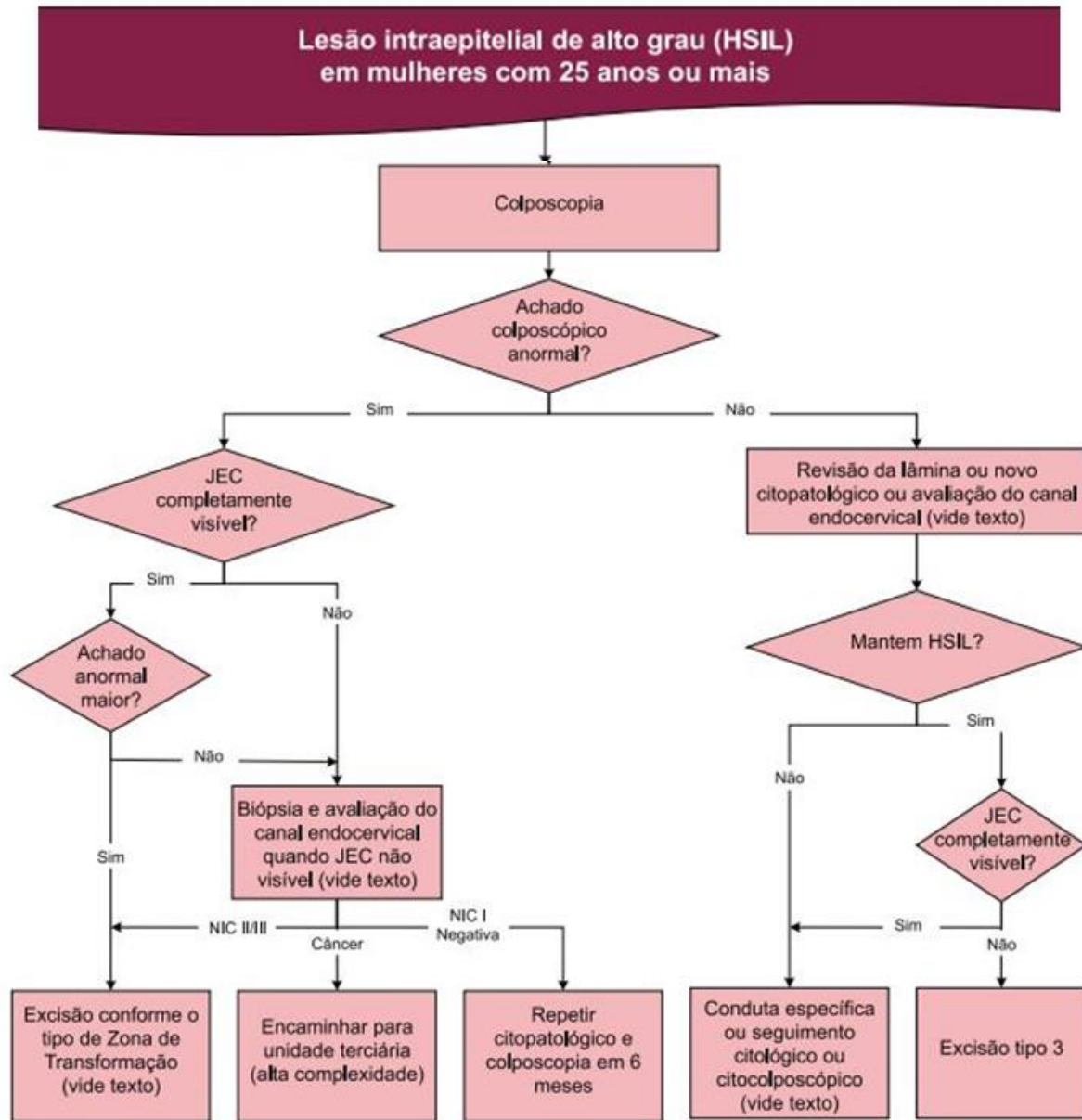
Gestantes

Qualquer abordagem diagnóstica deve ser feita após três meses do parto (A)

**Mulheres na pós-menopausa e
imunossuprimidas**

A segunda coleta deve ser precedida de tratamento da colpíte atrófica, quando presente (B) (vide Exame citopatológico normal – Resultado indicando atrofia com inflamação). Mulheres imunossuprimidas, devem ser encaminhadas para colposcopia após o primeiro exame citopatológico mostrando LSIL (A).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



**Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
em mulheres com 25 anos ou mais**



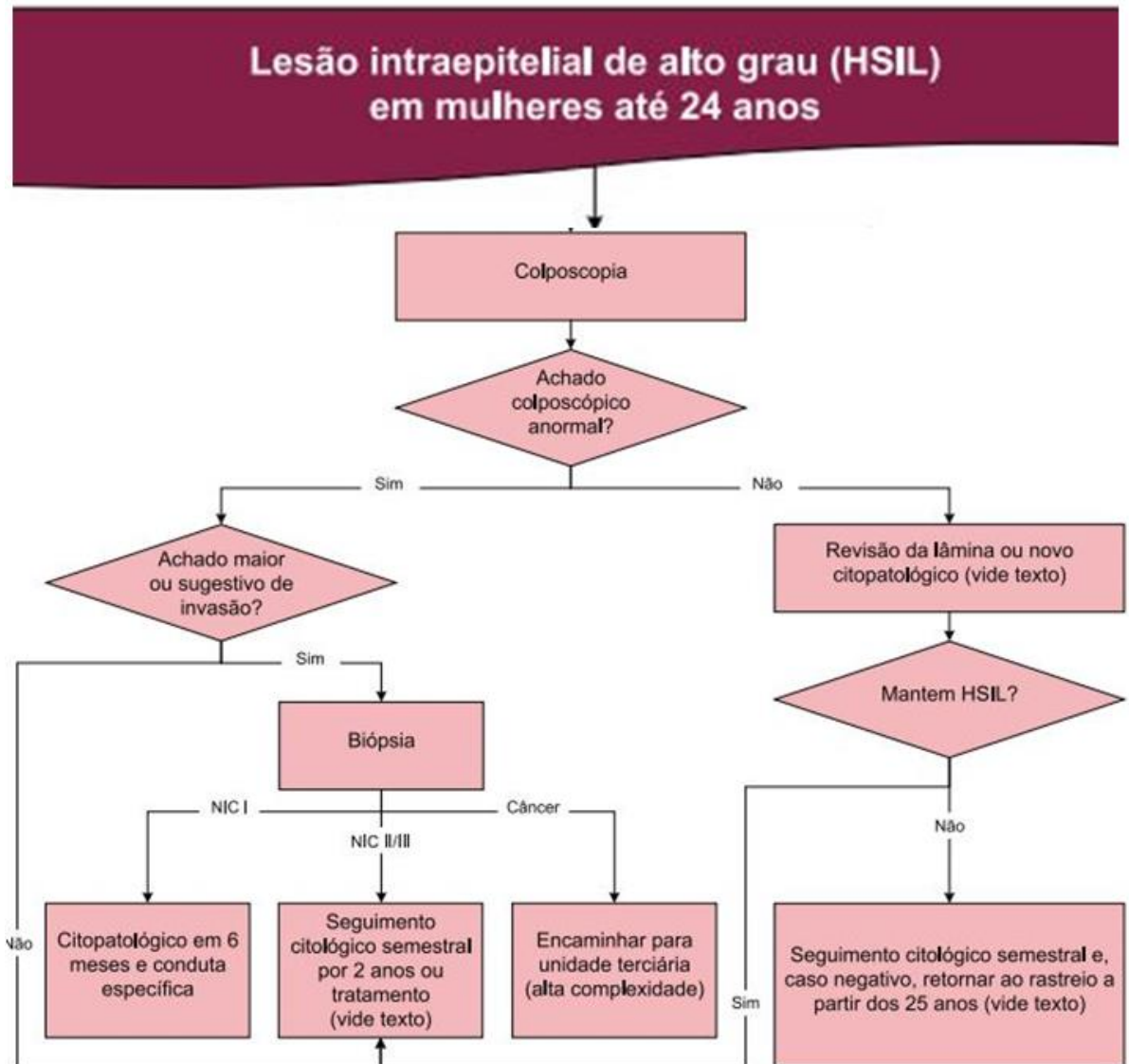
**RECOMENDAÇÕES
Situações Especiais**



Mulheres até 24 anos

Na vigência de exame citopatológico com diagnóstico de HSIL, encaminhar para colposcopia (A). A repetição da citologia é inaceitável como conduta inicial (D). O método “Ver e Tratar” também é inaceitável nessas mulheres (D). Se o achado colposcópico for menor, a paciente deverá ser mantida em seguimento anual citológico por dois anos (I).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



Observação: mulheres com menos de 25 anos não fazem parte da faixa etária prioritária para o rastreamento do câncer do colo do útero. Esse fluxograma visa a orientar os profissionais caso se deparem com essa situação (retificado).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
em mulheres até 24 anos

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Gestantes

Encaminhar a gestante para unidade de referência em colposcopia (A). Realizar biópsia, caso a colposcopia apresente achados sugestivos de invasão (A). Se o resultado histopatológico revelar invasão, encaminhar a mulher para tratamento na unidade terciária (A). Caso o resultado evidencie

Mulheres na pós-menopausa

A conduta para pacientes na menopausa é a mesma para as demais mulheres (A). Com o objetivo de melhorar tanto o exame colposcópico quanto o novo exame citopatológico, deve-se administrar previamente estrogênio tópico conforme descrito em Exame citopatológico normal – Resultado indicando atrofia com inflamação (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
em mulheres até 24 anos

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Imunossuprimidas

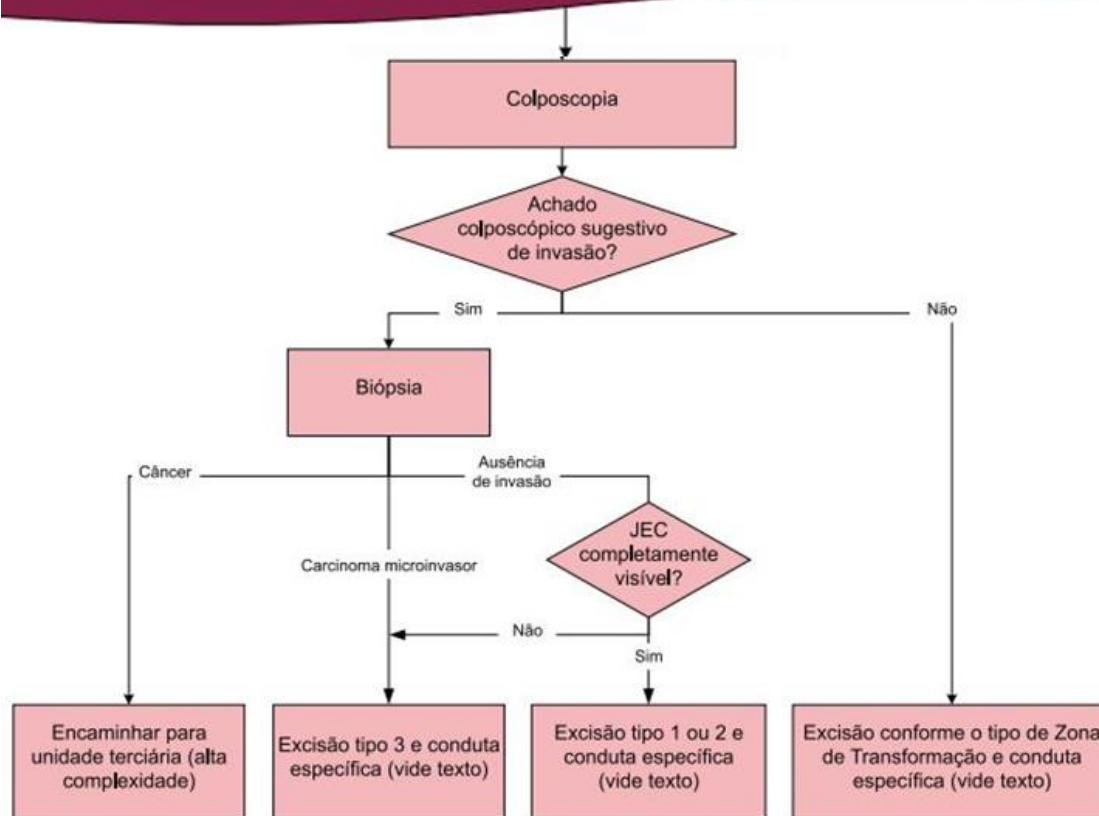
Encaminhamento para colposcopia, e a investigação deverá ser a mesma já descrito para as mulheres imunocompetentes (A). Todavia, como esse grupo tem maior risco de recidiva, a continuação do seguimento citopatológico após tratamento de NIC II/III deverá ser anual durante toda a vida (B).

Histectomizadas

Mulheres com história de tratamento prévio de NIC II/III com margens livres deverão ser submetidas a exame citopatológico em seis e 12 meses após a histerectomia (B). Se ambos os exames forem negativos, o rastreamento citológico deverá ser trienal independente da idade (B).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão, carcinoma epidermoide invasor ou com suspeita clínica de invasão



Resultados de PCCU (situações especiais)

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

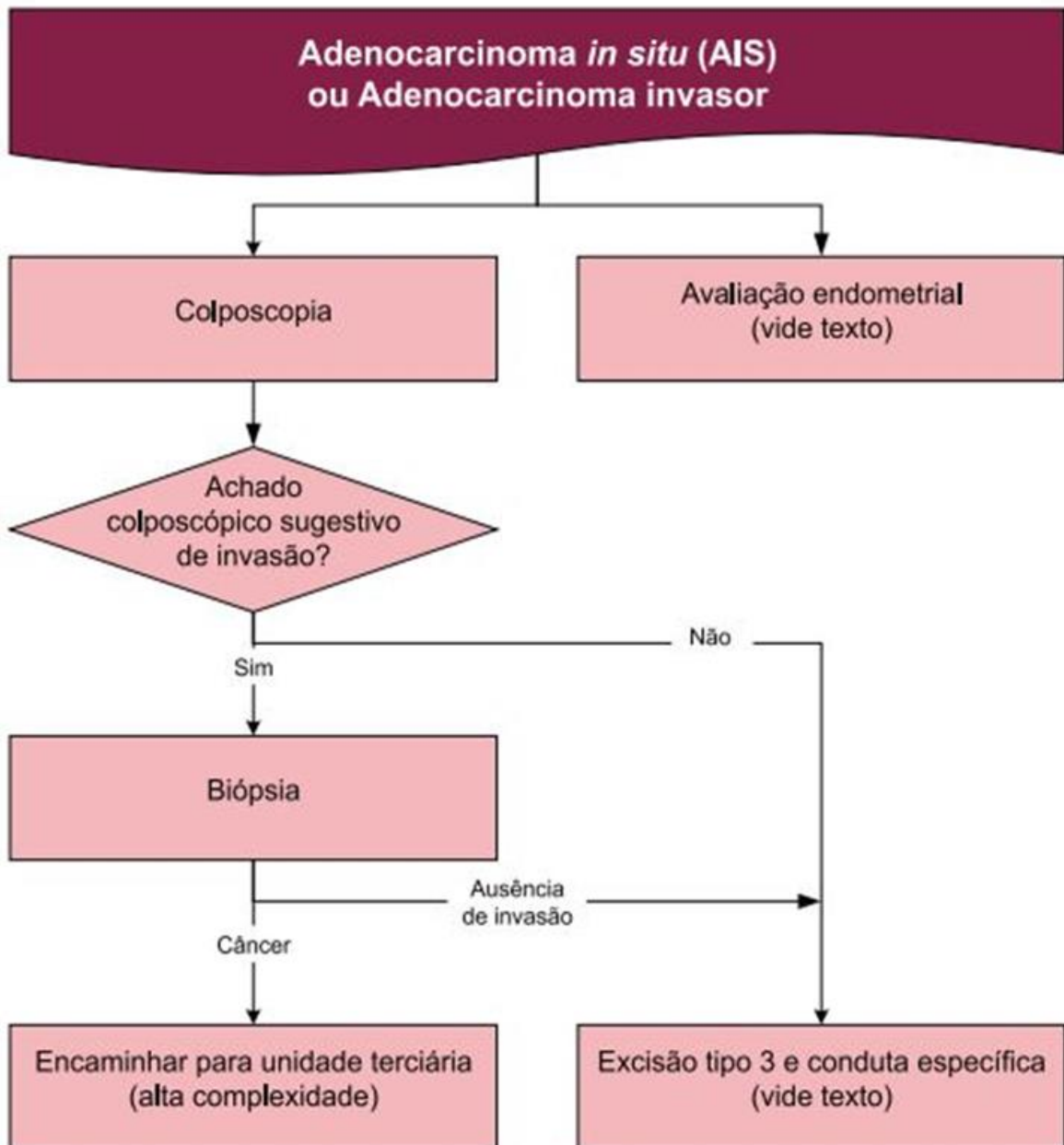
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão, carcinoma epidermoide invasor ou com suspeita clínica de invasão

RECOMENDAÇÕES
Situações Especiais

Gestantes

Para as gestantes, deve ser realizada uma biópsia somente na presença de alteração colposcópica sugestiva de invasão (A). Na sua ausência, os demais procedimentos excisionais devem ser realizados somente 90 dias após o parto (A).

RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL



RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL

Adenocarcinoma *in situ* (AIS)
ou Adenocarcinoma invasor

RECOMENDAÇÕES Situações Especiais

Gestantes

Gestantes devem ser investigadas da mesma maneira, exceto pelo estudo endometrial, que não é factível (D). A biópsia de colo do útero deverá ser realizada na suspeita de doença invasiva, e o procedimento excisional, caso indicado, deverá ser realizado 90 dias após o parto (A).

Mulheres na pós-menopausa e imunossuprimidas

Mulheres até 24 anos, na pós-menopausa e imunossuprimidas devem ser investigadas da mesma forma que as demais mulheres (A).

TÓPICOS COMPLEMENTARES

Avaliação do canal endocervical

Considerando as evidências extraídas dos ensaios clínicos encontrados que compararam o desempenho da curetagem endocervical frente ao escovado endocervical, se conclui que ambas as técnicas têm desempenho diagnóstico semelhante quando se obtêm espécimes adequados para análise em mulheres sem lesões macroscópicas e sem doença ou procedimento cervical prévio (critérios de exclusão dos ensaios clínicos considerados) (evidência alta).

TÓPICOS COMPLEMENTARES

Medidas para auxiliar a visão da junção escamocolumnar

As lesões intraepiteliais cervicais são na maioria das vezes colposcopicamente visíveis em toda sua extensão, especialmente em pacientes jovens. A proporção de lesões localizadas no canal endocervical aumenta com a idade, uma vez que a JEC e a ZT movem-se em direção ao interior do canal no climatério. A ZT tem sido reconhecida como a região preferencial para as lesões pré-invasivas do colo uterino. Na situação em que a JEC não é visível ou parcialmente visível, é recomendável a realização das seguintes manobras durante o exame colposcópico: maior abertura do espéculo ou pressão por meio de pinça na transição entre o colo e a vagina; retirada do muco cervical ou sua introdução no canal por meio de swab ou bola de algodão, embebida por ácido acético; uso de espéculos endocervicais ou uso dos ramos de uma pinça de dissecação longa ou Cheron (A).

TÓPICOS COMPLEMENTARES

Coleta de espécimes para exame citopatológico concomitante à colposcopia

Existem situações em que pode ser necessária a coleta de uma amostra cervical para exame citopatológico na mesma consulta em que se pretende realizar uma colposcopia. São exemplos pacientes em seguimento ou em que não tenha sido possível obter material para citologia previamente por dificuldade de acesso ao canal endocervical, como após uma conização. Nessas situações, houve dúvidas de quando seria adequado obter esse material, pois, se coletado antes, pode prejudicar a colposcopia e, se depois, poderia ser prejudicado pelo uso de reagentes. Na busca de evidências sobre a possibilidade de coleta de material para citologia após o uso do ácido acético, identificaram-se apenas quatro artigos.

TÓPICOS COMPLEMENTARES

Tipos de excisão

O termo CAF (cirurgia de alta frequência), introduzido no final dos anos 1980, serviu para popularizar o método de excisão da ZT com JEC visível e até o primeiro centímetro do canal. Esse termo foi utilizado em material para orientação profissional preparado pela ABPTGIC e mantido nas diretrizes brasileiras de 2006. Todavia, o termo CAF passou a ser utilizado indistintamente para biópsias e, com a disseminação de técnicas de conização por eletrocirurgia, tornou-se muito difícil saber qual o procedimento realizado quando havia o relato de uma mulher ter sido submetida a uma CAF.

TÓPICOS COMPLEMENTARES

Tipos de excisão

A nova nomenclatura colposcópica internacional, adotada nessa versão das Diretrizes, mencionou três tipos de excisão: 1, 2 e 3, definidas conforme o tipo de ZT.

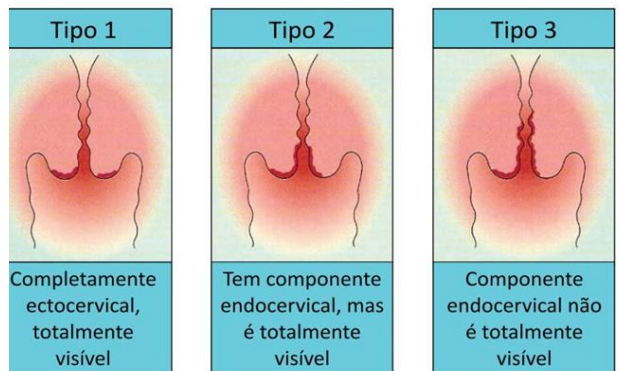


Figura 11 – Tipos de zona de transformação (reproduzido com autorização e traduzido de Prendiville, 2003)

TÓPICOS COMPLEMENTARES

Tipos de excisão

- ✓ A EZT, procedimento destinado a tratar a doença ectocervical ou que não se estende mais de 1 cm no canal endocervical, é classificada por Prendiville como excisão do tipo 1.
- ✓ Para tratar a doença que ocupa uma ZT do tipo 2, é necessário retirar maior porção do canal endocervical, o suficiente para ultrapassar a JEC, o que usualmente será obtido com excisão de profundidade entre 1,5 e 2,0 cm, sendo então denominada excisão do tipo 2.

Tipos de excisão

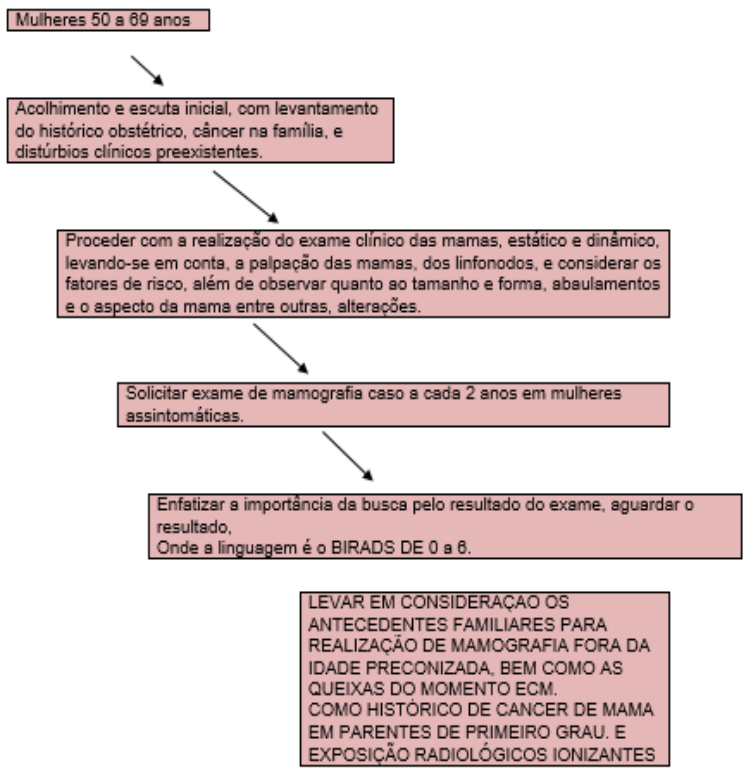
- ✓ Quanto às ZT do tipo 3, é necessária maior profundidade de excisão. Segundo Przybora e Plutowa, a quase totalidade das NIC III situa-se até o segundo centímetro do canal, incluindo as glandulares. Essa observação é reforçada por Guerra et al. que observaram que, em 99% dos casos, essas lesões situam-se no primeiro centímetro do canal³⁹ (evidência moderada). Dessa forma, para excisar uma ZT do tipo 3, Prendiville e Cullimore recomendam retirar entre 2 e 2,5 cm de canal, caracterizando uma excisão do tipo 3.

O **Câncer de mama** é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma.

O câncer de mama responde, atualmente, por cerca de 28% dos casos novos de câncer em mulheres. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando menos de 1% do total de casos da doença. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos.



FLUXOGRAMA PARA RASTREIO DO CANCER DE MAMA



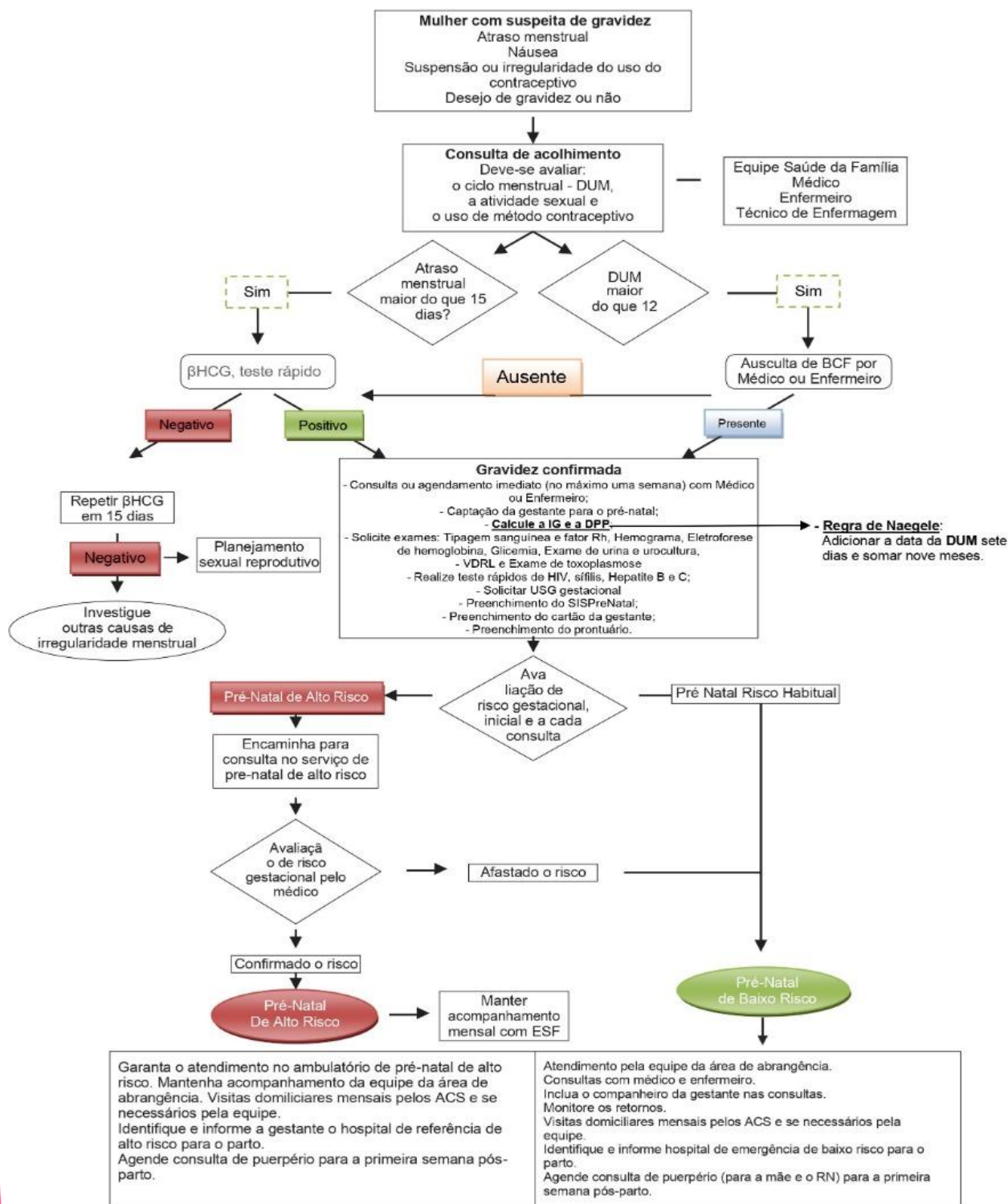
Categoria	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico
5	Exame com achado altamente suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer

FONTE: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)



A realização do **pré-natal** representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante

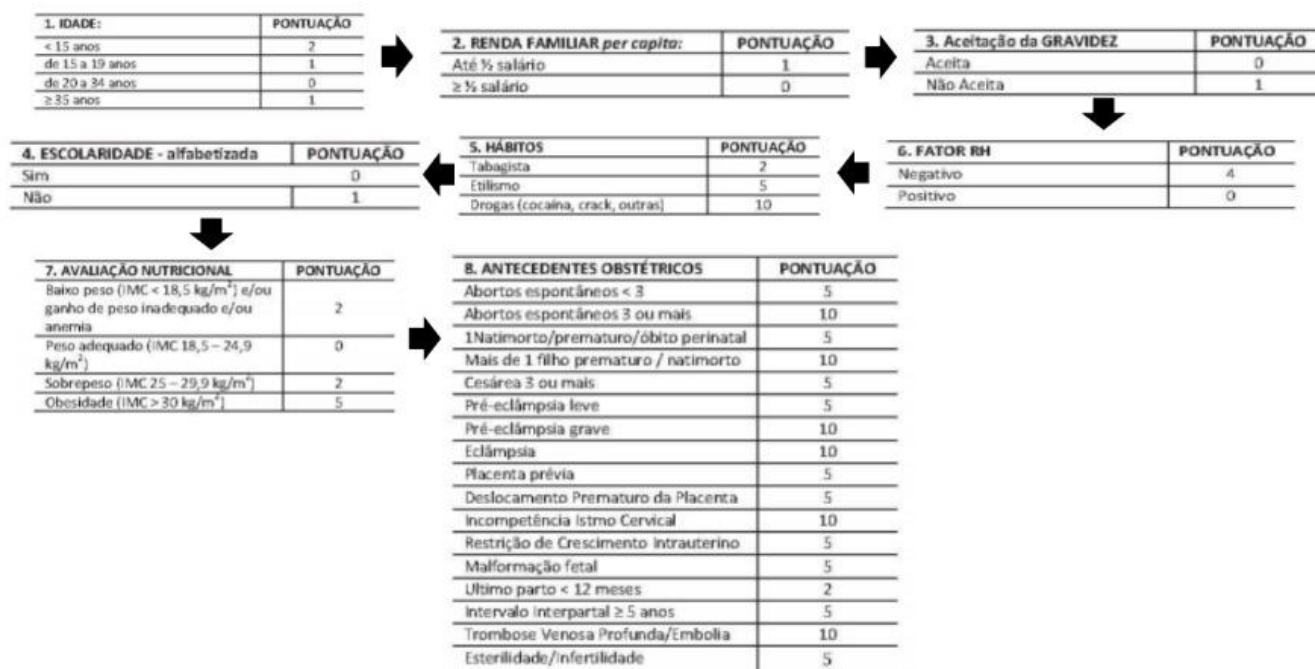
Pré-Natal



Fonte: Manual de Pré-Natal de Baixo Risco.

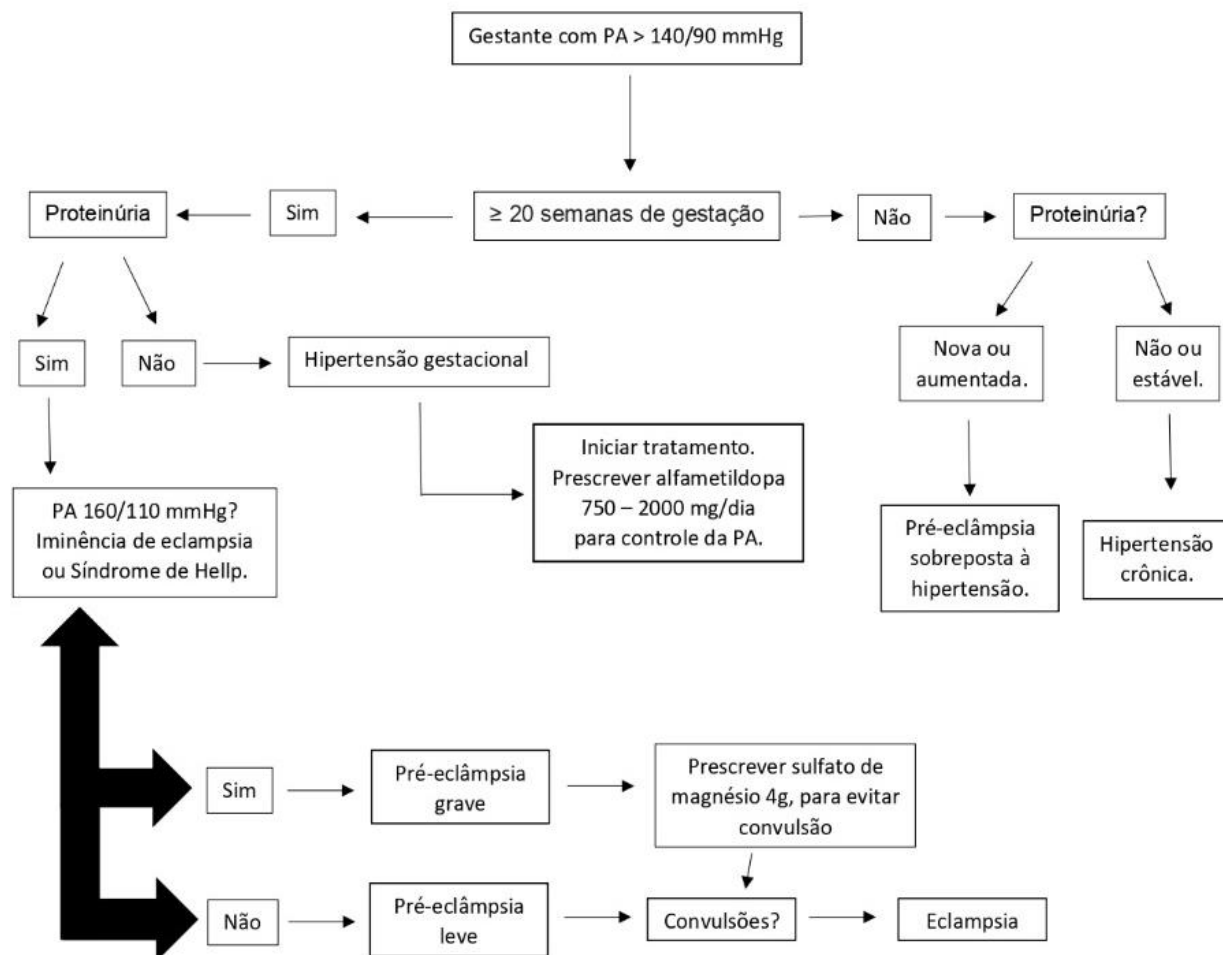
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRÉ-NATAL

Classificação de risco



HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO



MEDICAÇÕES PERMITIDAS NA GESTAÇÃO

Medicações permitidas na gestação

Aciclovir: 200-400 mg, 5x/dia (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência);	Ácido acetilsalicílico: 500 mg, 1-4x/dia ou 100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia);	Ácido fólico: 400µg ou 0,4 mg, dose única diária;	Ácido fólico: 1 comprimido, 1x/dia (durante 3 semanas);
Alfa-metildopa 750-2.000 mg/dia;	Amoxicilina 500 mg, 8/8 horas (de 7 a 10 dias);	Ampicilina 500 mg, 6/6 horas (VO, IM ou EV) de 7 a 10 dias;	Azitromicina 500 mg, dose única diária (por 3 dias);
Carbamazepina 200-400 mg, dose única diária;	Cefalexina 500 mg, 6/6 horas (por 7 dias);	Ceftriaxona 2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias);	Ferro elementar 200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês
Diazepam 2-10 mg, 2-4x/dia;	Dimeticona 40-80 mg, 4x/dia;	Dipirona 500 mg, 1-4x/dia;	Eritromicina 250-500 mg, 6/6 horas (de 7 a 10 dias);
Espiramicina 3 g/dia (até o término da gravidez);	Fenitoína 100 mg, 3x/dia;	Fenobarbital 100-200 mg, dose única diária;	Furosemida 20-80 mg, dose única diária;
Sulfato de magnésio a 50%- Ataque: 4 g, em 10 min (EV); Manutenção: 2g/hora (EV).	Hidralazina uma ampola diluída em 20 ml de água destilada, administrar 5 ml da solução EV;	Hidróxido de alumínio 300-600 mg, 4-6x/dia;	Hioscina/Butilescopolamina 10-20 mg, 3-5x/dia;
Insulina humana NPH e regular- NPH: 0,5 UI/kg/dia e Regular: 0,4 UI/kg/dia	Mebendazol 20 mg/dia (por três dias);	Metoclopramida 10 mg, 3x/dia (VO, IM ou EV);	Metronidazol 2 g, dose única;
Nifedipina 10-80 mg/dia;	Nitrofurantoína 100 mg, 6/6 horas (por 10 dias);	Paracetamol 500 mg, 1-4x/dia;	Pirimetamina 25 mg, 8/8 horas (por três dias), seguidos de 25 mg, 12/12 horas (durante três semanas);
Propranolol 20-80 mg/dia;	Rifampicina 600 mg, dose única diária;	Sulfadiazina 500-1.000 mg, 6/6 horas;	Sulfametoxazol+ trimetoprim 800 mg de SMZ+ 160 mg de TMP, 12/12 horas (de 7 a 10 dias);

MEDICAÇÕES NÃO PERMITIDAS NA GESTAÇÃO

Medicações proibitivas na gestação

Ácido valpróico;	Cataflan;	Cetirizina;	Captopril;
Corticóides;	Diclofenaco;	Omeprazol;	Atorvastatina;
Varfarina;	Sinvastatina;	Finasterida;	Talidomida;
Tetraciclina;	Minociclina;	Metotrexato;	Ribavirina;
	Roacutan;	Misoprostol.	



O uso de medicamentos na gravidez deve ser avaliado com cautela, considerando a segurança da mulher e do bebê, uma vez que pode estar associado à ocorrência de aborto, prematuridade, morte neonatal, anormalidades fetais, e entre outros problemas

Vacinas que devem ser tomadas na gestação

**dTpa ou dTpaVIP –
IM(0,5ML)**



Histórico vacinal:
- Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.
- Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.

Conduta na gestação:
Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.

Dt - IM(0,5ML)



Histórico vacinal:
Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.
Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.

Conduta na gestação:
Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.
Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.

**Hepatite B –
IM(20 anos
1 ml)**



Se nunca tomou nenhuma dose de Hepatite B.



Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.



Se já tomou alguma dose.



Somente completar o esquema vacinal.

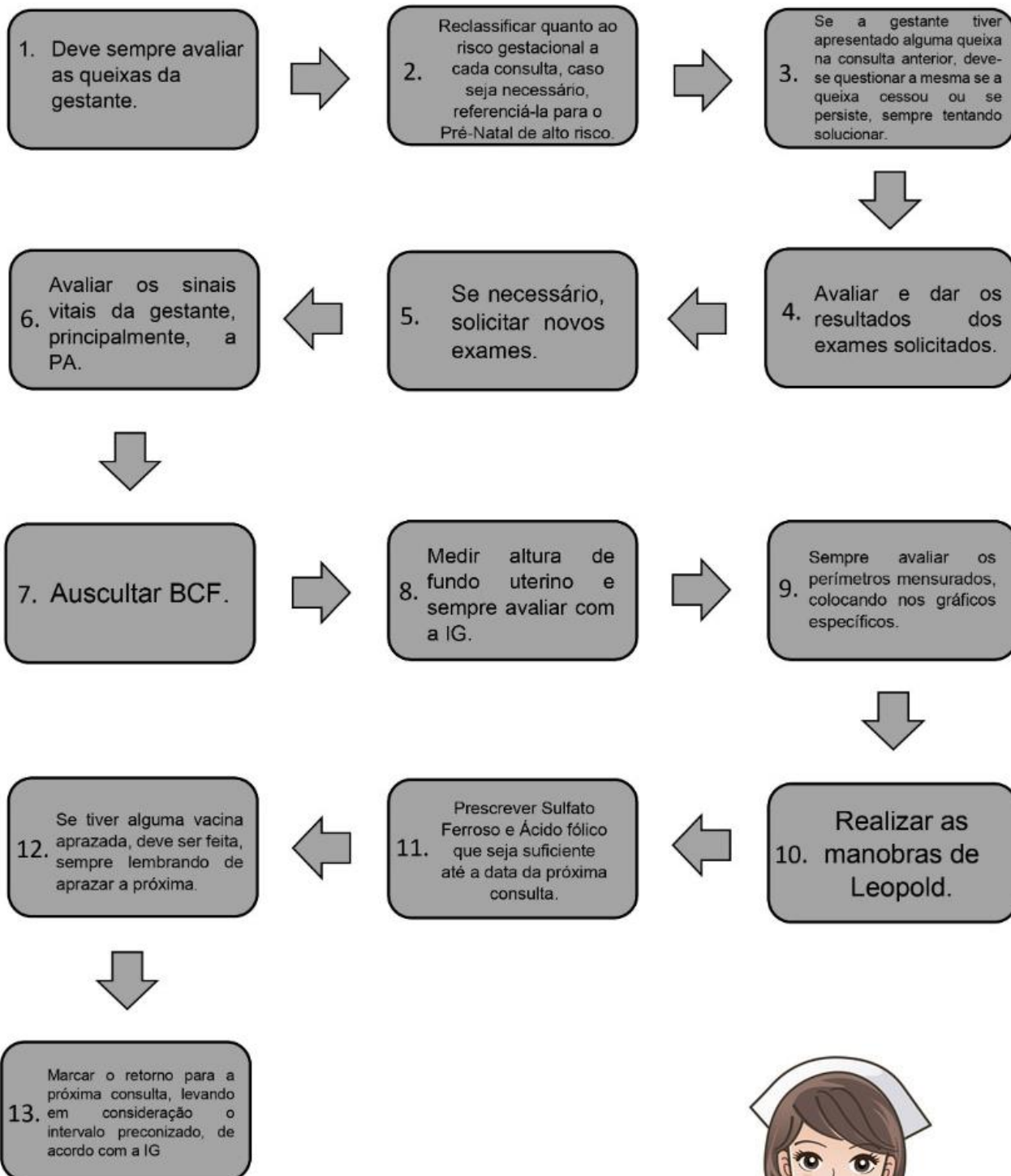
**Influenza (gripe)-
IM OU SC 0,5 ML**



Dose única anual.



Quais ações devem ser focadas nas consultas de retorno no Pré-Natal?





A amamentação protege o bebê contra:

- infecções respiratórias, digestivas, urinárias, meningéas, otites, etc.;
- alergias alimentares, de pele e respiratórias;
- doenças cardiovasculares, osteoporose, arteriosclerose, diabete melito, etc.;
- desnutrição e obesidade;
- alguns tipos de câncer, como leucemia, neuroblastoma e linfomas.

A amamentação ajuda a prevenir:

- problemas ortodônticos, dentais, faciais e fonoaudiólogos, por favorecer o desenvolvimento dos músculos e ossos da face;
- síndrome da morte súbita infantil;
- respiração inadequada.



AMAMENTAÇÃO



AMAMENTAÇÃO

OS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO



1. Ter uma política de Aleitamento Materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar essa política;

3. Ter uma política de Aleitamento Materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

4. Ajudar as mães a iniciar o Aleitamento Materno na primeira hora após o nascimento;

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se forem separadas dos filhos;

6. Não oferecer aos recém-nascidos (RN) bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica;

7. Praticar o alojamento conjunto, ou seja, permitir que mães e RN permaneçam juntos 24 horas por dia;

8. Incentivar o Aleitamento Materno sob livre demanda;

9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a RN e lactentes

10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade;

Posicionamento e pega adequados

Mãe relaxada e confortável em posição a escolher. A mãe pode ficar DEITADA, SENTADA ou EM PÉ. O importante é a mãe e o bebê se sentirem bem confortáveis;

Aproximar a boca do bebê de frente para a mama, para que ele possa abocanhá-la, ou seja, colocar a maior parte da aréola (área mais escura e arredondada da mama) dentro da boca.

Posição tradicional

- Apoiar o braço que segura o bebê com uma almofada.
- Manter os ombros relaxados
- Manter o tronco e a cabeça do bebê alinhados;
- Manter o tronco e a cabeça do bebê alinhados, de frente para mãe;
- Manter a cabeça do bebê apoiada sobre o cotovelo e o braço que está embaixo em leve rotação externa e abdução de ombro.



Posição deitada para amamentação

- Mãe deitada de lado, com a cabeça apoiada em um travesseiro;
- Manter os ombros relaxados.
- Manter o tronco e a cabeça do bebê alinhados, de frente para mãe;
- Apoiar a cabeça do bebê sobre o cotovelo ou um travesseiro elevando-a e o braço que está embaixo em leve rotação externa e abdução de ombro.



Posição invertida para amamentação

- Mãe sentada confortavelmente e com uma almofada de amamentação ou travesseiro para apoiar o bebê;
- O bebê é posicionado lateralmente ao corpo da mãe, com a cabeça apoiada na mão da mãe;
- Excelente posição para bebês que apresentam preferência por apenas um lado ou mães com mamas grandes.



Posição de cavalo

- A criança deve estar de frente para a mãe;
- Manter o tronco e a cabeça do bebê alinhados, de frente para mãe;
- A cabeça do bebê deve estar apoiada; Posição indicada para bebês com dificuldade de pega e bebês sonolentos.

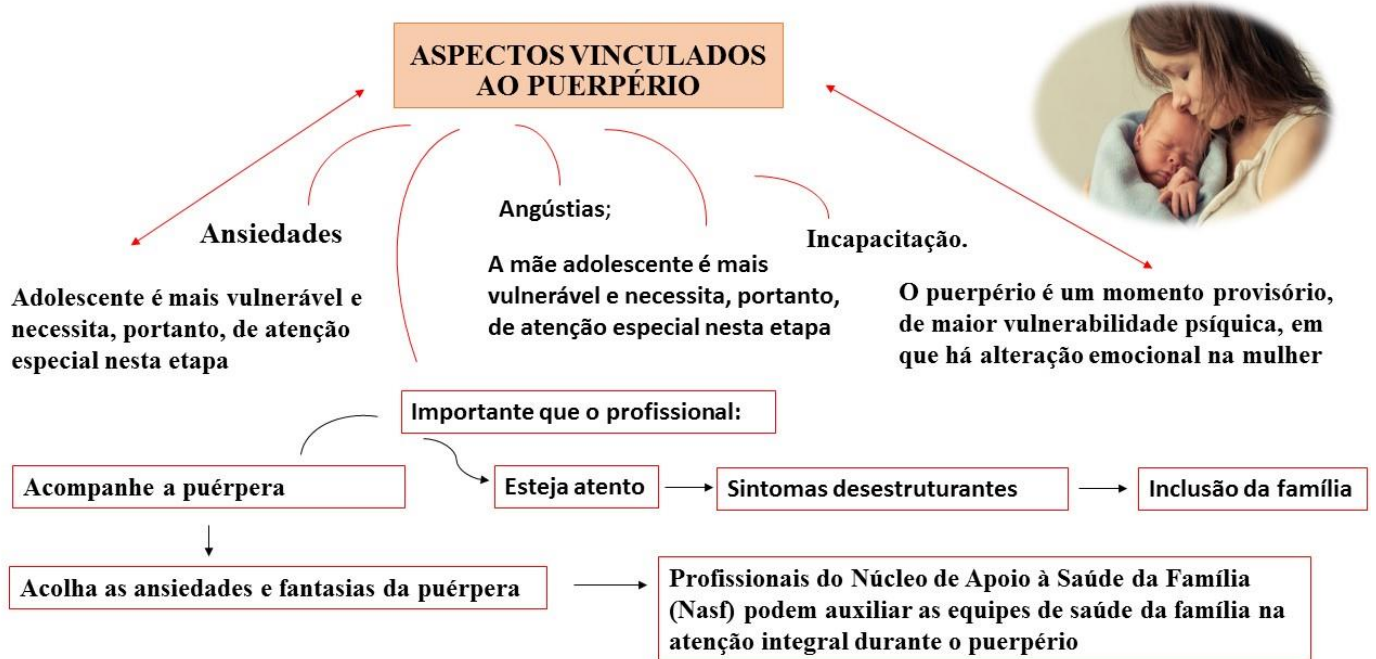


Pega Adequada

- Boca bem aberta;
- Lábios virados para fora;
- Queixo tocando a mama da mãe; □ Aréola mais visível na parte superior que na inferior (a pega é assimétrica); □ Bochecha redonda ("cheia"), sem estalidos ou covinhas.



O **puerpério**, também chamado de resguardo, é o nome dado a fase pós parto, em que ocorrem intensas modificações físicas e psicológicas nas mulheres num curto espaço de tempo.



A composição do leite humano varia entre as mulheres e em relação à própria mulher. Dentre os fatores que podem interferir temos a nutrição materna e as fases da lactação.

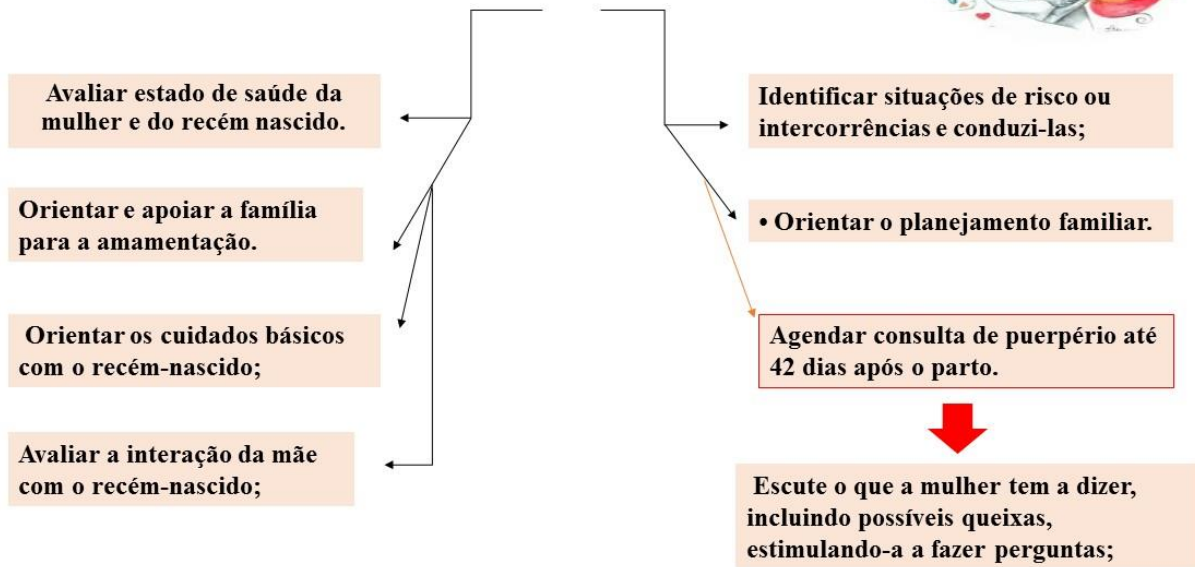
O colostro é o leite produzido nos primeiros dias após o parto. É espesso e de cor amarelada, possui maior conteúdo de proteína, vitaminas lipossolúveis, sódio e zinco.



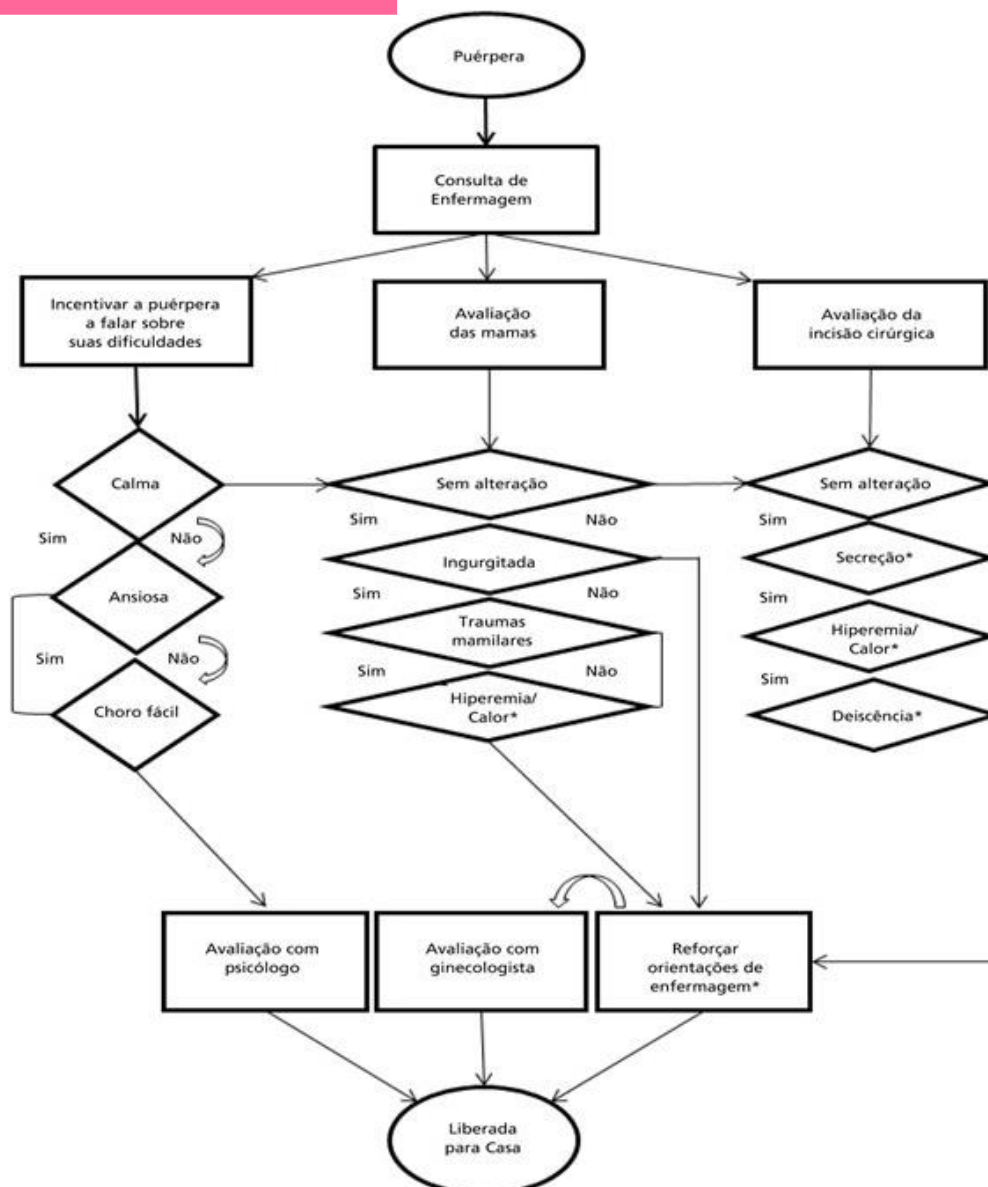
O leite de transição é aquele produzido no período intermediário entre o colostro e o leite maduro, ou seja, aquele produzido entre o 7º e o 14º dia após o parto.

O leite maduro é constituído de 87,5% de água, Esse leite também oferece a quantidade adequada de carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais para garantir adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Puerpério

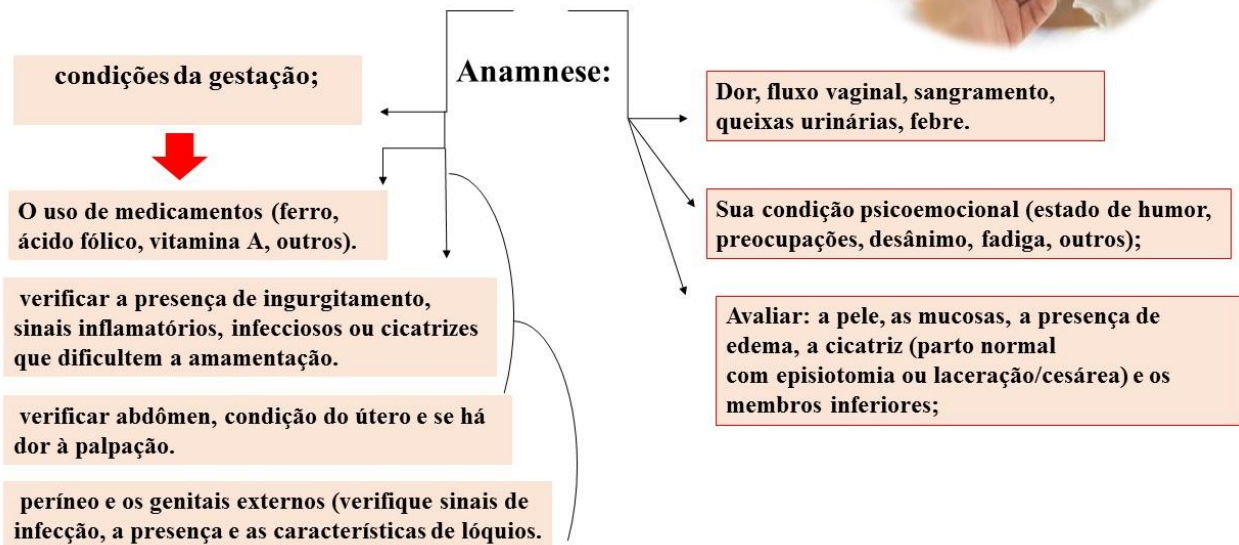


CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO



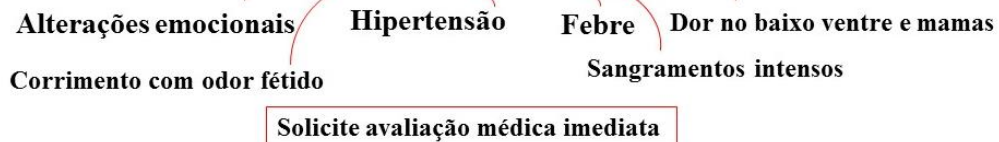
*Reforçar orientações de enfermagem antes de encaminhar para o ginecologista.

AÇÕES RELACIONADAS À PUÉRPERA



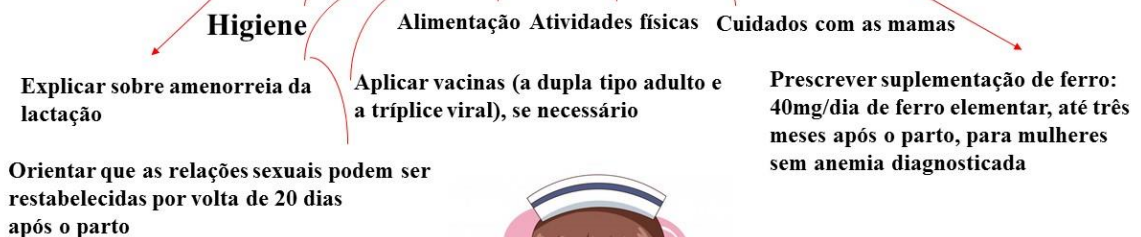
AÇÕES RELACIONADAS À PUÉRPERA

INTERCORRÊNCIAS



CONDULTAS

Oriente sobre:



Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

Mamas ingurgitadas dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre.



Fissuras (rachaduras)

Habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Os hábitos de manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana.

Candidose (candidíase, monilíase)

A infecção da mama no puerpério por *Candida sp* São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides. Na maioria das vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.

Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, O tratamento inicialmente é local, com nistatina, clotrimazol, miconazol ou cetoconazol tópicos por duas semanas

CONTRAINDICAÇÕES NA AMAMENTAÇÃO

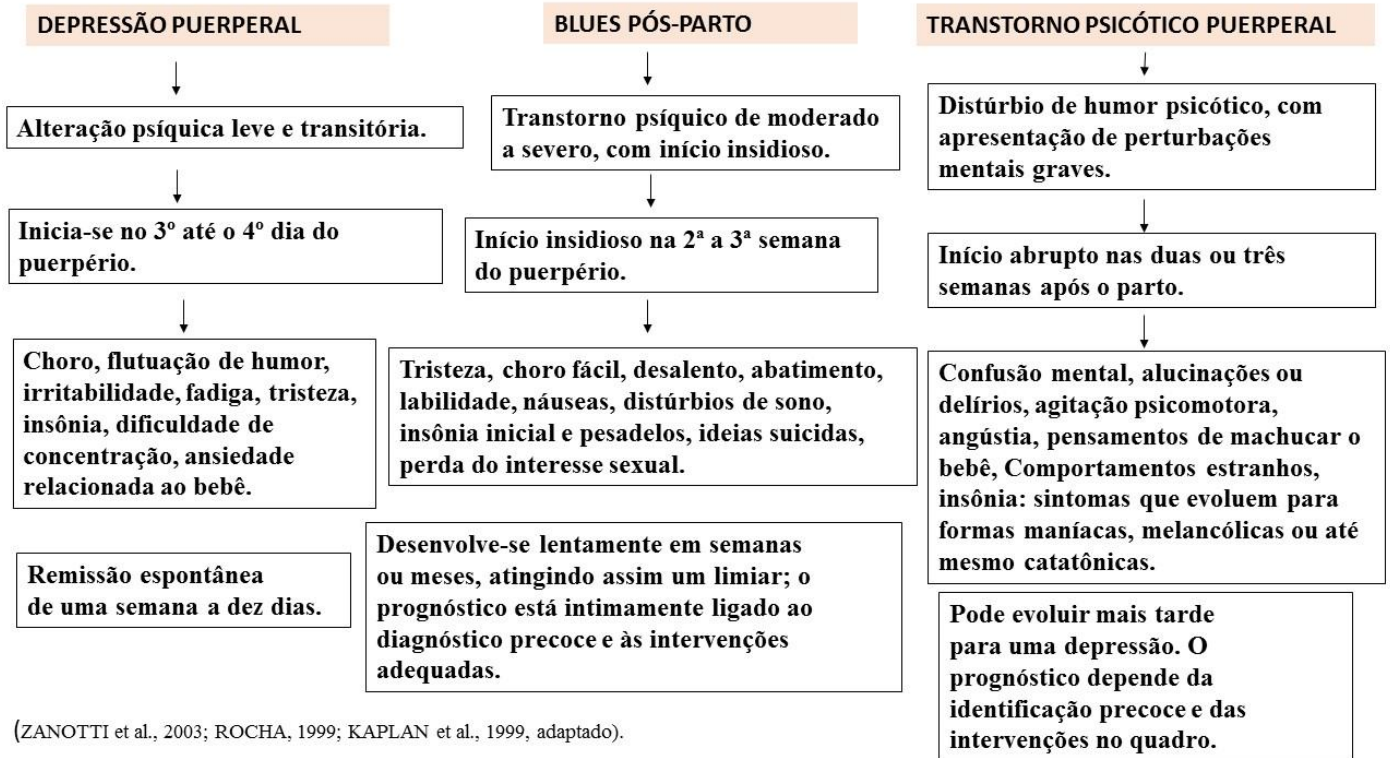
Contraindicações da amamentação:

As causas neonatais que podem contraindicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contra-indicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Como essas informações sofrem frequentes atualizações, recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrízes o profissional de saúde consulte o manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”

Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

DIFICULDADES NO PUERPÉRIO



CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO

Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento

A ESCOLHA DO MÉTODO DEVE SER SEMPRE PERSONALIZADA.

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.

O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona, 150mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

DROGAS CUJOS EFEITOS SÃO AINDA DESCONHECIDOS

Fluoxetina: é a droga com mais estudos de uso na gravidez e na lactação. Entretanto, ainda não há dados suficientes para uma conclusão definitiva sobre sua segurança. O metabólito ativo da fluoxetina, a norfluoxetina, tem uma longa meia vida, o que se predispõe ao acúmulo sérico na criança.

Paroxetina: é detectada no leite materno, mas nenhum efeito adverso foi relatado em mais de 70 pares de mães-bebês expostos.

Bupropiona: parece não haver efeitos adversos nos bebês, mas há poucos dados. A AAP classifica este grupo (assim como aos SSRI) de “drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes”.

Há fortes evidências de que o aconselhamento e a intervenção pós-natal (que incluem suporte psicossocial e estratégias educativas por profissionais treinados, em grupo ou individualmente, para mulheres com depressão) diminuem os sintomas depressivos e a depressão

Sertralina: esta droga e seu fraco metabólito têm sido detectados no leite materno, mas é quase indetectável no nível sérico dos bebês. Por esta razão preferível à fluoxetina em mulheres lactantes.

Citalopran: há vários estudos de casos e somente um relatou dificuldades no sono de bebês, correlacionado com níveis séricos altos, que melhoraram com a diminuição da dosagem. Não houve efeitos adversos até 1 ano de idade.

Não houve relato de efeitos adversos documentados pela exposição às seguintes drogas:

Amitriptilina

Nortriptilina

Imipramina

Desipramina ou clorimiprimina.



O **exame físico do recém-nascido** é de suma importância. Caso o RN se apresente aparentemente saudável na avaliação sumária realizada na sala de parto, o exame físico minucioso deverá ser feito após algumas horas de vida, preferencialmente antes de o bebê completar 12 horas de vida. Deve ser realizado, sempre que possível, com a presença dos pais, o que reforça a relação entre médico e familiares, permitindo o esclarecimento de eventuais dúvidas dos genitores.

EXAME FÍSICO DO RECÉM NASCIDO

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO		
Pele e anexos: palidez, icterícia, cianose e lesões		
Cabeça e pescoço	Crânio	suturas
		fontanelas
		bossa serossanguínea (caput succedaneum)
		cefalohematoma
		hematoma subgaleal
	Cabelos	
	Face	olhos
nariz		
orelhas		
boca		
Pescoço: movimentação e massas		
Tórax e abdome	Tórax	forma e tamanho
		glândula mamária e mamilos
		padrão respiratório e movimento torácico
		retrações
		ausculta pulmonar
Sistema cardiovascular: cianose, pulsos, pré-cordio e ausculta cardíaca		
Abdome: inspeção, palpação, massas e vicerolomegalias		
Genitália		
Sistema musculoesquelético	Coluna	
	Membros	
Mecônio/Evacuações, Urina e Diurese		

EXAME FÍSICO DO RECÉM NASCIDO EM ESF

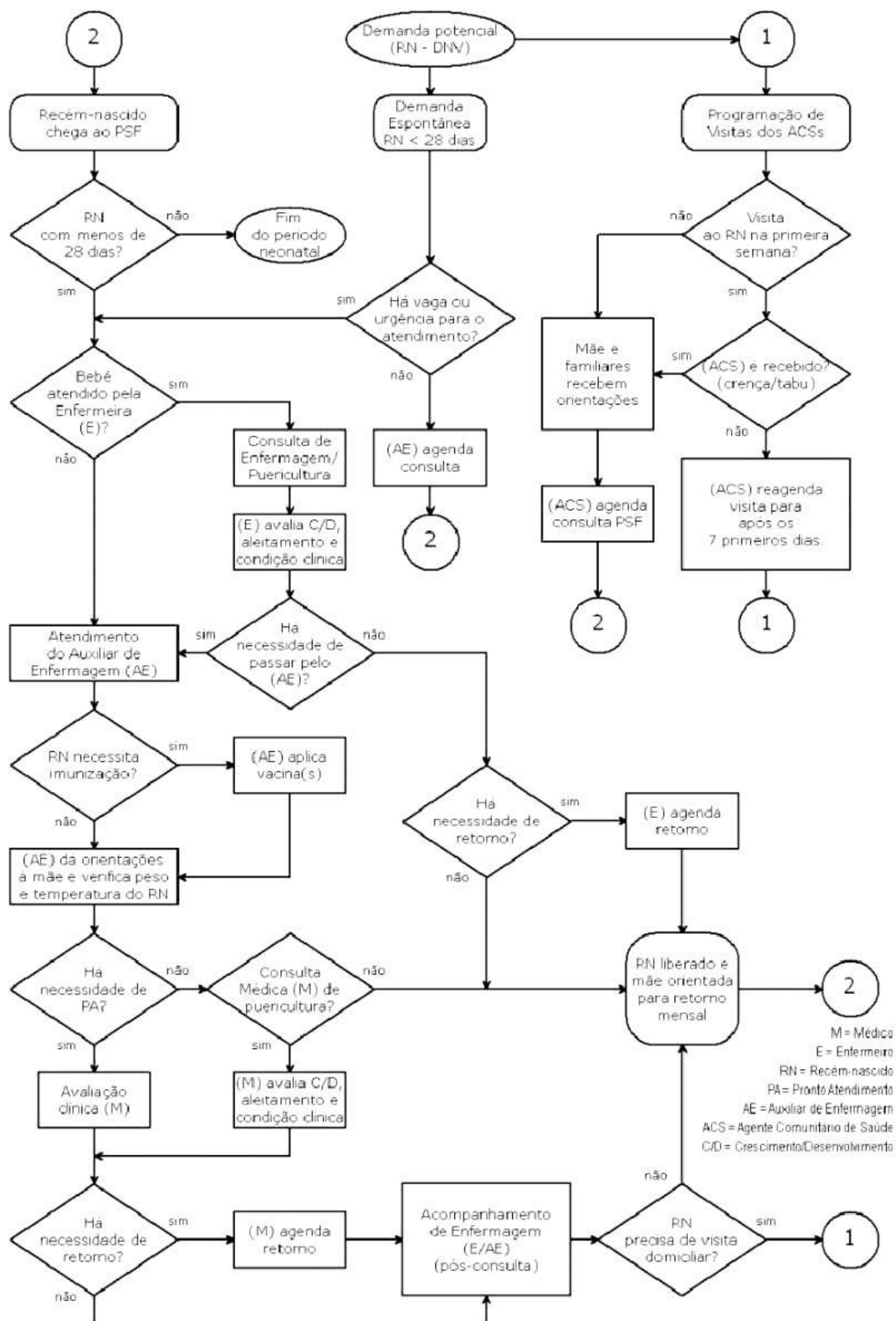
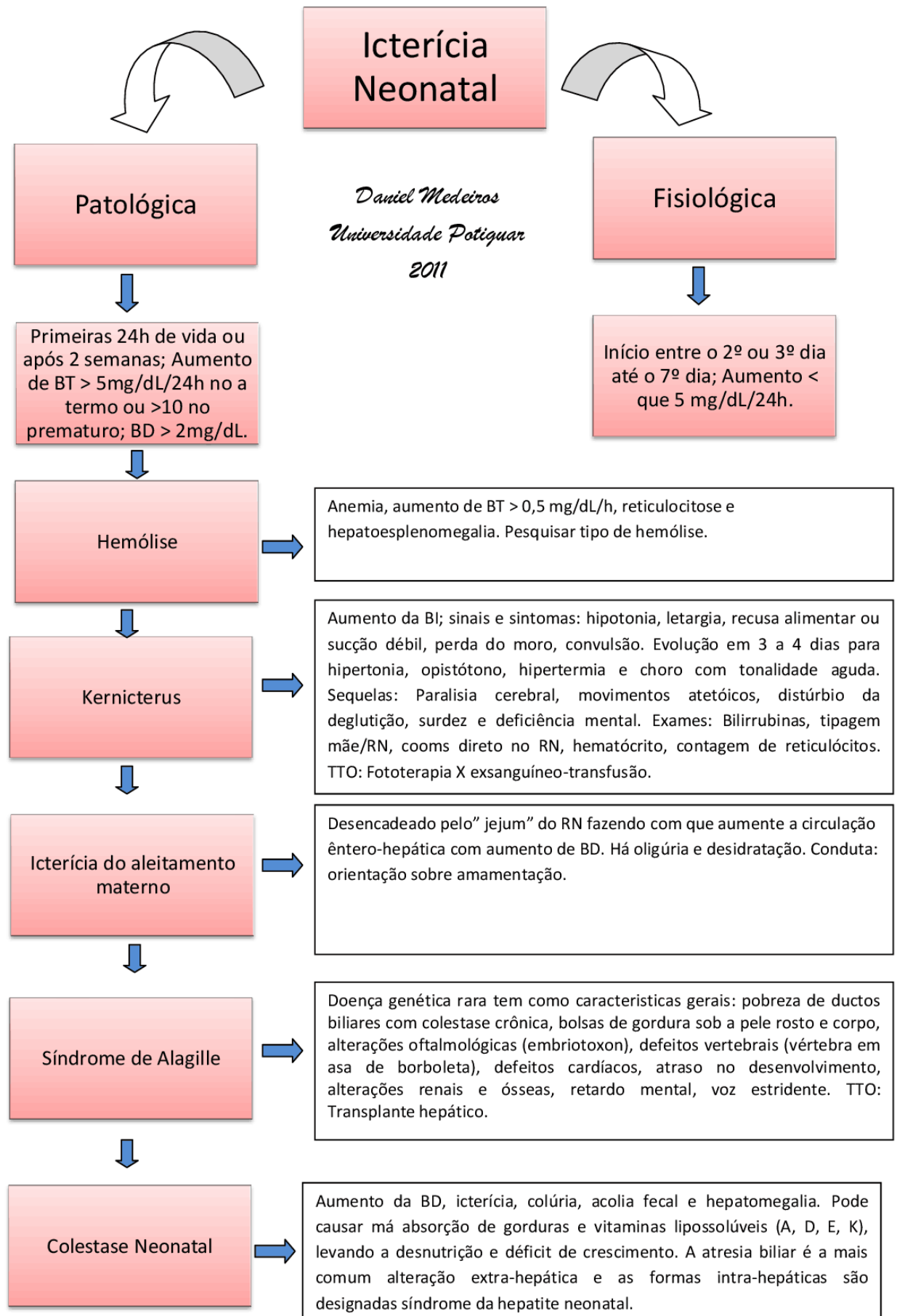


Figura 1 - Fluxograma de atendimento neonatal. PSF do Bairro Santa Cruz - Guarapuava - 2006.



ESCALA DE APGAR

	PONTUAÇÃO 0	PONTUAÇÃO 1	PONTUAÇÃO 2
APARÊNCIA (COR DA PELE)			
PULSO (FREQUÊNCIA CARDÍACA)			
GESTOS (IRRITABILIDADE REFLEXA)	 AUSENTE	 ALGUMA REAÇÃO	 TOSSE/ESPIRRO/CHORO
ATIVIDADE (TÔNUS MUSCULAR)	 SEM RESPOSTA	 ALGUMA FLEXÃO	 BOA MOVIMENTAÇÃO
RESPIRAÇÃO	 AUSENTE	 LENTA/IRREGULAR	 REGULAR/CHORANDO

FEITO POR @ENFNEOPED

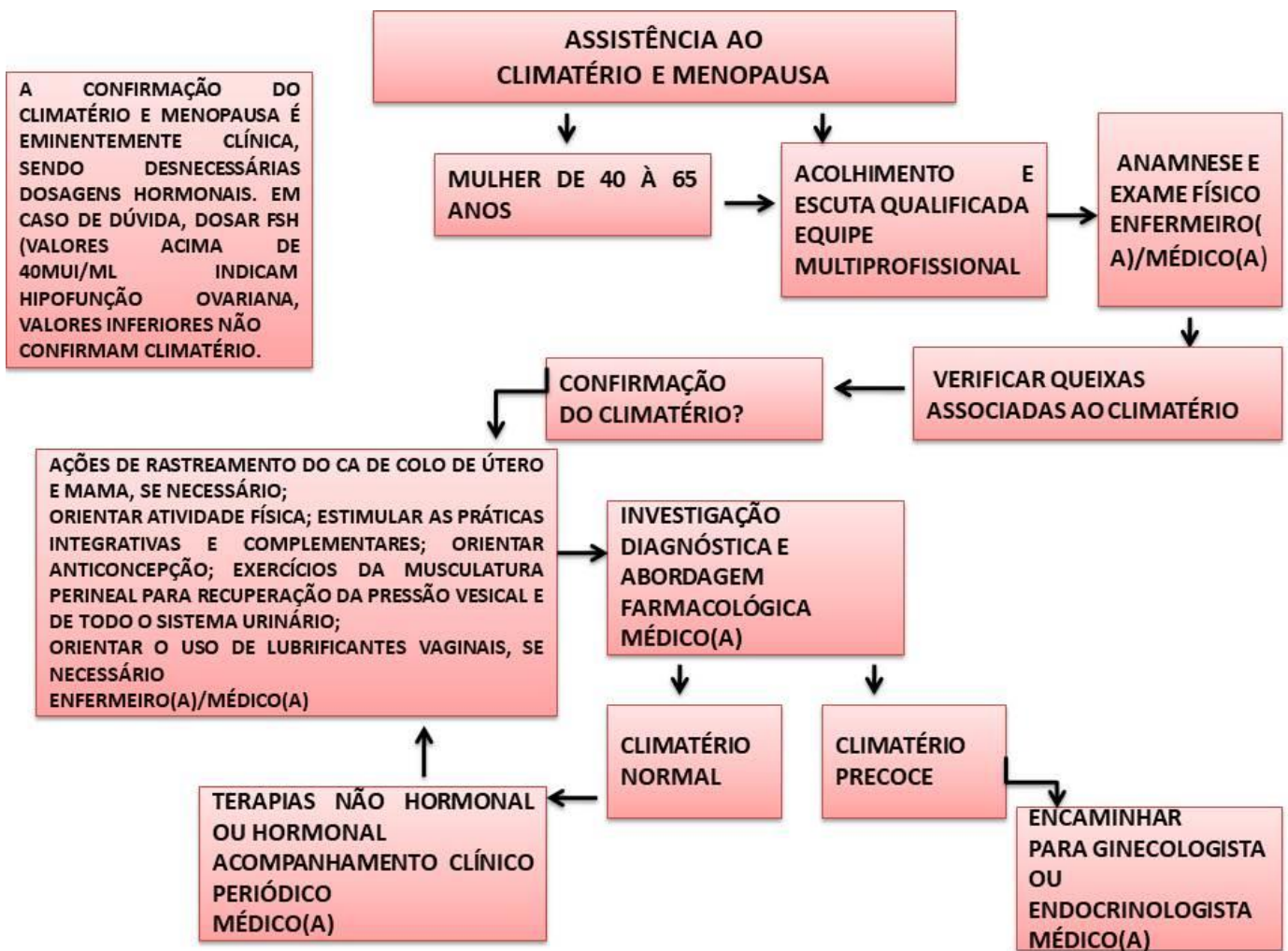


REFLEXOS DO RECÉM NASCIDO



UNIDADE 8

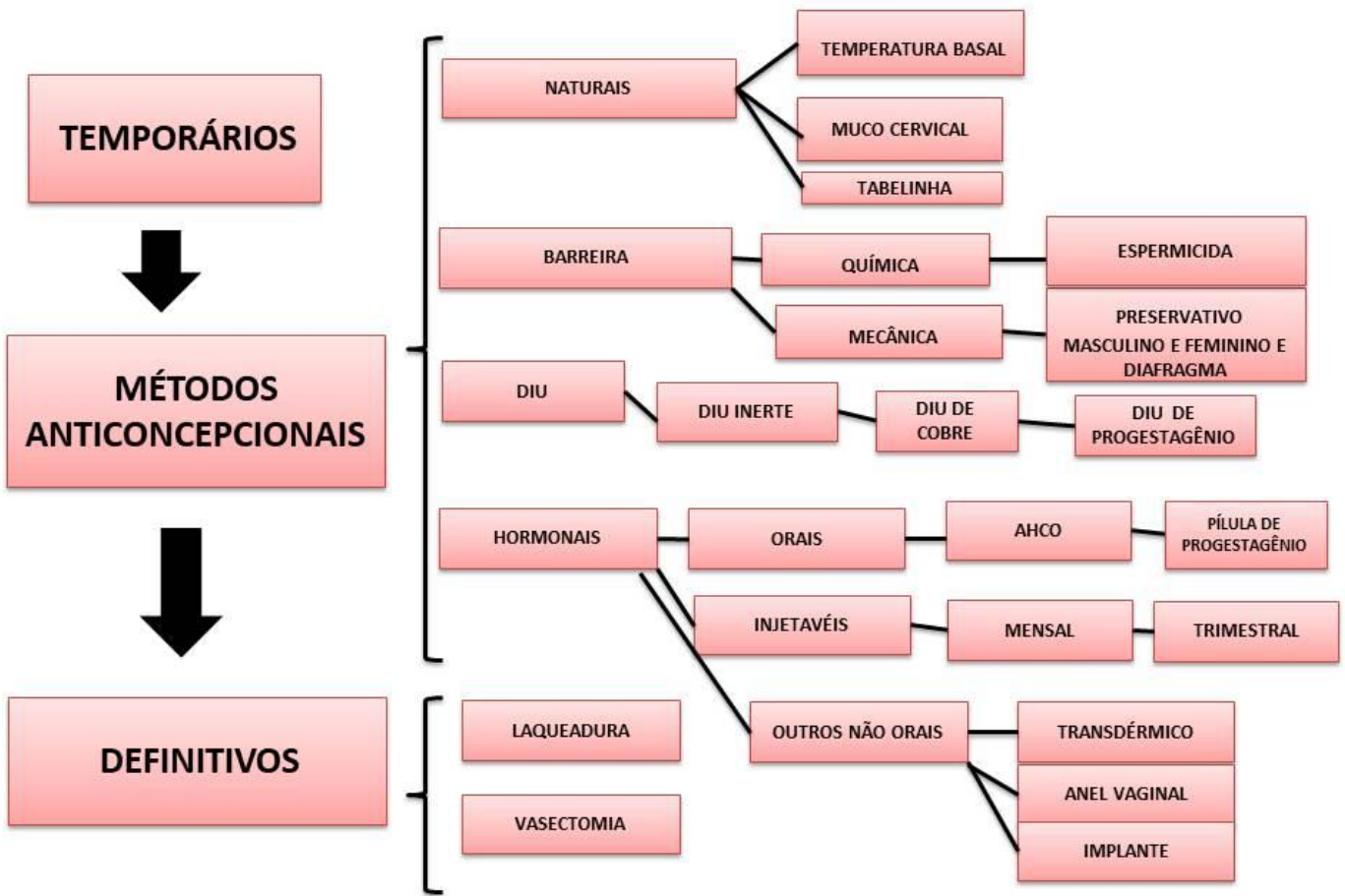
Climatério é o período de transição em que a mulher passa da fase reprodutiva para a fase de pós-menopausa. Dessa forma, a menopausa (última menstruação) é um fato que ocorre durante o climatério. No climatério há uma diminuição das funções ovarianas, fazendo com que os ciclos menstruais se tornem irregulares, até cessarem por completo.



O **planejamento familiar** se caracteriza pelo direito da família de ter quantos filhos quiser, no momento que lhe for mais conveniente, com toda a assistência necessária para garantir isso integralmente. Para o exercício do direito ao planejamento familiar, devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção.

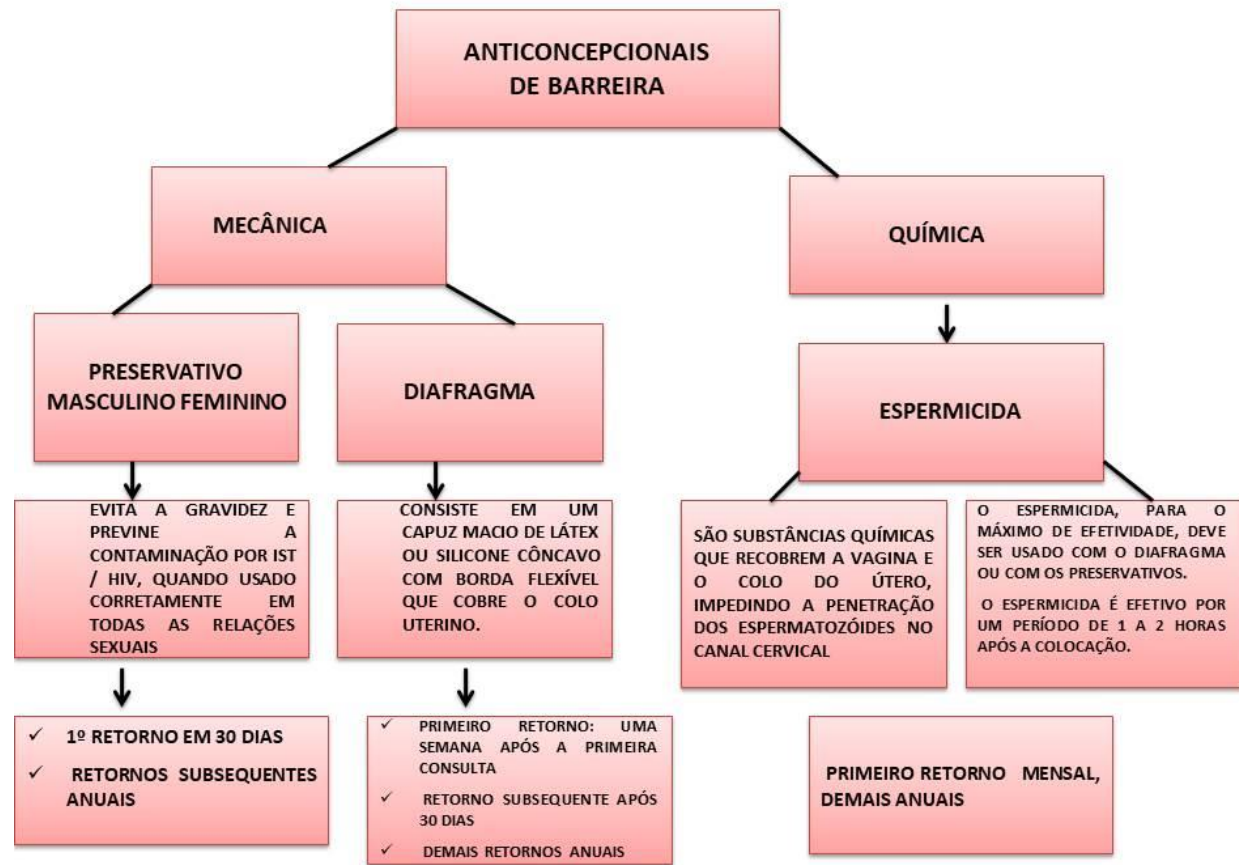
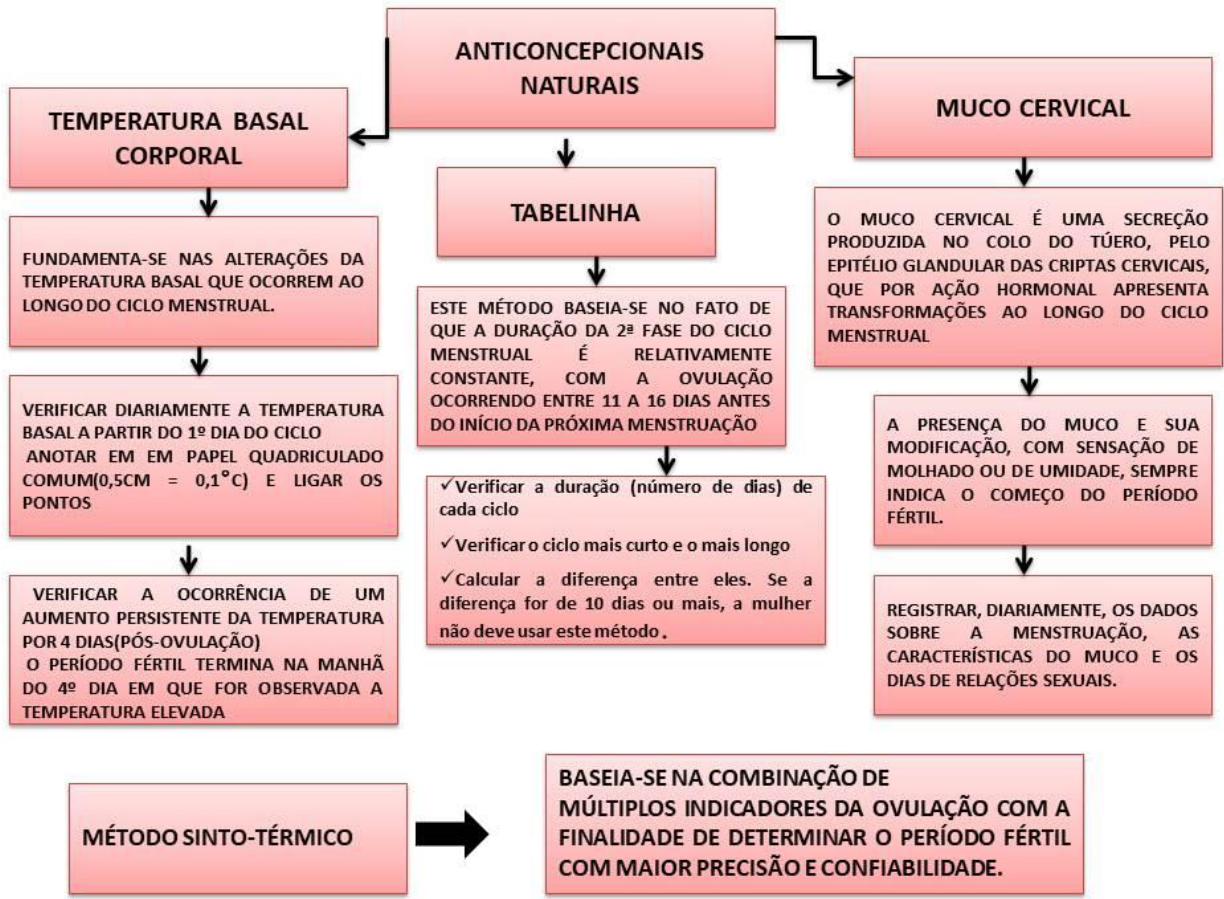


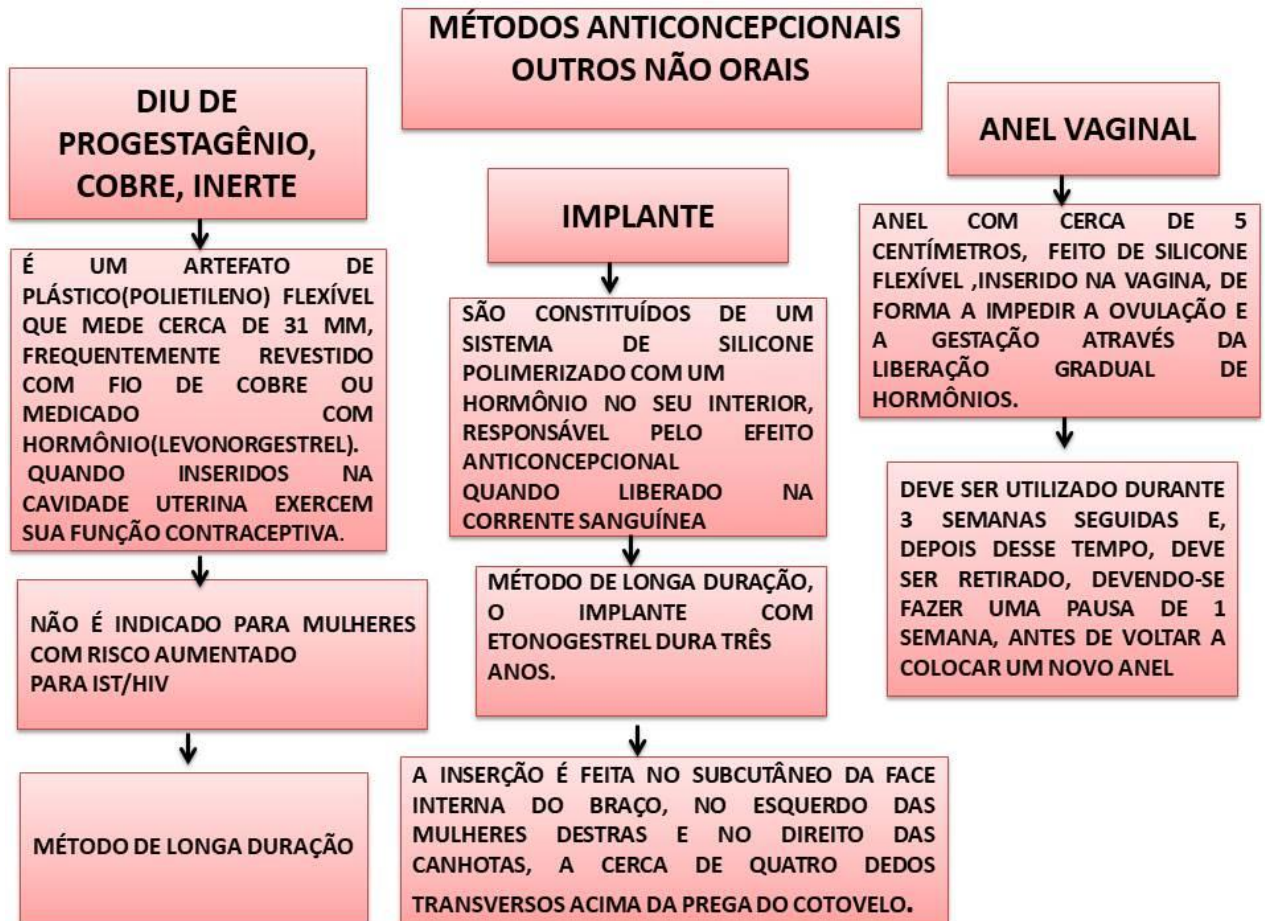
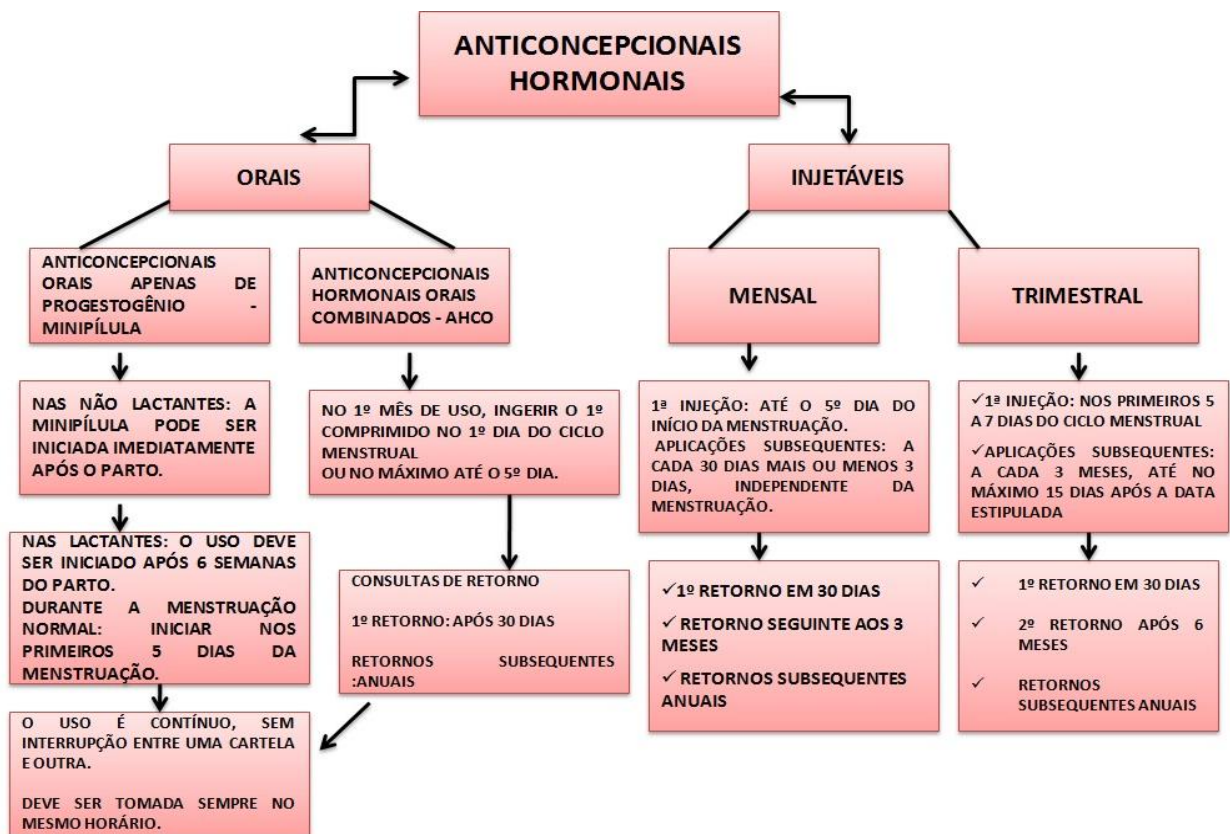
MÉTODOS DE CONTRACEPÇÃO

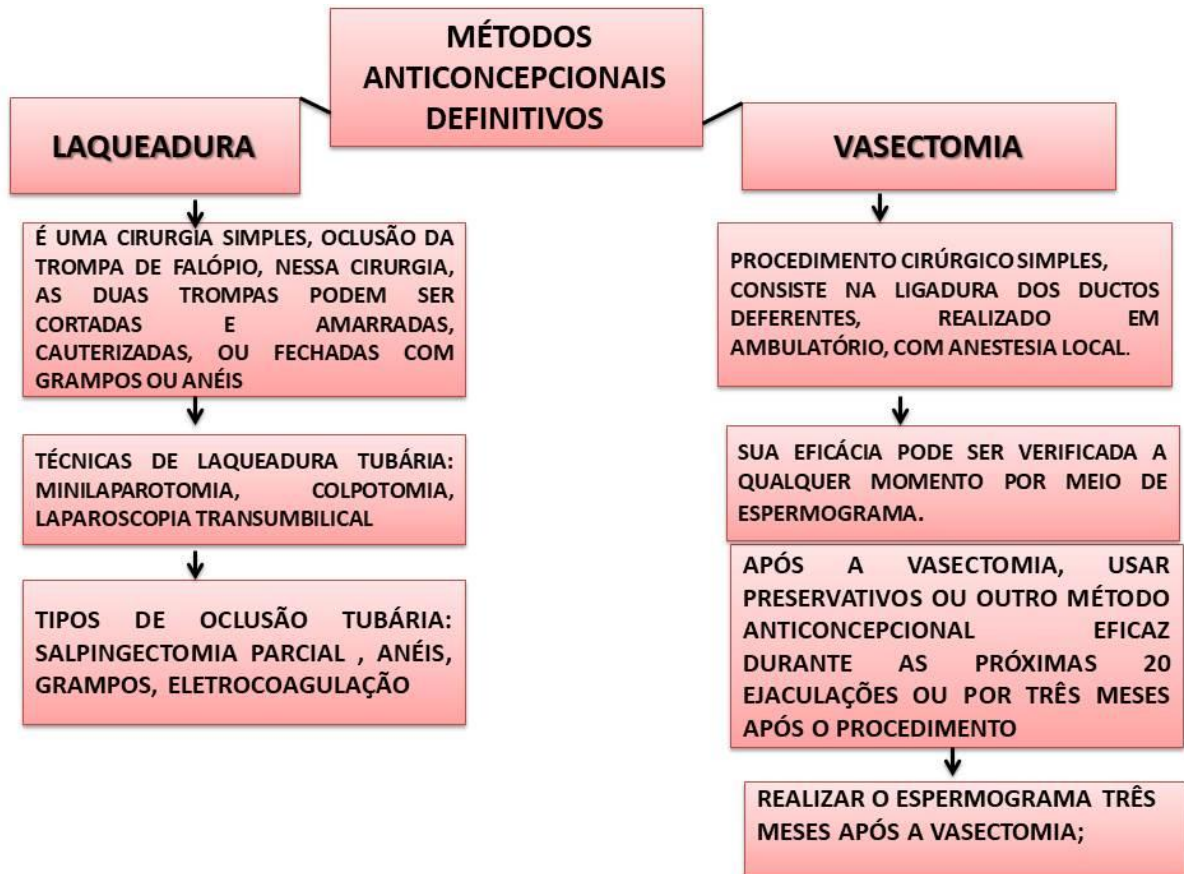


RESSALTA-SE QUE O PRESERVATIVO MASCULINO E FEMININO PROTEGEM DE CONTÁGIO COM IST'S

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS







BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília; Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília; Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica.** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: **Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2000.

BRASIL. Conformidade 158 com o art. 1º da Lei nº 11.108, **a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Parte I: gestação, parto e puerpério. In: _____. **Acompanhando a saúde da mulher.** Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Donovanose.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/donovanose>. Acesso em: 08 ago 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **HPV: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: [https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv#:~:text=O%20HPV%20\(sigla%20em%20ingl%C3%AAAs,Infec%C3%A7%C3%A3o%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADvel%20\(IST\)](https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv#:~:text=O%20HPV%20(sigla%20em%20ingl%C3%AAAs,Infec%C3%A7%C3%A3o%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADvel%20(IST)). Acesso em: 08 ago 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis#:~:text=A%20s%C3%ADfilis%20%C3%A9%20uma%20Infec%C3%A7%C3%A3o,s ecund%C3%A1ria%2C%20latente%20e%20terci%C3%A1ria>). Acesso em: 08 ago. 2020.

BVS. **Climatério.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/1090-climaterio>. Acesso em: 08 ago 2020.

BVS. **O que é planejamento familiar?.** Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/o-que-e-planejamento-familiar/>. Acesso em: 08 ago 2020.

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de detecção precoce e apoio à organização de rede.-2.ed.**rev.atual.**-Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Enfermagem online. **Controle do câncer de mama e colo de útero.** Disponível em: <https://enfermagemonlinebr.wordpress.com/2016/03/21/controlado-cancer-de-mama-e-colo-de-utero/>. Acesso em: 08 ago 2020.

GNDI. **Relação desprotegida pode ocasionar a gonorreia.** Disponível Em: [https://www.gndi.com.br/saude/blog-da-saude/relacao-desprotegida-pode-ocasionar-a-gonorreia#:~:text=Gonorreia%20%C3%A9%20uma%20DST%20\(Doen%C3%A7a,ap%C3%B3s%20a%20rela%C3%A7%C3%A3o%20sexual%20desprotegida](https://www.gndi.com.br/saude/blog-da-saude/relacao-desprotegida-pode-ocasionar-a-gonorreia#:~:text=Gonorreia%20%C3%A9%20uma%20DST%20(Doen%C3%A7a,ap%C3%B3s%20a%20rela%C3%A7%C3%A3o%20sexual%20desprotegida). Acesso em 08 ago 2020.

MORRIS, S. R. **Linfogranuloma venéreo.** Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/doen%C3%A7as-sexualmente-transmiss%C3%ADveis-dsts/linfogranuloma-ven%C3%A9reo-1gv#:~:text=linfogranuloma%20ven%C3%A9reo%20%C3%A9%20uma%20doen%C3%A7a,%C3%A0s%20vezes%20infec%C3%A7%C3%A3o%20do%20reto>. Acesso em: 08 ago 2020.

MORRIS, S. R. **Cancroide.** Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/doen%C3%A7as-sexualmente-transmiss%C3%ADveis-dsts/cancroide#:~:text=Cancroide%20%C3%A9%20uma%20infec%C3%A7%C3%A3o%20da,de%20se%20cultivar%20o%20microrganismo>. Acesso em: 08 ago. 2020.

TENORIO, G. PINHEIRO, C. **Candidíase: tratamento, sintomas e prevenção.** Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/candidiase-tratamento-sintomas-e-prevencao/>. Acesso em: 08 ago 2020.

VARELLA, D. **Herpes genital.** Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/herpes-genital/#:~:text=Herpes%20genital%20%C3%A9%20uma%20infec%C3%A7%C3%A3o,%C3%B3rg%C3%A3os%20genitais%20masculinos%20e%20femininos>. Acesso em: 08 ago. 2020.

ZANOTTI, D. V. et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing.** [S.l.], v. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.